



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de salud para visibilizar y prevenir la depresión postparto en la figura paterna

Health program to make visible and prevent postpartum depression
in the father figure

Autor/es

Lucía Muñiz Ceballos

Director/es

José Raúl Pérez Sanz

Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud.

2021

ÍNDICE

1.-	RESUMEN	2
2.-	ABSTRACT	3
3.-	INTRODUCCIÓN	4
4.-	JUSTIFICACIÓN.....	9
5.-	OBJETIVOS	10
5.1.-	OBJETIVO GENERAL.....	10
5.2.-	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
6.-	METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN.....	10
6.1.-	BASES DE DATOS	12
6.2.-	CRONOGRAMA DEL TRABAJO	13
7.-	DESARROLLO	14
7.1.-	DIAGNÓSTICO.....	14
7.2.-	PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA	20
7.3.-	OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD.....	22
7.4.-	DESARROLLO	22
7.5.-	CRONOGRAMA.....	30
7.6.-	RECURSOS Y PRESUPUESTO	32
7.7.-	EVALUACIÓN	34
8.-	CONCLUSIONES	35
9.-	BIBLIOGRAFIA	36
10.-	ANEXOS	41

1.- RESUMEN

Introducción. La depresión postparto paterna (DPP-P) es una enfermedad mental que tiene lugar durante el parto en la figura paterna y cuya prevalencia puede alcanzar hasta el 25%. Actualmente no hay una herramienta de diagnóstico estandarizada que se ajuste a las necesidades específicas de esta población lo que dificulta la detección precoz. Entre las causas de la DPP-P se distinguen las de etiología biológica y las ecológicas pudiendo producir síntomas depresivos que afectan al individuo, pareja e hijos. En cuanto al tratamiento de elección destaca la terapia cognitivo-conductual aunque la forma de implementarla varía en función de la población diana, la duración y el formato del programa.

Objetivo. Elaborar un programa de salud para visibilizar y prevenir la depresión postparto en la figura paterna dirigido a futuros padres durante la etapa prenatal y postnatal.

Metodología de investigación. Se ha realizado la revisión bibliográfica en bases de datos, webs oficiales y revistas sobre la depresión postparto en la figura paterna. A partir de la información obtenida se ha realizado un programa de salud dirigido a la figura paterna con el objetivo de fomentar el pensamiento crítico, la comunicación y el manejo de emociones a través de sesiones psicoeducativas para prevenir la DPP-P.

Conclusiones. Destaca la necesidad de implementar una herramienta de diagnóstico de la DPP-P adaptada a la sintomatología en la figura paterna. La educación en el manejo de emociones, la comunicación con la pareja y el aumento de conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio han disminuido los síntomas depresivos en la figura paterna.

Palabras clave. postpartum depression, paternal perinatal depression, paternal mental health, men's mental health

2.- ABSTRACT

Introduction. Postpartum paternal depression (PPD) is a mental illness that occurs during peripartum in the father figure and whose prevalence can reach up to 25%. Currently, there isn't standardized diagnostic tool that measures the specific needs of this population, which makes early detection difficult. Among the causes of PPD are biological and ecological etiology that can produce depressive symptoms that affect to person, partner and children. Regarding the treatment of choice, cognitive-behavioral therapy stands out, although the way to implement it varies according to the target population, the duration and the format of the program.

Objective. Developing a health program to make visible and prevent postpartum depression in the father figure for future parents during the prenatal and postnatal period.

Research methodology. Literature review has been conducted in databases, official websites and journals of postpartum depression in the father figure. On the basis of the information obtained, a health programme aimed at the father has been carried out with the goal of fostering critical thinking, communication and management of emotions through psycho-educational sessions to prevent PPD.

Conclusions. It highlights the need to implement a diagnostic tool of PPD adapted to the symptomatology in the father figure. Education in the management of emotions, communication with the couple and the increase of knowledge about pregnancy, childbirth and puerperium have decreased depressive symptoms in the father figure.

Keywords. Postpartum depression, paternal perinatal depression, paternal mental health, men's mental health.

3.- INTRODUCCIÓN

La depresión postparto no tiene una definición universalmente aceptada. Tomando como referencia *El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición (DSM-5)* se define la depresión "con inicio periparto" como un episodio depresivo mayor (EMM) durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto¹.

Sin embargo, estos criterios de diagnóstico se han definido solo para la depresión postparto materna².

Si bien la duración de la depresión postparto varía respecto a esta definición dándose en los 3 primeros meses en el caso de las madres y entre los 3 y 6 meses postparto en caso de la figura paterna³.

Además, los síntomas, aunque similares a los de la mujer en la depresión postparto materna varían añadiendo síntomas como indecisión, irritabilidad y embotamiento emocional que pueden presentarse hasta un año después del parto^{4 5 6}.

En cuanto a la prevalencia de la depresión postparto varía según los estudios desde el 2.5% -3.6% en Inglaterra⁷, hasta 5.3% en Australia⁶. Aunque la DPP-P puede alcanzar tasas de hasta el 25% según la muestra y población⁸, la tasa de promedio es entorno al 8%⁵. En España se desconoce la prevalencia.

Entre los factores de riesgo que contribuyen a desencadenar la DPP-P se diferencian dos grupos³. Por un lado, destacan factores de riesgo ecológicos como los antecedentes de depresión, discordia marital, pobreza, y embarazos no deseados^{9 10 11}. Siendo la depresión postparto materna el factor principal de DPP-P¹². De hecho, la presencia de sintomatología depresiva elevada en un miembro de la pareja se asocia significativamente con síntomas depresivos en el otro individuo⁴.

Por otro lado, se distinguen dos factores de riesgo biológico principales en los hombres. En primer lugar, la falta de sueño y la alteración del ritmo circadiano, que se han correlacionado positivamente con los síntomas depresivos en las mujeres, también podrían aumentar el riesgo de un hombre a desarrollar DPP-P¹³.

En segundo lugar, la variación de las hormonas tras el nacimiento cuya causa más probable se vincula a la disfunción del eje hipotálamo-pituitario-adrenal e hipogonadismo¹⁴.

Estos cambios hormonales pueden predisponer al padre a experimentar DPP-P o exacerbar los síntomas existentes asociados³. Por ejemplo, los niveles bajos de testosterona se han relacionado directamente con síntomas de depresión en los hombres¹⁵, mientras que los niveles bajos de estrógeno, prolactina, vasopresina y / o cortisol en los nuevos padres pueden causar dificultades en el vínculo / apego padre-hijo, lo que a su vez puede contribuir al estado de ánimo deprimido en el padre² (Ver anexo 1)³.

Además, es necesario mencionar que la pertenencia de la figura paterna a alguno de los siguientes grupos poblacionales tendrá consecuencias en su vulnerabilidad ante la DPP-P.

Las mujeres adolescentes embarazadas tienen un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos que las mujeres adultas embarazadas¹⁶. Por lo tanto, ante la correlación entre la depresión postparto materna y paterna, se espera un aumento del riesgo de padecer DPP-P en la figura paterna.

Las familias con partos múltiples, por lo general, tienen más necesidades materiales, mayor estigma social, mayor vulnerabilidad psicológica, menor satisfacción marital y menor calidad de vida¹⁷ pudiendo desencadenar depresión postparto.

También se ha encontrado una relación significativa entre la existencia de depresión postparto y el nacimiento de un niño prematuro antes de la semana 37¹⁸.

La concepción por técnicas de reproducción asistida es un factor de riesgo para padecer DPP-P, esto se debe a la necesidad de afrontar el diagnóstico inicial de infertilidad y la incertidumbre ante la posible concepción o no del recién nacido¹⁷.

En cuanto a los contratos de maternidad subrogada no aseguran ningún tipo de apoyo emocional o material durante el embarazo o tras el parto ni para la mujer gestante ni para su pareja. De la misma manera se crea un impacto

psicológico por renunciar a la toma de decisiones durante el embarazo y cualquier derecho sobre el recién nacido. A pesar de esto, no se encuentra evidencia suficiente que demuestre un mayor riesgo psicológico comparándolo con la población general¹⁹.

En cuanto a los padres adoptivos se da un fenómeno particular llamado depresión post-adopción. En lo que respecta a los hombres que forman parte de una pareja heterosexual son más propensos a expresar ira y frustración ante el incumplimiento de las expectativas pre-adoptivas en la experiencia real de crianza. Además de presentar mayor dificultad para solicitar ayuda en los servicios especializados^{20 21}.

Por el contrario, aquellas parejas adoptivas formadas por dos miembros del mismo sexo muestran mayores niveles de bienestar en comparación con familias de padres heterosexuales. En tanto que las parejas formadas por dos varones presentan menores índices de depresión y de estrés asociado a la crianza, niveles más altos de calidez, mayor interacción y bajos niveles de agresión, así como niveles más altos de respuesta hacia sus hijos/as.

Junto con ello, no se encontraron diferencias en la crianza de los hijos/as entre parejas homosexuales formadas por hombres y aquellas formadas por mujeres²².

Respecto a las familias monoparentales adoptivas se analizan las experiencias de los Padres Solteros por Elección (PSPE), puntualizando que aquellos que adoptan, perciben que social e institucionalmente, su proyecto de adopción está subordinado al modelo de familia heteronormativa o convencional. El estrés y las expectativas de suplir el rol de la pareja sumado a la falta de apoyo social e institucional les hacen más vulnerables a sufrir DPP-P²³.

Es decir, la edad de la figura paterna actúa como factor protector mientras que el embarazo múltiple, la prematuridad y la reproducción asistida actúan como factores de riesgo para desarrollar DPP-P. En cuanto a la adopción depende de los integrantes de las familias adoptivas, siendo las parejas heterosexuales y monoparentales más propensas a la DPP-P al contrario que las parejas homosexuales.

Uno de los principales problemas de la DPP-P es la escasa tasa de diagnóstico que impide un tratamiento adecuado de la misma. Actualmente no existe una escala universalmente aceptada para la detección de la DPP-P, siendo las más utilizadas la EPDS, PHQ-9 Y GMDS y los criterios diagnósticos del manual DSM-5 (ver anexo 2)³.

De acuerdo al DSM-5, los episodios depresivos incluyen estado de ánimo deprimido o triste, marcada pérdida de interés en prácticamente todas las actividades, pérdida o ganancia significativa de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte.

Un diagnóstico de un episodio depresivo mayor según el DSM-IV requiere que cinco de estos síntomas estén presentes durante un período de dos semanas, y que al menos uno de los síntomas sea un estado de ánimo deprimido o triste o un interés o placer notablemente disminuido en todos o casi todas las actividades¹.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) evalúa la depresión y la ansiedad postnatal en hombres y mujeres. Debido a que los hombres pueden ser menos expresivos sobre sus sentimientos y, por lo tanto, no reportan los síntomas, la escala utiliza una puntuación de corte más baja para los hombres. Incluso con esta acomodación, su validez está limitada por ítems ambiguos y detección limitada de síntomas de ansiedad y depresión en hombres^{24 25}.

El Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) demostró validez al realizar pruebas de detección de PPD paterno²⁶. Sin embargo, la escala *Male Depression Scale* (GMDS) es la única desarrollada para la evaluación específica de la depresión postparto paterna ^{27 28}.

Para hablar de las consecuencias de la DPP-P se debe diferenciar entre las consecuencias para el propio individuo, para la pareja y para los hijos.

En primer lugar, los padres con DPP-P tienen un riesgo mayor de suicidio, trastornos de ansiedad y episodios maníacos que aquellos sin depresión postparto²⁹.

En segundo lugar, La DPP-P se asocia con mala comunicación y dificultades con la pareja, aumento de agresividad, violencia de género y un aumento del consumo de sustancias de abuso³⁰.

En tercer lugar, los padres deprimidos exhiben menos conductas positivas y más negativas, y sus hijos tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos emocionales y conductuales^{31 32}.

La evidencia científica demuestra que los hijos de padres deprimidos experimentaron niveles más altos de angustia⁷ y riesgo entre 33-70% mayor de desarrollar problemas emocionales o de conducta³³.

Finalmente, referente al tratamiento la terapia cognitivo conductual y programas educativos son el tratamiento de elección.

Se han propuesto intervenciones para prevenir la aparición o mejorar los síntomas de la depresión postparto en los hombres, como el apoyo y el reconocimiento de sentimientos y conflictos de roles². Los programas educativos que incorporen a ambos padres, con o sin DPP-P, podrían ser beneficiosos³⁴. El apoyo de los empleadores, como la licencia de paternidad remunerada, también podría ayudar a los padres a adaptarse a los cambios y factores estresantes durante el período postparto².

Es llamativo que, en los últimos 25 años, sólo 14 estudios incluyen intervenciones para la DPP-P. En todos ellos no era necesario que los hombres tuvieran un resultado positivo o se les diagnosticara depresión como criterio de inclusión. Es más, en cuatro estudios, el diagnóstico de depresión fue un criterio de exclusión. En cuanto al enfoque de los estudios, seis se centraron solo en educar al padre sobre lo que puede hacer para apoyar a su pareja o recién nacido, o mejorar su autocuidado. Cuatro estudios se enfocaron en la relación de pareja apoyando el ajuste matrimonial y la alianza de copaternidad. Y, por último, cuatro programas estaban enfocados principalmente en la unidad familiar, con énfasis en el cuidado conjunto del recién nacido. Es, decir, ninguno de los estudios se centró exclusivamente en la salud mental paterna. Respecto al formato de las intervenciones siete estudios se realizaron de forma individual al padre o a la pareja y los otros 8 de forma grupal. En relación al tiempo se proporcionaron 6 intervenciones en el periodo prenatal, 6 en el periodo postnatal y en 2 estudios se incluyeron

componentes prenatales y postnatales. La duración osciló entre 1 y 22 horas siendo este último el único que encontró una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas depresivos. Las intervenciones fueron principalmente de naturaleza psicoeducativa, solo una se centró en la salud y bienestar masculino. El 43% de los estudios demostraron que el grupo de intervención en comparación con un grupo de control tuvo una reducción pequeña pero estadísticamente significativa en las puntuaciones de depresión³⁵.

Cabe destacar la falta de programas que traten la depresión postparto paterna, en la actualidad solo se trabaja la prevención de la DPP-P sin llegar al total de la población por falta de visibilización.

En caso de ser necesario tratamiento farmacológico se recomienda el mismo tratamiento que a las mujeres debido a la falta de diagnóstico y estudio de la DPP-P. Este está constituido por inhibidores de la recaptación de serotonina como tratamiento de primera línea³.

4.- JUSTIFICACIÓN

A pesar de que se desconoce la prevalencia en España de la depresión postparto paterna, según varios estudios puede llegar hasta al 25%³⁶ afectando no sólo al propio individuo sino a toda la unidad familiar.

Es por ello que se pone énfasis en la necesidad de que los padres sean evaluados y tratados durante el postparto²⁶. Para conseguirlo es necesario que el personal de enfermería conozca los signos y síntomas específicos de la depresión postparto paterna y las herramientas de diagnóstico disponibles para, por un lado, prevenir su aparición y disminuir sus consecuencias y, por otro lado, dar visibilidad a la enfermedad.

5.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

Elaborar un programa de salud para visibilizar y prevenir la depresión postparto en la figura paterna dirigido a futuros padres durante la etapa prenatal y postnatal.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la depresión postparto paterna.
- Identificar los principales diagnósticos enfermeros para la población diana dentro de la taxonomía NANDA.
- Reconocer las intervenciones de la taxonomía NANDA más adecuadas para prevenir la DPP-P.
- Elaborar sesiones formativas con el fin de ampliar los conocimientos sobre la DPP-P, mejorar el manejo de emociones y conseguir una participación activa en la paternidad.

6.- METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN

Con el fin de conocer el estado actual de la depresión postparto en la figura paterna se ha realizado una búsqueda bibliográfica.

Se ha realizado en páginas como Pubmed, Alcorze y Scielo.

Las palabras clave fueron: postpartum depression, paternal perinatal depression, paternal mental health, men's mental health

Se aplicaron distintos filtros (año de publicación, palabras clave en título, etc) y booleanos según los resultados obtenidos inicialmente en la búsqueda con el fin de ampliar o concretar la misma. Se buscaron artículos escritos en español o inglés con texto completo disponible. Se descartó aquellos artículos que en el resumen no hablaran sobre la figura paterna como población diana del estudio.

No se han podido utilizar otras fuentes bibliográficas como Cuiden o Cochrane por la falta de resultados para búsquedas relacionadas con la depresión postparto paterna.

Además, se han utilizado otros recursos como páginas web y un fragmento de un libro físico: "Experiencias de la Monoparentalidad entre padres solteros por elección (PSPE) En: La monoparentalidad por elección El proceso de construcción de un modelo de familia"²³.

6.1.- BASES DE DATOS

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS	REFERENCIAS
Scielo	Depresión posparto paterna	4	4	3	(26)(27) (28)
Pubmed	Postpartum depression AND paternal	87	20	9	(1)(2)(4)(7) (14)(18)(31) (32)(34)
Alcorze	Male postpartum depression (en título)	20	3	1	(36)
	Paternal postpartum depression (en título)	38	10	6	(37)(5) (8)(12) (29)(35)
	Postpartum depression in men (en título)	53	19	11	(3)(9)(10) (11)(13)(15) (17)(24)(25) (30)(33)
	Pregnancy in adolescents and mental health -2012 -2020	62	4	1	(16)
	Paternal depression AND adoptive men -2000-2020	32	5	3	(20)(21)(22)
	Maternidad subrogada y salud -2015-2020	49	4	2	(19)(38)
Páginas web	(39)(40)(41)(42)(43)(44)(45)(46)(47)(48)(49)(50)				

6.2.- CRONOGRAMA DEL TRABAJO

FEBRERO 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA						
22	23	24	25	26	27	28
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA						

MARZO 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
INTRODUCCIÓN			OBJETIVO + METODOLOGÍA			
8	9	10	11	12	13	14
DIAGNÓSTICO NANDA			PLANIFICACIÓN + OBJ DEL PROGRAMA			
15	16	17	18	19	20	21
DESARROLLO DE LAS SESIONES						
22	23	24	25	26	27	28
CRONOGRAMA		RECURSOS			EVALUACIÓN	
29	30	31				
REPASO DE LA INTRODUCCIÓN						

ABRIL 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
CORRECCIÓN DE ERRORES						
12	13	14	15	16	17	18
CONCLUSIONES				RESUMEN		
19	20	21	22	23	24	25
INDICE		REVISIÓN TRABAJO				
26	27	28	29	30		
PRESENTACIÓN						

MAYO 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
PREPARACIÓN Y ENSAYO DE LA EXPOSICIÓN						
10	11	12	13	14	15	16
PREPARACIÓN Y ENSAYO DE LA EXPOSICIÓN						
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
EXPOSICIÓN						
31						

7.- DESARROLLO

7.1.- DIAGNÓSTICO

Contexto social

A nivel nacional, la Guía de práctica clínica de atención al embarazo y el puerperio del Sistema Nacional de Salud³⁹ no incluye ningún programa de prevención ni diagnóstico de la DPP-P enfocado a la figura paterna. En Aragón no se han encontrado programas de salud que se centren en la salud perinatal de la figura paterna. No obstante, en Cataluña destaca la Guía para la conducción de grupos de hombres por una paternidad responsable, activa y consciente del Proyecto "Canviem-ho" en el programa de Atención a la Salud sexual y Reproductiva en Barcelona⁴⁰. Aunque resalta la importancia del empoderamiento de la figura paterna en la paternidad no trata la DPP-P.

No se han encontrado asociaciones o grupos de apoyo específicos para padres con DPP- P. Sin embargo, existen asociaciones como la Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal⁴¹ que oferta cursos formativos para profesionales sanitarios teniendo en cuenta a la figura paterna.

Valoración

Para valorar a la figura paterna en el programa de salud se utiliza el manual de diagnósticos enfermeros⁴². Para ello se utilizan palabras clave como depresión, crianza, conocimientos y recién nacido de modo que aparezcan los conceptos en los diagnósticos, los objetivos o las intervenciones. Se seleccionan aquellos diagnósticos NANDA que relacionen la salud mental con la familia o el recién nacido. De este modo, se obtienen 4 diagnósticos principales, aunque podrían variar según cambie la composición del grupo.

NANDA 00063 Riesgo de procesos familiares disfuncionales relacionado con estrategias de afrontamiento ineficaces.

Funcionamiento familiar que no es capaz de dar apoyo a sus miembros.

NOC E INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
Funcionamiento de la familia (2602) <ul style="list-style-type: none"> - (260205) Los miembros desempeñan los roles esperados - (260203) Cuida de los miembros dependientes de la familia 	(7104) Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)	-Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias. -Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de afrontamiento adaptados para tratar la transición a la paternidad
	(5568) Educación parental: lactante	-Ayudar a los progenitores a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar. -Proporcionar guiado anticipatorio acerca de los cambios del desarrollo durante los primeros años de vida.
Integridad de la familia (2603) <ul style="list-style-type: none"> - (260306) Los miembros comparten pensamientos, sentimientos, intereses y preocupaciones - (260315) Los miembros proporcionan apoyo durante los periodos de crisis 	(7100) Estimulación de la integridad familiar	-Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. -Escuchar a los miembros de la familia.
	(6710) Fomentar el apego	-Instruir a la pareja de la paciente sobre las formas de participar durante el embarazo -Comentar la imagen que tienen los progenitores de su bebé aun no nacido.

NANDA 00057 Riesgo de deterioro parental relacionado con estresores. Vulnerabilidad a la incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño relacionado con depresión.

NOC E INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
Nivel de depresión (1208) <ul style="list-style-type: none"> - (128001) Estado de ánimo deprimido < 10 en La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. 	(5430) Grupo de apoyo	-Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. -Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.
	(5240) Asesoramiento	-Establecer metas -Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno
Desempeño del rol de padres (2211) <ul style="list-style-type: none"> - (221119) Expresa satisfacción con el rol de padre - (221120) Expresa autoestima positiva 	(8300) Fomentar el rol parental	-Identificar e inscribir a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento -Animar a los padres a recibir atención prenatal temprana y regular.
	(6960) Cuidados prenatales	-Comentar las preocupaciones y consideraciones puerperales. - Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación.

NANDA 00126 Riesgo de conocimientos deficientes relacionado con información insuficiente. Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o con su adquisición.		
NOC E INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
Conocimiento: cuidados del lactante (1819) <ul style="list-style-type: none"> - (181901) Conoce las características del lactante normal - (181902) Conoce el desarrollo y crecimiento normal 	(5520) Facilitar el aprendizaje	-Utilizar modalidades de enseñanza múltiples que sean apropiadas. -Presentar la información de manera estimulante.
	(6820) Cuidados del lactante	-Proporcionar información a los progenitores acerca del desarrollo y la crianza de niños. - Animar a la figura paterna a que realice los cuidados diarios del lactante.
Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino (1840) <ul style="list-style-type: none"> - Conoce las características del lactante prematuro (184002) - Conoce los grupos de apoyo disponibles (184024) 	(5655) Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses)	- Enseñar a la figura paterna a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial. -Hacer que la figura paterna demuestre las actividades aprendidas durante la enseñanza.
	(6710) Fomentar el apego	-Comentar la reacción de la figura paterna al embarazo. -Instruir a la figura paterna sobre las formas de participar durante el parto.

NANDA 00055 Riesgo de desempeño ineficaz del rol relacionado con depresión.		
Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas relacionado con sistema de apoyo insuficiente.		
NOC E INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
Desempeño del rol (1501) <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de los cambios de rol con un nuevo (150109) miembro de la familia - Desempeño de las expectativas de rol (150101) 	(4640) Ayuda para el control del enfado	<ul style="list-style-type: none"> -Enseñar métodos para modular la experiencia de la emoción intensa. -Animar a expresar sentimientos.
	(5820) Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
Afrontamiento de problemas (1302) <ul style="list-style-type: none"> - Refiere disminución del estrés (130204) - Identifica patrones de superación eficaces (130201) 	(7100) Estimulación de la integridad familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia. -Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
	(4820) Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> -Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. -Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

7.2.- PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Justificación del tipo de programa que se va a llevar a cabo.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

Una revisión sistemática³⁵ evalúa los principales programas de salud que implican a la figura paterna, en dicho estudio se incluyen 14 programas de los cuales 8 tienen resultados significativos en la puntuación de depresión postparto. De estos 8 estudios, 6 están centrados en el la pareja y 2 solo para los padres. Sin embargo, los factores de riesgo y los síntomas son distintos en los hombres y en las mujeres por lo que son necesarias intervenciones diferentes. Por ello se va a realizar las primeras 12 sesiones centradas en la figura paterna exclusivamente y las 4 últimas incluyendo a la pareja.

No se aplicará ningún método de exclusión si bien el embarazo de su pareja deberá encontrarse en el tercer trimestre. Se formará grupo mínimo de 6 personas, máximo de 15. Si el número de inscripciones es menor de 6 se ofrecerá a los participantes inscritos adherirse al programa en otro centro de salud cercano. Si es superior se dividirá en subgrupos según necesidades.

Las familias monoparentales pueden elegir si realizar exclusivamente las 12 primeras sesiones o si incluir a alguna persona de su entorno para realizar el resto de sesiones conjuntamente. Respecto a las parejas homosexuales pueden elegir ellos mismos si se sienten identificados con el rol de figura paterna y asistir a este programa. Por último, a los padres adoptivos se les planteara dos alternativas. Pueden participar en el programa y no asistir a las sesiones específicas del cuidado del recién nacido en caso de que el niño sea mayor o, si lo prefieren ser remitidos a asociaciones de apoyo a la adopción⁴³⁻⁴⁴ para incluirles en un programa más específico.

¿QUIÉN?

Las sesiones dirigidas a la salud mental las impartirá una enfermera de salud mental mientras que las píldoras informativas sobre el embarazo y los cuidados del recién nacido las dirigirá la matrona, ambas personal del centro de salud.

¿CUÁNDO?

El programa se iniciará en septiembre de 2021 y se iniciará de forma periódica cada 3 meses.

Los interesados deberán rellenar un cuestionario (ver anexo 3) que entregarán en el centro de salud a la matrona para organizar el grupo y tener en cuenta sus particularidades. El plazo de inscripción se cerrará una semana antes del inicio del programa.

Respecto a la duración del programa se ha demostrado que de los programas previos solo el estudio de intervención más larga (22 horas durante 22 semanas) demostró una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas depresivos³⁵. Sin embargo, la duración del permiso de paternidad en España⁴⁵ no permitiría realizar un programa de dicha duración con buena adherencia. Es por ello que se pretende realizar un programa de 8 semanas de duración. En cada semana habrá una reunión de 2 horas y cuarto de duración en las que se realizarán dos sesiones diferentes de 1 hora con un descanso de 15 minutos entre las mismas. De esta manera se pretende facilitar la asistencia del grupo realizándose más sesiones en menos semanas. Se llevarán a cabo 6 sesiones preparto y 10 postparto. Entre las mismas habrá 3 semanas sin sesiones en las cuales tendrá lugar el parto.

¿CÓMO?

El programa será de naturaleza psicoeducativa principalmente centrada en la salud y bienestar de la figura paterna, la transición a la paternidad y mejora de la comunicación. Además, se incluirá material informativo sobre: parto, lactancia materna y atención del recién nacido.

De esta manera se pretende prevenir los principales síntomas de la DPP-P a través de técnicas para el control de las emociones y una mayor preparación durante el periparto.

Se realizará a través de la terapia grupal facilitando la comunicación y expresión de sentimientos, experiencias y preocupaciones de los integrantes del mismo.

¿DÓNDE?

Los lugares de captación serán la consulta de la matrona en atención primaria o la unidad del hospital de maternidad, también puede ser a través de la pareja. Allí se repartirá el tríptico informativo tanto a la figura paterna como a las parejas (ver anexo 4).

El programa está dirigido al ámbito de atención primaria del sistema nacional de salud pública. Para facilitar la movilidad y la asistencia presencial se realizará preferiblemente en el centro de salud que corresponda a la pareja.

7.3.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD

Objetivo general

Fomentar el pensamiento crítico, la comunicación y el manejo de emociones a través de sesiones psicoeducativas con el fin de prevenir la depresión postparto paterna.

Objetivos específicos

- Proporcionar información a los padres sobre la DPP-P y su detección para disminuir la puntuación en la escala posnatal de Edimburgo para la detección de la depresión postparto.
- Aumentar los conocimientos sobre el embarazo, el parto y el puerperio para participar de forma activa en los cuidados.
- Expresar y comprender las emociones y dificultades que se dan durante el embarazo, el parto y el postparto tanto en ellos mismos como en la pareja.
- Facilitar la expresión de sentimientos, escucha activa y apoyo mutuo entre los futuros padres.

7.4.- DESARROLLO

Se llevarán a cabo 16 sesiones de 1 hora de duración, dos sesiones al día, un día a la semana durante 8 semanas en el centro de salud correspondiente.

Semana 1: presentación del grupo

SESIÓN 1		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Presentar a los individuos al grupo	Enfermera/o de salud mental	
<p>La enfermera/o de salud mental expondrá el objetivo principal del grupo: prevenir y visibilizar la DPP-P. Animará a los componentes del grupo a presentarse. Para ello se deberán colocar por parejas. Dispondrán de 5 minutos para hacerse preguntas mutuamente con el fin de conocer el nombre, las semanas de gestación, número de hijos, motivación para asistir al grupo, profesión y aficiones del compañero. Tras ello cada persona presentará a su pareja delante del grupo.</p>		
SESIÓN 2		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Examinar los conocimientos que tiene la figura paterna sobre la DPP-P previamente a la realización del programa. Conocer el grado de depresión de los participantes mediante la escala de Edimburgo.	Enfermera/o de salud mental	-Escala EPDS -Cuestionario: conocimientos iniciales -Cuestionario: evaluación de la actividad
<p>Se realizará una lluvia de ideas sobre la DPP-P para valorar qué conocimientos tienen los padres sobre ello. Después, la enfermera/o de salud mental administrará tres cuestionarios de manera individual a cada integrante. Estos serán la escala EPDS (ver anexo 5)²⁵ para la detección de la DPP-P, un cuestionario sobre la evaluación de la actividad (ver anexo 6) que se repetirá cada semana y un cuestionario sobre los conocimientos iniciales que tienen de la DPP-P (ver anexo 7).</p>		

Semana 2: ¿Qué es la DPP-P?

SESIÓN 3		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Aumentar los conocimientos sobre la DPP-P.	Matrona/matrón	-Introducción del trabajo actualizada si procede.
La matrona del centro de salud explicará a través de una ponencia qué es la DPP-P. Incluyendo la definición, factores de riesgo, síntomas y tratamiento entre otros.		
SESIÓN 4		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Afianzar los conocimientos sobre la DPP-P.	Matrona/matrón	-Cuestionario DPP-P -Folios y bolígrafos -Cronómetro -Cuestionario: evaluación de la actividad
La matrona/matrón realizará un concurso para afianzar los conceptos adquiridos en la sesión anterior a través de un cuestionario (ver anexo 8) sobre DPP-P que constará de 8 preguntas con 4 opciones cada una. La matrona proporcionará a cada individuo 4 tarjetas con las letras correspondientes a las opciones. Leerá la pregunta en voz alta y tras 10 segundos los participantes deberán mostrar la tarjeta que ellos creen que corresponde a la respuesta correcta. Tras cada pregunta la matrona deberá dar una breve explicación de por qué esa opción es la correcta y resolver dudas si las hubiera.		

Semana 3: preocupaciones, inquietudes e implicación en el parto

SESIÓN 5		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Fomentar la expresión de dudas e inquietudes.	Matrona/matrón y enfermera/o de salud mental	-Folios -Bolígrafos -Bolsa
<p>La enfermera/o de salud mental y la matrona/matrón animarán al grupo a expresar sus preocupaciones e inquietudes sobre el embarazo, el parto y el puerperio y las anotará. Para ello se proporcionarán tarjetas de papel donde los integrantes escribirán sus temores de manera anónima y se depositarán en una bolsa. Luego, la enfermera/o de salud mental irá leyendo una por una. Aquellas que correspondan a la salud mental las resolverá ella misma mientras que las que correspondan a los cuidados del recién nacido o aspectos técnicos del parto las resolverá la matrona.</p>		
SESIÓN 6		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
<p>Aumentar los conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>Fomentar el empoderamiento de la figura paterna en el parto.</p>	Matrona/matrón	<p>-Guía clínica de las modificaciones hipotalamohipofisarias en el embarazo y en el período posparto⁴⁶</p> <p>-Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period¹⁴</p> <p>-Cuestionario: evaluación de la actividad</p>
<p>La matrona/matrón explicará a los padres los tipos de parto que pueden llevarse a cabo según las circunstancias y de qué manera puede participar la figura paterna en ellos. Se resaltarán la importancia de su papel para promover el apego precoz, generar mayor soporte y tranquilidad a la madre, etc. Además, les explicará qué cambios hormonales se van a dar en su pareja y en ellos mismos en el postparto inmediato para mejorar la comprensión y empatía. Por último, resolverá todas las dudas que se den en el grupo.</p>		

Semana 4: estrategias de afrontamiento

SESIÓN 7-8		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Promover el control de las emociones intensas. Impulsar el pensamiento crítico sobre las expectativas de crianza.	Enfermera/o de salud mental	-Cuestionario: evaluación de la actividad
<p>La enfermera/o de salud mental utilizará estas sesiones para impartir técnicas de control de las emociones intensas como la respiración diafragmática, reestructuración del pensamiento, asertividad, etc. A continuación, la enfermera/o de salud mental pondrá en práctica la técnica de respiración diafragmática con el grupo.</p> <p>Por último, se animará a los padres a contar al grupo qué expectativas de crianza tienen. La enfermera/o de salud mental insistirá en la necesidad de abandonar la idea tradicional de padre ideal para aceptar la pluralidad del rol parental y adaptar las expectativas a la realidad.</p>		

Semana 5: cuidados neonatales

SESIÓN 9-10		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Aumentar los conocimientos sobre la lactancia materna. Fomentar el empoderamiento de la figura paterna en la crianza del recién nacido.	Matrona/matrón	-Guía de recomendaciones sobre Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría ⁴⁷ -Guía de vacunas a administrar en Aragón ⁴⁸ -Programa de salud infantil ⁴⁹ -Cuestionario: evaluación de la actividad
<p>La matrona/matrón les proporcionará píldoras informativas sobre la lactancia materna, las revisiones y el programa de vacunación, los cambios normales en el desarrollo del recién nacido y los signos de alarma de las patologías más frecuentes. Para que sea más didáctico se realizará a través de simulaciones con un muñeco.</p>		

Semana 6: afrontamiento de situaciones cotidianas

SESIÓN 11-12		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Dar a conocer las dificultades del puerperio y trabajar las habilidades de comunicación y de apoyo. Debatir en torno al papel de la figura paterna en situaciones cotidianas del parto y postparto.	Matrona/matrón y enfermera/o de salud mental	-Guía de recomendaciones sobre Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría ⁴⁷ -Guía de vacunas a administrar en Aragón ⁴⁸ -Programa de salud infantil ⁴⁹ -Cuestionario: evaluación de la actividad
La enfermera/o de salud mental y la matrona/matrón realizarán conjuntamente esta sesión. Se dividirá al grupo en 3 pequeños grupos de 2-4 personas según la asistencia. Se expondrá un caso práctico (ver anexo 9) ⁴⁰ a cada grupo sobre las emociones, la sexualidad y las relaciones familiares y sociales. Cada grupo deberá analizar la situación y discutir su caso. Posteriormente expondrá el caso y las conclusiones a las que ha llegado. El resto del grupo debatirá si están de acuerdo o no.		

Semana 7: el binomio de la pareja

SESIÓN 13		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Fomentar la comunicación, apoyo y empatía entre la pareja.	Enfermera/o de salud mental	-Cuestionario: conocimientos iniciales. -Folios y bolígrafos
<p>Tras la incorporación de las parejas al programa, estas deberán cumplimentar el cuestionario sobre conocimientos iniciales de la DPP-P (ver anexo 6). La enfermera/o de salud mental pedirá a los componentes del grupo (tanto figuras paternas como acompañantes) que escriban en un papel una situación que haya ocurrido durante el embarazo o el puerperio con su pareja que haya resultado conflictiva. Después, se reunirán las parejas y deberán interpretar a través de un role-playing las situaciones que han escrito ambos, pero con los papeles intercambiados. Tras la interpretación deberán expresar cómo se sienten y si creen que esa situación se podría haber resuelto de otra manera.</p>		
SESIÓN 14		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Aumentar el conocimiento de las parejas sobre la DPP-P. Promover la confianza entre los miembros de la pareja.	Enfermera/o de salud mental	-Guía clínica de las modificaciones hipotalamohipofisarias en el embarazo y en el período posparto ⁴⁶ -Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period ¹⁴ -Cuestionario: evaluación de la actividad
<p>El grupo se dividirá de manera que, por un lado, estén los integrantes del grupo inicial del programa y, por otro, los acompañantes. Estos últimos deberán formular preguntas sobre la DPP-P que contestará el otro grupo. En la segunda mitad de la sesión se deberá escribir una carta con los temores e inquietudes que tienen individualmente como padres y como pareja. Tras intercambiarse las cartas, se procederá a realizar un ejercicio de confianza. Este tratará de dejarse caer hacia atrás confiando en la pareja para sostenerle.</p>		

Semana 8: ampliando el conocimiento

SESIÓN 15		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Afianzar los conocimientos sobre la lactancia materna.	Matrona/matrón	-Lactancia materna: mitos y verdades ⁵⁰ -Cuestionario: evaluación de la actividad
La matrona/matrón instará al grupo a que realice una lluvia de ideas acerca de conocimientos populares sobre la lactancia que la matrona irá apuntando en un papel. El grupo debatirá si creen que son verdad o mito. Posteriormente la matrona desvelará cuales son reales basándose en la evidencia científica y cuáles no.		
SESIÓN 16		
OBJETIVO	PROFESIONAL	MATERIAL
Valorar de forma verbal y emocional por parte de los participantes qué han aprendido y en qué les ha beneficiado. Examinar los conocimientos que tiene la figura paterna sobre la DPP-P de manera posterior a la realización del programa. Conocer el grado de depresión de los participantes mediante la escala de Edimburgo.	Matrona/matrón y enfermera/o de salud mental	-Ovillo de lana -Cuestionario: evaluación de la actividad -Escala EPDS
En esta última sesión estarán la enfermera/o de salud mental y la matrona/matrón. Como despedida el grupo se pondrá en un círculo. Uno de los participantes tendrá un ovillo de lana que deberá lanzar a otro compañero o pareja, antes deberá decir al grupo algo que ha aprendido tras la realización del programa y qué beneficios le ha aportado a la vida diaria.		

En la segunda parte de la sesión se administrará a la figura paterna de nuevo la EPDS. Además, se administrará un cuestionario de evaluación final del programa (ver anexo 10) y el cuestionario de conocimientos iniciales a todos los participantes. Por último, se animará al grupo a acudir de nuevo a la consulta del personal de enfermería si tienen alguna dificultad.

7.5.- CRONOGRAMA

AGOSTO 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
RECLUTAMIENTO + CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO						
23	24	25	26	27	28	29
RECLUTAMIENTO + CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO						
30	31					

SEPTIEMBRE 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
		S. 1-2				
6	7	8	9	10	11	12
		S. 3-4				
13	14	15	16	17	18	19
		S.5-6				
20	21	22	23	24	25	26
PERIODO PARA EL PARTO						
27	28	29	30			
PERIODO PARA EL PARTO						

OCTUBRE 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
				1	2	3
PERIODO PARA EL PARTO						
4	5	6	7	8	9	10
PERIODO PARA EL PARTO						
11	12	13	14	15	16	17
		S.7-8				
18	19	20	21	22	23	24
		S. 9-10				
25	26	27	28	29	30	31
		S. 11-12				

NOVIEMBRE 2021						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
		S.13-14				
8	9	10	11	12	13	14
		S.15-16				
15	16	17	18	19	20	21
EVALUACION DEL PROGRAMA Y APLICACIÓN DE MEJORAS						
22	23	24	25	26	27	28
EVALUACION DEL PROGRAMA Y APLICACIÓN DE MEJORAS						
29	30					

7.6.- RECURSOS Y PRESUPUESTO

	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES		PRESUPUESTO TOTAL
Reclutamiento	-	Cuestionario datos sociodemográficos	0.2€ fotocopia blanco y negro x 2 carillas x 50 copias	20€
		Tríptico informativo	0.4€ x 2 carillas x 100 copias	80€
S. 1	Enfermera salud mental 15€/h	-	-	15€
S. 2	Enfermera salud mental 15€/h	Cuestionario EPDS	0.2€ x 1 carilla x 15 participantes	21€
		Cuestionario conocimientos iniciales	0.2€ x 1 carilla x 15 participantes	
S. 3	Matrona 15€/h	-	-	15€
S. 4	Matrona 15€/h	Cuestionario preguntas DPP-P	0.2€ x 1 carilla	30.77€
		1 Paquete de 100 folios	2€	
		20 Bolígrafos	7.68€	
		Cronómetro	5.89€	
S. 5	Enfermera salud mental y matrona 30€/h	Folios	-	30.5€
		Bolsa	0.5€	
		Bolígrafos	-	
S. 6	Matrona 15€/h	-	-	15€
S. 7-8	Enfermera salud mental	-	-	30€

	15€/h x 2h			
S. 9-10	Matrona 15€/h x2h	Muñeco bebé	18€	48€
S. 11-12	Enfermera salud mental y matrona 30€/h	Folios	-	60€
S. 13	Enfermera salud mental 15€/h	Folios	-	15€
		Bolígrafos	-	
S. 14	Enfermera de salud mental 15€/h	Folios	-	18€
		Bolígrafos	-	
		Cuestionario conocimientos iniciales DPP-P	0.2€ x 15 participantes	
S. 15	Matrona 15€/h	Folios	-	15€
S. 16	Enfermera salud mental y matrona 30€/h	Ovillo de lana	2.59€	65.59€
		Cuestionario EPDS	0.2€ x 15	
		Cuestionario evaluación del programa	0.2€ x 4 carillas x 30 participantes	
		Cuestionario conocimientos iniciales DPP-P	0.2€ x 30 participantes	
Todas	-	Cuestionario de evaluación de la actividad	0.2€ x 8 x 16 sesiones	25.6 €
Presupuesto final del programa de salud				501.46€

7.7.- EVALUACIÓN

Para evaluar el programa se utilizarán varios cuestionarios que permitan valorar si el paciente ha adquirido conocimientos, si sus expectativas sobre el programa se han cumplido y si el programa se ha llevado a cabo de manera correcta.

Para ello, en la sesión 2 se administrará un cuestionario para evaluar los conocimientos iniciales de la figura paterna sobre la DPP-P (ver anexo 7). Además, se utilizará la escala de depresión postparto de Edimburgo para valorar el estado anímico antes del parto (ver anexo 5). Ambos cuestionarios se repetirán en la sesión 16 para poder comparar los resultados. También se evaluará los conocimientos de la pareja administrándoles el cuestionario de conocimientos iniciales en la sesión 14 y en la 16.

Para evaluar cada actividad los participantes rellenarán el cuestionario tras la última sesión de cada semana (ver anexo 6).

Por último, en la sesión 16 se administra un cuestionario sobre los aspectos técnicos, la organización, las instalaciones, el contenido y las personas conductoras del programa (ver anexo 10)

Con esto se pretende recoger información sobre las debilidades y fortalezas del programa y las alternativas de mejora.

8.- CONCLUSIONES

Destaca la necesidad de implementar una herramienta de diagnóstico de la DPP-P adaptada a la sintomatología en la figura paterna. Dicha herramienta debería usarse de manera metódica en el cribado y detección de la depresión paterna. Esta carencia, junto con la falta de estudio de la patología, hacen que los programas de salud que tratan a la figura paterna durante el embarazo, parto y puerperio sean cuantitativamente limitados y poco implantados.

Primera. Se han identificado los principales diagnósticos de enfermería para la figura paterna de manera que las sesiones planteadas se han ajustado a las necesidades propias de esta población.

Segunda. Las actividades han aumentado los conocimientos sobre la DPP-P y la participación activa en el embarazo, parto y crianza.

Tercera. Se ha atendido la salud mental de la figura paterna incidiendo en el manejo de las emociones y estímulo de la comunicación con la pareja.

Cuarta. Se ha conseguido disminuir los síntomas depresivos y visibilizar y prevenir la DPP-P.

9.- BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013.
2. Kim P, E. Swain J. Sad dads: Paternal Postpartum Depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(2):35-47.
3. Scarff J. Postpartum Depression in Men. *Innov Clin Neurosci*. 2019;16(5-6):11-4.
4. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961-9.
5. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:189-203.
6. Matthey S, Barnett B, Ungerer J WB. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord*. 2000;60(2):75-85.
7. Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E, et al. Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety*. 2011;28(6):471-7.
8. Soliday E, McCluskey-Fawcett K, O'Brien M. Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *Am J Orthopsychiatry*. 1999;69(1):30-8.
9. Fisher SD, Garfield C. Opportunities to detect and manage perinatal depression in men. *Am Fam Physician*. 2016;93(10):824-5.
10. Rosenthal, D.G., Learned, N., Liu Y et al. Characteristics of Fathers with Depressive Symptoms. *Matern Child Heal*. 2013;17:119-28.
11. Nishimura A, Ohasi K. Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nurs Heal Sci*. 2010;12(2):170-6.
12. Don, B. P., & Mickelson KD. Paternal postpartum depression: The role

- of maternal postpartum depression, spousal support, and relationship satisfaction. *Couple Fam Psychol.* 2012;1(4):323-34.
13. Gallaher KGH, Slyepchenko A, Frey BN, Urstad K DS. The Role of Circadian Rhythms in Postpartum Sleep and Mood. *Sleep med Clin.* 2018;13(3):259-374.
 14. Sundström Poromaa I, Comasco E, Georgakis MK, Skalkidou A. Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. *J Neurosci Res.* 2017;95(1-2):719-30.
 15. Zarrouf FA, Artz S, Griffith J et al. Testosterone and Depression Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Pract.* 2009;15(4):289-305.
 16. Siegel R, Brandon A. Adolescents, pregnancy, and mental health. *Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014;27(3):138-50.
 17. Roca de Bes M. Factores psicosociales asociados a familias con nacimientos múltiples como resultado de la técnicas de reproducción asistida. *Rev Iberoam Fertil y Reprod Humana.* 2012;29(4):1.
 18. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev.* 2006;29(3):445-55.
 19. Álvarez Medina S. La autonomía reproductiva. Relaciones de género, filiación y justicia. *Rev Jurídica.* 2017;35(I):145-70.
 20. Foli KJ, Gibson GC. Sad adoptive dads: Paternal depression in the post-adoption period. *Int J Mens Health.* 2011;10(2):153-62.
 21. Salvo Agoglia I. Masculinidades y paternidades en la adopción. un lugar por construir. *Masculinities Soc Chang.* 2016;5(2):157-81.
 22. Golombok S, Mellish L, Jennings S, Casey P, Tasker F, Lamb ME. Adoptive Gay Father Families: Parent-Child Relationships and Children's Psychological Adjustment. *Child Dev.* 2014;85(2):456-68.
 23. Lores F, Mesdina R. Experiencias de la Monoparentalidad entre padres solteros por elección (PSPE). En: *La monoparentalidad por elección El proceso de construcción de un modelo de familia.* 2013. p. 143-87.

24. Matthey S, Agostini F. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale for women and men—some cautionary thoughts. *Arch Women's Ment Heal.* 2017;20:345-54.
25. Cox J., Holden J., Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (EPDS). *Br J Psychiatry.* 1987;150.
26. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Strivens-Vilchez H, Gonzalez-Perez R, Martinez-Augustin O, Peralta-Ramirez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PLoS One.* 2017;12(8):1-17.
27. Psouni E, Agebjörn J, Linder H. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scand J Psychol.* 2017;58(6):485-96.
28. Sigurdsson B, Palsson SP, Aevarsson O, Olafsdottir M, Johannsson M. Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjamenn study. *J Affect Disord.* 2015;173:81-9.
29. Quevedo L, da Silva RA, Coelho F, Pinheiro KA, Horta BL, Kapczinski F PR. Risk of suicide and mixed episode in men in the postpartum period. *J Affect Disord.* 2011;132(1-2):243-6.
30. Brandon E, Poll V, Whiting J, Clevesy M. Forgotten Fathers: Postpartum Depression in Men. *J Fam Issues.* 2019;40:1001-17.
31. Wilson S, Durbin E. Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(2):167-80.
32. Stein A, Pearson R, Goodman S, Rapa E. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 2014;384(9956):1800-19.
33. Weitzman M, Rosenthal DG, Liu YH. Paternal depressive symptoms and child behavioral or emotional problems in the United States. *Pediatrics.* 2011;128(6):1126-34.

34. Lee JY, Knauer HA, Lee SJ, MacEachern MP, Garfeld CF. Father-inclusive perinatal parent education programs: A systematic review. *Pediatrics*. 2018;142(1).
35. Goldstein Z, Rosen B, Howlett A, Anderson M, Herman D. Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;265:505-10.
36. Koch S, De Pascalis L, Fabielle V, Renner AM, Murray L, Arteché A. Effects of male postpartum depression on father–infant interaction: The mediating role of face processing. *Infant Ment Health J*. 2019;40(2):263-76.
37. Fletcher R, Feeman E, Garfield C, Vimpani G. The effects of early paternal depression on children’s development. *Med J Aust*. 2011;195(11-12):685-9.
38. Ballester López A. El impacto de la maternidad subrogada en la salud de las mujeres gestantes. 2018; Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/147843>
39. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Atención en el embarazo y puerperio. 2014.
40. Martínez Bueno C, Fernández Cuadrado A. Guía para la conducción de hombres por una paternidad responsable, activa y consciente. 2016.
41. Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal [Internet]. [citado 8 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.sociedadmarce.org/>
42. Elsevier. NNN-Consult [Internet]. [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
43. Asociación Española de atención a la adopción y apoyo a familia y adopción [Internet]. España: ASEFA. [Citado 25 mar 2021]. Disponible en: <https://www.asociacion-asefa.org/>.
44. Asociación de familias adoptantes de Aragón. Aragón: AFADA [Internet]. [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.afada.org/>

45. España Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. Boletín Oficial del Estado, 7 de marzo de 2019, núm. 57.
46. Rabinovich IH, Alfonso GO, Moreno AS, Vela ET, Alfonso AP, Del C, et al. Guía clínica de las modificaciones hipotalamohipofisarias en el embarazo y en el período posparto. *Endocrinol y Nutr.* 2008;55(1):29-43.
47. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Recomendaciones sobre lactancia materna. *Asoc española pediatría.* 2012.
48. Consejera de sanidad. VACUNAS A ADMINISTRAR EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y AÑO DE NACIMIENTO ARAGÓN 2020. 2020 p. 2019-20.
49. Lopez Aguilera L, Alonso Garcia LA, Alvarez Gomez J, Arana Cañedo C, Arroba Basanta ML, Bargay Lleontart F. Programa de salud infantil (PSI). 2009.
50. Vargas-zarate M, Becerra-bulla F, Balsero-oyuela SY, Meneses-burbano YS. Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión. *Fac Med.* 2019;68(4):608-16.

10.- ANEXOS

Anexo 1³

HORMONA	MUJERES EMBARAZADAS	MUJERES POSTPARTO	HOMBRES DURANTE EMBARAZO	HOMBRES POSTPARTO
Cortisol	Aumentado	Aumentado	Disminuido	Disminuye, luego se normaliza
Testosterona	Levemente aumentada	Normalizada	Disminuido	Disminuye, luego se normaliza
Estrógeno/Estradiol	Aumentado	Aumentado	Aumentado	Aumentado
Prolactina	Aumentado	Aumentado	Aumentado	Aumentado

Anexo 2 (elaboración propia)

NOMBRE DE LA ESCALA	Escala depresión posnatal de Edimburgo	Escala depresión masculina de Gotland	Cuestionario de salud del paciente nº9	Inventario de depresión de Beck
SIGLAS EN INGLÉS	EPDS	GMDS	PHQ-9	BDI
PROPÓSITO	Detección de depresión postparto en atención primaria	Detección depresión masculina postparto	Detección depresión en población general y su repercusión en las ACVD	Detección de la depresión en población general
MARCO TEMPORAL	7 días anteriores	Mes anterior	14 días anteriores	7 días anteriores
Nº RESPUESTAS	10 ítems 4 posibles respuestas (0-3)	13 ítems 4 posibles respuestas (0-3)	9 ítems 4 posibles respuestas (0-3)	21 ítems 4 posibles respuestas (0-3)
PUNTO DE COHORTE	>10 depresión	>13 depresión	>10 depresión	>13 depresión
LIMITACIONES	-No detecta otros trastornos psicológicos -No detecta síntomas paternos	-Parte de la premisa de que los hombres son más propensos a reportar ira	-No es específica del periodo postparto -No diferencia por sexos	- No es específica del periodo postparto -No diferencia por sexos

Anexo 3 (elaboración propia)

Recogida de datos sociodemográficos de los interesados

1-Nombre y apellidos.....

2-Edad.....

3-Nacionalidad.....

4-Nivel de estudios

- Sin estudios o no finalizados
- Estudios primarios (ESO o EGB)
- Estudios secundarios (Bachillerato o FG)
- Estudios superiores

5-¿Está usted activo laboralmente?

- Si, ¿En qué?.....
- No
- Baja por paternidad u otros motivos

6-¿Está su pareja activa laboralmente?

- Si, ¿En qué?
- No
- Baja por maternidad y otros motivos

7-Semanas de gestación.....

8-Componentes del núcleo familiar.....

9-Embarazos previos

- Sí
 - ¿Cuántos?.....
 - ¿Hubo algún problema de salud durante el desarrollo o el parto?.....
 - ¿Alguno de los progenitores fue diagnosticado de depresión post parto?
¿Quién?.....
- Ninguno.

10-Abortos previos

- Sí, ¿En qué semana?.....
- Ninguno.

11-¿Ha adoptado alguna vez un niño?

- Sí
 - ¿Con qué edad fue adoptado el niño?.....
 - ¿Alguno de los progenitores fue diagnosticado de depresión post-adopción?.....
- b. Esta es la primera
- c. No

12-Señale si alguna de estas afirmaciones se da en su caso:

- Es un embarazo no deseado
- Es un embarazo cuyo fruto no va a convivir en el núcleo familiar (adopción, maternidad subrogada, etc.)
- Mi pareja y yo somos del mismo sexo
- Pertenezco a una familia monoparental
- Tengo pareja pero no puede realizar las últimas sesiones del programa conmigo

13-¿Ha participado alguna vez en un grupo de prevención de la DPP-P?

¿Cuál?.....

Anexo 4 (elaboración propia)

TRÍPTICO INFORMATIVO

Grupo de apoyo ante la paternidad



OBJETIVO

Prevenir y visibilizar la depresión postparto paterna



MÉTODO

16 Sesiones psicoeducativas durante 8 semanas



CONTENIDO

Píldoras informativas
Manejo de emociones
Casos prácticos
¡Y mucho más!

Para más información contacta con tu centro de salud.

Sistema nacional de salud pública



No estás solo



Hasta el 25% de los hombres pueden sufrir depresión postparto

La clave es la

PRE
VEN
CIÓN

Sistema nacional de salud pública



Conoces la depresión postparto paterna?

Sistema nacional de salud pública

La depresión postparto en la figura paterna

Según el manual diagnóstico DSM-V es un episodio depresivo mayor, la duración puede variar desde 3- 6 meses postparto hasta un año después.

Síntomas

Aunque similares a los de la mujer en la depresión postparto materna varían añadiendo indecisión, irritabilidad y embotamiento emocional que pueden presentarse hasta un año después del parto



Sistema Nacional de Salud Pública



¿Por qué?

Factores de riesgo ecológicos

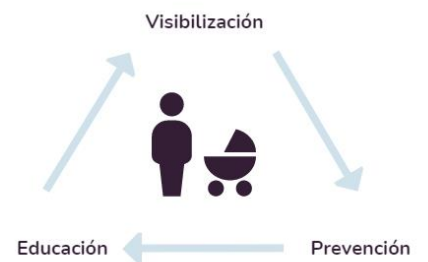
- Depresión
- Discordia marital
- Pobreza
- Depresión materna
- Embarazos no deseados...

Factores de riesgo biológicos

- Alteración ritmo circadiano
- Variación de hormonas masculinas

Sistema Nacional de Salud Pública

Tratamiento



Sistema Nacional de Salud Pública

Anexo 5²⁵

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

Anexo 6 (elaboración propia)

Cuestionario de evaluación final de cada sesión

Este cuestionario es anónimo, ruego conteste todas las preguntas y añada las observaciones que crea necesario.

Indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones

Me ha resultado útil la sesión

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Me ha gustado la dinámica de la sesión

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Si la respuesta es Nada o Poco indique porqué.....

¿Qué puntuación le daría en general del 0-10 siendo 0 la puntuación más baja y 10 la puntuación más alta?.....

Observaciones.....

Gracias por su colaboración.

Anexo 7 (elaboración propia)

Cuestionario inicial y final de conocimientos sobre la DPP-P

Nombre.....

Edad.....

Fecha.....

¿Alguna vez ha oído hablar sobre la depresión postparto paterna (DPP-P)?

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

No contesta

-Si la respuesta es Nada o Poco:

 ¿Se hubiera planteado antes que la DPP-P pudiera existir?

Si No No sabe/ No contesta

-Si la respuesta es Bastante o Mucho:

 ¿A través de quién o qué institución ha oído hablar sobre
 ello?.....

¿Ha sentido tristeza o ira desmesurada en embarazos/adopciones anteriores?

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Si este es su primer embarazo no conteste a la pregunta anterior

¿Conoce a alguien, cuyo rol fuera de figura paterna, que expresara tristeza o ira desmesurada durante el embarazo/adopción?

¿Sabría dónde acudir si sintiera tristeza, ira desmesurada, irritabilidad, desesperanza, etc durante el embarazo o adopción? ¿Dónde acudiría?

Si.....

No

¿Qué expectativas tiene sobre el programa?.....

Gracias por su colaboración.

Anexo 8 (elaboración propia)

Cuestionario conocimientos DPP-P

- 1- ¿A quién afecta la DPP-P?
 - a. A la figura paterna exclusivamente
 - b. A la pareja exclusivamente
 - c. A la figura paterna y a la pareja exclusivamente
 - d. A la figura paterna, su pareja y sus hijos.
- 2- ¿Cuándo puede darse lugar la DPP-P?
 - a. Tras el segundo año de vida del niño
 - b. Igual que en la mujer
 - c. Entre los 3 y 6 meses postparto, hasta un año después
 - d. La DPP-P no existe
- 3- ¿Qué factores de riesgo pueden desencadenar DPP-P?
 - a. Depresión en la pareja
 - b. Variación de las hormonas
 - c. Falta de sueño
 - d. Todas son correctas
- 4- Señale la incorrecta
 - a. Las parejas del mismo sexo pueden tener DPP-P
 - b. Las familias monoparentales pueden tener DPP-P
 - c. La DPP-P solo se da en parejas heterosexuales con hijos biológicos
 - d. Los padres adoptivos pueden tener depresión postparto
- 5- Señale la correcta
 - a. No hay estudios suficientes sobre la DPP-P
 - b. No hay una escala específica y universal para la DPP-P
 - c. El tratamiento principal de la depresión postparto son los fármacos
 - d. A y b son correctas
- 6- ¿Qué implica para la figura paterna la DPP-P no tratada?
 - a. Puede aumentar el riesgo de suicidio
 - b. Puede aumentar el riesgo de trastornos de ansiedad
 - c. A y B son correctas
 - d. A y B son incorrectas
- 7- ¿Qué previene la DPP-P?
 - a. No comunicarse con la pareja, es mejor no exteriorizar mis sentimientos.
 - b. El correcto manejo de las emociones
 - c. Tomar antidepresivos desde el principio del embarazo
 - d. Es imposible de prevenir
- 8- ¿A quién puedo recurrir si creo que puedo padecer DPP-P? Señala la incorrecta
 - a. A mi médico de atención primaria
 - b. A la matrona
 - c. A la enfermera que realiza las revisiones de mi bebé
 - d. A nadie, es mejor que nadie se entere por lo que puedan pensar de mi

Anexo 9⁴⁰

Caso 1. Las emociones

Rosa y Pau hace una semana que han tenido a su hijo Ramón. El parto fue muy bien, no le han tenido que poner puntos y Ramón está mamando y durmiendo sin problemas. Pau se siente feliz.

Rosa y Pau ya sabían que tener un hijo suponía un cambio de vida, que estarían muy ocupados en atender a su hijo, les parecía que ya estaban preparados para esta nueva situación, habían ido a clases de preparación al nacimiento y la comadrona les había explicado las dificultades. Pero ahora Pau se da cuenta que la idea que tenía de "ser padre" no coincide exactamente con la realidad.

Pau se encuentra a Rosa llorando y no es capaz de explicar qué le pasa. Por otra parte, Pau siente que ha perdido aquella vida de antes, él era muy independiente, no necesitaba a nadie y ahora todo es diferente, tiene a Rosa llorando y no sabe por qué. Ella dice que se siente agotada y que no puede más y que el niño tiene hambre todo el día..

1. Analiza la situación. ¿Qué sientes cuando lees el caso?
2. ¿Qué puede hacer Pau para ayudar a Rosa?
3. ¿Cómo crees que se siente Pau ante esta situación?

Caso 2. Las relaciones familiares y sociales

Carme y Joan han tenido a su hijo hace 7 días, Gerard. Fue un parto largo y al final acabó con fórceps. Carme lleva muchos puntos y le duele el periné.

Gerard es un niño que come muy a menudo y hace tomas cortas, con lo cual está todo el día pegado al pecho de su madre, sin embargo Carme tiene muchas ganas de darle el pecho. Además el niño va ganando peso sin problemas.

La familia de Joan es muy numerosa y Gerard es el primer nieto, de manera que todos quieren ver al niño y no paran de hacer visitas a la nueva familia. Joan a veces tiene ganas de no abrir la puerta, pero es su familia...

1. Analiza la situación. ¿Qué sientes cuando lees el caso?
2. ¿Qué podría hacer Joan con las visitas?
3. ¿Cómo tendría que actuar Joan?

Caso 3. Un domingo cualquiera

Josep y Teresa se encuentran en la recta final del embarazo, quedan un par de semanas para la probable fecha del parto. Han pasado un domingo tranquilo con una comida familiar, una siesta e incluso han mantenido relaciones sexuales.

A última hora del día, Teresa le dice a Josep que después de la relación sexual ha sangrado un poco, sin especificar, pero no le hace daño. Teresa está muy nerviosa ya que no sabe qué tiene que hacer. En el grupo de preparación al nacimiento les han dicho que alguna cosa parecida podría pasar. Pero esto no consigue calmar su angustia. Josep está perdido, no sabe qué hacer.

1. Analiza la situación. ¿Qué sientes cuando lees el caso?
2. ¿Cómo tendría que actuar Josep para poder dar una respuesta a la angustia de Teresa?
3. Analiza las diferentes opciones que tienen para afrontar la situación, valorando las ventajas y los inconvenientes de cada decisión.

Anexo 10 (elaboración propia)

Cuestionario de evaluación final del programa

Edad.....

Centro de salud donde se ha realizado el programa.....

Sesiones a las que ha asistido.....

Marque la correcta, es usted

La figura paterna Acompañante

Fecha.....

Este cuestionario es anónimo, ruego conteste todas las preguntas y añada las observaciones que crea necesario.

1.Instalaciones, medios técnicos y organización. ¿En qué medida está de acuerdo con esta afirmación?

El curso ha estado debidamente organizado (fechas, horario, material)

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

El número de miembros del grupo ha sido adecuado

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

No contesta

Si la respuesta es Nada o Poco, por favor escriba porqué.....

El espacio donde se han llevado a cabo las sesiones ha sido adecuado

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

La duración del programa ha sido adecuada

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Las fechas del programa se han ajustado a la gestación coincidiendo las clases preparto con el embarazo de la pareja y las clases postparto con el puerperio de la pareja

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Me ha resultado fácil poder asistir a las sesiones

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Si la respuesta es Nada o Poco, por favor escriba qué horario le hubiera facilitado la asistencia.....

El tiempo de duración de cada sesión ha sido adecuado para adquirir los conocimientos y realizar las actividades propuestas

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Los medios técnicos han sido adecuados para cada actividad y de fácil uso

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

¿Mejorarías algún aspecto respecto a la organización, medios técnicos y organización?.....

2.Contenido y metodología

Los contenidos tratados han sido de mi interés

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Si la respuesta es Nada o Poco por favor escriba que sesiones no han resultado de su interés y porqué.....

Los contenidos han cubierto mis necesidades

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Mis conocimientos sobre la DPP-P han aumentado tras realizar el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Mis conocimientos sobre el cuidado del recién nacido han aumentado tras realizar el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Mis herramientas para gestionar mis sentimientos han aumentado tras realizar el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

La comunicación con mi pareja y mi entorno ha mejorado tras realizar el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Las herramientas y conocimientos adquiridos son aplicables a mi vida cotidiana

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Si alguna de las respuestas anteriores ha sido Nada o Poco: ¿En qué aspectos le hubiera gustado profundizar más? ¿En cuáles menos?.....

Que la realización del programa haya sido a través de un grupo ha sido positivo a la hora de realizar las actividades y adquirir conocimientos

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Si la respuesta es Nada o Poco por favor escriba porqué.....

La incorporación de la pareja en las cuatro últimas sesiones ha sido beneficioso para mí y enriquecedor para el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Si la respuesta es Nada o Poco por favor escriba porqué.....

¿Qué actividades te han gustado más?.....

¿Qué actividades te han gustado menos?.....

3. Valoración de las personas conductoras del grupo

Considero que la enfermera de salud mental tenía los conocimientos suficientes para realizar el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Considero que la matrona tenía los conocimientos suficientes para realizar el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Considero que la actitud de la enfermera de salud mental hacia los participantes del grupo ha sido correcta

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Considero que la actitud de la matrona hacia los participantes del grupo ha sido correcta

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Considero que la enfermera de salud mental ha facilitado la participación de los integrantes del grupo

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Considero que la matrona ha facilitado la participación de los integrantes del grupo

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

4. Grado de satisfacción general

Considero que el programa ha sido útil

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Recomendaría a otros padres el programa

Nada Poco Bastante Mucho No sabe/ No contesta

Escriba cualquier observación que considere.....

.....

Gracias por su colaboración.