

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA
EN MUJERES EN EL POSPARTO

Por

LIC. FEBE JHOANA CONTRERAS PUC

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA
EN MUJERES EN EL POSPARTO

Por

LIC. FEBE JHOANA CONTRERAS PUC

Director de Tesis

DCE. NORMA EDITH CRUZ CHÁVEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA
EN MUJERES EN EL POSPARTO

Por

LIC. FEBE JHOANA CONTRERAS PUC

Codirector de Tesis

DRA. VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA
EN MUJERES EN EL POSPARTO

Por

LIC. FEBE JHOANA CONTRERAS PUC

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA
EN MUJERES EN EL POSPARTO

Aprobación de Tesis

DCE. Norma Edith Cruz Chávez

Director de Tesis

DCE. Norma Edith Cruz Chávez

Presidente

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Secretario

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A Dios por darme las herramientas y la capacidad, así como fortaleza, determinación y perseverancia para continuar con mi preparación profesional.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por aceptarme como estudiante de posgrado. A su directora la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis. A la Subdirección de Posgrado e Investigación dirigida por la Dra. María Magdalena Alonso Castillo por su liderazgo y gestión por brindarnos oportunidades de crecimiento académico.

Al Consejo Nacional de Humanidades Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A mi directora de tesis la Dra. Norma Edith Cruz Chávez por guiarme y brindarme su apoyo incondicional, enseñanzas, conocimientos, paciencia, confianza y sobre todo siempre tener una actitud positiva que me impulso. Sin su apoyo esto no habría sido posible.

A la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villareal por su paciencia y apoyo en la mejora de este estudio, su tiempo y conocimientos lograron aumentar la calidad de este trabajo.

Al Dr. Milton Carlos Guevara Valtier por su valioso conocimiento y tiempo para la mejora de este estudio mediante las revisiones en seminario de tesis.

A la Dra. Nora Hernández por sus consejos y ánimos brindados durante las estancias

A todos los maestros, personal administrativo, de intendencia y de vigilancia de la Facultad de Enfermería de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su entrega y dedicación, gracias por contribuir en mi educación y superación profesional.

Dedicatorias

A mis padres, Elvia Esther Puc Caamal (+) por ser siempre mi motor e inspiración aun que ya no estes físicamente conmigo, gracias a ti es que hoy soy la persona que soy, a mi padre Pablo Jesús Contreras Cahuich por enseñarme desde pequeña que debo creer en mí.

A mis hermanos Alely y Pablo por exhortarme y alentarme a seguir dando lo mejor de mí en cada paso que doy, por el amor, cariño y apoyo que siempre me han brindado. Son mi mayor fortaleza.

A mi sobrina Maylin por regalarme momentos de cariño y gracia que me alegraron el día a día de la mejor manera.

A mi tía Diane por siempre apoyarme y brindarme su atención.

A mi tía Norma por brindarme su ayuda.

A mis amigos, por ser los mejor y siempre apoyarme a la distancia, por siempre estar para mí en estos momentos de mi vida.

A la Dra. Patricia Góngora por siempre animarme y apoyarme para seguir creciendo profesionalmente.

A mis maestros, compañeros y familiares que estuvieron en mi desarrollo profesional.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Estudios Relacionados	8
Definición de Términos	11
Objetivos	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño de Estudio	14
Población, Muestreo y Muestra	14
Criterios de Inclusión	15
Criterios de Exclusión	15
Instrumentos de Medición	15
Procedimiento de Recolección de Datos	18
Consideraciones Éticas	19
Plan de análisis de Datos	22
Capítulo III	
Resultados	23
Capítulo IV	
Discusión	43
Limitaciones	48
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Referencias	52
Apéndices	60

Tabla de contenido

Contenido	Página
A. Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS)	61
B. Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgh (EPDS)	63
C. Escala de Gravedad de Fatiga (FSS)	65
D. Cuestionario de Alimentación y Crecimiento a los seis meses de Lakshman (CAC)	66
E. Recomendaciones sobre las Prácticas de Alimentación de la OMS	69
F. Consentimiento Informado	70
G. Tríptico de Fatiga Posparto	73
H. Tríptico de Depresión Posparto	74

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia Interna de los Instrumentos	23
2. Características Sociodemográficas de la Madre	24
3. Estadística Descriptiva de Datos Gineco-Obstétricos de las Participantes	25
4. Medidas de Tendencia Central para Fatiga y Síntomas Depresivos de las Participantes	25
5. Características Descriptivas de la Afectación de la Fatiga	26
6. Estadística Descriptiva de Síntomas Depresivos de las Participantes	27
7. Clasificación de la Fatiga y Síntomas Depresivos de las Participantes	28
8. Fatiga y Síntomas Depresivos en el Trimestre	28
9. Antecedentes de Prácticas de Lactancia Materna	29
10. Tipo de Apego de lactancia Materna Recibido Después del Nacimiento	30
11. Estadística Descriptiva del Descanso de la Madre en el Primer Trimestre Posparto	30
12. Método de Alimentación y Clasificación de las Prácticas de Alimentación Materna	32
13. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para las Variables Continuas y Numéricas.	33
14. Coeficiente de Correlación de Spearman para Variables Sociodemográficas, Horas de Sueño, Fatiga y Síntomas Depresivos	35
15. Prueba U de Mann-Whitney para las Características Sociodemográficas con la Fatiga Posparto	36

Lista de tablas

Tabla	Página
16. Prueba U de Mann-Whitney para las Características Sociodemográficas con los Síntomas Depresivos	37
17. Chi Cuadrada para la Fatiga y el Tipo Prácticas de Alimentación Materna	37
18. Chi Cuadrada para Fatiga y el Tiempo de la Primera Lactancia	38
19. Chi Cuadrada para Fatiga y Tomas de Lactancia Materna	38
20. Chi Cuadrada para los Síntomas Depresivos y Tipo Prácticas de Alimentación Materna	39
21. Chi Cuadrada para los Síntomas Depresivos y el Tiempo de la Primera Lactancia Materna.	39
22. Chi Cuadrada para los Síntomas Depresivos y Número de Tomas de Lactancia Materna	40
23. Prueba U de Mann-Whitney para los tipos de Practica de Alimentación Materna, Fatiga y Síntomas Depresivos	40
24. Prueba U de Mann-Whitney para el Tiempo de la Primera Lactancia, Fatiga y Síntomas Depresivos	41
25. Prueba U de Mann-Whitney para el Número Tomas de Lactancia Materna, Fatiga y Síntomas Depresivos	42

Resumen

Lic. Febe Jhoana Contreras Puc
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2023

Título del Estudio: FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN EL POSPARTO

Número de página: 74

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la Salud en Riesgo de Desarrollar Estados Crónicos y en Grupos Vulnerables.

Propósito y Método del Estudio: El propósito de este estudio fue determinar la relación entre fatiga y síntomas de depresión posparto con la práctica de la lactancia materna en mujeres que se encuentran en el primer trimestre posparto del municipio San Francisco del estado de Campeche. El diseño de este estudio fue de tipo descriptivo correlacional, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia con una muestra de 120 mujeres seleccionadas en el departamento de medicina preventiva de un hospital público. Se utilizó una cédula de datos personales, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgh (EPDS), la Escala de Gravedad de Fatiga (FSS) y el Cuestionario de Alimentación y Crecimiento a los seis meses (CAC). Se aplicaron estadística descriptiva e inferencial para responder a los objetivos del estudio.

Contribuciones y Conclusiones:

Las mujeres participantes, tuvieron en promedio una edad de 25.81 años ($DE = 5.08$), una escolaridad de 12.04 años ($DE = 2.70$), el estado civil 74.2% contaba con pareja, el 56.7% no tenía empleo formal y disponían de un ingreso económico mensual de \$ 6012.50 MXN ($DE = 2811.93$). El 87.5% refirió recibir apoyo durante su etapa de puerperio. Se identificó elevada presencia de fatiga materna (73%), así síntomas de depresión posparto (56.6%). El 46.7% de las participantes realizaban una práctica adecuada de lactancia materna (LM). Se encontró relación negativa y significativa entre el ingreso económico y síntomas depresivos ($rs = -.195, p = .032$), Y diferencia significativa ($U = 940, p = .008$) entre el estado civil y los síntomas de depresión siendo mayor la media en el grupo sin pareja ($M = 11.54, DE = 3.70$). En cuanto a la fatiga materna se encontró una relación positiva y significativa con los síntomas depresivos ($rs = .449, p = 001$). No se observó diferencia significativa entre métodos de prácticas de alimentación con la fatiga materna, pero si con síntomas de depresión ($U = 1185.00, p = .001$), la media fue más alta de depresión para practicas no adecuadas 11.15, ($DE = 3.99$). Estos resultados destacan problemas de salud mental en mujeres en el posparto, enfermería podría ayudar a identificarlos y proponer intervenciones de prevención y control para mejorar la salud de estas y mejorar las prácticas de alimentación de sus hijos.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El periodo posparto es una etapa de alta vulnerabilidad en la mujer debido a una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que se presentan en esta etapa. Así mismo el trabajo y el restablecimiento físico que se requiere para cubrir las necesidades de un recién nacido, las predispone a la aparición de trastornos físicos y emocionales como la fatiga y síntomas de depresión mismos que determinarán la calidad de vida de la madre, la dinámica familiar e impacto en la salud presente y futura del hijo y la madre (Slomian et al., 2019).

La fatiga posparto (FPP) puede ser considerada una consecuencia normal de las adaptaciones y demandas físicas de la maternidad. Se define como agotamiento y sensación de disminución de la energía para realizar las actividades diarias y mentales (Ureta, 2020). La prevalencia de la FPP es un fenómeno común, con una alta tasa de prevalencia entre las nuevas madres en todo el mundo. Según un estudio realizado por Giallo et al. (2015), aproximadamente el 64 % de las mujeres experimentaron fatiga de moderada a severa durante el período posparto temprano. Otro estudio realizado por Jonsdottir et al. (2020), informaron que la fatiga prevalecía en el 80 % de las madres durante las primeras seis semanas después del parto. Estos hallazgos resaltan el impacto significativo de la fatiga posparto en una gran parte de la población materna.

Un factor que contribuye a la FPP de la madre es el sueño alterado. Las pacientes refieren presentar una calidad del sueño inadecuado en el periodo posparto sobre todo las mujeres primerizas, donde señalan que estos problemas del sueño son por la corta duración que tiene y que solo duermen menos de 6 horas al día. Las principales causas de esta mala calidad del sueño, se puede atribuir a que los bebés se despiertan varias veces durante la noche para ser alimentados y muchas veces la madre se enfrenta al cansancio y la dificultad para calmar al bebé. La privación del sueño contribuye aún más a los niveles de fatiga, creando un ciclo de agotamiento. Se considera que el primer mes

posparto es el más crítico para desarrollar fatiga, si no se atiende o apoya a la madre para tratarla en este tiempo, esta puede traer consecuencias en la capacidad para cuidar y alimentar al bebé y de ella misma (Badr & Zauszniewski, 2017).

Así mismo, se ha identificado que la FPP está relacionada con la preocupación de la madre por la leche insuficiente y aquellas con problemas de lactancia tienden a tener mayores niveles de fatiga, posiblemente debido a que dedican más tiempo a amamantar (Andrade & Vicente, 2018). La FPP puede contribuir al desarrollo de los síntomas depresivos a las 4 semanas después del parto lo que puede afectar la motivación y los niveles de energía de la madre para participar en prácticas de alimentación óptimas. Sin embargo, en general, la relación entre la FPP y la lactancia materna y los síntomas depresivos no está clara (Henderson et al., 2019).

La depresión posparto (DPP) se caracteriza por una variedad de síntomas emocionales, psicológicos y físicos que persisten más allá de la melancolía y afectan significativamente el funcionamiento diario de la madre (Fernandes-Moll et al., 2023). DPP puede ocurrir durante o después del embarazo y sus síntomas pueden ir desde leves hasta graves. En casos excepcionales, los síntomas son suficientemente graves para poner en peligro la salud de la madre y del recién nacido y se estima que una de cada cinco mujeres puede presentar síntomas depresivos mayor a lo largo de su vida en cualquiera de sus etapas, pero las más específicos son el *baby blues* o disturbio de pánico en el posparto, psicosis puerperal y depresión posparto (González et al., 2019).

En el ámbito mundial, la frecuencia de DPP tiene estimaciones que van del 7 al 51%. En Latinoamérica se calcula que del 13 al 20% de las mujeres después del parto la padecen. En Estados Unidos la frecuencia es de entre 18 y 21%, en población latina, y en China país considerado potencia económica, se estima en un 15%. En México, la DPP se estima en 33% de las mujeres y en distintos estados de la república en los que se puede destacar Campeche cuenta con más del 20% (Genchi-Gallardo et al., 2021; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020;). Las mujeres con síntomas DPP

pueden tener una interacción deficiente con sus hijos, una percepción más negativa sobre el comportamiento del niño, un riesgo aumentado de interrupción temprana de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) y una asociación positiva con la desnutrición infantil (Vieira et al., 2018).

Se conoce que la Lactancia Materna (LM) proporciona un escenario hormonal propicio para el bienestar psíquico materno, es responsable de la liberación de las hormonas prolactina y oxitocina, con efectos ansiolíticos y antidepresivos (Tamires et al., 2020). Con respecto al bebé, los beneficios de la LM incluyen menos problemas de salud (p. ej., menor riesgo de enfermedades infecciosas) y mejores resultados de desarrollo (Figueiredo et al., 2021). Sin embargo, también se reconoce que, en la mayoría de los países, a nivel mundial las tasas de LME están muy por debajo del 50 % a los seis meses (Victora et al., 2016) por lo que no llegan a cumplir los indicadores que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). En México los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018-19) señalan que el 28.3% de los menores de 6 meses recibió LME, el 29% continuó lactando a los dos años (González-Castell et al., 2020). Por lo que se justifica la importancia de valorar factores relacionados con la fatiga, los síntomas depresivos en el periodo posparto junto con las prácticas de LM para poder contribuir a mejorar a explicar la relación de estas variables y mejorar la salud de la madre y niño.

A pesar de que se ha estudiado la relación de los síntomas DPP y fatiga con las prácticas de LM sobre todo en países de altos y medianos ingresos, los hallazgos aún no son concluyentes dado que algunos artículos han mostrado relación y otros no (Adeyemo et al., 2020; Andrade et al., 2018; Lugo et al., 2019; Silva et al., 2017; Ureta, 2020; Vallecampo, 2021; Vieira et al., 2018;). Así si mismo los factores asociados, han sido, la edad, la paridad, el ingreso económico y el apoyo que recibe la madre en el posparto.

En México, la mayoría de los estudios realizados sobre este tema, se han enfocado solo en describir la prevalencia del FPP y/o la DPP, (Genchi-Gallardo et al., 2021; Gómez-Pérez et al., 2023; Rocha, 2021; Santiago et al., 2023;) y no la relación entre ambas con la práctica de la LME, por lo que se considera importante realizar estudios de investigación con el fin de comprender la relación de la FPP y los síntomas depresivos con las prácticas de LME. Disponer de información y estrategias que ayuden al personal de la salud a generar información de los problemas de salud que surgen de las mujeres durante el posparto, es fundamental sobre todo para los profesionales de enfermería quien son los encargados de valorar el estado de salud de la madre e hijo antes, durante y después del parto (Louzada et al., 2019). Los síntomas depresivos presentan una serie de consecuencias importantes tanto para la madre como para el hijo o ambiente familiar, por lo que enfermería debe detectar los factores de riesgos e intervenir para minimizarlas. Lo que permita, además, proponer planes y protocolos de cuidado para dichos problemas de salud con las madres y conseguir un abordaje oportuno en esta etapa, recibir tratamiento oportuno durante el proceso de la enfermedad, y lograr reconocimiento y apoyo tanto familiar como social.

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre fatiga y síntomas de depresión con las prácticas de lactancia materna en mujeres en el primer trimestre posparto en el estado de Campeche.

Marco de Referencia.

A continuación, se describen los conceptos principales que guiaron esta investigación, en primer lugar, se hablara de la fatiga posparto, posterior de los síntomas de depresión y al final las prácticas de la lactancia materna.

Fatiga

Durante el posparto, la mujer puede presentar *fatiga* la cual se define como la conciencia de la disminución de la capacidad para el trabajo físico y/o mental en el nivel habitual de la madre (Aaronson, 1999). Algunos la consideran como una condición que

debilita y que lleva a la capacidad de la madre para cuidar a su recién nacido y cuidarse ella misma (Troy, 2003). Esta vivencia puede ser temporal, compleja y dinámica por la que suele pasar la madre y su entorno (Bozoky, 2002; Doering, 2009).

Cuidar a un bebé requiere tanto esfuerzo físico como mental. Los patrones de sueño irregulares y las tomas frecuentes de los bebés son típicos en el período posparto temprano y pueden contribuir a la fatiga materna. Los aspectos físicos de la fatiga incluyen sentimientos de cansancio o agotamiento. Los aspectos emocionales pueden implicar sentimientos de ansiedad o depresión, mientras que los aspectos cognitivos pueden incluir sentirse descentrado o desmotivado, la fatiga causa efectos desfavorables en el bienestar materno, el funcionamiento diario y la interacción madre-bebé. Por ejemplo, la fatiga disminuye la capacidad de las madres para concentrarse o tolerar a los niños y aumenta el estrés de los padres, lo que perjudica su funcionamiento diario, la comunicación con los demás y las relaciones madre-bebé (Iwata et al., 2018).

En algunos aspectos la FPP, se puede considerar como una experiencia que se esperase presente en la nueva maternidad, para algunos tiene efectos positivos; pues alienta a las mujeres a descansar después del parto, permitiendo que el cuerpo se recupere, facilita el desarrollo de la relación con el bebé, y permite el proceso de la lactancia materna a través de la proximidad con el recién nacido. Sin embargo, cuando la FPP perdura y no cesa, puede ser estresante y abrumadora lo que genera efectos adversos sobre la salud de la mujer, el niño y la familia (Navarro et al., 2015).

Depresión Posparto

La OMS (2022) define a los síntomas depresivos como un trastorno mental que afecta al organismo en su totalidad, provocando tristeza, pérdida de interés en actividades que antes proporcionaban placer, cambios entre baja autoestima y sentimientos de culpa, además de cambios en el apetito y trastornos del sueño. En consecuencia, también advierte que la enfermedad puede afectar tanto a hombres como

a mujeres, con la diferencia de que, por cada hombre con depresión, dos mujeres padecen la enfermedad

La *depresión posparto* es definida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición [DSM-5], (Morrison, 2015), bajo la denominación de trastorno depresivo durante el período perinatal señala que es un trastorno psiquiátrico depresivo de mayor importancia, definida como trastorno mental de afección severa. La DPP comparte los mismos criterios diagnósticos que el trastorno depresivo mayor, con la especificación adicional de que los síntomas del estado de ánimo se producen durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto (debido a que el inicio de los síntomas durante el embarazo es común, a veces se usa el término depresión periparto). Durante ese tiempo, deben estar presentes al menos cinco de los ocho síntomas clave que duran al menos dos semanas, y siendo al menos uno de estos síntomas el estado de ánimo deprimido o la disminución del interés y el placer en las actividades los cuales son:

- Estado de ánimo: tristeza, ansioso o con un "vacío" perdurable.
- Se siente irritable
- Se presentan las emociones: de culpa, negación, falta de esperanza o impotencia.
- Pérdida de interés en las actividades y pasatiempos
- Se presenta la fatiga o hay una disminución anormal de energía;
- En ocasiones se siente inquieta o señala tener problemas para quedarse quieta,
- Hay dificultad para mantener la concentración, recordar o tomar decisiones;
- Se les dificultad conciliar el sueño (incluso cuando el bebé está durmiendo),
- Suele despertarse temprano en la mañana o dormir demasiado;

- Refiere en ocasiones la presencia de apetito anormal, presenta cambios de peso o ambos;
- En algunas ocasiones presenta dolores corporales, de cabeza, calambres o también puede presentar problemas digestivos sin una causa aparente que no mejoran con el tratamiento;
- Presentan problemas con el vínculo emocional hacia el nuevo bebé;
- Presentan dudas constantes de cómo cuidar al nuevo bebé
- En ocasiones puede llegar a tener pensamientos sobre la muerte, el suicidio, o hacerse daño a sí misma o al bebé.

Los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, o todos los días. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social y laboral, y no están asociados con otras condiciones médicas. La repercusión de los síntomas depresivos es que afecta especialmente al bienestar de la madre, aunque también puede tener escasos cuidados a su hijo desde los primeros días del nacimiento, en especial cuando la madre no ha podido amamantarlo, o no tuvo el deseo. Según Stobäus et al. (2018), la depresión posparto se caracteriza por uno o más eventos depresivos, no psicóticos, que ocurren con mayor frecuencia en las primeras cuatro semanas después del parto y pueden alcanzar la mayor intensidad de los síntomas en los primeros seis meses. Esta enfermedad puede tener como síntomas antecedentes la ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Practica de alimentación

La *leche humana* no es solo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo que tiene más de 200 componentes conocidos que interactúan y tienen más de una función individual, es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil. Por lo general la *leche humana* cumple la función nutricional, de defensa contra las infecciones por la inmunoglobulina IgA secretora y para el desarrollo cognoscitivo por lo que forma parte

de las prácticas óptimas de alimentación. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) y la OMS (2019), recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME). De acuerdo con estos organismos internacionales la LME es el alimento para los neonatos que se ofrece solo por el seno materno, sin agregar ningún otro tipo de alimentación. En 1989 la OMS y la UNICEF declararon que LME de manera conjunta que sería el único alimento que reciben los niños por lo menos durante los seis meses de vida (López et al., 2022; Silva & De la Rosa, 2018).

El Comité de Lactancia Materna (2014) y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, establecen que es muy importante iniciar la LM en la primera hora después del parto fisiológico o cesárea, ya que comenzar el alojamiento conjunto favorece una interrelación inmediata entre madre e hijo, el contacto piel con piel favorece a la adaptación y mejorar la vida extrauterina para generar un vínculo afectivo con la madre.

La Secretaría de Salud del Estado de México (2021) al igual que otros estados de la República Mexicana fomentan el programa de lactancia materna y el banco de leche en los hospitales públicos y privados, así como en los Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS) y centros de trabajo con el propósito de proteger, apoyar y promover la lactancia materna además de garantizar el derecho a la salud.

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados que se han revisado sobre la depresión y la fatiga en relación con la lactancia materna en las mujeres púerperas, en primer lugar, se presentan todos los estudios relacionados de la depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna y luego de fatiga en el posparto también relacionada al abandono de la lactancia materna y por ultimo los estudios que incluyen ambas variables.

Adeyemo et al. (2020) realizaron un estudio transversal descriptivo en 250 madres en el área del gobierno local de Eti-Osa del estado de Lagos, Nigeria, que

asistieron a seis centros de atención primaria de salud para la inmunización infantil seis semanas después del parto. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la DPP y sus predictores entre las mujeres posparto en Lagos. Los resultados mostraron que la prevalencia de depresión posparto fue del 35.6%. La multiparidad, el parto por cesárea, el malestar de la madre después del parto y la no LME del bebé fueron los factores relacionados con la depresión posparto.

Vallecampo (2021) realizó una investigación correlacional, transversal y prospectiva con el objetivo de determinar la relación entre el riesgo y factores asociados a depresión postparto en el puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico atendidas en el Hospital Nacional Zacamil del Salvador durante noviembre de 2019. Donde participaron 180 mujeres del puerperio inmediato, se identificó que el 44.4 % tenían riesgo de depresión postparto.

Lugo et al. (2019) realizaron un estudio transversal analítico con una muestra de 93 mujeres en el estado de Hidalgo, México. El objetivo fue determinar la prevalencia de DPP y su asociación con el abandono de la LME, los resultados demostraron que el 30.1%, presentó DPP, se determinó que el 25.8% de todas las mujeres había abandonado la lactancia (n=24), 28 participantes con DPP mostraron que el 42.9% abandonó la lactancia (n=12); las mujeres con DPP que dieron lactancia exclusiva fue de un 7.1%, (n=2), el 75% de las mujeres con DPP señalaron que el destete fue en los primeros tres meses de vida de sus hijos (n=9). El análisis bivariado mostró una RP 3.31 (IC95%= 1.248-8.792; $p = 0.014$), lo que significa que aumenta 3.3 veces el riesgo de abandonar la lactancia; en los hallazgos se encontró que 4.24 veces más riesgo las mujeres DPP que no dan lactancia exclusiva. La mayoría de las participantes (78.5%) señaló que sí tenía conocimiento del tema.

Vieira et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la autoeficacia para amamantar, la presencia de síntomas de depresión en el período postparto con la interrupción de la LME de tipo cohorte prospectivo en el centro de

Incentivo y Apoyo a la lactancia materna y banco de leche humana de la Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil, en una muestra de 83 mujeres. Los resultados evidenciaron que la presencia de síntomas de DPP se asociaron estadísticamente ($p = <0.03$) con la interrupción de la LME. La LME estaba acentuada los primeros 60 días, seguida de una decaída discreta tras este período. La mediana era de 36 días después del parto, el 62.14% presentó problema para amamantar al hijo actual, con una presencia de síntomas de DPP ($p=0.06$). La autoeficacia para el amamantamiento se identificó como un factor de protección para la LME ($p=0.315$) y la DPP, como un factor de riesgo.

Silva et al. (2017) realizaron un estudio transversal en Brasil con una muestra de 2583 parejas (madre- hijo) el propósito fue investigar la relación entre la depresión posparto y la ocurrencia de la LME. Los resultados identificados fueron que el 50.8% de las madres practicaron LME y el 11.8% de las mujeres presentaron síntomas de DPP. En la regresión logística multivariada, se encontró que las madres con síntomas sugestivos de DPP tenían una probabilidad $OR=1.63$ veces mayor de interrupción de la LME que las madres que no tenían síntomas de DPP.

Ureta (2020) realizó una investigación descriptiva, transversal y analítica, en una muestra de 101 puerperas con el objetivo de evaluar los factores asociados a la fatiga postparto en el puerperio inmediato. Los resultados mostraron una prevalencia del 87.1% de fatiga. Se encontró una asociación significativa entre fatiga con la duración del parto ($r = .28, p = .005$), el peso del recién nacido ($r = -.212$ y $p = .03$), así como asociación significativa entre el tipo de parto ($X^2 = 5,819$ y $p = .01$). Un hallazgo que se destaca en esta investigación fue la duración de parto encontrándose que la media de la duración del parto fue de 668.2 minutos para el grupo de madres que no presentó fatiga y 853 minutos para las madres con fatiga.

Andrade y Vicente (2018) realizaron una revisión de literatura con el objetivo de hacer una actualización sobre la fatiga relacionada a la salud mental de la mujer durante el periodo postparto. Se analizaron 34 artículos, se encontró que entre 60% a 65% de las

mujeres durante el periodo postparto, durmiendo menos de 6 horas por lo cual refieren después del parto la presencia de fatiga como uno de los síntomas más críticos. Los autores señalan que hay estudios que confirman que hay una asociación entre fatiga y la depresión postparto, y destacan una relación bidireccional entre estas dos variables, donde la FPP predice los síntomas de DPP y viceversa. Así mismo la FPP, se ha relacionado a alteraciones en el funcionamiento diurno de la mujer, peso materno y construcción del vínculo madre-hijo. Entre los hallazgos se identificó que la de DPP se presenta entre 10% a 20%, además se debe considerar que un 80% de mujeres que no presentan un trastorno mental, pero la fatiga afecta el bienestar en este periodo.

En síntesis, la revisión de la literatura sobre la DPP y FPP con el abandono de lactancia materna provienen de países como: Nigeria, El Salvador, Perú, Chile, Colombia, Brasil y México; la población de los estudios fue con madres en el posparto, mayores de edad, en su mayoría contaba con bachillerato, que presentaron una prevalencia que va del 30 al 44 % de DPP y que las madres con DPP tenían más probabilidad de abandonar la LM. En cuanto a la fatiga se notó una prevalencia entre 67.3% a 87% relacionada con el tipo y duración del parto, así como las horas de sueño-descanso que tienen las madres y el tipo de alimentación de los lactantes.

No se ha identificado estudios que relacionen la FPP y los síntomas de la DPP como dos variables que afectan las prácticas de lactancia materna, los estudios se han limitado a solo describir y medir la prevalencia de la DPP y de la FPP, por lo que se considera un área de oportunidad para determinar y conocer como estos estados emocionales afectan las decisiones maternas sobre el inicio y mantenimiento de las prácticas de lactancia maternas.

Definición de Términos

Fatiga posparto se define como la percepción de la madre de presentar agotamiento físico y mental en el último mes, fue medida a través de la Escala Gravedad de la Fatiga (FSS).

Síntomas de Depresión posparto se definen como la presencia de síntomas afectivos, cognitivos y del comportamiento experimentados por las mujeres en el primer trimestre posparto, fue medido a través de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgh (EPDS).

Prácticas de Lactancia materna, se define como el tipo de alimentación (LME, leche materna en formula, alimentación mixta), el tiempo de recibir la primera LM y la frecuencia de tomas de LM en 24 horas que recibe el hijo por parte de su madre en el primer trimestre posparto. La LME se refiere a que el bebé recibe leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos. Las prácticas de lactancia materna fueron medidas a través del cuestionario de alimentación y crecimiento a los 6 meses de Lakshman et al. (2011).

Características de la madre: son los datos demográficos que describen a la madre de estudio (edad, estado marital, años de escolaridad, ocupación, e ingreso económico y persona que apoya para cuidar a hijo) y clínicos (número de hijos, tipo de parto).

Edad de la madre: es el tiempo cronológico de vida de la madre, expresado en años.

Estado marital: es la condición de estar, con pareja sentimental o sin ella.

Años de escolaridad: tiempo cronológico expresado en años de estudio de la madre.

Ocupación: la condición laboral actual de la madre.

Número de hijos: es cantidad de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre en el transcurso de su vida.

Tipo de parto: condición que requirió para que naciera su ultimo hijo (cesárea o fisiológico).

Apoyo para cuidar a hijo: es la persona encargada que refiere la madre que le brinda ayuda para el cuidado de ella y del hijo en el primer trimestre.

Ingreso económico: cantidad de pesos mexicanos que recibe la madre en un mes para destinar los gastos de la familia medidas a través de la cedula de datos sociodemográficos.

Objetivo General

Determinar la relación entre fatiga y síntomas de depresión posparto con la práctica de la lactancia materna en mujeres que se encuentran en el primer trimestre posparto del estado de Campeche.

Objetivos específicos

1. Describir características sociodemográficas y clínicas de las mujeres que se encuentran en el primer trimestre del posparto
2. Identificar los síntomas de FPP y de la DPP en las mujeres que se encuentran en el primer trimestre del posparto
3. Describir la práctica (el tipo, frecuencia y tiempo de la primera lactancia) de la lactancia materna en las mujeres que se encuentran en el primer trimestre del posparto.
4. Identificar la relación entre variables sociodemográficas y clínicas, y horas de sueño con fatiga y síntomas de depresión en mujeres que se encuentran en el primer trimestre posparto.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología que se llevó a cabo para la presente investigación, en primer lugar, se presenta el tipo de estudio, población, muestra, muestreo, se describen los criterios de inclusión y exclusión, así mismo se describe el procedimiento que se llevó a cabo para la recolección de datos, las consideraciones éticas y las estrategias de análisis de datos.

Diseño de Estudio

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo, ya que se describieron las características sociodemográficas de las madres que cursan el primer trimestre del posparto, así como las características de las tres variables de interés; síntomas de DPP, fatiga y prácticas de lactancia materna. Correlacional por que tuvo como objetivo determinar la relación entre los síntomas de DPP, la fatiga en la duración y practica de la lactancia materna exclusiva en mujeres que se encontraban en el primer trimestre posparto (Grove & Gray, 2019).

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por mujeres que fueron atendidas en una clínica de primer nivel de atención en el departamento de medicina preventiva del estado de Campeche y que se encontraban cursando el periodo posparto. La muestra fue de 120 mujeres (40 para cada mes del trimestre) de acuerdo con el cálculo estadístico por medio del programa Gpower versión 3.1.97, tomando en cuenta para una prueba de correlación, con una significancia del 0.05, un coeficiente de 0.3, un poder de 90%. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia ya que se invitó a todas las pacientes puérperas que se encontraban en el turno tanto matutino como vespertino del área de la consulta de medicina preventiva que aceptaron participar en el estudio de investigación.

Criterios de Inclusión

Mujeres mayores de 18 años, que manifestaron no estar enfermas en el momento de la entrevista que estaban a cargo de la alimentación de su hijo de un rango de edad entre 1 y 3 meses. Hijos aparentemente sanos sin patologías congénitas o condiciones que afectaran el apetito o la alimentación (cardiopatías, trastornos debido a inmunodeficiencia, labio leporino).

Criterios de Exclusión:

Mujeres puérperas que tenían un diagnóstico previo de depresión o con cualquier trastorno psiquiátrico previo al embarazo.

Mujeres con enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedad de tiroides, la hipercoagulabilidad) o que estuvieran consumiendo medicamentos que contraindicaran la lactancia materna.

Mujeres que presentaron problemas durante el parto (hemorragias, preeclampsia, atonía uterina).

Mujeres con hijos prematuros.

Instrumentos de Medición

Para el presente estudio se elaboró una cédula de datos sociodemográficos la cual ayudo a recabar las características sociodemográficas de la madre y el niño. De la madre se consideró, la edad (años cumplidos), escolaridad (años de educación formal), estado civil (con y sin pareja), ingresos económicos (ingreso mensual en pesos mexicanos que recibe la familia para su manutención), antecedentes gineco-obstétricos y patológicos maternos, la cual incluye número de gesta, duración y tipo de parto, enfermedades maternas, si hubo o no apego inmediato y de cuánto tiempo, antecedentes y problemas de lactancia materna, al igual se incluyen preguntas de la duración del sueño-descanso y toxicomanías. En cuanto a los datos clínicos del hijo se incluyó, edad (meses), fecha de nacimiento, sexo (hombre y mujer), peso (kg) y talla al nacer (cm), peso y talla actual, si es intolerante a la leche, si su hijo se despierta durante la noche,

número de veces, tiempo que permanece despierto, en promedio cuantas horas duerme por la noche y cuantas horas en el día (Apéndice A).

Para medir *la fatiga posparto* se empleó una de las escalas más usadas, la Escala de Gravedad de Fatiga (FSS) de Krupp et al. (1989) versión en población mexicana (Orrantia-Daniel & De la Vega-Bustillos, 2003), mide la gravedad de fatiga de manera unidimensional con nueve reactivos tipo Likert con siete opciones de respuesta de intensidad creciente; 1: totalmente en desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo. Los nueve reactivos miden si la fatiga afecta la motivación, el ejercicio y el funcionamiento físico, las actividades de la vida cotidiana y social (Apéndice C). La puntuación esperada es una mínima = 9 y la puntuación máxima posible = 63. Se interpreta a mayor puntuación mayor severidad de la fatiga, se ha establecido como punto de corte para definir presencia de fatiga o no la puntuación 36, está integrado por 3 componentes los cuales se dividen de la siguiente manera, componente 1 denominado como afectación física de la fatiga se conforma por los reactivos 2, 3, 4, 5 y 6, el componente 2 denominado como afectación social de la fatiga se conforma por los reactivos 7, 8 y 9, y el tercer factor se compone únicamente del ítem 1 se denomina la afectación motivacional de la fatiga. La escala FSS se ha adaptado a diversos idiomas, con un coeficiente alfa de Cronbach de .93 y el tiempo de administración inferior a 5 minutos (Velasco-Rojano et al., 2017).

Para la medición de los síntomas de *depresión posparto* se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgh (EPDS) (Apéndice B), desarrollado por Cox et al. (1987), versión en español, la cual permitió detectar síntomas depresivos y depresión clínica específicamente en mujeres púerperas buscando discriminar aquellos síntomas físicos propios de la gestación y diferenciarlos de los síntomas físicos asociados a la depresión clínica. La consistencia interna de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgh reportada es de un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87.

El EPDS consiste en 10 preguntas con respuesta politómica (cuatro opciones de respuesta) según el aumento de gravedad del síntoma que va desde; 0) Tanto como

siempre, 1) No tanto, 2) Ahora mucho menos y 3) No, no he podido. No obstante, para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, y 10, los puntos se deben anotar en orden inverso, es decir, 3, 2, 1, y 0. La puntuación total (puntuación EPDS) resulta de la suma de los puntos asignados a cada opción de respuesta seleccionada. Una puntuación mayor de 10 en EPDS muestra la probabilidad de una depresión posparto, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente ya que supone ideación suicida. Las primeras dos preguntas responden a la presencia de anhedonia, la 3, 4, 5, y 6 responden a la ansiedad y la 7 a la 10 responden a la depresión (López-Janer et al., 2021) como tal, sin embargo, se pueden identificar los síntomas específicos de acuerdo con cada pregunta como: no poder reír, no sentir placer, sentimiento de culpa, ansiedad, miedo y pánico, desesperanza, infelicidad tristeza, llanto e ideación suicida. (Campo-Áreas et al., 2017).

Para evaluar las *prácticas de lactancia materna* se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Crecimiento a los seis meses (CAC) (Apéndice D), elaborado por Lakshman et al. (2011), en este se evalúa: el tipo de prácticas de alimentación con leche materna para lactantes, Respecto a cuánto y con qué frecuencia debe alimentar a sus bebés. El cuestionario sido aplicado en mujeres con hijos de seis meses de edad, la cual cubren cuatro áreas. El CAC está integrado por 27 preguntas distribuidas en las cuatro áreas. Las dos primeras preguntas evalúan los minutos que pasaron antes de darle la primera leche materna a su hijo y el tipo el tipo de alimentación: la leche materna, leche materna extraída, alimentación por fórmula o combinada. La primera área que se evalúa la leche materna en cuatro preguntas; el número de tomas de leche materna, minutos que duran amamantando. Doce preguntas evalúan la alimentación con formula: si alguna vez proporciono leche materna, qué motivos tuvo para dejar de dar leche dependiendo si nunca dio o si dio alguna vez y la semana en que inicio a dar leche formula. La tercera área evalúa sobre otros tipos de alimentación; sobre consumo de agua: si su bebé

consume agua, la edad y cantidad, sobre otras bebidas que no sea agua pura y si su bebe consume alimentos semisólidos o sólidos y la edad en meses de inicio. Todas las respuestas fueron comparadas con las recomendaciones que realiza la OMS (2010). (Apéndice E).

Procedimiento de Recolección de Datos

El estudio de investigación se aprobó por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL con número de registro FAEN-M-1906, además se tuvo la autorización del centro de Salud del estado de Campeche, donde se llevó a cabo la recolección de la información. Una vez que se autorizó se procedió a abordar a las pacientes que se encontraban en el área de medicina preventiva con el fin de invitarlas a participar. Una vez con la madre, se le explico el propósito de la investigación, así como el procedimiento a realizar con ella, así mismo se le informo sobre la confidencialidad de la información, se revisó que cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión. Las pacientes que cumplieron y aceptaron participar, se le solicito la firma del consentimiento informado, proporcionándoles una copia de este (Apéndice F) y después se procedió a aplicar la cédula de datos sociodemográficos (CDS) (Apéndice A). Se le solicito un número telefónico, así como su autorización para realizarle una llamada que nos permitió corroborar el número telefónico y poder localizar al mes posparto.

Al cumplir el mes posparto se procedió a realizarle una llamada telefónica a la madre por parte del investigador principal, se le recordó nuevamente el objetivo del estudio y se le pregunto si deseaba continuar con el estudio, si su respuesta fue positiva, se programó la visita en su hogar donde se aplicaron los cuestionario de datos sociodemográficos, luego la escala de depresión de Edimburgh (EPDS) (Apéndice B) el de la fatiga FSS (Apéndice C) y por ultimo las preguntas relacionadas con las prácticas de alimentación materna relacionadas con la lactancia materna (Apéndice D). Al final se le agradeció su participación y se le proporcionó un tríptico informativo, sobre acciones

para prevenir y controlar la fatiga y los síntomas de depresión posparto (Apéndice G y H), por otra parte las pacientes localizadas en el área de medicina preventiva se les explico e informo sobre los objetivos y propósitos del estudio, dando a conocer los criterios de inclusión y exclusión, se explico que la aplicación de los cuestionarios tardaría entre 15 y 20 minutos, las pacientes que cumplieron con las características y desearon participar se les proporciono el consentimiento informado, se les pregunto si contaban con el tiempo para responder en ese momento las encuestas, en caso de no contar con el tiempo se les solicito su número telefónico para poder contactarlas y posteriormente visitarlas para la aplicación de la misma en un tiempo que ellas pudieran. Todas aquellas pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se les brindo un tríptico informativo sobre acciones para prevenir y controlar la fatiga y los síntomas de DPP (Apéndice G y H).

Consideraciones Éticas

La presente investigación conto con la aprobación del Comité de investigación y Comité de Ética de investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL y se guío en los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en de acuerdo con la Reforma publicada en DOF 02-04-2014 (Secretaria de Gobernación, 2014), en el que se establecen los requisitos para llevar a cabo el desarrollo de la investigación en salud que deben contemplar aspectos Éticos que garanticen la protección de las pacientes que forman parte de esta investigación y se apego al título Segundo de Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos.

Del Título primero, capítulo único, Artículo 3, Título segundo, Capítulo I, la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. De acuerdo con el Artículos 13, se respetó el trato individual y la dignidad de las pacientes en todo momento, acuerdo al Artículo 14, Fracción I primero se le informo y se solicitó

por escrito a la institución donde se llevó a cabo la investigación la autorización y de acuerdo a la Fracción V se contó con el consentimiento informado por escrito de las pacientes puérperas participantes así mismo y considerando lo establecido en la Fracción VI esta investigación se llevó a cabo en el espacio asignado por la institución y por el investigador del estudio. Fracción VII el estudio se llevó a cabo posterior a la obtención de un dictamen favorable de las Comisiones de Investigación de Ética e Investigación de la FAEN. Fracción VIII y con la autorización de la institución de salud.

De acuerdo con el Artículo 16 se protegió la privacidad de las participantes en la investigación y solo se identificó con un número de folio, los cuestionarios son resguardados por un año y solo el investigador tendrá acceso a la información obtenida (director de Tesis DCE. Norma Edith Cruz Chávez, Codirector de tesis Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal y tesista Febe Jhoana Contreras Puc) pasado el tiempo se procederá a destruir la documentación recolectada.

De acuerdo con el Artículo 17: se estableció que el riesgo de esta investigación corresponde a la categoría I, sin riesgo, según la referencia de los niveles de categorización, ya que solamente se obtuvo información sin alterar ningún factor presente en las pacientes objeto de estudio, dando lugar al beneficio razonable de este proceso, por el que se pretende ampliar el conocimiento.

Artículo 20 y 36, la investigación se realizó siempre que la madre firmo el consentimiento informado, o de su representante legal, por lo que todas las madres del estudio firmaron un consentimiento informado con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Artículo 21, Fracciones I, II, III, VI, VII, VIII y IX. A las participantes del estudio se les explico, se dio respuesta a cualquier pregunta y/o aclaración acerca de los procedimientos, posibles molestias y resultados obtenidos del estudio. Además, que tienen la libertad de retirar su consentimiento del estudio en cualquier momento que lo consideren. Así como, la seguridad de que la información individual obtenida sólo puede ser utilizada por los investigadores. Artículo 22, el consentimiento informado se

formuló por escrito con los lineamientos que considera el reglamento de investigación en materia de salud. Este establece una garantía de estricta confidencialidad, de forma que no se violó la intimidad personal, se mantuvo una total discreción con respecto a los datos obtenidos, por lo que solo se identificó con un número de folio para identificar su participación. Los resultados obtenidos en este trabajo durante todo el proceso de la investigación, puesto que cada instrumento tiene una numeración, de acuerdo con la información brindada por cada participante, de tal manera que la participante no quede identificada y la información recolectada sea reservada para la investigadora.

Así mismo se solicitó en el consentimiento la autorización para poder localizarla a través del número de su celular para establecer una cita y que contestara los instrumentos de la investigación, además, se procedió de una manera honesta y responsable, respetando siempre la integridad de las pacientes, tomando en cuenta las consideraciones antes descritas, así como con la obtención, manejo y análisis de los datos obtenidos, considerando que las participantes cuentan con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometieron, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Así mismo de acuerdo con el Artículo 50 esta investigación en mujeres durante el puerperio no interfiere con la salud de la madre y del recién nacido ya que solo se preguntó datos relacionados con su salud física y emocional.

De acuerdo con el Artículo 51 se consideró que no existió riesgo ya que las madres que participaron en esta investigación al igual que a los lactantes se les respetó si la madre decidió no amamantar, y se aseguró de su alimentación por otro método además de contar con el consentimiento informado de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 21, 22 y 43 de este Reglamento. Se consideró también lo establecido en el Artículo 58, Fracción I, II, Se les exhortó que se podían retirar de la investigación, y que esto no repercutía para nada en su atención médica, además los resultados de la

investigación no serían utilizados en la atención que recibían solo será con fines de investigación, crear nuevo conocimiento.

Plan de Análisis de Datos

Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 para Windows. Se determinó la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

Se utilizó la prueba Kolmogórov-Smirnov, para variables numéricas con Corrección de Lilliefors para ver la distribución de las variables

Respecto al objetivo general que señala determinar la relación de la fatiga y la depresión posparto con las prácticas de lactancia materna se realizó pruebas no paramétricas utilizando la correlación de Spearman.

Para el primer y segundo objetivo específico el cual fue conocer las características sociodemográficas de la mujer en el puerperio e identificar la DPP y la FPP se analizó mediante estadística descriptiva para obtener, medidas de posicionamiento, frecuencias y porcentajes; además de medidas de tendencia central y medidas de dispersión, dependiendo el nivel de medición de la variable y su categorización.

Para el tercer objetivo que fue describir el tipo y la duración de la lactancia materna en el posparto se empleó estadística descriptiva por medio frecuencias y porcentajes de las variables en estudio, para el último objetivo se utilizó estadística de correlación lineal el cual permitió establecer qué relación existe entre la fatiga y depresión en mujeres que se encuentran en el primer trimestre posparto.

Capítulo III

Resultado

A continuación, se presentan los resultados que se identificaron en la presente investigación, la cual se llevó a cabo del mes de febrero al mes de abril del 2023, cada encuesta se llevó en su aplicación un tiempo aproximado de 15 minutos. También se presenta en este capítulo la consistencia interna de los instrumentos, posterior se presentan los resultados descriptivos de las variables de estudio y por último se presentan la estadística inferencial que dar respuesta a los objetivos de la presente investigación.

Confiabilidad de los Instrumentos

Para evaluar la consistencia interna de los instrumentos se determinó a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach como se observa en la tabla 1, donde ambos instrumentos mostraron una confiabilidad estadísticamente aceptable (Grove y Gray, 2019).

Tabla 1

Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumento	Ítems	α
Escala de Gravedad de Fatiga (FSS)	9	.950
Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgh (EPDS)	10	.819

Nota. α =Alpha de Cronbach, $N=120$

Estadística descriptiva de las variables de estudio

La muestra estuvo integrada por 120 mujeres y sus hijos que se encontraban en los primeros tres meses del posparto y que cumplieron los criterios de inclusión y que se identificaron en el área de medicina preventiva del centro de salud de Campeche para hacerles la invitación a participar en la investigación.

En primer lugar, para dar respuesta al **objetivo específico número uno** que establece describir las características sociodemográficas de las mujeres puérperas que se encuentran en el primer trimestre del posparto. En la tabla 2, se reportan los resultados, donde se puede observar que la edad media de las mujeres fue de 25.81 años ($DE = 5.08$), con una media de escolaridad de 12.04 años ($DE = 2.70$), el 56.7% no cuenta con un empleo actualmente, pero de las personas que trabajan se puede observar que el ingreso económico mensual fue de \$6012.50 MXN ($DE = 2811.93$). Al preguntar si tenían pareja el 74.2% refiere que sí; el 87.5% recibió apoyo de alguna persona durante su etapa de posparto, señalando que el 61.7% refirió ser atendida por su madre.

Tabla 2*Características Sociodemográficas de la Madre*

Características	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	
					<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Edad (años)			25.81	5.081	18	40
Años de escolaridad estudio			12.04	2.702	6	18
Ingreso económico (pesos)			6012.50	2811.936	1200	1600
Estado civil						
Con pareja	89	74.2				
Sin pareja	31	25.8				
Ocupación						
Con empleo	52	43.3				
Sin empleo	68	56.7				
Apoyo para cuidar de su hijo						
Si	105	87.5				
No	15	12.5				
Quien la apoya						
Pareja	20	16.7				
Mama	74	61.7				
Suegra	11	9.2				
Ninguno	15	12.5				

Nota. $N=120$, f = frecuencia, $%$ = porcentaje, M = Media, DE = Desviación Estándar, Min = Mínimo, $Máx$ = Máximo

Respecto a la tabla 3 donde se muestran los datos relacionados a los antecedentes gineco obstétricos, datos del embarazo y parto actual. Se observa que 61.7% fueron

primigestas, el promedio de semanas de gestación (SDG) fue de 38.86 ($DE=.94$), la duración del trabajo de parto fue de 8.92 horas ($DE=5.77$), en cuanto al tipo de parto el 60.8% fue fisiológico.

Tabla 3

Estadística Descriptivos de Datos Gineco-Obstétricos de las Participantes

Características	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	
					<i>Min</i>	<i>Máx</i>
SDG ^a			38.86	.941	37	41
Duración del TP ^b (horas)			8.92	5.77	1	48
No. De gesta			1.49	.686	1	3
Primigesta	74	61.7				
Segundigesta	33	27.5				
Multigesta	13	10.8				
Tipo de parto						
Fisiológico	73	60.8				
Cesárea	47	39.2				

Nota. $N=120$, ^a SDG= Semanas de Gestación, ^b TP= trabajo de parto, *f*= frecuencia, *%* = porcentaje, *M*= Media, *DE*= Desviación Estándar, *Min*= Mínimo, *Máx*= Máximo.

Para dar respuesta al **segundo objetivo** que es identificar la presencia de FPP y los síntomas de DPP se observa que los datos obtenidos en la tabla 4, muestran que la FPP presentó una media de 40.10 ($DE=12.03$) es decir más de la media esperada (media 36); en cuanto a los síntomas de DPP se obtuvo una media de 9.80 ($DE=4.30$) el cual permite identificar la presencia de síntomas de DPP.

Tabla 4

Medidas de Tendencia Central para Fatiga y Síntomas Depresivos de las Participantes

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	
			<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Fatiga (9-63)	40.10	12.03	9	61
Síntomas depresivos (0-30)	9.80	4.30	0	21

Nota. $N=120$, *M*= media, *DE*= Desviación Estándar, *Min.* = Mínimo, *Máx.* = Máximo

La tabla 5, se reportan las estadísticas descriptivas de los componentes de la escala FSS y se señalan las preguntas que lo conforman. El componente más afectado

fue el físico, dado que obtuvo una media de 22.32 ($DE=6.87$), seguida por la social con una media de 13 ($DE=4.47$) y por último la motivacional con una media de 4.75 ($DE=1.45$).

Tabla 5

Características Descriptivas de la Afectación de la Fatiga

Reactivo	Rango			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Mental				
1. Mi motivación es menor cuando estoy fatigado	4.75	1.45	1	7
Física				
2. El ejercicio me hace que este fatigado				
3. Me fatigo fácilmente				
4. La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico				
5. La fatiga me causa problemas frecuentemente.	22.32	6.87	5	33
6. La fatiga me impide un funcionamiento físico prolongado.				
Social				
7. La fatiga interfiere en llevar a cabo algunas labores y responsabilidades.				
8. La fatiga está entre uno de los síntomas que más me invalidan.	13.00	4.47	3	21
9. La fatiga interfiere en mi trabajo, familia y vida social				

Nota. $N=120$, M = Media, DE = Desviación Estándar, Min = Mínimo, $Máx$ = Máximo

Se presenta en la tabla 6 los datos descriptivos de los síntomas depresivos identificados en las madres del presente estudio. Se observa que el 89.2% de las pacientes presento sentimiento de culpa, 84.2% ansiedad, 79.2% presento miedo y pánico; 72.5% infelicidad, 76.9% tristeza, llamó la atención que el 2.5% de las pacientes reporto ideación suicida, por lo que la madre se canalizo para que recibirá apoyo de forma inmediata para su atención.

Tabla 6*Estadísticas Descriptivas de Síntomas Depresivos de las Participantes*

Reactivo	Sin síntomas		Con síntoma		Total
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Puntuación	0	1	2	3	
1.-He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	63 (52.5)	50 (41.7)	6 (5)	1 (.8)	57 (47.5)
2.-He mirado el futuro con placer	46 (38.3)	71 (59.2)	1 (.8)	2 (1.7)	74 (61.7)
3.-Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien	13 (10.8)	34 (28.3)	65 (54.2)	8 (6.7)	107 (89.2)
4.-He estado nerviosa y preocupada sin motivo (Ansiedad)	19 (15.8)	32 (26.7)	64 (53.3)	5 (4.2)	101 (84.2)
5.-He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	25 (20.8)	39 (32.5)	51 (42.5)	5 (4.2)	95 (79.2)
6.-Las cosas me oprimen o agobian (Desesperanza)	11 (9.2)	40 (33.3)	58 (48.3)	11 (9.2)	109 (60.8)
7.-Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	33 (27.5)	52 (43.3)	30 (25)	5 (4.2)	87 (72.5)
8.- He sentido triste y desgraciada	28 (23.3)	81 (67.5)	7 (5.8)	4 (3.3)	92 (76.6)
9.-He sido tan infeliz que he estado llorando	41 (34.2)	74 (61.7)	3 (2.5)	2 (1.7)	79 (65.9)
10.-He pensado en hacerme daño a mí misma (Ideación suicida)	117 (97.5)	1 (.8)	2 (1.7)	-	3 (2.5)

Nota. N= 120, *f*= frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 7 se observa el porcentaje de participantes con FPP y los síntomas de DPP según la clasificación de con y sin síntomas. Como se observa de identifico que el 73% refirieron tener fatiga y el 56.6% síntomas depresivos.

Tabla 7*Clasificación de la Fatiga y Síntomas Depresivos de las Participantes*

Variable	<i>f</i>	%
Fatiga		
Con fatiga	88	73.3
Sin fatiga	32	26.7
Síntomas depresivos		
Con síntomas	68	56.6
Sin síntomas	52	43.3

Nota. N=120, *f*= frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 8, se presenta la frecuencia de la fatiga por mes durante el primer trimestre, donde se observa un 57.5% en el primer mes, aumenta a 87.5% en el segundo mes y baja al 30% en el tercer mes; en cuanto a los síntomas de la depresión se observó que el 62.5% fue más prevalente en el primer mes y este va disminuyendo en los siguientes meses en menor proporción.

Tabla 8*Fatiga y Síntomas Depresivos en el Trimestre*

Síntomas	1er mes		2do mes		3er mes	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Fatiga						
Con fatiga	23	57.5	35	87.5	30	75
Sin fatiga	17	42.5	5	12.5	10	25
Síntomas depresivos						
Con síntomas	25	62.5	23	57.5	20	50
Sin síntomas	15	37.2	17	42.5	20	50

Nota. N= 120, *f*= frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 9, se presentan los resultados que encontraron con relación a los antecedentes de prácticas de lactancia materna. En cuanto a los antecedentes de las prácticas de lactancia materna el 64.2% refirió no contar con experiencia para brindar amamantamiento al hijo. El 9.2% refirió no lactar al hijo, los principales motivos para

ello fueron: percibir poca producción de leche, el 32.5% refiere haber presentado grietas y el 10.8% presento dolor por lo que se les ha dificultado establecer la lactancia.

Tabla 9

Antecedentes de Prácticas de Lactancia Materna

Practica de Lactancia	<i>f</i>	%
Practico lactancia materna anteriormente		
Si	43	35.8
No	77	64.2
Se encuentra lactando actualmente		
Si	108	90
No	12	10
Motivo por el que no lacta		
Poca producción	11	9.2
Él bebe no succiona	1	.8
Alteración de la mama		
Pezón invertido	5	4.2
Grietas	39	32.5
Dolor	13	10.8
Ninguno	63	52.5

Nota. $N = 120$, $f =$ frecuencia, % = porcentaje.

En cuanto al tipo de apego para realizar la lactancia materna, la tabla 10 muestra que el 83.3% de las madres refirió haber tenido apego, pero solo el 42.5% lo tuvo en los primeros 30 minutos después del parto y el 16.7% no tuvo ningún tipo de apego.

Tabla 10*Tipo de Apego de Lactancia Materna Recibido Después del Nacimiento*

Apego	<i>f</i>	%
En los primeros 30 min	51	42.5
Después de los 30min	49	40.8
No tuvo	20	16.7

Nota. $N = 120$, f = frecuencia, % = porcentaje

En cuanto a las horas de sueño continuo que tuvieron en el primer trimestre las madres en la tabla 11, se puede observar que el promedio de horas que durmió en la noche de forma continua fue de 4.33 horas ($DE=1.52$), el 100% refirió despertarse por la noche, y el 69.2% refirió despertarse de 2 a 3 veces en la noche señalando que el principal motivo es para alimentar y cambiar al hijo.

Tabla 11*Estadísticas Descriptivas del Descanso de la Madre en el Primer Trimestre Posparto*

Horas de descanso	<i>f</i>	%	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	
					<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Total, de horas de sueño por noche			4.33	1.52	1	7
Número de veces que despierta por noche						
Una vez	21	17.5				
Entre 2 y 3 veces	83	69.2				
Entre 4 y 5 veces	14	11.7				
Mas de 5 veces	2	1.7				
Motivo						
Darle de comer al bebe y cambiarlo	120	100				

Nota. $N=120$, f = frecuencia, % = porcentaje, M =Media, DE = Desviación Estándar, Min =Mínimo, $Máx$ = Máximo.

Para dar respuesta al **objetivo tres** que es describir el tipo de prácticas de la lactancia materna en la tabla 12, se muestra que el tipo de alimentación más utilizado por las participantes en esta investigación fue lactancia materna mixta, donde se observa que la combinación de leche materna directa del pecho y con leche de fórmula, en polvo o concentrado fue del 44.2%, solo el 34.2% de los niños que se encuentran en el primer trimestre posparto reciben lactancia materna exclusiva directa del seno materno.

Para clasificar las prácticas de alimentación adecuadas e inadecuadas se consideró el tipo de lactancia (Lactancia materna exclusiva [LME], Mixta (LME y Fórmula) y Fórmula sola) se consideró adecuada si era LME, el tiempo de inicio de la primera lactancia (menos de 60 min es práctica adecuada y después de 60 minutos se consideró práctica inadecuada) y la frecuencia de las tomas en 24 horas (mínimo 8 tomas, práctica adecuada y menos de 8 práctica inadecuada).

En cuanto a las prácticas de alimentación de acuerdo tipo de alimentación se documentó que 53.3% de las madres tiene una práctica inadecuada de alimentación; en el primer mes posparto se obtuvo que el 62.5% tuvo una práctica inadecuada, en el segundo mes el 52.5% y en el tercer mes se documentó más prácticas adecuadas con un 55%. Con respecto al tiempo que tardó en dar su primera lactancia se reportó que el 65.83% tuvo una práctica inadecuada, en el primer mes se obtuvo que fue el 80%, en el segundo el 75% y en el tercer mes 80%, es decir que pasó más de una hora para poder alimentar a su hijo después del parto. En cuanto al número de tomas de lactancia se documentó que el 51.66% tienen una práctica adecuada, en el primer mes el 55% tiene una buena práctica, sin embargo, en el segundo y tercer mes se ve reflejado más la práctica inadecuada, lo cual indica que en el primer mes las madres realizan por lo menos 8 tomas de lactancia materna, pero en el segundo y tercer mes este número disminuye por lo que se considera inadecuada.

Tabla 12*Método de Alimentación y Clasificación de las Prácticas de Alimentación Materna*

Practica de alimentación	1er mes		2do mes		3er mes		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Tipo de alimentación</i>								
1.Lече materna directa del seno materno	11	27.5	17	42.5	13	32.5	41	34.2
2.Lече materna en biberón	4	10	2	5	9	22.5	15	12.5
3.Lече de formula, en polvo o concentrado	3	7.5	4	10	4	10	11	9.2
4.Combinación 1-3. Mixta	22	55	17	42.5	14	35.5	53	44.2
Clasificación del Tipo de alimentación								
Adecuada	15	37.5	19	15.8	22	55	56	46.6
Inadecuada	25	62.5	21	52.5	18	45	64	53.3
Tiempo de la primera lactancia materna								
Adecuada	8	20	10	25	8	20	26	21.6
Inadecuada	32	80	30	75	32	80	94	78.3
Numero de tomas de lactancia								
Adecuada	22	55	21	47.5	19	47.5	62	51.6
Inadecuada	18	45	19	52.5	21	52.5	58	48.3

Nota. $N=120$, f = frecuencia, % = porcentaje

Estadística inferencial

A continuación, se presentan los datos de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y posteriormente se dará respuesta a los objetivos del presente estudio.

En la tabla 13 se muestran las medidas de tendencia central, posicionamiento y dispersión, así como los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Con respecto al cuestionario EPDS se reportó una media 9.80 ($DE=4.30$); con respecto a la FSS se encontró una $M=40.1083$ ($DE=12.03$). Con relación a la distribución de las variables, se identificó que no existe distribución normal

de los datos de las variables de estudio ($p > .05$), por lo que, para dar respuesta a los objetivos de estudio, se utilizó las pruebas no paramétricas.

Tabla 13.

Prueba de Normalidad de Kolmogorov - Smirnov con Corrección de Lilliefors para las Variables Continuas y Numéricas.

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Edad de la madre	25.81	25.50	5.01	18	40	.087	.026
Escolaridad (Años)	12.04	12	2.70	6	18	.284	.001
Ingreso económico(pesos)	6012.50	5000	2811.93	1200	16000	.199	.001
Duración del TP	8.92	8	5.77	1	48	.201	.001
Numero de gesta	1.49	1	.68	1	3	.380	.001
Horas de sueño de la madre	4.33	4	1.52	1	7	.152	.001
Tiempo de la primera lactancia después del nacimiento	68.42	60	38.77	15	240	.369	.001
Tomas de lactancia materna en 24 horas	8.04	9	3.35	0	13	.349	.001
Sumatoria fatiga	40.10	42.50	12.03	9	61	.105	.003
Sumatoria signos depresión	9.8	10	4.30	0	21	.088	.024

Nota. $N=120$, f = frecuencia, M =media, Mdn =mediana, DE =desviación estándar, D =prueba de normalidad, p =significancia observada.

Para responder el objetivo específico 4 que establece cual es la relación entre variables sociodemográficas (edad, años de escolaridad, ingreso económico, numero de gestas, horas de trabajo de parto, horas de sueño, edad del bebe) con la fatiga y los síntomas de depresión se utilizó la prueba de correlación de *Spearman*, los resultados en la tabla 14, se identificó una relación positiva y significativa entre la edad con los años de escolaridad ($r_s=.395$, $p=.001$), al igual se encontró una relación positiva y significativa entre la edad y el ingreso económico ($r_s=.296$, $p=.001$), de la misma forma se reportó una relación positiva y significativa entre la edad y el número de gesta

($r_s=.378, p=.001$), se observa también una relación negativa y significativa entre la edad y las horas de trabajo de parto ($r_s=-.312, p=.001$). En cuanto a los años de educación se reportó una relación positiva y significativa con el ingreso económico ($r_s=.479, p=.001$) al igual se encontró relación positiva y significativa entre los años de educación y la edad del bebe ($r_s=.216, p=.018$). Se encontró una relación positiva y significativa entre el ingreso económico y las horas que descansa la mamá ($r_s=.183, p=.045$), al igual se reportó una relación positiva y significativa entre el ingreso económico y la edad del bebé ($r_s=.288, p=.001$), en relación con el ingreso económico y los síntomas de la depresión se encontró una relación negativa y significativa ($r_s=-.195, p=.032$). el número de gesta tuvo una relación negativa y significativa con las horas de trabajo de parto ($r_s=-.134, p=.010$), al igual se reportó una relación negativa y significativa entre las horas de descanso de la madre y la edad de bebe ($r_s=-.212, p=.020$), en cuanto a la fatiga se encontró una relación positiva y significativa con los síntomas depresivos ($r_s=.449, p=.001$).

Tabla 14

Coeficiente de Correlación de Spearman para Variables Sociodemográficas, Horas de Sueño, Fatiga y Síntomas Depresivos

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Edad									
2. Años de escolaridad	.395**								
3. Ingreso económico	.296**	.479**							
4. Numero de gesta	.378**	-.100	-.059						
5.-Horas de TP ^b	-.312**	-.105	.036	-.134*					
6.-Horas de sueño	-.037	.007	.183*	-.114	.133				
7.-Edad del bebe	.152	.216*	.288**	-.013	.043	-.212*			
8.-Sumatoria fatiga	-.093	-.064	.008	-.079	.034	-.063	.032		
9.-Sumatoria de la depresión	-.012	-.086	-.195*	-.054	.056	-.157	-.103	.449**	

Nota. N=120, TP^b= Trabajo de parto, r_s =Coeficiente de Correlación de Spearman, * $p < .05$. ** $p < .001$

Continuando con las características sociodemográficas la tabla 15 muestra los resultados de la prueba U de Mann-Whitney para identificar las diferencias entre las características sociodemográficas de la madre y la presencia de fatiga, se observó diferencia significativa ($U=533.50$, $p=.044$) en el apoyo recibido para cuidar de su hijo, reportando que la media fue más alta fue en las participantes que cuentan con apoyo ($M=41$, $DE=11.64$) que las que no cuentan con ningún apoyo ($M=33.80$, $DE=13.19$). Además, no se encontraron diferencias significativas de la presencia de fatiga con el estado civil, el empleo y el tipo de parto.

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney para las Características Sociodemográficas con la Fatiga Posparto

Características	Sumatoria de la Fatiga	M	Mdn	DE	U	p
Estado civil						
Con pareja	89	39.11	41	12.88	1184	.241
Sin pareja	31	42.96	44	8.7		
Empleo						
Con empleo	52	41.28	43	9.68	1695	.699
Sin empleo	68	39.20	42	13.55		
Apoyo para cuidar a su hijo						
Con apoyo	105	41	43	11.64	533.50	.044
Sin apoyo	15	33.80	38	13.19		
Tipo de parto						
Fisiología	73	39.89	43	12.34	1672	.815
Cesárea	47	40.44	42	11.65		

Nota. N= 120, M= media, Mdn = mediana, DE = Desviación Estándar, U = U de Mann-Whitney, p = significancia observada

En la tabla 16 se muestra los resultados de la prueba U de Mann-Whitney para identificar las diferencias entre las características sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos, se encontró que existe diferencia significativa ($U=940$, $p=.008$) entre el estado civil y los síntomas de depresión siendo mayor la media en el grupo sin pareja ($M=11.54$, $DE=3.70$) que las que cuentan con pareja ($M=9.20$, $DE=4.35$). No se encontraron diferencias significativas de la presencia de síntomas depresivos con el empleo, el apoyo y el tipo de parto.

Tabla 16

Prueba U de Mann-Whitney para las Características Sociodemográficas con los Síntomas Depresivos

Características	Sumatoria de la Depresión	M	Mdn	DE	U	p
Estado civil						
Con pareja	89	9.20	10	4.35	940	.008
Sin pareja	31	11.54	11	3.70		
Empleo						
Con empleo	52	9.82	10	4.00	1693	.690
Sin empleo	68	9.79	10	4.55		
Apoyo para cuidar de su hijo						
Con apoyo	105	9.81	10	3.99	756	.802
Sin apoyo	15	9.73	10	6.22		
Tipo de parto						
Fisiología	73	9.64	10	4.39	1636.50	.670
Cesárea	47	10.06	11	4.20		

Nota. N= 120, M= media, Mdn = mediana, DE = Desviación Estándar, U = U de Mann-Whitney, p = significancia observada.

Para dar respuesta al **objetivo general** que establece determinar la relación entre la fatiga, los síntomas depresivos con las prácticas de lactancia materna en el primer trimestre del posparto se presenta la tabla 17 donde se observan los resultados de la prueba de Chi Cuadrada de Pearson la cual no presentó diferencias significativas entre la fatiga y el tipo de prácticas de alimentación materna.

Tabla 17

Chi Cuadrada para Fatigamaterna y Tipo de Prácticas de Alimentación Materna

Fatiga	Practica Adecuada LME		Prácticas Inadecuada LME		χ^2	p
	f	%	f	%		
Sin fatiga	15	12.5	17	14.16	.001	.978
Con fatiga	41	34.16	47	39.16		

Nota. N= 120, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada, p = significancia observada

La Tabla 18 se registró los resultados de la prueba de Chi Cuadrada de Pearson de las participantes con de fatiga y el tiempo de la primera lactancia. Se observaron

diferencias significativas entre las participantes con fatiga y el tiempo de la primera lactancia se registró que el grupo con mayor porcentaje es de las participantes con fatiga y prácticas inadecuadas (53.33%) ($\chi^2 = 6.111$, $p = .013$).

Tabla 18

Chi Cuadrada para Fatiga y el Tiempo de la Primera Lactancia

Fatiga	<i>Practica Adecuada</i>		<i>Practica inadecuada</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Sin fatiga	2	1.66	30	25	6.111	.013
Con fatiga	24	20	64	53.33		

Nota. $N= 120$, f = frecuencia, $\%$ = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, p = significancia observada

En la tabla 19 se obtuvo los resultados de la prueba de Chi Cuadrada de Pearson de las participantes con de fatiga y el número de tomas de lactancia materna en 24 horas. No se observaron diferencias significativas entre la fatiga y el número de tomas de lactancia materna, sin embargo, se observa una similitud en grupo de participantes con fatiga con las prácticas adecuadas e inadecuadas.

Tabla 19

Chi Cuadrada para Fatiga y Tomas de Lactancia Materna

Fatiga	<i>Practica Adecuada LME</i>		<i>Practica Inadecuada LME</i>		χ^2	<i>P</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Con fatiga	43	35.83	45	37.5	1.038	.308
Sin fatiga	19	15.83	13	10.83		

Nota. $N= 120$, f = frecuencia, $\%$ = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, p = significancia observada

La Tabla 20 muestra los resultados de la prueba de Chi Cuadrada de Pearson con respecto a la prevalencia de los síntomas depresivos con el tipo de práctica de alimentación materna. Se observó diferencia significativa entre los síntomas depresivos

y las prácticas de alimentación materna, siendo mayor las prácticas de LM inadecuadas en el grupo con síntomas (35.83%) que en el grupo sin síntomas depresivos (17.5%) ($\chi^2 = 6.182, p = .013$).

Tabla 20

Chi Cuadrada para los Síntomas Depresivos y Tipo de Prácticas de Alimentación Materna

Síntomas depresivos	<i>Practica adecuada LME</i>		<i>Practica inadecuada LME</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Con síntomas	25	20.83	43	35.83	6.182	.013
Sin síntomas	31	25.83	21	17.5		

Nota. $N=120$, f = frecuencia, $\%$ = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, p = significancia observada

La Tabla 21 muestra los resultados de la prueba de Chi Cuadrada de Pearson con respecto a la prevalencia de los síntomas depresivos con el tiempo de la primera lactancia materna, no se encontró que exista diferencias significativas.

Tabla 21

Chi Cuadrada para los Síntomas Depresivos y el Tiempo de la Primera Lactancia Materna.

Síntomas depresivos	<i>Practica Adecuada LME</i>		<i>Practica inadecuada LME</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Con síntomas	49	40.83	19	15.83	3.640	.056
Sin síntomas	45	37.5	7	5.83		

Nota. $N=120$, f = frecuencia, $\%$ = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, p = significancia observada.

En la tabla 22 se documentó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson en relación con los síntomas depresivos y el número de tomas de lactancia materna, se encontró que existen diferencias significativas. Siendo mayor en el grupo con síntomas (33.33%) y

prácticas inadecuadas que en el grupo sin síntomas y prácticas adecuadas (15%) ($\chi^2 = 6.915, p = .009$)

Tabla 22

Chi Cuadrada para los Síntomas Depresivos y Número de Tomas de Lactancia Materna

Síntomas depresivos	<i>Practica Adecuada LME</i>		<i>Practica inadecuada LME</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Con síntomas	28	23.3	40	33.33	6.915	.009
Sin síntomas	34	28.33	18	15.00		

Nota. $N=120$, f = frecuencia, $\%$ = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, p = significancia observada.

En cuanto al tipo de practica de alimentación materna en la tabla 23 al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney para identificar las diferencias entre el tipo de practica de alimentación materna de las participantes con síntomas depresivos, los resultados obtenidos reportaron una diferencia significativa entre síntomas depresivos ($U=1185.00$, $p=.001$), reportando que la media fue más alta en las practicas no adecuadas 11.15, ($DE=3.99$) que en las practicas adecuadas ($M= 8.26$). No se encontraron diferencias significativas entre el método de alimentación y la fatiga.

Tabla 23

Prueba U de Mann-Whitney para los Tipos de practica de Alimentación Materna, Fatiga y Síntomas Depresivos

Tipo de alimentación	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sumatoria de la fatiga						
Prácticas adecuadas	56	39.71	41.50	11.94	1693.50	.604
Prácticas no adecuadas	64	40.45	43.00	12.19		
Sumatoria de la depresión						
Prácticas adecuadas	56	8.26	9.00	4.15	1185.00	.001
Prácticas no adecuadas	64	11.15	11.00	3.99		

Nota. $N=120$, M = media, Mdn = mediana, DE = Desviación Estándar, U = U de Mann-Whitney, p = significancia observada

La tabla 24, se reporta la prueba U de Mann-Whitney para identificar las diferencias entre el tiempo de la primera lactancia materna de los hijos de las madres participantes con la fatiga, se encontraron diferencias significativas entre las tomas de la

primera lactancia y la fatiga ($U=861.50, p=.022$), reportando una $M= 44.69$ ($DE=8.65$) más alta en las practicas adecuadas que en las inadecuadas $M=38.84$ ($DE=12.55$). en cuanto a los síntomas depresivos, los resultados demuestran que hay una diferencia significativa con los síntomas depresivos ($U=892.50, p=.035$), reportando que la media fue más alta en las practicas adecuadas 11.30 , ($DE=3.31$) que en las practicas inadecuadas ($M= 9.39$).

Tabla 24

Prueba U de Mann-Whitney para el Tiempo de la Primera Lactancia, Fatiga y Síntomas Depresivos

Tiempo de la primera lactancia	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sumatoria de la fatiga						
Prácticas adecuadas	26	44.69	46	8.65	861.50	.022
Prácticas no adecuadas	94	38.84	41.00	12.55		
Sumatoria de la depresión						
Prácticas adecuadas	26	11.30	11	3.319	892.50	.035
Prácticas no adecuadas	94	9.39	10	4.46		

Nota. $N=120$, $M=$ media, $Mdn =$ mediana, $DE =$ Desviación Estándar, $U = U$ de Mann-Whitney, $p =$ significancia observada

La tabla 25, muestra los resultados de la prueba U de Mann-Whitney para identificar las diferencias entre el número de tomas de lactancia materna de las participantes con la fatiga, se encontraron diferencias significativas entre las tomas de lactancia materna y la fatiga ($U=3502.50 p=.001$), reportando una $M= 41.55$ ($DE=11.34$) más alta en las practicas inadecuadas que en las adecuadas ($M=38.75$, $DE=12.58$). Además, se observó diferencia significativa entre el número de tomas con los síntomas depresivos ($U=1130.00, p=.001$), reportando que la media fue más alta en las practicas inadecuadas 11.37 ($DE=4.17$) que en las practicas adecuadas ($M= 8.33$).

Tabla 25

Prueba U de Mann-Whitney para el Numero Tomas de Lactancia Materna, Fatiga y

Síntomas Depresivos

Tomas de lactancia materna	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sumatoria de la fatiga						
Prácticas adecuadas	62	38.75	41	12.58	3502.50	.001
Prácticas no adecuadas	58	41.55	43	11.34		
Sumatoria de la depresión						
Prácticas adecuadas	62	8.33	9.00	3.91	1130.00	.001
Prácticas no adecuadas	58	11.37	11.00	4.17		

Nota. *N*=120, *M*= media, *Mdn* = mediana, *DE* = Desviación Estándar, *U* = U de Mann-Whitney, *p* = significancia observada.

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en referencia con los estudios que apoyan esta investigación; posterior se plantea las conclusiones y recomendaciones. Cabe mencionar que el objetivo general de este estudio fue determinar si existe relación entre la fatiga, síntomas depresivos y las prácticas de lactancia materna en mujeres que se encuentren en el primer trimestre posparto, para ello se analizaron los datos obtenidos de una muestra total de 120 mujeres a cargo de la alimentación de sus hijos sanos.

Las características sociodemográficas que caracterizo la muestra estudiada fueron mujeres que se encontraban en el primer trimestre posparto con una edad promedio de 25.81 años, la mayoría contaba con una pareja, menos de la mitad trabaja y la gran parte se encuentra con un nivel socioeconómico medio bajo, con respecto a los años de estudio el promedio fue de 12.04 es decir secundaria y bachillerato, razón por la cual la gran mayoría de estas mujeres se dedican a labores del hogar y no contaban con un empleo, por lo que cuentan con el ingreso económico de su pareja, estas características son muy parecidas a lo reportado en investigaciones realizados en mujeres procedentes de países subdesarrollados como el Salvador, Brasil y Nigeria (Adeyemo et al., 2020; Vallecampo, 2021; Silva et al., 2017), donde las participantes tuvieron una media de edad de 22 años, procedentes del área urbana, más de la mitad fueron amas de casa y un tercio habían completado estudios de bachillerato, considerando todas estas variables como factores de riesgos asociados a la depresión posparto pueden llevar a las madres puérperas a enfrentarse a situaciones de vulnerabilidad; por su parte Viera et al.,(2018) señalo que la baja escolaridad, la ausencia de pareja son considerados factores de riesgo para la autoeficacia de la lactancia.

En cuanto al apoyo percibido por la madre para cuidar de ella y de su hijo en este estudio se encontró que la mayoría recibió apoyo de parte de la madre, sin embargo una pequeña parte no recibió ningún tipo de apoyo es compatible con Adeyemo et al., (2020) y Vallecampo (2021) los cuales describen que el apoyo que recibe la madre por parte de su pareja, madre o suegra por un período de hasta 6 meses, para cuidar tanto a la madre como al bebé, ayuda a que la mujer se adapte a la vida después del parto y que al contar con redes de apoyo sólidas durante el embarazo y puerperio, son factores protectores significativos para la madre. En México las creencias culturales son aprendidas y en esta etapa las personas que apoyan el cuidado de la nueva madre reducen el estrés y la preocupación de la madre con los quehaceres de la casa y del nuevo miembro de la familia. Por ejemplo una de las barreras principales que enfrenta la lactancia materna es donde la abuela materna es una figura esencial entre las mujeres de origen mexicano en su decisión de amamantar, son quienes brindan la atención a la mujer durante el posparto e influyen en la transmisión de creencias culturales y patrones de alimentación así como la introducción temprana de alimentos y bebidas, incluidos no solo la fórmula y otras leches sino también alimentos industrializados, jugos artificiales y refrescos, quienes muchas veces desconocen la recomendación de LME por 6 meses y son los que a menudo compran la fórmula, que lo consideran además como un acto de cuidado hacia la puérpera para que no se “desgaste.

En relación a los datos gineco obstétricos se documentó que más de la mitad participantes son primigestas, de las cuales la mitad tuvo síntomas depresivos, esto se podría deber a que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único, la demanda de ser madre que requiere ajustes a un nuevo estilo de vida hacen más vulnerable a la mujer, es diferente a lo reportado por Viera et al. (2018), en su trabajo las mujeres tuvieron un promedio 2,26 gestaciones y con experiencia previa en el amamantamiento y por su parte y Adeyemo et al. (2020), reveló que las mujeres que tenían más de 5 hijos

tenían depresión posparto y esto podría ser el resultado del estrés que conlleva tener muchos hijos.

En este estudio se identificó que predominó el parto fisiológico lo cual es similar con Ureta (2020), quien reportó que el parto vía vaginal fue el más reportado, lo que beneficia a la madre porque tiene menor riesgo de sangrado o de infecciones, la recuperación es más rápida, inmediatamente que nace el bebé puede tenerlo en contacto piel a piel y amamantarlo durante la primera hora de vida, favoreciendo a la producción de leche y esto aumenta la probabilidad de que siga amamantando y el vínculo afectivo se establece más rápido.

Con respecto a la presencia de fatiga este estudio se caracterizó por que más de la mitad de las participantes de esta investigación tienen presencia de fatiga, entre la afectación más señalada se encuentra la afectación física lo cual es similar a lo reportado por Ureta, (2020), quien en su estudio encontró que también sus participantes de su investigación presentaron fatiga, lo cual podría asociarse a muchos factores, entre ellos la falta de sueño o las veces en que la madre despierta para alimentar y cambiar al bebé dos a tres veces durante la noche. Igual que lo reportado por Andrade y Vicente (2018), quienes afirman que, en el periodo posparto, el sueño se ve alterado en la vida de las mujeres, identificaron que más de la mitad de las participantes contaban con una “mala calidad del sueño” a las 4 semanas postparto, y la presencia de fatiga entre el primer y tercer mes.

En relación a los síntomas depresivos este estudio se identificó una prevalencia de más de la mitad de las participantes presentan síntomas de depresión, entre los síntomas frecuentes se encuentra culpabilidad, ansiedad, miedo y pánico e infelicidad, lo cual demuestra un porcentaje más elevado que lo reportado en estudios realizados por Lugo et al., (2019); Silva et al., (2017) y Vallecampo, (2021), quienes reportan que cerca de la tercera parte de las participantes cuentan y son identificadas con depresión, pero es similar a lo reportado por Adeyemo et al. (2020) quien identificó que la mayoría

de las participantes tuvieron síntomas de depresión posparto lo cual podría deberse a que el nacimiento de un bebé puede desencadenar una mezcla de emociones en la madre, desde el entusiasmo, la alegría, el miedo y la ansiedad por la nueva situación que está experimentando así como los cambios hormonales. Todos estos cambios pueden derivar depresión posparto, tras el parto las madres primerizas suelen tener cambios en el estado de ánimo, episodios de llanto, ansiedad y dificultad para dormir que se suele dar dentro de los primeros meses posparto.

En cuanto al tipo de práctica de alimentación se documentó que más de la mitad de las participantes tienen una práctica inadecuada señalando como factores la poca producción y la falta de succión del hijo, lo cual le ha impedido brindar lactancia materna exclusiva, esto concuerda con lo reportado por Lugo et al. (2019) donde la práctica de lactancia materna exclusiva había sido abandonada por la cuarta parte de las participantes señalando factores socioculturales que intervienen en el abandono y la falta de conocimiento de las consecuencias en las madres y los niños, esto puede deberse a que la población mexicana no tiene la cultura de la atención pregestacional, y el porcentaje de mujeres en edad fértil es un indicador que da cuenta de la falta de cobertura en cuanto a la información y la oferta de métodos anticonceptivos a mujeres en esta etapa (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2023), pero difiere a lo reportado por Adeyemo et al. (2020) en donde la mayoría de los lactantes fueron amamantado exclusivamente, esta diferencia podría deberse a que la gran parte de las entrevistadas de esta investigación son primigestas por lo que nunca habían practicado la lactancia y una mínima parte de ellas no conto con ningún tipo de apego después del nacimiento de su hijo lo cual no cumple con lo que especifica la NOM 007-SSA-2016 y la OMS el cual debe iniciarse la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, ya que al no tener el apego podría desmotivar a la madre para iniciar la lactancia por lo que es una imperiosa necesidad de establecer dentro los primeros minutos el vínculo madre-hijo para

establecer la lactancia materna lo que conlleva no solo promover su práctica, sino también de que sea el alimento exclusivo de los(las) lactantes durante los primeros seis meses de vida, asegurando que las madres tengan las condiciones propicias para que no rompan con ella.

En este estudio se identificó la relación entre variables sociodemográficas y ginecológicas, y horas de sueño con fatiga y síntomas de depresión en mujeres que se encuentran en el primer trimestre posparto, se identificó relación negativa y significativa el ingreso económico y los síntomas de la depresión, lo cual concuerda por lo reportado por Vallecampo (2021) quien identificó los determinantes sociales como el nivel socioeconómico bajo como factor de riesgo para la DPP, al igual por Silva et al. (2017) quien en su estudio encontró una relación con los ingresos per cápita mayor como factor protector para la LM., aquellas de menor ingreso familiar per cápita, tenían más probabilidades de interrumpir la lactancia materna precoz y riesgo de DPP, pero difiere a lo reportado por Adeymo et al. (2020) quien no encontró asociación entre las características sociodemográficas. En cuanto a las horas de descanso de la madre tuvo una relación negativa y significativa con la edad del bebé esto difiere con uretra quien no encontró asociación, esto pudiera deberse a que las participantes de nuestro estudio fueron madres primerizas lo que puede generar mayor preocupación por el bienestar del bebé a diferencia de las madres que han tenido más de un hijo.

En este estudio se encontró una asociación débil entre los síntomas depresivos y la fatiga lo cual coincide con Andrade y Vicente (2018) quien en su estudio señala que la relación entre los síntomas depresivos y fatiga tienen una relación bidireccional, donde la fatiga predijo síntomas depresivos y viceversa, esto se puede atribuir a que el posparto es una etapa donde surgen una serie de cambios físicos y psicosociales los que convierten en un momento de mayor vulnerabilidad a problemas de salud para las mujeres. Uno de estos es la fatiga y los síntomas depresivos postparto que tienen un impacto en la salud mental de la mujer.

En este estudio se no se presentó diferencias significativas entre la fatiga y el tipo de prácticas de alimentación materna, lo cual concuerda con Uretra (2020) quien señalo que la fatiga no tuvo una correlación con la alimentación materna lo cual demuestra la inexistencia de investigación dirigidos a la FPP, solo se encontró diferencia significativa entre la fatiga y el tiempo de la primera lactancia, siendo mayor el porcentaje en las participantes con fatiga y practicas inadecuadas, por lo que urge la necesidad de profundizar en los determinantes de la fatiga y su evolución los primeros meses postparto, para así crear intervenciones con el objetivo de atenuar las posibles implicancias en la salud mental de las mujeres. Pero si se encontró diferencias significativas entre los síntomas DPP y el tipo de prácticas de alimentación siendo las practicas inadecuadas mayor en el grupo con síntomas depresivos. Estos datos son similares a los reportados por Adeyemo et al. (2020) en el cual se identificó la existencia de asociación de síntomas depresivos con lactancia materna mixta, la cual se considera como una práctica inadecuada. Esto pudiera ser debido a que la madre se enfrenta a una situación emocional intensa y cansancio tanto físico como emocional hasta entonces desconocida para ella. La nueva responsabilidad y la necesidad de responder a las necesidades afectivas de su bebé incrementan la aparición de nuevas emociones e inseguridades que en ocasiones le es difícil gestiona por lo que conlleva a la implementación de la leche en formula al igual es similar a lo reportado por Lugo et al. (2019) quien en sus resultados mostraron que las mujeres que no dan lactancia exclusiva, tienen 4.24 veces más depresión posparto y Silva et al. (2017) encontró que las madres con síntomas sugestivos de PPD tenían 1.63 veces significativamente más posibilidades de interrumpir la LME, Este resultado apunta a la importancia de investigar la salud mental materna como uno de los determinantes del destete precoz, lo cual se podría deber por la posible inseguridad en cuanto a la capacidad de amamantar.

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio fue el corto tiempo para la recolección de datos, ya que la afluencia de las participantes disminuía por diferentes situaciones ajenas al estudio.

La principal fortaleza de este estudio fue las características de la muestra reclutada, fue un grupo de mujeres con un nivel de educación bajo, este grupo de población se considera vulnerable con poca atención en el posparto por lo que esta investigación puede servir para reconocer y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y el apoyo que reciben estas mujeres durante este periodo de adaptación.

Conclusión

Este estudio confirmó una elevada prevalencia de la fatiga del 73.3% así mismo la presencia de síntomas depresivos posparto fue de 56.7%, de las participantes solo el 46.6% realiza una práctica adecuada de LM. En cuanto a las características sociodemográficas se reportó que existe relación negativa y significativa entre los síntomas depresivos y el ingreso económico, en cuanto a la fatiga se encontró una relación positiva y significativa con los síntomas depresivos. Se observó diferencias entre la fatiga y el apoyo recibido para cuidar de su hijo siendo la media más alta en las participantes que cuentan con apoyo, no se encontraron diferencias significativas de la presencia de fatiga con el estado civil, el empleo y el tipo de parto.

Con relación a las diferencias encontradas entre los síntomas depresivos y las características sociodemográficas, se encontró diferencias entre los síntomas depresivos y el estado civil, siendo mayor la media en el grupo sin pareja. No se encontraron diferencias significativas de la presencia de síntomas depresivos con el empleo, el apoyo y el tipo de parto.

No se encontró diferencias significativas entre la fatiga y el tipo de práctica de alimentación materna y el número de tomas de lactancia materna, pero si se encontró diferencia significativa con el tiempo de la primera lactancia y la fatiga, el porcentaje

más elevado se registró en las pacientes con presencia de fatiga y practicas inadecuadas. Se observó diferencia significativa entre los síntomas depresivos y las prácticas de alimentación materna, siendo las prácticas de LM inadecuadas en el grupo con síntomas que en el grupo sin síntomas depresivos.

Al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney para identificar las diferencias entre el tipo de practica de alimentación materna de las participantes con síntomas depresivos, los resultados obtenidos reportaron una diferencia significativa entre síntomas depresivos, reportando que la media fue más alta en las practicas no adecuadas que en las practicas adecuadas, en cuanto a la fatiga no se encontró diferencia significativa, pero si se reporta diferencias significativas entre las tomas de la primera lactancia, la fatiga y los síntomas depresivos, reportando una media más alta en las practicas adecuadas que inadecuadas, además se encontraron diferencias significativas entre las tomas de lactancia materna, la fatiga y los depresivos, reportando una más alta en las practicas inadecuadas que en las adecuadas.

El abandono de la LME puede caracterizarse como multifactorial, por lo que destacamos la importancia de estudios que investiguen la influencia de la salud mental de la mujer en el posparto, así como su relación con las características sociodemográficas propias de la mujer. Es importante fortalecer la detección temprana de la fatiga y los síntomas de la depresión posparto y proporcionar apoyo inmediato.

Se encontró que en el primer mes posparto es el tiempo donde se ve reflejado estos síntomas los cuales van disminuyendo con el tiempo ya que las mujeres de 2 a 3 meses presentaron menor frecuencia de estos síntomas.

La iniciación y el mantenimiento de la lactancia materna en los primeros 90 días después del nacimiento del niño, identificado en el presente estudio y compatible con la literatura, está relacionado a la adaptación de las mujeres puérperas a las necesidades del niño. Más seguras y menos ansiosas en la función materna, las mujeres se sienten confiadas en su capacidad de interpretar y resolver las dificultades del amamantamiento.

Recomendaciones

Se debe considerar que existe un porcentaje elevado de mujeres que no cursan con un trastorno mental, pero su bienestar se ve afectado de la misma forma por la fatiga y los síntomas depresivos que a su vez afectan las prácticas de lactancia materna adecuada en el posparto, para estas variables es importante continuar abordando estudios de investigación que lo involucren, para ofrecer conocimiento que se pueda traducir en prácticas e intervenciones de enfermería durante este periodo que les permita evaluar la fatiga y los síntomas depresivos en la mujer durante los primeros 3 meses postparto debido a las importantes repercusiones en la calidad de vida.

Replicar el estudio en otros estados de la república mexicana para analizar si los resultados obtenidos en el presente estudio se comportan igual.

Se necesitan más investigaciones en otros contextos sobre la relación de la fatiga, síntomas depresivos y las prácticas de lactancia materna

Abordar la temática desde un enfoque cualitativo.

Seguir utilizando el instrumento con la finalidad de que mejore su confiabilidad y tenga validez de estabilidad en la población mexicana.

Referencias

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., & Wingate, A. (1999). Defining and measuring fatigue. *Image: the journal of nursing scholarship*, 31(1), 45-50.
- Adeyemo, E. O., Oluwole, E. O., Kanma-Okafor, O. J., Izuka, O. M., & Odeyemi, K. A. (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *African health sciences*, 20(4), 1943-54.
- Andrade Rebolledo, D., & Vicente Parada, B. (2018). Fatiga postparto: revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(2), 161-169.
- Ayala, A. E. G. (2007). Depresión en el embarazo y el postparto. *Rev. Ámbito farmacéutico, Educación Sanitaria*, 26(1), 5.
- Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied nursing research*, 36, 122-127.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(4), 491-498.
- Bozoky, I., & Corwin, E. J. (2002). Fatigue as a predictor of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), 436-443.
- Cámara de Diputados. (2014). Reglamento de la ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación.
- Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 277-283.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. *British Journal of Psychiatry*, 150.

- Doering Runquist, J. J., Morin, K., & Stetzer, F. C. (2009). Severe fatigue and depressive symptoms in lower-income urban postpartum women. *Western Journal of Nursing Research*, 31(5), 599-612.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018-19). *Resultados nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Fernandes-Moll, Marciana, Matos, Aldo, Beirigo-Borges, Giovanna, Arena-Ventura, Carla Aparecida, Pires-Bernardinelli, Fabiana Cristina, & da Silva-Martins, Tayná. (2023). Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enfermería Global*, 22(69), 134-166. Epub 20 de marzo de 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.525191>
- Figueiredo, B., Pinto, T. M., & Costa, R. (2021). Exclusive Breastfeeding Moderates the Association Between Prenatal and Postpartum Depression. *Journal Of Human Lactation*, 37(4), 784-794.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (2019). Guía para la Aplicación: proteger, promover y apoyar lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología- Revisión de la iniciativa Hospitales amigos del niño 2018 [Internet]. Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [citado el 19 de abril de 2021]
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2023, Abril). Estado de la Población Mundial 2023: 8.000 millones de vidas, infinitas posibilidades, argumentos a favor de los derechos y libertades. [https://mexico.unfpa.org/es/news/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2023-8000-millones-de-vidas-infinitas-posibilidades-argumentos,](https://mexico.unfpa.org/es/news/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2023-8000-millones-de-vidas-infinitas-posibilidades-argumentos)
- Genchi-Gallardo, F. J., Paredes-Juárez, S., Solano-González, N. L., Rios-Rivera, C. E., Paredes-Solís, S., & Andersson, N. (2021). Prevalencia de depresión posparto y

- factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(12), 927-936.
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015) Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33 (5), 528-544, <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1021769>
- Gómez-Pérez, M., Salvatierra, B., Sánchez-Ramírez, G., & Ramírez-López, D. K. (2023). Factores relacionados con la sintomatología depresiva en mujeres en edad reproductiva de Chiapas, México. *Acta Universitaria*, 33, 1-13.
- González, R. A., Tello, V. L., Salán, M. M., Fernández, P. F., del Rivero, V. D. C. A., & Díaz, M. N. F. (2017). Actualización en depresión postparto. *Tiempos de enfermería y salud*, 1(3), 18-22.
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Quezada-Sánchez, A. D., Bonvecchio-Arenas, A., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, 62(6), 704-713.
- González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R. S., & López-Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 770-779.
- Gordon, T. E., Cardone, I. A., Kim, J. J., Gordon, S. M., & Silver, R. K. (2006). Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstetrics & Gynecology*, 107 (2 Part 1), 342-347.
- Grove, S. K., & Gray, J. (2019). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Henderson, J., Alderdice, F., & Redshaw, M. (2019). Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. *BMJ open*, 9(7), e025927.

- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2016.analizan la depresión posparto y la depresión materna en México [Internet] citado el 19 de mayo del 2023 de <https://www.insp.mx/avisos/4137-depresion-posparto-mx.html>
- Iwata, H., Mori, E., Sakajo, A., Aoki, K., Maehara, K., & Tamakoshi, K. (2018). Course of maternal fatigue and its associated factors during the first 6 months postpartum: a prospective cohort study. *Nursing open*, 5(2), 186-196.
- Jonsdottir, S. S., Swahnberg, K., Thome, M., Oskarsson, G. K., Bara Lydsdottir, L., Olafsdottir, H., Sigurdsson, J. F., & Steingrimsdottir, T. (2020). Pregnancy complications, sick leave and service needs of women who experience perinatal distress, weak social support and dissatisfaction in their partner relationships. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(1), 167–180. <https://doi.org/10.1111/scs.12718>
- Krupp, LB, LaRocca, NG, Muir-Nash, J. y Steinberg, AD (1989). La escala de gravedad de la fatiga: aplicación a pacientes con esclerosis múltiple y lupus eritematoso sistémico. *Archivos de neurología*, 46 (10), 1121-1123.
- Lakshman, R. R., Landsbaugh, J. R., Schiff, A., Hardeman, W., Ong, K. K., & Griffin, S. J. (2011). Development of a questionnaire to assess maternal attitudes towards infant growth and milk feeding practices. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 35.
- López, S. M., Castaño, M. C., Cruz-Licea, V., Pérez, M. D. C. I., Rincón, N. M., Rodríguez, A. V., & Lavín, M. R. V. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 65(2), 9-25.
- López-Janer, C. A., Quirós, P., & Cabestrero, R. (2021). Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 4(61), 33-47.

- Louzada, W., de Oliveira, A. M. N., da Silva, P. A., Kerber, N. P. C., & Algeri, S. (2019). A depressão pós-parto na perspectiva dos profissionais de saúde: Postpartum depression in the perspective of health professionals. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 87(25).
- Lugo Anduaga, Y., Guerrero Hernández, R. E., & López Carbajal, M. J. (2019). Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Atención Familiar*, 26(3), 90-94.
- Macías-Cortés, E. D. C., Lima-Gómez, V., & Asbun-Bojalil, J. (2020). Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta médica de México*, 156(3), 202-208.
- Maroto Navarro, G., García Calvente, M. D. M., & Fernández Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *Journal of reproductive and infant psychology*, 8(2), 99-107.
- Navarro, B. Q., Leal, S. B., Villaescusa, R. P., & Castillejos, A. B. (2015). Influencia de la fatiga posparto sobre el tipo de alimentación en el primer mes de vida. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 12(75), 5.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF 07-04-2016 https://siteal.iiiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/10373_0.pdf
- Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I., & Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz

- para detectar depresión perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 195-202.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022), (13 de septiembre). *Depresión*.
www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto para estudiantes de medicina y profesionales de la salud afines. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>
- Orrantia-Daniel, M. C. G., & De la Vega-Bustillos, E. (2003). Trabajo, fatiga, calidad y productividad. IV Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. *Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora. Recuperado de <http://www.izt.uam.mx/sotraem/Documentos/Documentos/Amet2003/templates/res/tema, 209>*.
- Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(1), 11-20
- Rocha Arguelles, M. F. (2021). Prevalencia de depresión postparto en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Puebla, México.
- Sánchez-García, M., Cantero, M. J., & Valero-Mora, P. M. (2021). The Relationship between Fatigue in Mothers and the Age of Their Less-Than-24-Month-Old Newborns [Relación entre la fatiga de las madres y la edad de sus recién nacidos menores de 24 meses]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6590.1
- Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P. M., Rendón-Macías, M. E., Treviño-Villarreal, P., Islas-Tezpa, D., Porrás-Ibarra, G. D., & van Tienhoven, X. (2023). Depresión postparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(04), 227-240.

- Secretaria de Salud del Estado de México. (2021, Agosto). Lactancia Materna y Bancos de Leche. <https://salud.edomex.gob.mx/salud/lactancia>
- Secretaría de Salud. (2014). Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. Comité de lactancia materna
- Secretaria de Salud. (2021). Lactancia Materna y Bancos de Leche. <https://salud.edomex.gob.mx/salud/lactancia>
- Silva, C. S., Lima, M. C., Sequeira-de-Andrade, L. A., Oliveira, J. S., Monteiro, J. S., Lima, N., & Lira, P. I. (2017). Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de pediatria, 93*, 356-364.
- Silva, M. A., & De la Rosa Ferrera, J. M. (2018). Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey, 22*(4), 452-467.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health, 15*, 1745506519844044.
- Stobäus, LC, Brocchi, BS y Bussab, VSR (2018). Comportamiento materno y depresión posparto sobre el desarrollo prosocial en niños de 36 meses. *Psicosis, 49* (4), 375-383. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.4.28365>
- Tamires da Cunha Soares, Ticianne da Cunha Soares, Gabriel Barbosa Câmara, Dinah Alencar Melo Araujo et al. 2020. “Relação de interinfluência entre aleitamento materno e depressão pós-parto: Uma revisão”, *International Journal of Development Research, 10*, (09), 40259-40264.
- Troy, N. W. (2003). Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women?. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 28*(4), 252-257.

- Ureta Montes, J. O. (2020). Factores asociados a la fatiga postparto en las primeras 24 horas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Huancayo-Perú 2020.
- Vallecampo, A. (2021). Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Crea Ciencia Revista Científica*, 14(1), 12-24.
- Velasco-Rojano, E., Duarte-Ayala, R. E., Riveros-Rosas, A., Sánchez-Sosa, J. J., & Reyes-Lagunes, L. I. (2017). Validación de la Escala de Gravedad de Fatiga en Población General de la Ciudad de México. *Revista Evaluar*, 17(2).
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A. J., Franca, G., Horton, S., Krasevec, J., & Nigel, N. W. (2016). La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida. *Revista Lancet.*, 387, 475-490
- Vieira, E. D. S., Caldeira, N. T., Eugênio, D. S., Lucca, M. M. D., & Silva, I. A. (2018). Autoeficacia para el amamantamiento y depresión postparto: estudio de cohorte. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 26.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS)

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere adecuada o correcta.

Fecha: _____

Folio _____

Edad (en años cumplidos) _____ Número telefónico: _____

Estado civil: 1-Con pareja___ 2- Sin pareja___ Años de estudio: _____

Ocupación	Método de planificación familiar (MPF)
1___ Ama de casa	1-Implante___
2___ Empleada de oficina	2-DIU___
3___ Obrera	3.-Inyecciones___
4___ Profesionista	4-Preservativo___
	5-Orales___
	6.Otro___
	7-Ninguno___

Ingreso económico Mensual aproximado \$ _____

Recibe apoyo para cuidar a su hijo 1- Si___ 2- No___

Quien: 1-Pareja___ 2-Mamá___ 3-Suegra___ 4-Otros___ 5-Ninguno___

Antecedentes Obstétricos

No. De gesta	Tipo de parto	Tiempo de duración de trabajo de parto:	Apego inmediato
1-Primigesta___	1-Fisiológico___	SDG:	1-SI__ 2-NO___
2-Segundigesta___	2-Cesarea___		Tiempo
3-Multigesta___			1-No tuvo___
			2-En los primero 30min___
			3-Despues de los 30 min___
Enfermedad materna: 1-SI__ 2-NO___		Practico lactancia materna con anterioridad a sus hijos: 1-SI__ 2-NO___	
1-Hipertension___		Si, cuanto tiempo:	
2-Diabetes___		1-Menos de 3 meses___	
3-Otro___		2-De 3 a 6 meses___	
4-Ninguno___		3-Mas de 6 meses___	
		4- Un año o mas ___	

Actualmente está lactando 1-SI___ 2-NO___ No, porque: 1-Poca producción___ 2-Dolor___ 3-Él bebe no succiona___ 4-Otra___	Con respecto a sus glándulas mamarias actualmente presenta alguna característica que le impida amamantar: 1-SI___ 2-NO___ SI, Cual: 1-Pezon invertido___ 2-Grietas___ 3- Otros___
--	--

Toxicomanías

Alcoholismo:	SI	NO	Tabaquismo:	SI	NO
--------------	----	----	-------------	----	----

A qué hora se acuesta a dormir_____ A qué hora que se levanta _____

Se despierta durante la noche 1-Si___ 2- No___ Número de veces: 1-Una vez___ 2- Entre 2 y 3 veces___ 3-Entre 4 y 5 veces___ 4- Más de 5 veces ___ 6-Ninguna vez___	Causas: 1-Darle de comer o cambiar al bebé___ 2-Falta de sueño___ 3-Levantarse al baño___ 4-El bebé se encuentra despierto___
--	---

Datos clínicos del hijo

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad (meses): _____

Sexo del hijo: 1. Mujer___ 2. Hombre___

Peso al nacer 1-2500kg ___ 2-Entre 2500kg y 2900kg_____ 3- Entre 3000kg y 3500kg___ 4-Entre 3600 y 3900kg___	Talla al nacer cm: 1-Menos de 40ccm___ 2-Entre 40 y 45 cm___ 3- Entre 46 y 50 cm___ 4-Entre 51 y 55 cm___ 5-Entre 56 y 60 cm___
--	--

Peso actual kg: _____ Talla actual cm: ___

Su hijo se despierta durante la noche. 1. Si___ 2. No___ Cuantas veces___

Cuanto tiempo permanece despierto_____ En promedio cuantas horas duerme por la noche
 _____y en el día

Apéndice B

Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgh (EPDS).

Instrucciones: Queremos saber cómo se siente, por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 15 días, no solamente como se siente hoy.

1.-He sido capaz de reír y ver

el lado bueno de las cosas

- a. Tanto como siempre
- b. No tanto como ahora
- c. Mucho menos
- d. No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- a. Tanto como siempre
- b. Un poco menos de que solía hacer
- c. Definitivamente menos
- d. No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien

- a. Si, la mayoría de las veces
- b. Si algunas veces
- c. No muy seguido
- d. No, nunca

4. He estado nerviosa y preocupada sin motivo

- a. No, para nada
- b. Casi nada
- c. Si, a veces

d. Si, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- a. Si, bastante
- b. Si, a veces
- c. No, no mucho
- d. No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- a. Si, la mayor parte de las veces
- b. Si, a veces
- c. No casi nunca
- d. No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- a. Si, la mayoría de las veces
- b. Si a veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- a. Si casi siempre
- b. Si, bastante a menudo
- c. No muy a menudo
- d. No nada

9. He sido tan infeliz que he estado**llorando**

- a. Si, casi siempre
- b. Si, bastante a menudo
- c. Solo en ocasiones
- d. No nunca

10.He pensado en hacerme daño a mí**misma**

- a. Si, bastante a menudo
- b. A veces
- c. Casi nunca
- d. No, nunca

Apéndice C

Escala de gravedad de Fatiga (FSS)

Krupp, La Rocca, Muir-Nash, & Steinberg (1989).

Instrucción: Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere adecuada o correcta.

Durante la pasada semana he encontrado que:	Completamente en desacuerdo		3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo		6	Completamente de acuerdo
	1	2		4	5		7
1. Mi motivación es menor cuando estoy fatigado	1	2	3	4	5	6	7
2. El ejercicio me hace que este fatigado.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me fatigo fácilmente	1	2	3	4	5	6	7
4. La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico.	1	2	3	4	5	6	7
5. La fatiga me causa problemas frecuentemente.	1	2	3	4	5	6	7
6. La fatiga me impide un funcionamiento físico prolongado.	1	2	3	4	5	6	7
7. La fatiga interfiere en llevar a cabo algunas labores y responsabilidades.	1	2	3	4	5	6	7
8. La fatiga está entre uno de los síntomas que más me invalidan.	1	2	3	4	5	6	7
9. La fatiga interfiere en mi trabajo, familia y vida social.	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice D

Cuestionario de Alimentación y Crecimiento a los seis meses (CAC)

de Lakshman, et al., (2011)

Instrucciones: Conteste las siguientes cuestiones

Inicio de lactancia materna:

1. Después que nació su niño(a), ¿Cuánto tiempo paso para darle la primera leche materna?
 ____ horas.

Acerca de la alimentación del bebé A1.

¿Qué método de alimentación (Leche) está utilizando actualmente? (Marque todas las que apliquen)

1. La leche materna directamente del pecho
2. Leche materna de un biberón
3. Leche de fórmula, en polvo o concentrado
4. Combinación (1-3)
5. Combinación (1-2)
6. Otros (líquidos como agua, refrescos, jugos, comida como papillas) especifique.

Si marco 1 o 2 en la pregunta anterior, por favor responda las siguientes preguntas.

A2. En un periodo típico de 24 horas que incluye el día y la noche, ¿cuál es el número de tomas de leche materna que le da a su bebé? (por favor llene los dos cuadros. Donde ninguno es "0")

Numero de tomas de alimentación directamente del pecho. ____

Número de tomas de leche materna extraída _____

A3. ¿Cuántos minutos en un día típico dura amamantando directamente del pecho? (por favor ingrese el número).

Minutos por alimentación _____

A4. Si su bebé es alimentado con la leche materna extraída, ¿cuánta leche bebe por lo general en cada alimentación? (por favor ingrese el número).

Cantidad de leche materna extraída por toma (ml / oz por favor, especifique)

A5. Para decidir la frecuencia para alimentar a su bebe, ¿Usted usualmente? (Marque sólo una casilla)

1. Alimenta a su bebé cuando él lo pida (cada cuanto tiempo alimenta) _____
2. Sigue una rutina (especificar cuál) _____
3. Hace una combinación de 'A' y 'B'

*Acerca de la **alimentación con formula** (por favor conteste las preguntas si marco 3, 4 en la pregunta A1)*

A.6 En caso de que no esté dando el pecho, pregunte lo siguiente ¿Dio el pecho alguna vez?

1. Sí _____
2. No _____

A.7 Si nunca dio pecho. ¿Qué motivos o problemas tuvo para no amamantar a su hijo?.....

A.8 ¿Si dio alguna vez pecho qué motivos tuvo para dejar de amamantar a su hijo? Por ejemplo (leche insuficiente, dolor, rechazo del niño, no tengo pezones, otros)

A.9 ¿Cuál era la edad de su bebé, en semanas, cuando empezó a ser alimentado con fórmula? (por favor ingrese el número. Si empezado en el nacimiento, escribir "0").

Semana en la que inicio a alimentar con formula _____

A. 11 En un periodo típico de 24 horas

Número de tomas con formula por día _____

A.12 ¿Cuántos minutos dura una alimentación con biberón durante un día? (por favor ingrese el número)

Minutos por cada alimentación _____

A.17 ¿Cómo decide la frecuencia para alimentar a su bebe? ¿Usted usualmente? (Marque sólo una casilla)

1. Alimenta a su bebé cuando él lo pida
2. Sigue una rutina (especificar cuál) _____
3. Hace una combinación de 'A' y 'B'

Sobre otro tipo de alimentación

C. 19 Su bebe /toma agua.1. Si__ 2. No_

A qué edad empezó a tomarla ____ semanas

C.20 Si su bebé toma agua, ¿qué cantidad de agua ingiere en una bebida normal? (por favor llene los dos cuadros)

Cantidad de agua por cada bebida _____ml / oz por favor especifique) _____

Cantidad de tomas de agua por día _____

C.21. ¿Su bebé toma otras bebidas que no sean leche o agua? (por ejemplo, jugo, te, refresco, etc. por favor, marque una casilla) Si____ 2. no _____ algunas veces_____

Si es si, cantidad en ml /oz _____ cuantas veces al día _____

Apéndice E

Recomendaciones sobre las Prácticas de Alimentación de la OMS

Preguntas	Respuestas	
	Practica adecuada	Practica no adecuada
Decisiones de las madres con respecto a: Qué		
Inicio de LM	Menos de una hora	Más de una hora
A1. Lactancia materna exclusiva	1 y 2	3,4 y 5
A.6 Dio el pecho alguna vez	1	2
Duración de la LM	0 a 6 meses	No da
Decisiones de las madres con respecto a: cuanto		
A2: tomas de leche Pecho	Libre demanda y por lo menos 8 veces de día y noche.	Frecuencias distintas a lo recomendado
Decisiones de las madres con respecto a la frecuencia de alimentación		
A5. Decidir la frecuencia	1	2 y 3
A.17 Cómo decide la frecuencia	2	1 y 3

Fuente: Recomendaciones sobre las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño OMS, (2010).



Apéndice F

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN EL POSPARTO

Autor del estudio: Lic. Febe Jhoana Contreras Puc

Director de tesis: Dra. Norma Edith Cruz Chávez

Introducción

Estamos interesadas en conocer algunos aspectos psicológicos y emocionales presentes en el puerperio y su relación con la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna, el presente proyecto es un requisito para la Maestría en Ciencias de Enfermería que está cursando la Lic. Febe Jhoana Contreras Puc, antes de que decida participar en este estudio necesita conocer el propósito del estudio, la descripción, procedimiento, riesgos y beneficios de este

Propósito:

El presente trabajo de investigación que tiene el propósito determinar la relación entre la DPP y la fatiga en la duración y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en mujeres en el primer mes posparto del estado de Campeche. La información que nos proporcione será totalmente confidencial y anónima, en ninguna parte del estudio se le identificara con su nombre, además de que los datos obtenidos se presentan al final de forma general y no individual. Con la información obtenida en este estudio nos permitirá promover información y estrategias que ayuden al personal de la salud a generar conocimiento sobre los problemas de salud mental que surgen durante el posparto, signos, síntomas, así como la elaboración de planes y protocolos de cuidado para conseguir un

abordaje oportuno y las mujeres sepan definir e identificar este problema a través de educación para la salud.

Descripción del estudio/procedimiento.

Si acepta participar en esta investigación el procedimiento a seguir será el siguiente:

- Se le entregara un sobre con una cedula de datos personales y dos instrumentos que se aplicaran en su hogar, se cuidara en todo momento su confidencialidad y anonimato.
- La duración aproximada para que usted pueda contestar los cuestionarios es de aproximadamente de 20 minutos.
- Los cuestionarios contestados serán destruidos por el autor de este estudio después de un lapso de un tiempo.
- Usted tiene la libertad de retirarse en cualquier momento de la investigación y en caso de que decida dejar de participar, estos no tendrán ningún perjuicio.

Riesgos:

No existe riesgo en la participación de esta investigación; sin embargo, si se siente incómodo o indispuerto para hablar sobre los temas de los que trata la presente investigación puede retirarse.

Beneficios:

Con los resultados obtenidos se podrán proponer estrategias de detección oportuna de los estados emocionales en el puerperio. Así se me informa que no recibirá pago alguno por su participación.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

La decisión que usted toma para la participación en este estudio es totalmente voluntaria, si decide participar en esta investigación los únicos que conoceremos la información proporcionada será usted y los responsables de esta investigación. La información que proporcione no se dará a conocer de forma individualizada a ninguna persona, los resultados serán expuestos de forma general en un artículo de investigación. Los

cuestionarios que usted conteste serán anónimos y su información es totalmente confidencial por lo cual no es necesario que proporcione su nombre, además cabe señalar que los cuestionarios serán resguardados por el autor del estudio y serán destruidos al paso del tiempo.

Preguntas

Si usted llegara a tener alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, puede comunicarse a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), la cual puede ser localizada en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 10 10, en horario de 9:00 a 14:00, Dirección Avenida Gonzalitos # 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento

Yo _____ acepto voluntariamente participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información anterior en donde se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, incluyendo los riesgos, beneficios de mi participación, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando participar en este estudio de investigación, no estoy renunciando a ningún derecho y sé que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento si lo considero.

Firma del participante

Firma del Primer Testigo

Firma y nombre del segundo testigo

Firma y nombre del investigador

Fecha: _____ de _____ 2023

Apéndice G

Tríptico de Fatiga Posparto

FATIGA POSPARTO



Percepción de la madre de presentar agotamiento físico y mental.

Síntomas

-  Sentimientos de cansancio o agotamiento e irritabilidad.
-  Pérdida de conexión con el bebé
-  Sentimiento descentrado o desmotivado
-  Problemas para descansar

Consecuencias



Efectos desfavorables en la alimentación del bebé, bienestar materno, el funcionamiento diario y la interacción madre-bebé

Efectos adversos sobre la salud de la mujer, el niño y la familia



IMPORTANTE

1

De cada 7
madres sufre
DPP



70%

Alrededor del
sufrir fatiga
posparto

ALGUNOS DE LOS RIESGOS

- Altos niveles de estrés
- NO descansar
- Bajo soporte familiar y económico
- Tener menos de 25 años
- Tipo de parto

consejo:

- Cuidar la alimentación
- Descansar cuando el bebé duerme
- Pedir apoyo a la familia y profesionales de la salud.
- Hacer ejercicio



**Universidad Autónoma
de Nuevo León**
Facultad de Enfermería
Subdirección de
Posgrado



Fatiga y Depresión posparto con prácticas de Lactancia Materna

L.E. FEBE JHOANA
CONTRERAS PUC

REFERENCIAS: Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2019. Guía para la Aplicación: proteger, promover y apoyar lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología. La depresión posparto se define por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), 2015.

Apéndice H

Tríptico de Depresión Posparto

Depresión Posparto (PDD)

Trastorno depresivo mayor, con la especificación de que los síntomas se producen durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto.

Síntomas

- Sentimiento de inutilidad o culpa
- Pérdida de la concentración
- Problemas para realizar tareas del hogar o trabajo
- Sentimiento de incapacidad de cuidar de ella misma y de su bebe
- Ganas prolongadas de llorar
- Sensación de cansancio

STOP La DPP NO es:

- Algo de lo que tenga que avergonzarse
- No es culpa suya
- Señal de una personalidad débil

LACTANCIA MATERNA



Forma óptima de alimentar a los bebés, sin añadir ningún otro tipo de líquido o alimento

La leche materna es un tejido vivo que contiene células madres, hormonas y enzimas

Proporciona:
PROTEÍNAS, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales

Ofrece un óptimo CRECIMIENTO físico y neurológico



La OMS Y UNICEF RECOMIENDAN

- Iniciar la lactancia en las primeras horas de vida
- Exclusiva mínimo 6 meses
- A libre demanda

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA

Mamás y bebés más sanos y unidos

Para la mamá

- Recuperación más rápida
- Reduce el riesgo de cáncer de mama, útero y ovario.
- Reduce el riesgo de hemorragia posparto
- Reduce el riesgo de osteoporosis, obesidad y enfermedades del corazón.
- Reduce el riesgo de padecer Depresión posparto

Para el bebé

- Reduce la mortalidad infantil por enfermedades
- Brinda los nutrientes necesarios para cada etapa de su vida
- Mayor desarrollo cognitivo
- Reduce el riesgo de asma y alergias

Favorece el vínculo madre-hijo
Incrementa los recursos de la familia y el país

Resumen Autobiográfico

Lic. Febe Jhoana Contreras Puc

Candidata para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: FATIGA, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA
MATERNA EN MUJERES EN EL POSPARTO

LGAC: Respuestas Humanas. Grupos Vulnerables Mujeres en Puerperio

Biografía: Nacida en Dzitbalche, Campeche el 9 de abril de 1996, hija de la Sra. Elvia Esther Puc Caamal (+) y del Sr. Pablo Jesús Contreras Cauich.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Campeche de la Facultad de Enfermería como Licenciada en Enfermería en el año 2020.

Becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el periodo 2021-2023.

Experiencia laboral: Auxiliar de Enfermería General en el Hospital General de Zona N°1 con Unidad de Medicina Familiar #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social desde Mayo de 2020 a la fecha.

Correo electrónico: fiby_jcp@hotmail.com