

Factores asociados a la depresión posparto en varones de Lima, Perú

Factors associated with postpartum depression in men from Lima, Peru

Alejandra Eliana Salazar Ojeda¹ , José Wagner López Revilla^{1,2} 

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la depresión posparto (DPP) en varones residentes en Lima, Perú, durante el 2024. **Materiales y métodos:** Estudio transversal realizado en 411 padres tras el nacimiento de su último hijo. Se utilizó una ficha de recolección de datos y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). Se efectuó un análisis descriptivo, bivariado y multivariado mediante regresión de Poisson, con un nivel de significación del 95 %. **Resultados:** De los 411 participantes, 114 (27,7 %) presentaron riesgo de DPP. En este grupo, el 58,9 % eran adultos mayores de 30 años ($p = 0,041$) y el 61,6 % contaba con trabajo estable ($p = 0,038$); no obstante, el 38,0 % reportó una satisfacción salarial regular ($p = 0,001$). El 65,8 % de los padres con riesgo de DPP reportó un embarazo no planificado ($p = 0,009$); además, el 52,6 % percibió aumento de conflictos de pareja ($p < 0,001$) y el 43,0 % manifestó preferencia por permanecer fuera de casa ($p < 0,001$). En el análisis de regresión de Poisson, el aumento de los conflictos de pareja (RPa: 1,74 [1,17-2,60]; $p = 0,01$) y la preferencia por estar fuera de casa (RPa: 1,76 [1,17-2,65]; $p = 0,01$) se identificaron como factores de riesgo asociados a la DPP. **Conclusiones:** En la población estudiada, el 27,7 % de los varones presentó probabilidades de experimentar DPP, condición que se encuentra asociada a aumento de conflictos de pareja y a la preferencia por permanecer fuera del hogar.

Palabras clave: paternidad; salud mental; depresión posparto; Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; padre.

ABSTRACT

Objective: To determine factors associated with postpartum depression (PPD) in men residing in Lima, Peru (2024). **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 411 fathers after the birth of their last child, using a data collection form and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed using Poisson regression with a 95% confidence level. **Results:** One hundred-fourteen (27.7%)

Citar como:

Salazar AE, López JW. Factores asociados a la depresión posparto en varones de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2026;89(1):29-39. DOI: 10.20453/rnp.v89i1.6232

Recibido: 09-01-2025

Aceptado: 15-08-2025

En línea: 31-03-2026

Correspondencia:

Alejandra Eliana Salazar Ojeda
✉ 100007953@cientifica.edu.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

¹ Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud de Niño, Departamento de Pediatría. San Borja, Lima, Perú.

out of the 411 fathers were at risk of experiencing PPD. Of these, 58.9% were adults over 30 years old ($p = 0.041$); 61.6% had a stable employment ($p = 0.038$), but only 38.0% were satisfied with their salary ($p = 0.001$). Among fathers at risk for PPD, 65.8% confronted an unplanned pregnancy ($p = 0.009$). Additionally, 52.6% reported increased relationship conflicts ($p < 0.001$), and 43.0% preferred to stay away from home ($p < 0.001$). In the Poisson regression analysis, increased marital relationship conflicts (RPa: 1.74 [1.17-2.60]; $p = 0.01$) and a preference for staying away from home (Rpa: 1.76 [1.17-2.65]; $p = 0.01$), were identified as risk factors for PPD. **Conclusions:** In Peru, 27.7% of men are likely to experience postpartum depression, in association with relationship conflicts, and a desire to stay away from home.

Keywords: fatherhood; mental health; postpartum depression; Edinburgh Postnatal Depression Scale; father.

INTRODUCCIÓN

El concepto de paternidad ha experimentado una evolución significativa en muchas partes del mundo, particularmente en Occidente (1). Durante décadas, el papel del padre fue principalmente económico y disciplinario; no obstante, en la actualidad, existe un deseo por involucrarse más en el desarrollo de los hijos (2), aunque muchos desconozcan cómo desempeñar este rol. Esta transición se muestra acompañada de una creciente presión social por ser «buenos padres», un concepto ambiguo que genera ansiedad y conflicto (3).

En cuanto a la depresión, esta consiste en un trastorno mental de alta prevalencia mundial. Existen diversos tipos, como la depresión posparto (DPP), la cual ocurre después del nacimiento de un hijo y puede afectar a ambos progenitores (4, 5). Históricamente, las mujeres han sido las principales responsables del cuidado y la crianza, pero este panorama ha cambiado con el tiempo (1). Si bien, en los últimos veinte años, la investigación se centró principalmente en la DPP materna, en el presente se presta mayor atención a la salud mental masculina (5, 6).

Diversos estudios revelan que la prevalencia mundial de la DPP paterna oscila entre el 8,40 % y el 10,40 % (4, 7, 8), con síntomas que pueden aparecer desde las dos semanas hasta el año del nacimiento (5, 9), y alcanzan su mayor incidencia entre los tres y seis meses posparto (10, 11). Sin embargo, algunas investigaciones han reportado cifras alarmantes. En China, durante 2021, la prevalencia de DPP paterna alcanzó el 24,11 % (12), mientras que en Pakistán se halló que el 23,50 % de los padres presentaba riesgo de padecerla (5). Asimismo, un metaanálisis de 2023 estimó una prevalencia final del 24,06 % (13). En el contexto latinoamericano, específicamente en Chile, un estudio realizado por

Pérez et al. (14), en 2018, determinó que el 18,50 % de los padres presentaban dicha condición.

Los padres primerizos enfrentan uno de los cambios más significativos de sus vidas al tener que adaptarse a una nueva dinámica familiar que ya no concierne solo a la pareja, sino también al recién nacido (15, 16). La llegada de un hijo conlleva transformaciones en el estilo de vida, acompañadas de diversas emociones y desafíos laborales, económicos y sociales para ambos padres (16-18). Cuando estos retos superan la capacidad de la pareja, pueden derivar en estrés, ansiedad y síntomas depresivos (5, 19).

Uno de los principales conflictos que enfrentan los padres es encontrar el equilibrio entre la nueva vida familiar y las actividades que solían disfrutar previamente. La paternidad, la construcción del vínculo con el hijo y la preocupación por la provisión económica son factores clave en este proceso (20). Asimismo, afrontan dificultades como la adaptación a los cambios en la vida sexual (21, 22), la sensación de restricción de libertad y la inseguridad sobre su capacidad para cuidar del niño de manera afectiva (3). En algunos casos, incluso pueden experimentar resentimiento hacia el bebé (23).

Se han identificado diferentes factores asociados a la DPP en varones, tales como la disminución de actividades fuera del hogar, antecedentes de depresión (24), falta de trabajo en equipo, bajo nivel educativo o socioeconómico, relaciones de pareja conflictivas, la edad (8), la falta de apoyo de familiares cercanos (21), el embarazo no planificado y la autocrítica constante (25). Es importante destacar que la depresión en el padre puede manifestarse mediante un aumento de la hostilidad, los conflictos y la irritabilidad. Además, aquellos padres con DPP tienden a evadir

responsabilidades parentales y recurren, en ocasiones, a actividades que los alejan de la crianza, como el deporte, el consumo de alcohol o de drogas (4, 26).

Aunque el embarazo es una experiencia única para la mujer, debido a los cambios fisiológicos, los hombres también atraviesan importantes cambios en su psicología. Si estos son negativos, pueden afectar la relación padre-hijo (3) e inclusive tener consecuencias en la salud mental del niño a largo plazo (4, 5, 22), lo cual incluye problemas emocionales y conductuales (2, 21).

La información sobre la DPP en varones de poblaciones latinoamericanas es limitada y, en el caso del Perú, prácticamente inexistente. Por tanto, resulta crucial estudiar la depresión posparto masculina en el país para identificar y diagnosticar casos a tiempo, lo que permitirá garantizar que ambos padres estén psicológicamente preparados para afrontar esta nueva etapa (12, 27).

Aún queda mucho por investigar para obtener una visión clara de la situación psicosocial actual. Este estudio representa un primer análisis sobre el tema y proporcionará información valiosa para identificar los factores asociados a la DPP en varones en la ciudad de Lima durante el año 2024. El objetivo de la presente investigación es demostrar cuáles son estos factores asociados, y la hipótesis del estudio plantea una asociación positiva entre dichos factores y la DPP en padres de esta ciudad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio observacional, analítico y de corte transversal en la ciudad de Lima, Perú, durante el año 2024, enfocado en varones en etapa de posparto.

Población y muestra

El tamaño muestral estimado fue de 384 participantes, el cual se obtuvo mediante la fórmula para prevalencias en la calculadora Open EPI, tomando como valores los de un estudio transversal realizado en Chile (19). El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos y se logró entrevistar a un total de 421 padres. Luego se descartaron 10 por haber llenado incorrectamente la encuesta, quedando una muestra final de 411.

Participantes

Se incluyeron padres con hijos de entre dos semanas y un año de vida, quienes fueron invitados a participar cuando asistían a consultas de pediatría, ginecología y obstetricia como acompañantes en el control de rutina de la madre o del niño. Como criterio de inclusión adicional, se requirió que el padre conviviera con la madre. Todos los participantes leyeron y aceptaron el consentimiento informado. Se excluyó a hombres que recibían tratamiento psiquiátrico antes del nacimiento de su último hijo, a padres de hijos adoptivos y a aquellos cuyos hijos se encontraban hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos o presentaban patologías, tales como cardiopatías, malformaciones, cromosomopatías, entre otras.

Variables de interés

Se evaluaron las siguientes variables: edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, horas de trabajo, satisfacción salarial, apoyo familiar, planificación del embarazo, orden de nacimiento del hijo, edad actual del hijo, aumento de conflictos en la pareja, preferencia por estar fuera del hogar, incremento en el consumo de bebidas alcohólicas, reacciones violentas o impulsivas, dificultad para tomar decisiones y mayor irritabilidad.

Procedimientos

Los participantes completaron una encuesta electrónica autoaplicada que incluyó el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS), validada para la población masculina (28). Este instrumento consta de diez ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta puntuadas de 0 a 3, para un puntaje máximo de 30. Se consideró como punto de corte un valor ≥ 10 , siendo que puntajes iguales o mayores a este indican riesgo de presentar DPP (9).

Análisis estadístico

El análisis descriptivo se realizó mediante el cálculo de medias, desviaciones estándar, medianas y rangos para las variables numéricas, previa evaluación de la normalidad, así como frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas. El análisis bivariado exploró la asociación entre cada variable y la depresión posparto mediante las pruebas exactas

de Fisher y U de Mann-Whitney. Para las variables categóricas se empleó la prueba de chi-cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. Para identificar los factores asociados a la DPP en varones, se ejecutó una regresión de Poisson con varianza robusta para el cálculo de las razones de prevalencia en modelos crudos y ajustados, con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %). Todos los análisis se procesaron con los programas estadísticos STATA v. 17 (College Station, TX: StataCorp LLC®) y R.

Aspectos éticos

El protocolo de estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (Constancia n.º 712-CIEI-CIENTÍFICA-2024 y Resolución n.º 862-DACMH-DAFCS-U. CIENTÍFICA-2024).

RESULTADOS

Tras aplicar la EDPS a los participantes, 114 (27,7 %) obtuvieron un puntaje final igual o superior a 10. Respecto a la edad, el 58,9 % era mayor de 30 años ($p = 0,041$). En cuanto a la situación laboral, el 61,6 % contaba con trabajo estable, cifra que representa el 51,8 % del grupo de padres con riesgo de padecer DPP ($p = 0,038$). En relación con la remuneración, 156 participantes (38,0 %) la consideraron regular; sin embargo, el 83,3 % del grupo de riesgo calificó sus ingresos de regulares a bajos. En cuanto al apoyo familiar, el 39,9 % de la muestra total refirió recibir mucho apoyo de la familia, mientras que, en el grupo de riesgo, esta proporción fue solo del 28,9 % ($p = 0,005$). Asimismo, entre los padres con riesgo de DPP, el 65,8 % reportó no haber planificado el embarazo ($p = 0,009$) (tabla 1).

Dentro del grupo de riesgo, el 52,6 % percibió un aumento en los conflictos de pareja ($p < 0,001$) y el 43,0 % manifestó preferencia por permanecer fuera del hogar ($p < 0,001$). Por otro lado, las reacciones violentas o impulsivas, la dificultad para la toma de decisiones y la mayor irritabilidad no se identificaron como factores de riesgo asociados a la DPP paterna (tabla 2).

En el análisis de regresión de Poisson, el aumento de los conflictos [RPa: 1,74 (1,17-2,60); $p = 0,01$] y la preferencia por estar fuera de casa [RPa: 1,76 (1,17-2,65); $p = 0,01$] se identificaron como factores de riesgo asociados a la DPP (tabla 3).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo identificar los factores asociados a la DPP en varones residentes en la ciudad de Lima. Los resultados revelaron que el 27,7 % de los participantes pueden desarrollar dicha patología; además, entre los factores asociados, destacaron el aumento de los conflictos de pareja y la preferencia por permanecer fuera del hogar. Este análisis constituye el primer acercamiento al tema en el país, orientado a explorar el estado emocional de los padres tras el nacimiento de su hijo.

En el Perú, el modelo tradicional de crianza, asociado a patrones culturales de corte machista, ha predominado durante décadas, tal como señalan Uezen-Bozzi et al. (29). Este paradigma asigna roles específicos a cada género y limita, en muchos casos, la expresión emocional masculina. En diversos hogares persiste la creencia de que la manifestación de emociones es exclusiva de las mujeres, lo que constituye un sesgo cultural que podría influir en el llenado de una encuesta que evalúa la esfera afectiva. De igual modo, existen expectativas poco realistas sobre el comportamiento normativo del hombre a lo largo de su vida, incluido el desempeño de su rol paterno.

Como se ha analizado en esta investigación, el incremento de los conflictos de pareja desempeña un papel clave en la DPP paterna. Autores como Barooj-Kiakalae et al. (30) han identificado que la satisfacción marital es un indicador significativo de esta condición, especialmente cuando coexiste con la DPP materna; en este contexto, los problemas de comunicación suelen erigirse como un factor crucial. Por otro lado, se identificó un grupo de padres que prefiere estar fuera de casa debido a la carga emocional del período posnatal. Aunque en la actualidad existe la expectativa social de una mayor participación paterna en la crianza, muchos no saben cómo hacerlo y optan por el distanciamiento (31).

Para explorar los factores de riesgo asociados a la DPP paterna en el Perú, resulta clave considerar las características demográficas. La mayoría de los estudios previos se realizaron en países desarrollados; por ejemplo, en Japón, un seguimiento a 700 parejas reportó una prevalencia de síntomas depresivos en el 10,79 % de los padres durante las primeras semanas posparto, cifra similar al promedio mundial (32). En contraste, un estudio de 2020 en Pakistán indicó que el 25,8 % de los varones entre 20 y 50 años, con hijos de seis meses a un año, presentaban DPP moderada (33), hallazgos que coinciden con los de la presente investigación.

Tabla 1. Características demográficas y laborales de los padres participantes en el estudio.

Variable	n	%	Riesgo de depresión posparto según la EDPS				p
			Puntaje <10		Puntaje ≥10		
			n	%	n	%	
Grupo etario							
Joven (<30 años)	169	41,1	113	38,0	56	49,1	0,041**
Adulto (>30 años)	242	58,9	184	62,0	58	50,9	
Estado civil							
Casado	127	30,9	97	32,7	30	26,3	0,077**
Conviviente	236	57,4	171	57,6	65	57,0	
Divorciado	6	1,5	2	0,7	4	3,5	
Soltero	42	10,2	27	9,1	15	13,2	
Nivel de educación							
Primaria	15	3,6	11	3,7	4	3,5	0,900**
Secundaria	176	42,8	126	42,4	50	43,9	
Universitaria	220	53,5	160	53,9	60	52,6	
Estado laboral							
Desempleado	35	8,5	22	7,4	13	11,4	0,038*
Estable	253	61,6	194	65,3	59	51,8	
Ocasional	123	29,9	81	27,3	42	36,8	
Horas de trabajo							
Mediana (IQR)	8 (7,0-10,0)		8 (7,0-10,0)		8 (8,0-10,0)		0,900***
Satisfacción del salario actual							
Muy satisfecho	23	5,6	23	7,7	0	0,0	0,001*
Satisfecho	127	30,9	108	36,4	19	16,7	
Regular	156	38,0	98	33,0	58	50,9	
Poco Satisfecho	67	16,3	47	15,8	20	17,5	
Insatisfecho	38	9,2	21	7,1	17	14,9	
Apoyo de la familia							
Mucho	164	39,9	131	44,1	33	28,9	0,005*
Regular	157	38,2	111	37,4	46	40,4	
Poco	62	15,1	35	11,8	27	23,7	
Nulo	28	6,8	20	6,7	8	7,0	
Planificación del embarazo							
No	228	55,5	153	51,5	75	65,8	0,009*
Sí	183	44,5	144	48,5	39	34,2	
Total	411	100,0	297	72,3	114	27,7	

EDPS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

* Prueba de chi-cuadrado; ** Prueba exacta de Fisher; *** Prueba de Mann-Whitney.

Tabla 2. Características familiares, sociales y afectivas del padre participante en el estudio.

Variable	n	%	Riesgo de depresión posparto según la EDPS				p
			Puntaje <10		Puntaje ≥10		
			n	%	n	%	
Orden de nacimiento del hijo							
Es mi primer hijo	207	50,4	149	50,2	58	50,9	0,400**
Es mi segundo hijo	175	42,6	130	43,8	45	39,5	
Es mi tercer hijo	23	5,6	15	5,1	15	7,0	
Tengo 4 o más hijos	6	1,5	3	1,0	3	2,6	
Edad del hijo							
2-3 semanas	62	15,1	45	15,2	17	14,9	0,536**
1 mes	46	11,2	35	11,8	11	9,6	
2 meses	45	10,9	30	10,1	15	13,2	
3 meses	48	11,7	34	11,4	14	12,3	
4 meses	37	9,0	26	8,8	11	9,6	
5 meses	16	3,9	11	3,7	5	4,4	
6 meses	27	6,6	22	7,4	5	4,4	
7 meses	17	4,1	12	4,0	5	4,4	
8 meses	21	5,1	16	5,4	5	4,4	
9 meses	15	3,6	14	4,7	1	0,9	
10 meses	16	3,9	14	4,7	2	1,8	
11 meses	20	4,9	13	4,4	7	6,1	
1 año	41	10,0	25	8,4	16	14,0	
Aumento de conflictos con la pareja							
No	267	65,0	213	71,7	54	47,4	<0,001*
Sí	144	35,0	84	28,3	60	52,6	
Preferencia por estar fuera de casa							
No	303	73,7	238	80,1	65	57,0	<0,001*
Sí	108	26,3	59	19,9	49	43,0	
Aumento de consumo de bebidas alcohólicas							
No	382	92,9	279	93,9	103	90,4	0,200**
Sí	29	7,1	18	6,1	11	9,6	
Reacciones violentas							
No	366	89,1	271	91,2	95	83,3	0,021*
Sí	45	10,9	26	8,8	19	16,7	
Reacciones impulsivas							
No	333	81,0	249	83,8	84	73,7	0,019*
Sí	78	19,0	48	16,2	30	26,3	
Dificultad en toma de decisiones							
No	290	70,6	222	74,7	68	59,6	0,003*
Sí	121	29,4	75	25,3	46	40,4	
Mayor irritabilidad							
No	299	72,7	225	75,8	74	64,9	0,027*
Sí	112	27,3	72	24,2	40	35,1	
Total	411	100,0	297	72,3	114	27,7	

EDPS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

* Prueba de chi-cuadrado; ** Prueba exacta de Fisher.

Tabla 3. Análisis de regresión de los factores asociados a la depresión posparto paterna en padres de la ciudad de Lima, mediante regresión de Poisson con modelo crudo y ajustado.

Variable	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	RPc	IC 95 %	p	RPa	IC 95 %	p
Grupo etario						
Adulto (>30 años)	Ref.			Ref.		
Joven (<30 años)	1,38	0,96-2,00	0,08	1,33	0,87-2,03	0,20
Aumento de conflictos de pareja						
No	Ref.			Ref.		
Sí	2,06	1,43- 2,98	<0,001	1,74	1,17-2,60	0,01
Embarazo planificado						
Sí	Ref.			Ref.		
No	1,54	1,06-2,29	0,03	1,15	0,76-1,75	0,50
Edad del hijo						
≤6 meses	Ref.			Ref.		
>6 meses	1,00	0,66-1,47	>0,9	0,84	0,55-1,27	0,40
Orden de nacimiento del hijo						
Es mi primer hijo	Ref.			Ref.		
Es mi segundo hijo	0,92	0,62-1,35	0,70	1,05	0,69-1,58	0,80
Es mi tercer hijo	1,24	0,55-2,45	0,60	1,99	0,84-4,22	0,09
Tengo 4 o más hijos	1,78	0,44-4,82	0,30	2,34	0,56-6,69	0,20
Estado laboral						
Estable	Ref.			Ref.		
Desempleado	1,59	0,84-2,81	0,13	1,1	0,56-2,03	0,80
Ocasional	1,46	0,98-2,17	0,06	1,28	0,84-1,93	0,20
Prefiero estar fuera de casa						
No	Ref.			Ref.		
Sí	2,11	1,45-3,06	< 0,001	1,76	1,17-2,65	0,01
Mayor consumo de bebidas alcohólicas						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1,41	0,71-2,50	0,30	1,06	0,51-1,98	0,90
Reacciones violentas						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1,63	0,96-2,60	0,05	1,13	0,62-1,97	0,70
Reacciones impulsivas						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1,52	0,99-2,29	0,05	1,06	0,63-1,76	0,80
Dificultad en toma de decisiones						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1,62	1,11-2,35	0,01	1,15	0,71-1,83	0,60
Mayor irritabilidad						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1,44	0,97-2,11	0,06	0,95	0,58-1,54	0,80

RPc: razón de prevalencia cruda; RPa: razón de prevalencia ajustada.

Dado que la evidencia sobre este tema es limitada en Latinoamérica, la mayoría de las comparaciones se realizan con países europeos y asiáticos, cuyas sociedades difieren considerablemente de la peruana. Es posible que los factores de riesgo asociados a la DPP varíen en esta población o requieran un abordaje con una perspectiva distinta.

Un ejemplo de esto es el aumento en el consumo de bebidas alcohólicas, el cual se ha vinculado a la DPP paterna (8), pero que, en esta investigación, no mostró una relación significativa, por lo que a la discrepancia podrían atribuirse los patrones de consumo de alcohol a nivel global. Según Molina-Quñones y Salazar-Taquiri (34), en el Perú, los patrones de consumo se inician desde la adolescencia y suelen estar normalizados. Por consiguiente, la recepción sobre un «aumento» en la ingesta podría ser relativa, ya que la autoevaluación de ciertas conductas depende de su grado de normalización social. Por esto, es fundamental considerar el entorno de desarrollo del individuo y los constructos sociales formados a lo largo de su vida (35).

En futuras investigaciones, especialmente en una sociedad multicultural como la peruana, es prioritario evaluar el comportamiento de la población. En 2021, un estudio reportó una prevalencia del 38,5 % de violencia hacia la mujer por parte de su pareja en el país. Una de las razones probables de la falta de denuncia es la normalización de la agresividad, tanto física como psicológica (36). Evaluar factores asociados a la DPP en este contexto, tales como conductas evasivas, irritabilidad y reacciones impulsivas, representa un desafío que requiere mayor atención, para lo cual es crucial que tanto el personal médico como la población comprendan la importancia de la salud mental paterna, dado que las normas sociales pueden disuadir a los hombres de buscar ayuda por temor a ser percibidos como débiles (37).

En relación con el instrumento, la EPDS ha demostrado una alta eficacia para identificar el riesgo de DPP en hombres, superior a otras escalas globales (38). No obstante, sería recomendable explorar la creación de una escala específica para varones, adaptada a las particularidades de la población estudiada. Además, es imperativo capacitar al personal médico en la detección de la DPP paterna para identificar los casos a tiempo y preservar la salud del núcleo familiar (39).

Entre las limitaciones del estudio, se debe considerar que el porcentaje de padres con riesgo de DPP podría ser mayor debido a un posible sesgo de respuesta

inherente en las encuestas virtuales, donde no existe control sobre el entorno ni las condiciones en las que el participante responde. Cabe resaltar que la distribución digital del instrumento limita el acceso a poblaciones de menores recursos, quienes podrían presentar un perfil de riesgo diferente.

Otra limitación relevante reside en el muestreo por conveniencia, lo que puede comprometer la validez externa de los resultados debido a un posible sesgo de selección. No obstante, las encuestas se aplicaron en diversos consultorios y no fueron administradas por un único profesional de salud. Aunque el personal médico facilitó el acceso al cuestionario, este fue completado de forma virtual por cada participante, lo que redujo la influencia directa del evaluador. Además, se implementaron medidas para minimizar el riesgo de dependencia entre las observaciones: la convocatoria fue abierta y dirigida a cualquier persona interesada, sin restricciones sociales, laborales, académicas u otras. Si bien estas estrategias ayudaron a mantener el supuesto de independencia requerido por los métodos estadísticos empleados, se reconoce que el diseño no probabilístico limita la representatividad de la muestra, por lo que sería recomendable que futuros estudios utilicen un muestreo aleatorio para fortalecer la generalización de los hallazgos.

A pesar de estas limitaciones, el estudio presenta fortalezas: constituye la primera aproximación a la realidad de la DPP paterna en la población peruana mediante un instrumento estandarizado y validado en español. La frecuencia observada, superior a la de otros contextos, ofrece la oportunidad de visibilizar un problema de salud mental que hasta ahora no ha recibido el reconocimiento adecuado.

CONCLUSIONES

El riesgo de DPP paterna constituye una realidad en el Perú. En el presente estudio se halló que el 27,7 % de los participantes presentan riesgo de desarrollarla. Los factores asociados identificados fueron el aumento de los conflictos de pareja y la preferencia por permanecer fuera del hogar. Resulta crucial que tanto el personal de salud como la población general tomen conciencia sobre este tema, a fin de erradicar los estereotipos y las creencias que limitan la comprensión de esta problemática.

Es fundamental reconocer que los estilos de crianza en cada familia o sociedad influyen directamente en la gestión emocional del individuo. La vulnerabilidad masculina debe dejar de ser

percibida negativamente y se deben crear espacios de confianza donde los hombres puedan expresar sus emociones, con el fin de prevenir desequilibrios en la salud mental a futuro.

Por último, la carencia de herramientas de diagnóstico específicas para hombres, adaptadas a la realidad sociocultural, representa una barrera para el diagnóstico oportuno. Reconocer la importancia de la evaluación posnatal constituye un primer paso hacia el cambio. En la actualidad, la ausencia de un enfoque claro que contemple la salud mental de ambos padres tras el nacimiento de un hijo evidencia un aspecto que debe mejorar a nivel global.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría:

AESO: investigación, curación de datos, redacción de borrador original.

JWLR: investigación, análisis formal, supervisión, redacción (revisión y edición).

REFERENCIAS

- Jean-Dit-Pannel R, Belot RA, Mellier D, et al. Becoming a first-time father during the COVID-19 pandemic in France. *Front Psychiatry*. 2024;15:1376934. doi:10.3389/fpsy.2024.1376934
- Dixson BJ, Borg D, Rae KM, et al. The social predictors of paternal antenatal mental health and their associations with maternal mental health in the Queensland Family Cohort prospective study. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(1):107-16. doi:10.1007/s00737-022-01257-1
- Pedersen SC, Maindal HT, Ryom K. "I wanted to be there as a father, but I couldn't": a qualitative study of fathers' experiences of postpartum depression and their help-seeking behavior. *Am J Mens Health*. 2021;15(3):15579883211024375. doi:10.1177/15579883211024375
- Berg RC, Solberg BL, Glavin K, et al. Instruments to identify symptoms of paternal depression during pregnancy and the first postpartum year: a systematic scoping review. *Am J Mens Health*. 2022;16(5):15579883221114984. doi:10.1177/15579883221114984
- Atif M, Halaki M, Chow CM, et al. Risk factors of paternal postnatal depression in Pakistan: findings from an urban sample. *Nurs Health Sci*. 2022;24(3):618-24. doi:10.1111/nhs.12954
- Malpartida MK. Depresión posparto en atención primaria. *Rev Med Sinerg*. 2020;5(2):e355. doi:10.31434/rms.v5i2.355
- Challacombe FL, Pietikäinen JT, Kiviruusu O, et al. Paternal perinatal stress is associated with children's emotional problems at 2 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023;64(2):277-88. doi:10.1111/jcpp.13695
- Wang D, Li YL, Qiu D, et al. Factors influencing paternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;293:51-63. doi:10.1016/j.jad.2021.05.088
- Markos M, Arba A. Prevalence and predictors of postpartum depression among male partners who came to postnatal follow-up clinic with their partner in selected public health centers of Wolaita zone, Ethiopia, 2019. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:2307-16. doi:10.2147/ndt.s273045
- Siriwardhana R, Somarathna M, Sooriyaarachchi M, et al. Prevalence of paternal postpartum depression in Anuradhapura district in Sri Lanka and its association with maternal postpartum depression as a risk factor. *J Family Reprod Health*. 2022;16(4):239-42. doi:10.18502/jfrh.v16i4.11351
- Silva B, Nombora O, Venâncio Â, et al. Paternal postpartum depression: a reflection through a case report. *Psiquiatr Biol*. 2024;31(2):1-3. doi:10.1016/j.psiq.2024.100469
- Huang J, Zheng J, Ling-ling G. Individual and dyadic network analyses of depressive symptoms in Chinese postpartum couples: a cross-sectional study. *Midwifery*. 2023;116:103529. doi:10.1016/j.midw.2022.103529
- Dhanpal HN, Shil R. Prevalence of postnatal depression in fathers: a systematic review and meta-analysis. *J Health Allied Sci*. 2024;14(4):453-9. doi:10.1055/s-0043-1777701
- Pérez F, Catalán A, Morales A, et al. Assessment of postpartum depression in a group of Chilean Parents. *J Mens Health*. 2018;14(2):e56-64. doi:10.22374/1875-6859.14.2.7
- Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*. 2009;36(4):305-18. doi:10.1111/j.1523-536x.2009.00358.x
- Tuji A, Yesuf SA, Birhanu R, et al. Magnitude of paternal postpartum psychological distress and associated factors in Addis Ababa, Ethiopia: a facility-based cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):387. doi:10.1186/s12888-023-04891-w

17. Sethna V, Murray L, Netsi E, et al. Paternal depression in the postnatal period and early father–infant interactions. *Parent Sci Pract.* 2015;15(1):1-8. doi:[10.1080/15295192.2015.992732](https://doi.org/10.1080/15295192.2015.992732)
18. Epifanio MS, Genna V, De Luca C, et al. Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatr Rep.* 2015;7(2):5872. doi:[10.4081/pr.2015.5872](https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872)
19. Pérez F, Brahm P. Paternal postpartum depression. Why is it also important? *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(5):582-5. doi:[10.4067/s0370-41062017000500002](https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000500002)
20. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):45. doi:[10.1186/s12884-017-1229-4](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4)
21. Shariat M, Abedinia N, Charousaei H, et al. The relationship between paternal postpartum depression and psychosocial variables: a longitudinal study in Iran. *J Family Reprod Health.* 2022;16(4):272-81. doi:[10.18502/jfrh.v16i4.11358](https://doi.org/10.18502/jfrh.v16i4.11358)
22. Howarth AM, Swain NR. Predictors of postpartum depression in first-time fathers. *Australas Psychiatry.* 2020;28(5):552-4. doi:[10.1177/1039856220924324](https://doi.org/10.1177/1039856220924324)
23. Caparrós-González RA, Rodríguez-Muñoz M. Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. *Clin Salud.* 2020;31(3):161-3. doi:[10.5093/clysa2020a10](https://doi.org/10.5093/clysa2020a10)
24. Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, et al. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *J Affect Disord.* 2020;260:629-37. doi:[10.1016/j.jad.2019.09.038](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.038)
25. Shaheen NA, AlAtiq Y, Thomas A, et al. Paternal postnatal depression among fathers of newborn in Saudi Arabia. *Am J Mens Health.* 2019;13(1):1557988319831219. doi:[10.1177/1557988319831219](https://doi.org/10.1177/1557988319831219)
26. Morales A, Catalán A, Pérez F. Los padres también se deprimen en el postparto: comprendiendo el fenómeno desde la voz de sus protagonistas. *Polis.* 2018;17(50):161-81. doi:[10.4067/S0718-65682018000200161](https://doi.org/10.4067/S0718-65682018000200161)
27. Davenport CJ, Swami V. Getting help as a depressed dad: a lived experience narrative of paternal postnatal depression, with considerations for healthcare practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2023;30(1):1-7. doi:[10.1111/jpm.12854](https://doi.org/10.1111/jpm.12854)
28. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord.* 2001;64(2-3):175-84. doi:[10.1016/s0165-0327\(00\)00236-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00236-6)
29. Uezen-Bozzi Y, Herrera AM, Simaes AC, et al. Mentalidad machista, estilos de crianza y vulnerabilidad social en cuidadores primarios. Una comparación transcultural entre Argentina y Perú. *Rev Latinoam Psicol.* 2022;54(1):196-204. doi:[10.14349/rlp.2022.v54.22](https://doi.org/10.14349/rlp.2022.v54.22)
30. Barooj-Kiakalae O, Hosseini SH, Mohammadpour-Tahmtan RA, et al. Paternal postpartum depression's relationship to maternal pre and postpartum depression, and father-mother dyads marital satisfaction: a structural equation model analysis of a longitudinal study. *J Affect Disord.* 2022;297:375-80. doi:[10.1016/j.jad.2021.10.110](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.110)
31. Watkins V, Kavanagh SA, Macdonald JA, et al. "I always felt like I wasn't supposed to be there". An international qualitative study of fathers' engagement in family healthcare during transition to fatherhood. *Midwifery.* 2024;130:103928. doi:[10.1016/j.midw.2024.103928](https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103928)
32. Kubo T, Jikihara Y, Todo N, et al. Ten-year trajectories of postpartum depression of Japanese mothers and fathers. *J Affect Disord.* 2025;369:276-87. doi:[10.1016/j.jad.2024.09.154](https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.154)
33. Kiwan M. Beyond mothers: postpartum depression among fathers in Pakistan. *Asian J Psychiatr.* 2024;101:104213. doi:[10.1016/j.ajp.2024.104213](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.104213)
34. Molina-Quinones H, Salazar-Taquiri V. Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes residentes en Lima, Perú. *Revista Haban Cienc Méd [Internet].* 2022;21(3):e4655. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000300011
35. Martin JS, Jaeggi AV, Koski SE. The social evolution of individual differences: future directions for a comparative science of personality in social behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 2023;144:104980. doi:[10.1016/j.neubiorev.2022.104980](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104980)
36. Burgos-Muñoz RM, Soriano-Moreno AN, Bendezu-Quispe G, et al. Intimate partner violence against reproductive-age women and associated factors in Peru: evidence from national surveys, 2015-2017. *Heliyon.* 2021;7(7):e07478. doi:[10.1016/j.heliyon.2021.e07478](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07478)
37. Short S, Davis PE, Gheyoh E. An exploration of masculinity, social support and depression

- in new and experienced fathers. *Midwifery*. 2023;123:103715. doi:[10.1016/j.midw.2023.103715](https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103715)
38. Shafian AK, Mohamed S, Nasution Raduan NJ, et al. A systematic review and meta-analysis of studies validating Edinburgh Postnatal Depression Scale in fathers. *Heliyon*. 2022;8(5):e09441. doi:[10.1016/j.heliyon.2022.e09441](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09441)
39. Guillemette TN, Monn JL, Chronister M. An evidence-based project to improve paternal postpartum depression. *J Nurse Practitioners*. 2023;19(4):104495. doi:[10.1016/j.nurpra.2022.11.005](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.11.005)