



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de obstetricia

“INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA Y LA ACTITUD DE LA OBSTETRA ANTE EL CUIDADO DE GESTANTES EN SITUACIÓN DE PARTO. CENTRO MATERNO INFANTIL SANTA LUZMILA II, COMAS - LIMA, 2019”

Tesis para optar el título profesional de:

Obstetra

Autor:

Takemi Suru Romero Vilchez

Asesor:

Mg. Lily Carmina Callalli Palomino

Lima – Perú

2020

APROBACIÓN DE LA TESIS

La asesora y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por la Bachiller **Takemi Suru Romero Vilchez**, denominada:

“INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA Y LA ACTITUD DE LA OBSTETRA ANTE EL CUIDADO DE GESTANTES EN SITUACIÓN DE PARTO. CENTRO MATERNO INFANTIL SANTA LUZMILA II, COMAS - LIMA, 2019”

Mg. Lily Carmina Callalli Palomino
ASESOR

Obsta. Cecilia Inés Mejía Gomero
JURADO
PRESIDENTE

Obsta. Nicolás Augusto Quiroz Díaz
JURADO

Obsta. Margarita Eli Oscátegui Peña
JURADO

DEDICATORIA

A Dios, por iluminarme en el camino de la vida, brindarme sabiduría, fortaleza y así superar los obstáculos que se presentaron durante mi preparación académica.

A mi Madre, por su apoyo incondicional, paciencia y sabios consejos que hicieron que nunca me rinda.

A mi Padre, por su ejemplo de sabiduría ante las situaciones complejas de la vida y sus consejos de valentía.

A mi hermanito, por ser mi alegría constante.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Privada del Norte, por los conocimientos brindados, alegrías y experiencias de vida a lo largo de estos años de carrera.

A Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Norte, por facilitarme la documentación necesaria para llevar a cabo esta investigación.

Al Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, por brindarme sus instalaciones; en especial a cada una de las obstetras entrevistadas, por dedicarme su tiempo, espacio y proporcionar la información requerida en esta investigación.

A mi asesora de tesis, Mg. Lily Carmina Callalli Palomino, por motivarme y apoyarme constantemente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA TESIS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación	7
1.4. Limitaciones	9
1.5. Objetivos	9
1.5.1. <i>Objetivo General</i>	9
1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i>	10
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Bases Teóricas	17
2.3. Definición de términos básicos	29
CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS	31
3.1. Formulación de la hipótesis	31
3.2. Operacionalización de variables	31
CAPÍTULO 4. MATERIALES Y MÉTODOS	33
5.1. Tipo de diseño de investigación	33
5.2. Material de estudio	33
5.2.1. <i>Unidad de estudio</i>	33
5.2.2. <i>Población</i>	33
5.2.3. <i>Muestra</i>	34
5.3. Técnicas, procedimientos e instrumentos	35
5.3.1. <i>Para recolectar datos</i>	35
5.3.2. <i>Para analizar información</i>	40

CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	42
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS	61
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Percepción de la inteligencia emocional general en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019	42
Tabla N° 2. Percepción del componente de atención de la Inteligencia Emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.	43
Tabla N° 3. Percepción del componente de claridad de la Inteligencia Emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.	44
Tabla N° 4. Percepción del componente de reparación de la Inteligencia Emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019	45
Tabla N° 5. Actitudes hacia el cuidado de la gestante en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.	46
Tabla N° 6. Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk de percepción de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	47
Tabla N° 7. Prueba de correlación entre la percepción de la Inteligencia Emocional general y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	48
Tabla N° 8. Prueba de correlación entre la percepción del componente de atención de la Inteligencia Emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	50
Tabla N° 9. Prueba de correlación entre la percepción del componente de claridad de la Inteligencia Emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	51
Tabla N° 10. Prueba de correlación entre la percepción del componente de reparación de la Inteligencia Emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Percepción de la inteligencia emocional general en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019	42
Figura N° 2. Percepción del componente de atención de la Inteligencia Emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019	43
Figura N° 3. Percepción del componente de claridad de la Inteligencia Emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019	44
Figura N° 4. Percepción del componente de reparación de la Inteligencia Emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019	45
Figura N° 5. Actitudes hacia el cuidado de la gestante en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019	46
Figura N° 6. Diagrama de dispersión de la percepción de la Inteligencia Emocional general y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	49
Figura N° 7. Diagrama de dispersión de la percepción del componente de atención de la Inteligencia Emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	50
Figura N° 8. Diagrama de dispersión de la percepción del componente de claridad de la Inteligencia Emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	52
Figura N° 9. Diagrama de dispersión de la percepción del componente de recuperación de la Inteligencia Emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante	53

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la inteligencia emocional percibida con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, desarrollado en una muestra de 15 Obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, durante el año 2019. Se realizaron dos encuestas, a través de la técnica de cuestionario auto aplicado. En el análisis se estimaron frecuencias y porcentajes, además, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk y de correlación de Pearson. **Resultados:** Se encontró que 73,3% de las obstetras presentaron una percepción media de la inteligencia emocional general y 26,7% tuvo una alta percepción; referente al componente de la atención, 53,3% presentó una percepción media y 20% tuvo una alta percepción; respecto al componente de la claridad, 53,3% de presentó una percepción alta y 46,7% tuvo una percepción media; en cuanto al componente de reparación, 53,3% presentó una percepción media y 46,7% tuvo una alta percepción. Por otro lado, 93,3% de las obstetras presentaron actitudes positivas hacia el cuidado de la gestante. En el análisis bivariado, sólo el componente de la atención mostró una relación significativa directa moderada con las actitudes de las obstetras ($p=0,027$; $r=0,569$). **Conclusión:** La inteligencia emocional percibida tuvo una relación significativa directa moderada con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes.

Palabras clave: Percepción, Inteligencia emocional, Actitud del personal de Salud, Parto Normal.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between perceived emotional intelligence with the attitude of obstetricians in care for pregnant women in childbirth at the Santa Luzmila II Maternal and Child Center, Comas, Lima 2019. **Materials and Methods:** Descriptive correlation and cross-sectional study, in a sample of 15 Obstetricians of the Santa Luzmila II Maternal and Child Center, Comas, during the year 2019. Two surveys will be used, through the self-applied questionnaire technique. In the analysis, frequencies and percentages were estimated, in addition, Shapiro-Wilk and Pearson correlation tests were detected. **Results:** It was found that 73.3% of obstetricians presented a medium perception of general emotional intelligence and 26.7% had a high perception; reference to the care component, 53.3% had a medium perception and 20% had a high perception; respect the clarity component, 53.3% of apparently a high perception and 46.7% had a medium perception; As for the repair component, 53.3% experienced a medium perception and 46.7% had a high perception. On the other hand, 93.3% of the obstetricians positive attitudes towards the care of the pregnant woman. In the bivariate analysis, only the care component showed a moderately significant direct relationship with moderate obstetrician attitudes ($p = 0.027$; $r = 0.569$). **Conclusion:** Perceived Emotional Intelligence had a significant moderate relationship with the obstetricians' attitude towards the care of pregnant women.

Key words: Perception, Emotional Intelligence, Attitude of Health Personnel, Natural Childbirth.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En Obstetricia, un área específica donde se llevará a cabo la investigación, la inteligencia emocional (IE) le permite al Obstetra desarrollar relaciones terapéuticas efectivas y facilita la interacción con otros profesionales de la salud. (Reeves, 2005) Sin embargo, a veces muestran una falta de este tipo de habilidades y verbalizan que no han recibido suficiente capacitación en todo el plan de estudios. (Bellack, 1999; Hurley, 2008)

En su trabajo de cuidado diario, la obstetra mantiene un contacto continuo con el embarazo, el parto y el puerperio y también con sus complicaciones (enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte), momentos en los que el desarrollo de habilidades emocionales es esencial para minimizar el problema que surgen de estos, como altos niveles de estrés, agotamiento, ansiedad por la muerte o conductas de evitación que pueden afectar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas durante el parto. (Akerjordet & Severinsson, 2004; Hurley, 2008; Montes & Augusto, 2007)

Por lo tanto, la obstetricia se considera una profesión muy exigente y estresante (Jones & Johnston, 2006) ya que implica una interacción social constante con mujeres embarazadas, sus familias y otros profesionales de la salud, en la que se debe hacer un esfuerzo diario permanente para regular las emociones de ellos mismos y los de otros. Además, hay varios estudios que han demostrado empíricamente que los altos niveles de estrés, experimentados por los estudiantes de obstetricia en sus prácticas clínicas, han contribuido a su inseguridad, baja autoestima, irritabilidad, depresión, trastornos somáticos, sueño trastornos y agotamiento físico y psicológico, (Chan, Creedy, Chua, & Lim, 2011; Montes & Augusto, 2007; Por, Barriball, Fitzpatrick, & Roberts, 2011; Watson, Dreary, Thompson, & Li, 2008) aspectos

que afectan su bienestar personal y pueden influir negativamente en su futuro desarrollo profesional.

El constructo inteligencia emocional se utilizó por primera vez en el ámbito de la psicología en el año 1990 por Salovey y Mayer (Mikulic, Caballero y Crespi, 2014)

En este sentido, la influencia de la inteligencia emocional en la salud mental y física ha sido investigada por numerosos autores, en diferentes contextos, con resultados alentadores. Dos meta-análisis recientes sobre los efectos de la inteligencia emocional percibida (IEP) en la salud concluyeron, en ambos casos, que la inteligencia emocional percibida está relacionada con la salud y el bienestar de las personas. (Martins, Ramalho, & Morin, 2010; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, & Rooke, 2007) Específicamente, Martins et al., (2010) muestran que la inteligencia emocional percibida, evaluado con medidas de auto informe, está más fuertemente asociado con la salud ($r = 0.34$) que cuando se evalúa con una medida de capacidad ($r = 0.17$). Los resultados respaldan la consideración de que la inteligencia emocional puede ser un predictor confiable del estado de salud de las personas.

En 2019, Puigbó, J; Edo, T; Rovira, T; Limonero, J & Fernandez-Castro, J concluyeron que "la inteligencia emocional favorece el bienestar emocional al promover el afrontamiento adaptativo frente al estrés cotidiano." Es importante destacar que, en el ámbito de asistencia sanitaria, los médicos más competentes en el reconocimiento de emociones, preocupaciones de los pacientes, y las necesidades son más exitosos en el tratamiento de ellas (Nwankwo, Obi, Sydney-Aggor, Agu & Aboh, 2013).

Los estudios empíricos en obstetricia sobre las dimensiones de la IE (atención, claridad y reparación) y su relación con otras variables, como las actitudes hacia el cuidado de las mujeres embarazadas en el parto (ansiedad, miedo, depresión y obsesión por la muerte) han aumentado constantemente desde el año 2000 hasta el presente. Antes del año 2000, las publicaciones sobre el tema eran principalmente reflexiones teóricas, destacando entre ellas los estudios de Folkman & Lazarus, (1988) que sostenían que el "esfuerzo"

cognitivo y conductual que un individuo debe hacer para manejar estas demandas externas (ambientales, estresores)) o internos (estado emocional), se evalúan como algo que excede los recursos de la persona. Sin embargo, es necesario tener en cuenta: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, b) las emociones y afectos asociados con dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para hacer frente a estos estresores. Por lo tanto, las actitudes de afrontamiento pueden orientarse: 1) hacia la tarea, enfocándose en resolver el problema de manera lógica, las soluciones y en la elaboración de planes de acción; 2) o hacia la emoción, enfocándose en respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.), evitación, preocupación y reacciones fantásticas o supersticiosas. (Endler & Parker, 1990)

Esta última actitud de afrontamiento es la más inadaptada en situaciones de estrés, ya que una actitud de afrontamiento incorrecta y pasiva puede aumentar la intensidad de la respuesta al estrés percibida y causar repercusiones negativas en el aspecto emocional y el rendimiento. (Lazarus, 1990) Por lo tanto, una actitud de confrontación inapropiada en una situación de estrés agudo puede provocar estrés crónico y la aparición de estados emocionales y psicopatológicos negativos, (Escamilla, Rodríguez, & González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009) a sufrir quemaduras o síndrome de burnout, (Wheaton, 1997) así como una capacidad deteriorada para tomar decisiones. (Gottfried, 1997; Smith, 1986)

Así mismo, podemos encontrar estudios empíricos de la inteligencia emocional (IE), relacionados con diversos temas relevantes en el campo de la obstetricia (salud mental, aplicación de la IE a la gestión, educación, resolución de conflictos, salud y bienestar).

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los estudios que relacionan la inteligencia emocional percibida (IEP), con las actitudes de afrontamiento hacia el cuidado de las mujeres embarazadas durante el parto se han referido

especialmente al estrés y la capacidad de autorregulación emocional que indica que hay una serie de factores que intervienen en la actitud de afrontar el estrés y que están interrelacionadas con la IE. (Kruger, 2009) Algunos de estos factores identificados son los siguientes: creencias de autoeficacia, (Belanger, Lewis, Kasper, Smith, & Harrington, 2007; Chan, 2008) el uso de emociones positivas y redes de apoyo social. (Chan, 2008; Chuang, 2007; Montes & Augusto, 2007)

Este último aspecto se considera una estrategia activa y apropiada en las relaciones sociales y la resolución de problemas. Por lo tanto, los estudios que relacionan las diferentes dimensiones de IEP y los tipos de actitudes de afrontamiento (dirigidas hacia la tarea de una manera reflexiva-lógica o hacia la emoción: enojo, tristeza, etc.) sugieren que las personas con altos niveles en IE tienen actitudes de afrontamiento basadas en la aceptación y participación en actividades con otros pares, (Chan, 2008) son más propensos a adoptar actitudes de afrontamiento basadas en la reflexión, la evaluación de la situación y destacan por sus habilidades sociales / interpersonales, organización y habilidades de gestión del tiempo. (Pau, Croucher, Sohanpal, Muirhead, & Seymour, 2004) En este sentido, algunas dimensiones de IEP están asociadas con el apoyo social. Específicamente, la claridad emocional está positivamente relacionada con el apoyo social provisto por otros. Del mismo modo, el apoyo emocional está relacionado con la dimensión de la reparación emocional y una mejor salud mental. Por lo tanto, el papel de algunas de las dimensiones de la IEP en las actitudes hacia las complicaciones de las mujeres embarazadas durante el parto es crucial para preservar tanto la salud mental como la búsqueda de apoyo social en una situación de estrés. (Montes & Augusto, 2007)

Es decir, la IEP no solo facilitaría la mayor asimilación y adaptación en situaciones de estrés del obstetra, sino que ayudaría a una mayor comprensión, aceptación y adaptación en momentos de estrés continuo e intenso, como los procesos de atención del paciente, mujer embarazada en situación de parto complicado (dolor, enfermedad y muerte), acortando los

niveles de ansiedad y deterioro. (Aradilla-Herrero & Tomás-Sábado, 2006) De esa manera, las personas con altos niveles de IEP presentarían actitudes adaptativas para regular / mitigar las emociones negativas y mantener/mejorar las positivas, (Mikolajczak, Nelis, Hansenne, & Quoidbach, 2008) por lo que tienen una menor probabilidad de presentar auto concepto y autolesiones, esta relación está mediada por la elección de estrategias de afrontamiento. (Mikolajczak, Petrides, & Hurry, 2009)

Más específicamente, el alto puntaje en la dimensión de atención hacia la emoción constituye un indicador de alta conciencia emocional que, junto con una baja claridad emocional, influye en la creencia de no poder modificar los estados emocionales, determinando decisivamente la salud mental y física y la realización personal. (Extremera et al., 2003; Saklofske et al., 2007) En consecuencia, la atención o percepción excesiva dirigida hacia la emoción se asociaría con la autoconciencia emocional, estrategias rumiativas (culpabilidad), la evitación, la falta de control emocional, la impulsividad y los problemas de salud. (Kulikowska & Pokorski, 2008; Saklofske et al., 2007) Por lo tanto, parece que las dimensiones específicas de la IEP, como la alta atención a la emoción y la baja claridad emocional, están relacionadas con actitudes inapropiadas hacia el estrés. Estas actitudes estarían dirigidas hacia la emoción, pueden manifestarse de manera pasiva, enfocándose en la rumiación y la evitación, o pueden manifestarse de manera agresiva, ambas basadas en el alivio del miedo, la tristeza o la ira.

Por lo tanto, podemos concluir que ciertas dimensiones de la IEP como la reparación, considerada como la capacidad de interrumpir y regular los estados emocionales negativos y prolongar los positivos, y la claridad emocional puede asociarse con actitudes más adaptativas basadas en la reflexión y en el activo y positivo afrontamiento de problemas. (Goleman, 1996)

En contraste, los puntajes bajos en los componentes de la IEP están asociados con altos niveles de estrés. (Austin, Saklofske, & Mastoras, 2010) La mayoría de los estudios encuentran que los niveles bajos en cada una de las dimensiones del IEP se correlacionan con la identificación de problemas como una amenaza, responden impulsivamente o tienen estrategias de evitación, basadas en pensamientos rumiantes, supersticiosos, poco dirigido a la objetividad. (Christopher & Thomas, 2009; Rogers, Qualter, Phelps, & Gardner, 2006) y más a la emoción (Kulikowska & Pokorski, 2008) Por lo tanto, las personas con niveles bajos de IEP tienen dificultades para manejar las actitudes compensatorias, lo que implica un aumento en la probabilidad de obtener un resultado negativo en los intentos de resolver los problemas que presentan, en este caso las mujeres embarazadas en situación de parto, (Christopher & Thomas, 2009) culpabilidad y aparición de conductas autolesivas que se utilizan para reducir las emociones negativas, (Kulikowska & Pokorski, 2008; Mikolajczak et al., 2009) conductas inapropiadas (Downey, Johnston, Hansen, Birney, & Stough, 2010) y una actitud negativa hacia los síntomas físicos, que afectan su salud física y mental. (Bauld & Brown, 2009; Killgore et al., 2008)

De esta forma, las obstetras con una inteligencia emocional percibida baja, pueden tener más probabilidades de presentar actitudes negativas e inseguridad laboral, adoptando estrategias de afrontamiento negativas e inadecuadas que pueden dañar a la mujer embarazada durante el parto y su propio futuro profesional y laboral. (Jordan, Ashkanasy, & Hartel, 2002)

El Centro Materno Infantil Santa Luzmila II del distrito de Comas, es uno de los centros maternos de referencia más importantes del norte del país, atendiendo mensualmente aproximadamente 100 mujeres embarazadas en condición de parto. En este sentido, la estructura de investigación se basa en:

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la inteligencia emocional percibida con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019?

Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la atención, como componente de la inteligencia emocional percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto?
- ¿Cuál es la relación entre la claridad, como componente de la inteligencia emocional percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto?
- ¿Cuál es la relación entre la reparación, como componente de la inteligencia emocional percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto?

1.3. Justificación

El parto y el nacimiento son experiencias intensas e inigualables y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos. A veces, por diversas razones, se ha complicado la atención a la importancia que tiene el proceso de parto en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en su adaptación a la maternidad. El deseo de garantizar los mejores resultados y el aumento de embarazo, ha llevado a la institucionalización de los nacimientos, su manejo médico sistemático y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas sin tener la evidencia suficiente sobre su seguridad y efectividad. La evidencia actual de atención del parto representa una parte importante en la actividad hospitalaria en todo el mundo y representa aproximadamente el 14% de las hospitalizaciones y el 17% de los establecimientos hospitalarios en países como el nuestro. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

El papel del obstetra (Partera, Matrona) en este contexto y específicamente en el cuidado de la mujer embarazada en situación de parto, no ha sido valorado como un factor de estratificación para contribuir a una mejor gestión y resolución del parto en sí. La mayor parte de la investigación sobre el proceso de nacimiento no ha tenido en cuenta el factor psicológico desempeñado por el obstetra, por lo que la satisfacción del proceso de parto se ha relacionado con un mayor control personal por parte del obstetra y solo se recomendó la preparación del parto para obtener información adecuada, a fin de obtener expectativas reales del proceso. De hecho, una de las líneas de trabajo futuras sugeridas en la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal del Ministerio de Salud (2010) se refiere a la importancia de realizar nuevas investigaciones para establecerla como influencia del estado de ánimo de los profesionales de la salud que atenderá mujeres embarazadas en una situación de parto, su sentido de seguridad y confianza, hace que los resultados del parto sean viables y garantice el bienestar materno emocional y psicológico. Pero, hasta ahora, no hay evidencia suficiente que relacione el parto con la capacidad de manejar las emociones, como la inteligencia emocional, por lo que es una habilidad que favorece la forma de interactuar con el mundo, teniendo en cuenta los sentimientos y abarcando habilidades, como control de impulsos, autoconciencia, motivación, entusiasmo, perseverancia, empatía, comunicación, etc. (Goleman, 1996)

Por otro lado, conocer algunos de los factores que pueden dar lugar a una cesárea debido a una mala actitud del obstetra ante el cuidado de la mujer embarazada en una situación de parto, podría ser interesante ante la disminución del costo de sanidad que supone una intervención quirúrgica y un abordaje, por lo tanto, en el nivel numérico que la OMS considera como criterio de calidad, siendo el 15% de todos los embarazos, muy alejado del 22% que tenemos actualmente en nuestro país. Además de la disminución en el gasto en salud, la experiencia general de la mujer durante el parto sería mejorada. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

La relevancia social específica del estudio viene determinada por la importancia del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II de Comas, en la atención de la mujer embarazada en situación de parto normal y complicado. Por lo tanto, consideramos que es de nuestro interés abordar este tema, ya que descubre actitudes de vital importancia no solo en el cuidado de la mujer embarazada durante el parto, sino también en la vida en general de la mujer embarazada y el obstetra profesional, ya que facilita la relación profesional-paciente o usuario, extendiendo sus consecuencias positivas a otros contextos familiares y sociales en ambas partes. Y es que el uso de la inteligencia emocional y una actitud de autocontrol del obstetra, por ejemplo, no intentan reprimir las emociones de la mujer embarazada en situación de parto, sino regularlas, controlarlas y eventualmente modificar los estados de ánimo y los sentimientos negativos. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

1.4. Limitaciones

Limitaciones de tiempo, de carácter administrativo: Disponibilidad del servicio de Obstetricia, asimismo no se encontró estudios específicos que relacionen la inteligencia emocional percibida y las actitudes de la obstetra ante el cuidado de gestantes en situación de parto, ni a nivel nacional ni internacional, sin embargo, el tratamiento amplio de dichas variables en otros profesionales y situaciones y contextos diversos permitieron presentar diversos antecedentes del estudio.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la inteligencia emocional percibida con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

1.5.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar la relación entre la atención, como componente de la inteligencia emocional percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto.
- b. Identificar la relación entre la claridad, como componente de la inteligencia emocional percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto.
- c. Identificar la relación entre la reparación, como componente de la inteligencia emocional percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

No se han reportado estudios específicos que relacionen el IEP y las actitudes del obstetra hacia el cuidado de las mujeres embarazadas durante el parto, ya sea a nivel nacional o internacional, sin embargo, el tratamiento amplio de estas variables en otros profesionales y diversas situaciones y contextos nos permite presentar lo siguiente como antecedentes del estudio:

Martínez, Piqueras, & Inglés, (2014) en España, en su estudio "Relaciones entre la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento frente al estrés". El objetivo de esta investigación es revisar los estudios que han analizado la relación de la inteligencia emocional con la capacidad de enfrentar situaciones estresantes, así como el papel del género en esta asociación. Los diferentes trabajos muestran que los altos niveles de inteligencia emocional están relacionados con estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y la resolución de problemas, mientras que los niveles bajos están relacionados con estrategias de afrontamiento basadas en la evitación, la rumia y la superstición. La evidencia acumulada hasta el momento indica que la inteligencia emocional juega un papel muy importante en el autocontrol emocional y en la capacidad del individuo para adaptarse a las situaciones estresantes. Los estudios parecen mostrar que las mujeres prestan más atención a las emociones y son más empáticas y esto se asocia con un estilo de afrontamiento de la rumia centrada en sus propias emociones, mientras que los hombres tienen niveles más altos de autorregulación emocional en situaciones estresantes.

Macías, Gutiérrez, Carmona, & Crespillo, (2016) en España, en su estudio "Relación de la inteligencia emocional y la calidad de la vida profesional con el logro de los objetivos laborales en el distrito de atención primaria de la Costa del Sol". El objetivo era explorar la relación entre la «calidad de vida

profesional» y la «inteligencia emocional percibida», y la relación de ambas con el grado de logro de los objetivos laborales en el Distrito de Atención Primaria de la Costa del Sol. En el estudio observacional descriptivo multicéntrico transversal participó una muestra de profesionales de todas las categorías, fijos y contratados, de las Unidades de Gestión del Distrito de la Costa del Sol ($n = 303$). 247 respondieron (81.5%). Se utilizaron los cuestionarios TMMS-24 que miden las dimensiones: percepción, comprensión y regulación emocional y CVP-35 que mide las dimensiones: apoyo gerencial, demanda de trabajo y motivación intrínseca. Resultados: se observaron correlaciones significativas entre la calidad de vida profesional y la inteligencia emocional en las categorías de regulación ($p < 0.01$) y comprensión ($p < 0.05$). También hubo correlaciones significativas entre la profesión y el tipo de contrato con el logro de los objetivos ($p < 0.005$) y entre la calidad de vida profesional y el tipo de contrato ($p < 0.05$). Concluye: la calidad percibida de la vida profesional está relacionada con la percepción y la regulación como dimensiones de la inteligencia emocional. Los organismos de gestión deben promover el conocimiento de los métodos de gestión de las emociones en todos sus profesionales.

Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito (2013) en España, en su estudio "Actitudes de muerte e inteligencia emocional en estudiantes de enfermería", los objetivos fueron analizar las relaciones entre las actitudes de muerte y la inteligencia emocional percibida en una muestra de estudiantes de enfermería, y para determinar si existen diferencias entre los diferentes años académicos con respecto a las dos actitudes de inteligencia emocional y de muerte. Los participantes fueron 243 estudiantes de enfermería. Todos respondieron voluntaria y anónimamente a un cuestionario que evaluó las siguientes construcciones: Miedo a la muerte, angustia antes de la muerte, depresión antes de la muerte, obsesión con la muerte e inteligencia emocional (atención, claridad y estado de ánimo reparador). El miedo a la muerte disminuyó significativamente ($p < 0.05$) a través del programa de grado de

enfermería de 3 años y aumentó significativamente relacionado con la inteligencia emocional en la sub escala Claridad ($p < 0.05$). El análisis de regresión confirmó el valor predictivo de Atención, Claridad y Reparación emocional en los niveles de miedo a la muerte de los demás. La importancia de incluir programas de desarrollo de actitudes.

López, Martín, Rodríguez, Rosa, & Sánchez (2002) en España, en su estudio "Actitudes de profesionales en el área del parto en el cuidado de mujeres inmigrantes". Su objetivo era conocer las actitudes de los profesionales en el área del parto en la atención a mujeres inmigrantes. Material y métodos: estudio descriptivo transversal. Población de 237 profesionales de la salud de dos hospitales de Madrid. Instrumento de medición: cuestionario autocompletado con 21 preguntas sobre afecto, creencias y comportamientos, y a través del cual también se registraron variables que contemplaban aspectos sociodemográficos y laborales. Resultados: en el componente de afecto, el porcentaje de respuestas favorables está entre 38.8 y 65.7%; en creencias, entre 13.3 y 90.2%; y en comportamiento, entre 42.6 y 85.6%. El 84.7% de los menores de 35 años están a favor de dar la bienvenida a un inmigrante a su familia. Las mujeres que participaron en el estudio, en un 85%, hicieron un esfuerzo por comprender a los migrantes. Conclusiones: aunque existe una tendencia a responder favorablemente, el porcentaje de respuestas desfavorables y la alta tasa de incertidumbre en algunas de las respuestas no deben ignorarse; Sin embargo, la gran disponibilidad de profesionales para mejorar la atención de estas mujeres es evidente, prevaleciendo la profesionalidad. Las personas más jóvenes tienen una actitud más positiva hacia la inmigración que el grupo de mayor edad. Las mujeres se esfuerzan más por comunicarse.

Torrealba, (2013) en Venezuela, en su investigación "Actitud del personal de enfermería durante la atención ofrecida a la paciente obstétrica en el Instituto Venezolano de Seguridad Social Dr. José María Carabaño Tosta". Su objetivo

era determinar la actitud del personal de Enfermería en la atención de la paciente obstétrica en el Instituto Venezolano de Seguridad Social Dr. José María Carabaño Tosta Maracay, estado Aragua. La muestra estaba compuesta por un tipo de censo, como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta y como herramienta un cuestionario que conste de 16 ítems, con alternativas de respuesta en escala Likert, Siempre, Casi siempre, A veces, casi nunca, Nunca, La validación se realizó bajo juicio experto. Por lo tanto, la relación entre la enfermera y la paciente obstétrica es favorable y desfavorable con respecto a la atención que se debe proporcionar. La relación entre la enfermera y la paciente obstétrica es favorable y desfavorable, con respecto a la atención que debe proporcionarse, ya que de acuerdo con el instrumento aplicado, las enfermeras de esta institución tienen el conocimiento correspondiente de la atención a estos pacientes, no ponen en la práctica, debido a la gran demanda de partos que ocurren diariamente dentro de la institución referida, donde luego se puede evidenciar con el 100% de las enfermeras encuestadas que casi nunca ofrecen atención integral y relevante a pacientes obstétricas. Del mismo modo, al describir los cambios de personalidad, en términos de hostilidad, también se pudo observar y referirse al maltrato (tanto físico como psicológico) de las enfermeras, que la excesiva demanda diaria de nacimientos hace que despeguen de su vocación de servicio. Es importante que las enfermeras de la unidad de sala de partos del IVSS Dr. José María Carabaño Tosta identifiquen sus conocimientos para brindar atención integral a estos pacientes y así aumentar la posibilidad de vida actuando de manera adecuada, con responsabilidad ética y compromiso.

A nivel nacional encontramos estudios como los de **Cortez (2014)** en Perú, en su estudio titulado “Conocimientos y actitudes del profesional de la salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP - año 2013.”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes del profesional de la salud con respecto a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Perinatal Materno durante el 2013.

Estudio transversal descriptivo, correlacional, cuantitativo contado con la participación de Obstetras, Ginecólogos -Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Ginecología. Intervenciones: se aplicaron 180 cuestionarios pre-desarrollados y validados sobre conocimiento y actitudes sobre el cuidado del parto a 180 profesionales que estaban dispuestos a participar en el estudio. Para el análisis estadístico, se utilizó el programa Excel, SPSS V.21, para el análisis mediante pruebas estadísticas no paramétricas, la prueba de chi-cuadrado. Principales medidas de resultado: nivel de conocimiento y actitudes hacia la atención del parto en posición vertical. Resultados: en cuanto al conocimiento del parto en posición vertical, el grupo de profesionales que presentaron un nivel medio de conocimiento fue del 93.4%, el grupo de profesionales con un bajo nivel de conocimiento fue del 3.9% y el grupo de profesionales con un nivel alto de conocimiento fue de 2.7%; La actitud de los profesionales encuestados sobre el cuidado del parto en posición vertical fue que el 70% de ellos tienen una actitud de indiferencia, el 15,6% tienen una actitud negativa y el 14,4% tienen una actitud positiva. Conclusiones: existe una relación entre el nivel de conocimiento promedio (93.4%) ($p = 0.000 < 0.05$) y la actitud de indiferencia (70%) por parte de las encuestadas frente a la atención del parto en posición vertical.

Bravo (2016) en Perú, en su estudio titulado "Inteligencia Emocional Percibida y satisfacción laboral de los profesionales de Enfermería del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Huánuco-2014". El objetivo era establecer la relación entre la inteligencia emocional percibida con la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2014. Métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, analítico y correlacional, con una muestra de 38 enfermeros, a quienes se les aplicó una guía de entrevista, el test de inteligencia emocional y el índice de satisfacción laboral. Se tuvo en consideración los aspectos éticos como la aceptación del consentimiento informado. Las relaciones entre las variables fueron analizadas mediante la correlación de Pearson, cuya significancia se basó en la prueba t para muestras relacionadas a un nivel $p \leq 0.05$; apoyados

mediante el SPSS V21. Resultados: Se estableció una relación muy alta y negativa entre la inteligencia emocional y la satisfacción por la evaluación institucional ($r = -0,165$, $p = 0,000$). También se ratificó la relación alta entre la inteligencia emocional y satisfacción por el desarrollo, la capacitación y actualización para el desempeño ($r = 0,100$, $p = 0,000$) siendo este un indicador de progreso personal y profesional. Otro hallazgo fue la relación alta entre la inteligencia emocional y la satisfacción por la comunicación ($r = 0,126$, $p = 0,000$) siendo este un indicador de eficiencia y calidad. Se comprobó la relación moderadamente alta entre la inteligencia emocional y la satisfacción laboral por la salud y las condiciones laborales ($r = 0,098$, $p = 0,002$), aspecto que afecta el desempeño. Conclusiones: Existe relación moderadamente alta entre: la inteligencia emocional y satisfacción laboral ($r = 0,058 = 0,000$), constituyéndose la inteligencia emocional en una variable ponderable; como valor atribuible del ser humano orientando su satisfacción en el trabajo.

Chucos (2017) en Perú, en su investigación "Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016". Su objetivo era analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" 2016. La metodología es cuantitativa de alcance correlacional, responde al método deductivo el diseño es no experimental, corte transversal; la población está conformada por 205 enfermeras; y se calculó el tamaño de la muestra según la fórmula que establece la significancia del coeficiente de correlación lineal entre dos variables obteniendo como resultado 92 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario; el cual contiene la escala del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), que mide el agotamiento profesional, la escala TMMS-24 para medir la inteligencia emocional y la escala de Goldberg (GHQ-28) para medir la salud percibida. Mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman ($r = 0.216$, $p \leq 0.05$) se pudo establecer que existe correlación

positiva normal y directa entre la dimensión agotamiento emocional y la salud percibida en los profesionales de enfermería del Centro Medico Naval 2016. Por lo que se concluyó que a mayor puntaje en el agotamiento emocional menor es la salud percibida por parte de las encuestadas.

2.2. Bases Teóricas

La American Psychological Association (APA) es una entidad científica y profesional de psicólogos de los EE. UU., Creada en 1982. Define el concepto de inteligencia y lo expresa de esta manera: "Los individuos difieren entre sí en la capacidad de comprender ideas complejas, de adaptarse eficazmente al entorno, así como aprender de la experiencia, encontrar varias formas de razonamiento, superar obstáculos a través de la reflexión. Aunque estas diferencias individuales pueden ser sustanciales, nunca son completamente consistentes: las características intelectuales de una persona variarán en diferentes ocasiones, en diferentes ocasiones dominios, y juzgará con diferentes criterios. El concepto de "inteligencia" es un intento de aclarar y organizar este complejo conjunto de fenómenos" (Neisser et al., 1996)

En "La teoría de las inteligencias múltiples", la inteligencia no se describe como algo unitario, sino que agrupa diferentes capacidades y expande el campo de lo que es inteligencia a algo más que la capacidad intelectual. Así como hay muchos tipos de problemas para resolver, hay muchos tipos de inteligencia. A partir de esta teoría, se describieron ocho tipos diferentes de inteligencia: inteligencia lingüística, inteligencia lógico-matemática, inteligencia espacial, inteligencia musical, inteligencia cinética corporal, inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal e inteligencia naturista. Según esta teoría, todos los seres humanos tienen diferentes tipos de inteligencia citados en mayor o menor medida y todos igualmente significativos. (Gardner, 1983)

El ser humano es un ser sensato, pero al mismo tiempo es sensible y emocional. Manifestamos que tenemos dos cerebros, uno racional y otro emocional. En la última década, presentamos una gran tendencia la investigación sobre la regulación y el manejo de las emociones. (Pena et al., 2011)

Salovey & Mayer (1990), definen la inteligencia emocional como "la capacidad de identificar y traducir correctamente los signos y eventos personales y otros emocionales, desarrollándolos y produciendo procesos de dirección emocional, pensamiento y comportamiento de una manera efectiva y apropiada para los objetivos personales y el medio ambiente " (p. 125).

Según Goleman, (1996), la inteligencia emocional es la capacidad de reconocer los sentimientos propios y ajenos, y las habilidades para manejarlos. Para este autor, son las emociones las que nos permiten enfrentar situaciones como una pérdida irreparable, la relación de una pareja, la creación de la familia, ya que el intelecto exclusivo no podría enfrentarla. Exponiendo así la sobrevaluación que el intelecto ha tenido y sigue teniendo en nuestro entorno, ya que un alto coeficiente intelectual no es garantía de prosperidad, prestigio o felicidad.

Como lo evidencian diferentes autores (Rogers et al., 2006; Salovey & Mayer, 1990) consideran que la inteligencia emocional está respaldada por cinco aspectos cruciales. En primer lugar, conocer las emociones, es decir, la autoconciencia y la capacidad de controlar los sentimientos (autoconocimiento). En segundo lugar, para manejar las emociones, entendidas como la capacidad de manejar los sentimientos para que sean adecuados, este aspecto se basa en la autoconciencia (autocontrol). En tercer lugar, la motivación en sí misma, es decir, la capacidad de ordenar las emociones al servicio de un objetivo esencial (automotivación). Cuarto, reconocer las emociones de los demás se trata de la empatía (autoconciencia

de las emociones de los demás). Finalmente, quinto, manejar las relaciones, entendidas como la capacidad de manejar las emociones de los demás y, también, de uno mismo.

Por lo tanto, glosando a algunos autores (Rogers et al., 2006; Salovey & Mayer, 1990), podemos definir el término como "una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, segregando entre ellos y usar dicha información para dirigir nuestro pensamiento y nuestros comportamientos". (Salovey & Mayer, 1990)

Goleman (1998) destaca los siguientes aspectos de la Inteligencia Emocional: la autoconciencia que se refiere a la necesidad de conocerse a uno mismo y conocer las propias debilidades para que, con base en esta información, tome decisiones auténticas que podamos entender; El autocontrol que no se trata de reprimir las emociones, sino de regular, controlar o eventualmente modificarlos estados de ánimo y los sentimientos cuando son negativos; automotivación, entendida como la capacidad de generar proyectos personales, plantear desafíos y establecer metas que estimulen el logro de objetivos. La empatía que es la capacidad de ponerse en la situación de los demás, poder sentirse como ellos y conectarse mejor, lo que hace que sea más fácil percibir las necesidades de los demás; La habilidad comunicativa o la habilidad de comunicarse con otros; la socialización que abarca el dominio de estrategias y formas de relacionarse de manera efectiva y efectiva con otras personas; El éxito y el valor que sirve para diferenciar entre el éxito y el valor de las personas. El valor de las personas no está determinado por un éxito específico (en su trabajo, con su familia, etc.), sino por su capacidad para enfrentar la vida. Cuando triunfarse convierte en una necesidad de demostrar su valía, surge la insatisfacción.

Ahora, de acuerdo con Extremera et al. (2003), la IE es una habilidad que involucra tres procesos: percibirla y definirla como la capacidad de reconocer

conscientemente nuestras emociones e identificar lo que sentimos y poder darle una etiqueta verbal. Comprender: integrar lo que sentimos en nuestro pensamiento y saber cómo considerarla complejidad de los cambios emocionales. Regular: dirigir y manejar las emociones positivas y negativas de manera efectiva. Estas tres prácticas están entrelazadas de manera que para una regulación emocional adecuada es necesaria una buena comprensión emocional y, a su vez, para una comprensión efectiva se requiere una percepción emocional adecuada, y es porque la percepción emocional es una condición o requisito previo para la comprensión emocional. Pueden ser casos de personas con una gran capacidad de percepción emocional, que carecen de comprensión y regulación emocional.

Lograr emociones regulares no es sencillo. Se puede facilitar con ayuda externa, como una película, música, deporte, la compañía de nuestro socio. El "inteligente", emocionalmente hablando, es saber qué hacer y dónde ir. (Extremera et al., 2003)

Cuando estos tres componentes de la IE se aplican a uno mismo, se llama desafío personal o inteligencia intrapersonal y cuando se aplican a los demás, desafío social o inteligencia interpersonal. Entonces, según (Goleman, 1996, 1998a, 1998b), la inteligencia emocional tiene un componente intrapersonal y otro componente interpersonal. La intrapersonal incluye las capacidades para la identificación, comprensión y control de las propias emociones, que se manifiestan en la autoconciencia y el autocontrol. El componente interpersonal, a su vez, incluye la capacidad de identificar y comprender las emociones de otras personas, lo que en psicología se llama ser empático y la capacidad de relacionarse socialmente de una manera positiva, es decir, poseer habilidades sociales. Y es que gran parte de la capacidad comunicativa se basa en la capacidad del hablante de reconocer los sentimientos e intereses de otras personas, ya que las personas que se conectan fácilmente con los demás se caracterizan por su sensibilidad a los signos emocionales y la capacidad de responder a las necesidades de los

demás, otros. (Giménez, 2002) La capacidad de comunicación es especialmente útil en la relación, siendo, según López et al. (2002), uno de los tres contenidos que las personas que viven juntas pueden compartir. Y es que este autor incluye en la misma comunicación e intercambio emocional, o, en otras palabras, empatía, otra cualidad determinante y desarrollada con inteligencia emocional.

Para Salovey & Mayer (1990), estos tres aspectos descritos por Giménez (2002) y Goleman (1996, 1998a, 1998b), en realidad presentan tres dimensiones en inteligencia emocional: percepción emocional, etiquetada por la atención emocional, y la define como la capacidad de sentir y expresar sentimientos adecuadamente; La comprensión de los sentimientos, formulada por la claridad emocional, definiéndola como la capacidad de comprender completamente los propios estados emocionales y; La regulación emocional, que se llama reparación emocional, es por lo tanto la capacidad de regular los estados emocionales correctamente.

Estudio inicial realizado en profesionales de la salud que atendieron a mujeres embarazadas en una situación de parto normal, mostró que aquellos con niveles más bajos de ansiedad y depresión tenían un mayor conocimiento de sus estados emocionales, es decir, tenían puntuaciones altas en claridad emocional y reparación de emociones, y bajas puntuaciones en Atención a los sentimientos (Fernández-Berrocal, Ramos, & Orozco, 1999). Otros estudios realizados en Canadá establecen que un alto índice en inteligencia emocional nos mostró sentimientos de naturaleza negativa y más de naturaleza positiva, además, eran más agradables, tenían menos dificultades para identificar y describir sentimientos en situaciones de estrés. (Dawda & Hart, 2000)

En el estudio de Puigbó et al.(2019) afirma que a) las personas con alta claridad emocional usaron más el afrontamiento centrado en el problema, la aceptación de las emociones y menos el rechazo, b) las personas con alta reparación emocional usaron más el afrontamiento centrado en el problema, la búsqueda de apoyo social y menos el rechazo; y c) las personas con alta

atención emocional usaron más la aceptación de emociones y la búsqueda de apoyo social.

En todos estos estudios, la escala TMMS-24 se ha utilizado para medir la IE, sin embargo, en el presente estudio el uso de esta escala se basa en el estudio de Aradilla-Herrero, Tómas-Sábado, & Gómez-Benito, (2014b) que examine las propiedades psicométricas de la escala del estado de ánimo de Trait Meta, en su versión reducida en español (TMMS-24) para evaluar la inteligencia emocional percibida (IEP). El TMMS-24 es uno de los instrumentos de autoinforme más utilizados para evaluar la IE. Allí, se analizan las relaciones entre IE, autoestima, alexitimia y ansiedad. Para esto, se diseñó un estudio transversal en el que participaron un total de 1417 personas, de las cuales 1208 eran estudiantes de enfermería y 209 enfermeras que trabajan en el entorno hospitalario. Todos los participantes respondieron a un cuestionario auto administrado, que además de las variables sociodemográficas incluía la Escala de Rasgos Meta-Mood (TMMS-24), en su versión reducida en español. Asimismo, aproximadamente la mitad de la muestra ($n = 707$), para analizar la relación entre EI y otras variables, también respondió a los siguientes instrumentos en sus versiones validadas en español: la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), el Rosenberg Self- Escala de estimación (RSES) y el Inventario revisado de ansiedad por muerte (DAI-R).

Se realizó un análisis factorial confirmatorio utilizando el programa LISREL 8.8. La consistencia interna de la escala y la fiabilidad test-retest se examinaron en una sub muestra de 57 individuos, así como la relación del IEP con las otras variables mediante el análisis de los coeficientes de correlación de Pearson. Los principales resultados del estudio confirman, primero, la estructura factorial tridimensional propuesta por los autores originales de la escala (atención, claridad y reparación). Además, el TMMS-24 muestra una consistencia interna adecuada y una estabilidad temporal satisfactoria. El análisis de la relación entre la IE y las otras variables muestra que la atención emocional se correlaciona positivamente con la ansiedad por la muerte y con

la dimensión de la alexitimia. Dificultad para identificar sentimientos (DIF) y rechazo con autoestima; mientras que la claridad y la reparación se correlacionan negativamente con la ansiedad antes de la muerte y con todas las dimensiones de alexitimia y se correlacionan positivamente con la autoestima.

Ahora, debemos referirnos a la actitud del obstetra hacia el cuidado de la mujer embarazada durante el parto. Para hacer esto, debemos decir que cuando una mujer embarazada en situación de parto es atendida por el obstetra, debe hacer un resumen de los antecedentes generales de la mujer, así como recopilar los datos de antecedentes de los embarazos anteriores y de este nuevo embarazo, además de realizar un análisis secundario de la documentación de la cesárea anterior, en su caso, realizada en la misma institución o en otra. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Cuando se produce la hospitalización de la mujer, el obstetra debe presentar un consentimiento informado en cooperación con la mujer embarazada. También debe intentar determinar el método para realizar el último parto si hubo complicaciones o no en el útero o si se conocen anomalías congénitas del útero. Ella informa a la mujer de la posibilidad de esterilización en caso de una cesárea repetida. Si la mujer desea la esterilización, los requisitos administrativos de la solicitud se proporcionan a las mujeres embarazadas o los miembros de la familia, respetando las condiciones legales de ese proceso. Después de eso, la ayuda al médico a completar un examen detallado en el momento del ingreso, que incluye una inspección por ultrasonido y el inicio del control cardiotocográfico de la dinámica uterina y la frecuencia cardíaca fetal. Este examen al ingreso debe dar lugar a una decisión consensuada entre el obstetra, el médico y la mujer embarazada sobre si el parto se realizará a través de una cesárea programada o un parto vaginal. (Law, Wong, & Song, 2004)

El soporte psicológico de las mujeres en este proceso es muy importante, ya que hace posible que el obstetra pueda centrar su atención en el control integral de la progresión del parto y el apoyo de las mujeres durante todo el proceso. El obstetra debe reconocer las manifestaciones de una amenaza de ruptura del útero para poner una solución antes de que pueda causar complicaciones graves para la madre o el feto. Si se produce alguna manifestación de patología obstétrica durante el proceso de parto, debe informar inmediatamente al médico para evitar cualquier retraso que pueda causar complicaciones mayores. Esto puede ser de importancia decisiva para el destino del feto y la mujer en casos críticos y agudos. (Law et al., 2004)

Los tipos de actitudes que el obstetra puede desarrollar a lo largo de este proceso de parto son actitudes empáticas y comunicativas (respuestas de evaluación y juicio moral; respuestas de apoyo-comodidad; respuestas de investigación; respuesta de resolución de problemas; respuesta empática), de reformulación (reiteración, aclaración y reflexión de sentimiento), escucha activa, personalización del caso, confrontación; de autoconocimiento relacionado según Rogers et al. (2006) con la autenticidad del caso, congruencia o autenticidad, especificidad, aceptación positiva y auto-manifestación y, la asertividad como la capacidad de integrar sentimientos propios.

Esta tipología de las actitudes del obstetra hacia el cuidado de las mujeres embarazadas en el parto es muy compleja y multivariada. Dependiendo en algunos casos su tipificación de las condiciones del contexto, las condiciones maternas perinatales, las habilidades y destrezas de quienes asisten, etc. Sin embargo, lo que reflejan, como comportamiento profesional, es una preocupación profunda para tratar de entenderlos, incluso si han excedido los esfuerzos del área médica social. Además, los psicólogos, además de filósofos, biólogos, antropólogos, teólogos y sociólogos, han estado involucrados de manera saludable y son ellos los que se han preocupado por

describir y analizar aspectos del comportamiento y las actitudes del profesional hacia el nacimiento y / o la muerte. (Law et al., 2004)

Las personas que rodean a mujeres embarazadas durante el parto coexisten con el miedo a la muerte, pero pueden posponer el problema, que les resulta más angustiante, defendiéndose así de la ansiedad creada por el proceso de parto. Pero los profesionales de obstetricia se enfrentan continuamente a responsabilidades inherentes. La realidad de la vida y muerte de mujeres embarazadas y sus hijos. Esta confrontación a menudo es dolorosa o difícil, pero es necesario encontrar una actitud tranquila y equilibrada para aliviar esos sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades de la mujer embarazada y su familia. (Wong & Law, 2002)

El mejor servicio que se puede brindar a una mujer embarazada en una situación de parto es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible para poder comprender que el proceso parto normal es un fenómeno natural pero negativo que nos permite vivir agradablemente sin dolor y con muchas esperanzas para la vida futura. Otro aspecto de vital importancia es que el participante mueve las actitudes del personal de salud y recíprocamente, estas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso con la mujer embarazada y sus familiares. Es decir, hay un inter gestante de retroalimentación en una situación de partida y las actitudes del personal que lo atiende. De ahí la necesidad de que las actitudes, como profesionales de obstetras de esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y exitosas posible y, por lo tanto, contribuyan con nuestra atención a una mejor resolución del trabajo. (Wong & Law, 2002)

En este sentido, la actitud se define como la forma de actuar de una persona, el comportamiento que un individuo utiliza para hacer las cosas. Puede considerarse como una cierta forma de motivación social de naturaleza secundaria, en oposición a la motivación biológica, de un tipo primario, que

impulsa y guía la acción hacia ciertos objetivos y metas. También se define como la "...predisposición aprendida, no innata y estable, aunque puede cambiar, para reaccionar de manera evaluativa, favorable o desfavorable a un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)" (Zanna & Rempel, 1988) Los seres humanos experimentan en sus vidas diversas emociones que están lejos de estar motivadas por su libre elección, en cambio, la actitud abarca aquellos fenómenos psíquicos en los que el hombre usa la libertad y que le sirven para enfrentar los diferentes desafíos que le presentan un modo para otro. (Eiser, 1988)

Floyd Allport define la actitud como "un estado de disposición mental y neurológica organizada a través de la experiencia, que ejerce una influencia dinámica-directiva sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado".

Pero, sin duda, antes de una buena elección teórica sobre el significado de Actitud, debemos preocuparnos por el cuidado humanizado de las mujeres embarazadas que se basan en la presencia verdadera y legítima del obstetra en el parto, el diálogo vivo y auténtico entre las personas. Y esto habla y debería hablar sobre la relación entre la IE y la actitud hacia el cuidado de las mujeres embarazadas en el parto. Debemos comunicar nuestra voluntad de dar respuestas a las necesidades integrales de la mujer embarazada y sus familiares. (Eiser, 1988)

Estas características permiten medir las actitudes de un individuo ante una situación particular a través de escalas preestablecidas. La "actitud" tiene tres componentes que son: cognitivo, afectivo y conductual. El componente cognitivo: si bien las actitudes se consideran mediadoras entre un estímulo y un comportamiento o respuesta, también se consideran un proceso cognitivo, ya que son necesariamente parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información del estímulo. El componente afectivo: definido por el sentimiento a favor o en contra de un objeto social

particular. Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, que a veces integran una actitud que causa reacciones emocionales, ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solo un nivel cognitivo del comportamiento humano. A medida que los componentes cognitivos y afectivos interactúan, dan la posibilidad de dar forma al significado del término actitud. El componente de comportamiento: se refiere a la acción de patente, a las expresiones verbales, sobre la conducta en sí. (Fazio & Olson, 2003)

"La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como formas de expresar un solo estado interno (la actitud) explica la complejidad de ese estado también que muchos autores hablan sobre los tres componentes o elementos de la actitud" (Fazio & Olson, 2003) que se unen de acuerdo con la Asociación Americana de Colegios de Enfermería, 1986, especialmente a través de los comportamientos de los profesionales a través de valores como: Valores estéticos: Proporcionan bienestar mediante la búsqueda de las cualidades de las personas, los objetos y los eventos. Actitudes y cuidados personales vinculados a este valor: apreciación, creatividad, imaginación, sensibilidad. Comportamientos profesionales: adaptar el entorno para provocar el bienestar de las personas. Crea un ambiente de trabajo agradable. Promueva una imagen positiva de cariño. (Fazio & Olson, 2003)

Valor altruista: como se involucran en el bienestar de los demás. Actitudes y cualidades personales: cuidado, compasión, compromiso, perseverancia, generosidad. Comportamientos profesionales: prestar atención a las personas enfermas al brindar asistencia (mujeres embarazadas en trabajo de parto). Ayudar a otro personal a brindar atención. Incorporar tendencias sociales en la atención de la salud. (Fazio & Olson, 2003)

Valor de igualdad: estimar que las personas tienen los mismos derechos, privilegios o estatus. Actitudes y cualidades personales: aceptación, asertividad, transparencia, autoestima, tolerancia. Comportamientos

profesionales: brindar atención a las personas según las necesidades individuales. Para interactuar con otros proveedores sin discriminación. Expresar ideas sobre cómo mejorar el acceso a la atención médica. (Fazio & Olson, 2003)

Valor de libertad: disposición de ejercer la opción. Actitudes y cualidades personales: confianza, esperanza, independencia, apertura, autodirección, autodisciplina. Comportamientos profesionales: licencia de la persona para rechazar el tratamiento. Solo apoyos de otros proveedores para pensar en las alternativas del plan de atención. Apoyo al diálogo abierto de problemas en la profesión. (Fazio, 1989, 1990)

Valor de la dignidad humana: es el valor innato y singular de cada persona. Actitudes y cualidades personales: consideración, empatía, humanidad, amabilidad, respeto, confianza. Comportamientos profesionales: proteger el derecho a la privacidad de la persona. Mantener la confidencialidad del paciente. Trata a los demás con respeto. (Fazio & Olson, 2003)

Valor de la justicia: considere los principios morales y legales inherentes a las personas. Actitudes y cualidades personales: coraje, integridad, moralidad, objetividad. Conducta profesional: actuar como abogado de atención médica. Asignar recursos con justicia. Informar sobre prácticas incompetentes, inmorales e ilegales. (Fazio & Olson, 2003)

Valor de la verdad: se mantiene la fidelidad al hecho o la realidad. Actitudes y cualidades personales: responsabilidad, autenticidad, honestidad, racionalidad, reflexivo. Comportamientos profesionales: documentar los descriptores de atención con comprensión y honestidad. Obtenga datos suficientes para realizar juicios legítimos antes de informar. Participe en los esfuerzos profesionales para proteger al público de la información errónea sobre el cuidado. (Fazio, 1989)

Se puede concluir que las actitudes son la fuerza motivadora de la acción misma, el componente conductual es el resultado de la interacción entre los componentes cognitivo y afectivo, y aún más, de modo que ambos componentes tenderán a la congruencia de la que hablan. (Fazio & Olson, 2003)

2.3. Definición de términos básicos

Actitud. Predisposición cultivada a responder consistentemente a un objeto social. En este caso del obstetra hacia el cuidado de la mujer embarazada en situación de parto. Abarca las disposiciones voluntarias de la obstetra evidenciadas en la atención que brinda a la mujer embarazada en situación de parto, y que pueden influir positiva o negativamente en ella y en el proceso del parto. (Eiser, 1988)

Inteligencia emocional. Capacidad para identificar y traducir correctamente los signos y eventos emocionales personales y de los otros, elaborándolos y produciendo procesos de dirección emocional, pensamiento y comportamiento de manera efectiva y adecuada a las metas personales y el ambiente. (Salovey & Mayer, 1990)

Inteligencia emocional percibida. Autoevaluación de nuestra capacidad para identificar y traducir correctamente los signos y eventos emocionales personales y de los otros. Es la forma como percibimos nuestra propia forma de elaborar y producir procesos de dirección emocional, comportamientos y pensamientos de manera efectiva de acuerdo a las metas personales y el ambiente. (Salovey & Mayer, 1990)

Atención como componente de la IEP. Percepción emocional, etiquetada como atención emocional, por que describe la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada. (Salovey & Mayer, 1990)

Claridad como componente de la IEP. Es la comprensión de los sentimientos, conocida como claridad emocional, por que describe la capacidad de comprender bien los estados emocionales propios. (Salovey & Mayer, 1990)

Reparación como componente de la IEP. Es la Regulación emocional, pasándose a llamar reparación emocional, por que describe la capacidad de regular los estados emocionales correctamente. (Salovey & Mayer, 1990)

Gestante en situación de parto. Estado o periodo de la vida femenina en el que ha finalizado el embarazo llegando el feto a un grado de madurez tal en que es expulsado, bien sea por las solas fuerzas de la naturaleza o con la ayuda y/o asistencia profesional. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS

3.1. Formulación de la hipótesis

Hipótesis alterna (Hi): Existe relación significativa entre la inteligencia emocional percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto, en el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II de Comas, 2019.

Hipótesis nula (Ho): No existe relación significativa entre la inteligencia emocional percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto, en el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II de Comas, 2019.

3.2. Operacionalización de variables

Variable I (Dependiente): Inteligencia emocional percibida.

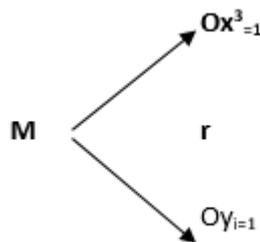
Variable II (Independiente): Actitud ante el cuidado de gestantes en situación de parto

Variables	Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala
Inteligencia emocional percibida	Atención emocional	Habilidad para sentir y expresar sentimientos adecuadamente. (Salovey & Mayer, 1990)	Grado de Percepción emocional	Alta Media Baja	Ordinal
	Claridad emocional	Capacidad para comprender bien sus propios estados emocionales.	Grado de aprehensión de sentimientos	Alta Media Baja	Ordinal
	Reparación emocional	Capacidad para regular los estados emocionales correctamente. (Salovey & Mayer, 1990)	Grado de Regulación emocional	Alta Media Baja	Ordinal
Actitud ante el cuidado de gestantes en situación de parto.		Predisposición aprendida para responder de un modo consistente a un objeto social. En este caso de la Obstetra ante el cuidado de la gestante en situación de parto. (Eiser, 1988)	Autovaloración de actitudes ante el cuidado de la gestante en situación de parto. (Test AAPPO)	Negativas De indiferencia Positivas	Ordinal

CAPÍTULO 4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de diseño de investigación.

Observacional, de correlaciones y transversal. Este diseño está representado de la manera siguiente: (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2012)



Donde:

M: Representa la población considerada para el estudio

X: Representa la variable: Inteligencia Emocional percibida

Y: Representa la variable: Actitud ante el cuidado de la gestante en situación de parto

O: Representa las observaciones a efectuar

r: Representa la relación que existe entre las variables

4.2. Material de estudio.

4.2.1. Unidad de estudio.

Obstetra de los servicios de Emergencias Gineco-Obstétricas, consultorios y hospitalización (Maternidad) del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, 2019.

4.2.2. Población.

Conformada por 15 Obstetras de los servicios de Emergencias Gineco-Obstétricas, consultorios y hospitalización (Maternidad) del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, 2019.

4.2.3. Muestra.

Dado el número de la población, se tomó la decisión estadística de trabajar con el 100%, que constituyó 15 Obstetras de los servicios de Emergencias Gineco-Obstétricas, consultorios y hospitalización (Maternidad) del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, 2019.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Obstetras de los servicios de Emergencias Gineco-Obstétricas, consultorios, hospitalización (Maternidad) del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas que laboraban al momento del estudio.
- Obstetras de los servicios de Emergencias Gineco-Obstétricas, consultorios, hospitalización (Maternidad) del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas que aceptaron colaborar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

- Obstetras de los servicios de Emergencias Gineco-Obstétricas, consultorios, hospitalización (Maternidad) del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas que estaban recibiendo tratamiento psicológico al momento de aplicar la prueba del estudio.

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico.

4.3. Técnicas, procedimientos e instrumentos.

4.3.1. Para recolectar datos.

Técnica

Encuesta auto aplicado.

Instrumento de recolección

Uno de los primeros cuestionarios es la Escala de estado de ánimo meta-rasgo (TMMS), (Salovey et al., 1995) Los estudios que se llevaron a cabo en varios países siguiendo el modelo de Salovey y Mayer han utilizaron el TMMS como un indicador del IEP, examinando cómo las personas han tratado de comprender, lidiar y superar adecuadamente diferentes situaciones estresantes, ya sean de laboratorio o reales. (Fernández-Berrocal et al., 1999)

Prueba de valores, actitudes y comportamiento profesional (VACP). De la Asociación Estadounidense de Colegios de Enfermería, 1986. Consta de 12 ítems donde las actitudes se identifican de acuerdo con valores esenciales: altruismo, estética, igualdad, libertad, dignidad humana, justicia y verdad. (American Association of Colleges of Nursing, 1995)

Validación y confiabilidad del instrumento

Validación y confiabilidad de la Trait-Meta Mood Scale (TMMS)

(Salovey et al., 1995) Se basa en la indagación de la IEP que muestra el vínculo en relación con las medidas de bienestar como la ansiedad, depresión, la salud física y mental.

Las personas con desequilibrio emocional tienen un perfil caracterizado por una gran atención a sus emociones, poca claridad emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales. También hay evidencia que sugiere que la inteligencia

emocional permitiría elaborar e integrar correctamente los pensamientos intrusivos y rumiantes que generalmente acompañan a eventos altamente estresantes, así como aquellos que obedecen al estrés normal y están presentes en una población no clínica. (Fernández-Berrocal et al., 2004)

Este cuestionario tipo likert ha sido uno de los más utilizados en el campo científico y aplicado. La escala proporciona una estimación personal de los aspectos reflexivos de nuestra experiencia emocional. TMMS contiene tres dimensiones clave de la IE intrapersonal: atención a los sentimientos (por ejemplo, "pienso constantemente en mi estado de ánimo"), claridad emocional (por ejemplo, "a menudo estoy equivocado con mis sentimientos") y reparación de las emociones (por ejemplo, "aunque a veces yo me siento triste, generalmente tengo una visión optimista"). La versión clásica contiene 48 ítems, aunque hay versiones reducidas de 30 y 24 ítems, (Salovey et al., 1995) adaptación al español por Fernández-Berrocal et al., (1998)

Esta prueba ha mostrado índices adecuados de consistencia interna y validez convergente en diferentes muestras (Atención, alfa= 0.86; Claridad, alfa = 0.87; y Reparación, alfa = 0.82. (Salovey et al., 1995) Los participantes respondieron en una escala Likert de 5 puntos (1=Nada de acuerdo con 5=Totalmente de acuerdo) el grado de acuerdo con respecto a los ítems presentados. Esta prueba ha mostrado índices adecuados de consistencia interna y validez convergente en diferentes muestras (Atención, alfa = 0.86; Claridad, alfa = 0.87; y Reparación, alfa = 0.82. (Salovey et al., 1995) Para las muestras de Chile y España, se utilizó una versión en español con los siguientes índices de consistencia interna: Atención (alfa = 0.87),

Claridad (alfa = 0.81) y Reparación (alfa = 0.76). (Fernández-Berrocal et al., 1998)

La literatura ha dejado en claro que las escalas de auto informes como el TMMS muestran buena validez y confiabilidad en varias poblaciones (Salovey et al., 1995) agregan validez incremental a otras personalidades clásica. Construcciones y predicen varios aspectos de la salud física y mental. (Extremera et al., 2003; Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002)

Consistencia interna del TMMS-24.

Presentamos la consistencia interna de los tres factores de la TMMS-24 utilizada para calcular la IEA del padre de familia, siendo alta en Atención y Claridad y algo menor, aunque también alta en Reparación, corroborando así la consistencia interna que los propios autores hallaron en esta escala.

Dimensiones	Ítems de la escala	M	DT	ALFA
Atención	1 - 8	2,98	0,79	0,84
Claridad	9 - 16	3,28	0,81	0,86
Reparación	17 - 24	3,43	0,71	0,77

Categorización de variables

Se realizó mediante la sumatoria de puntos de cada ítem de las dimensiones, en este sentido, de acuerdo a la selección de las participantes, se establecieron las siguientes categorías:

Dimensión de atención

Baja: 8 – 18 puntos

Media: 19 – 30 puntos

Alta: 31 – 40 puntos

Dimensión de claridad

Baja: 8 – 18 puntos

Media: 19 – 30 puntos

Alta: 31 – 40 puntos

Dimensión de reparación

Baja: 8 – 18 puntos

Media: 19 – 30 puntos

Alta: 31 – 40 puntos

Inteligencia Emocional Percibida

Baja: 24 – 55 puntos

Media: 56 – 88 puntos

Alta: 89 – 120 puntos

Validación y confiabilidad del Test de Valores, Actitudes Y Conductas Profesionales (VACP). De la American Association of Colleges of Nursing, (1995) Este test es unidimensional de interpretación general de las actitudes a través de los valores. No solo enumera, sino que define y describe las actitudes que conllevan.

Esta prueba ha mostrado adecuados índices de consistencia interna y validez convergente en diferentes muestras $\alpha = 0.75$. Los participantes respondían sobre una escala Likert de 5 puntos (1= Nada de acuerdo a 5=Totalmente de acuerdo) el grado de acuerdo con respecto a los ítems presentados. Esta prueba ha mostrado adecuados índices de consistencia interna y validez convergente en diferentes muestras, $\alpha = 0.78$ para muestra de profesionales de sexo masculino de EE. UU y con el siguiente índice de consistencia general, $\alpha = 0.76$ en profesionales de sexo femenino de EE.UU. American Association of Colleges of Nursing (AACN).

Categorización de variables

Se realizó mediante la sumatoria de puntos de cada ítem de todo el instrumento, en este sentido, de acuerdo a la selección de las participantes, se establecieron las siguientes categorías:

Negativas: 12 - 27

De indiferencia: 28 - 45

Positivas: 46 - 60 puntos

Plan de recolección de datos

Paso N° 1.

Con el objetivo de registrar a la población objetivo se procedió a solicitar la información pertinente.

Con ello se planificó el trabajo de campo en lo que correspondió a la ruta a seguir, las coordinaciones necesarias para la colaboración del personal (obstetricia), el tiempo de duración del trabajo y los aspectos éticos de confidencialidad.

Paso N° 2.

En los servicios de emergencia obstétrica del Centro Materno comprendido en el estudio se procedió a aplicar la técnica del barrido para cubrir al 100% de la población objetivo o muestra que requirió el estudio.

Se contactó a la población objetivo de persona a persona para que se informe sobre los objetivos del estudio y los mecanismos de auto aplicación del cuestionario, solicitando su colaboración.

Una vez informados, se les solicitó que participen voluntariamente en el estudio respondiendo las preguntas de la encuesta en un entorno especial del mismo establecimiento de salud y en momentos que no comprometan sus tratamientos o atención por parte del personal de

salud. La aplicación del cuestionario tuvo una duración estimada de 20 minutos.

4.3.2. Para analizar información.

- Calificación del cuestionario según las categorías establecidas para cada variable en estudio. Consistió en colocar el puntaje y anotar las categorías a la que correspondían.
- Codificación con códigos numéricos mutuamente excluyentes: cada categoría de los indicadores de las variables en el estudio correspondió a una sola categoría de códigos. Las categorías de los códigos no se superpusieron.
- Se usaron sólo códigos numéricos, no se utilizaron caracteres especiales o espacios en blanco.
- Una vez establecidas las categorías de códigos se ingresaron los datos directamente a la computadora, utilizando como ayuda el programa estadístico SPSS versión 25.0.
- El análisis estadístico fue en primera instancia para determinar la distribución normal de los datos, posterior a ello, se utilizó la prueba no paramétrica de Coeficiente de correlación de Pearson.

Se presentaron tablas de doble entrada y estadística descriptiva y correlacionales en una toma única de la realidad. Los pasos seguidos fueron:

Calificación. Se refirió a darle la puntuación que corresponde según el instrumento aplicado, este criterio de evaluación fue de acuerdo a la matriz del instrumento.

Codificación de los datos. Se realizó haciendo uso de códigos numéricos excluyentes según las categorías de la escala de medición en cada variable.

El análisis estadístico. El análisis estadístico giró en torno al coeficiente de correlación de r de Pearson. El uso de este estadístico

se fundamentó en el hecho de que las variables fueron cuantificadas, a través de puntajes, para su medición; y, en este sentido, el empleo de esta prueba fue factible de utilizar para establecer la relación entre las variables de interés. Este cálculo indicó que en el caso de que se esté estudiando dos variables aleatorias x e y sobre una población definida; el coeficiente de correlación de Pearson se simbolizó con la letra r , siendo la expresión que nos permitió calcularlo:

$$\rho_{X,Y} = \frac{\sigma_{XY}}{\sigma_X \sigma_Y} = \frac{E[(X - \mu_X)(Y - \mu_Y)]}{\sigma_X \sigma_Y},$$

Donde:

σ_{XY} es la covarianza de (X, Y)

σ_X es la desviación típica de la variable X

σ_Y es la desviación típica de la variable Y

Interpretación

La correlación reflejó la no linealidad y dirección de la relación lineal.

El valor del índice de correlación varió en el intervalo $[-1,1]$:

- Si $r = 1$, existió una correlación positiva perfecta. El índice indicó una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa, es decir, si una de ellas aumentó, la otra también lo hizo en proporción constante.
- Si $0 < r < 1$, existió una correlación positiva.
- Si $r = 0$, no existió relación lineal. Pero esto no necesariamente implicó que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.
- Si $-1 < r < 0$, existió una correlación negativa.
- Si $r = -1$, existió una correlación negativa perfecta. El índice indicó una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa, es decir, si una de ellas aumentó, la otra disminuyó en proporción constante.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

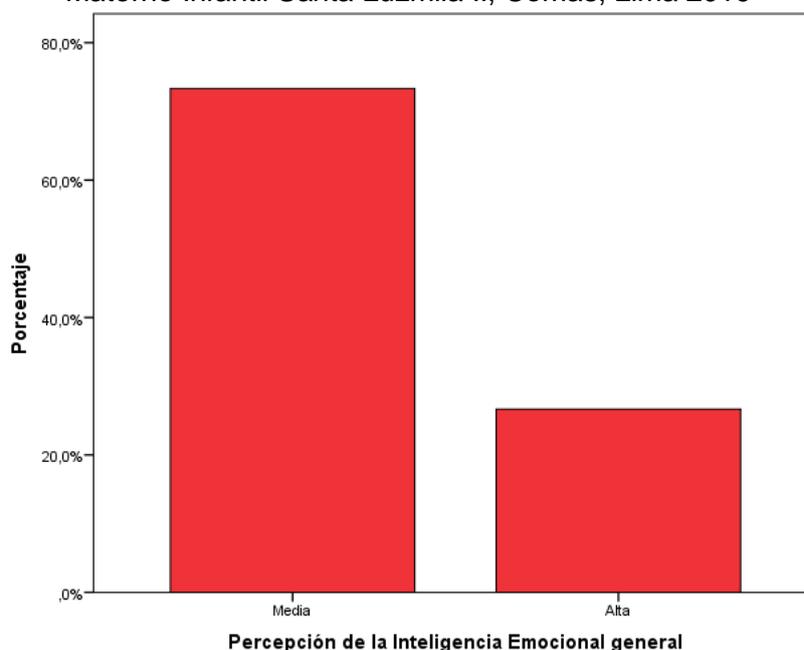
5.1. Estadística descriptiva

Tabla N° 1. Percepción de la inteligencia emocional general en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019

	n	%
Baja	0	0
Media	11	73,3
Alta	4	26,7
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 1. Percepción de la inteligencia emocional general en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019



Fuente: Elaboración propia

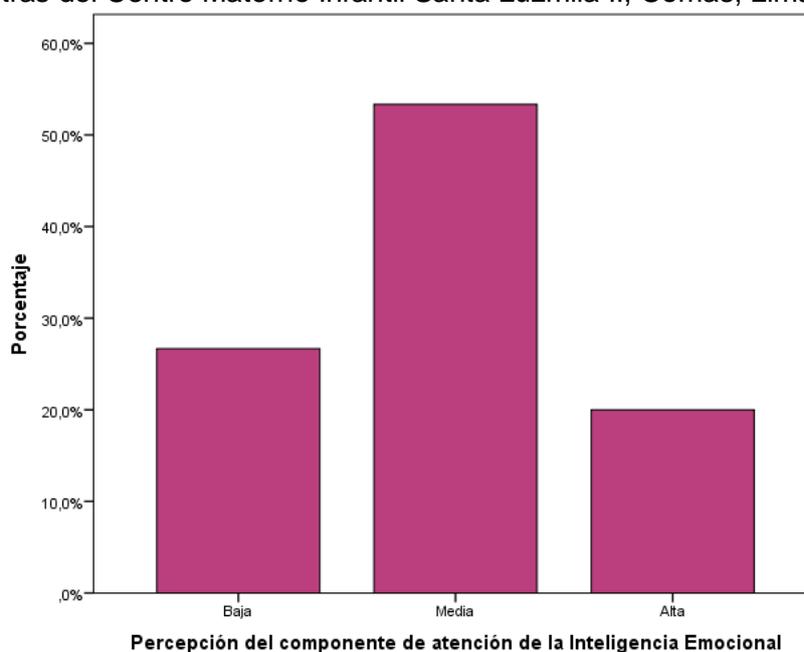
En la **tabla y figura 1** se observa que 73,3% de las obstetras presentaron una percepción media de la inteligencia emocional general, 26,7% tuvo una alta percepción y no se reportó ningún caso de baja percepción.

Tabla N° 2. Percepción del componente de atención de la inteligencia emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

	n	%
Baja	4	26,7
Media	8	53,3
Alta	3	20,0
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 2. Percepción del componente de atención de la inteligencia emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019



Fuente: Elaboración propia

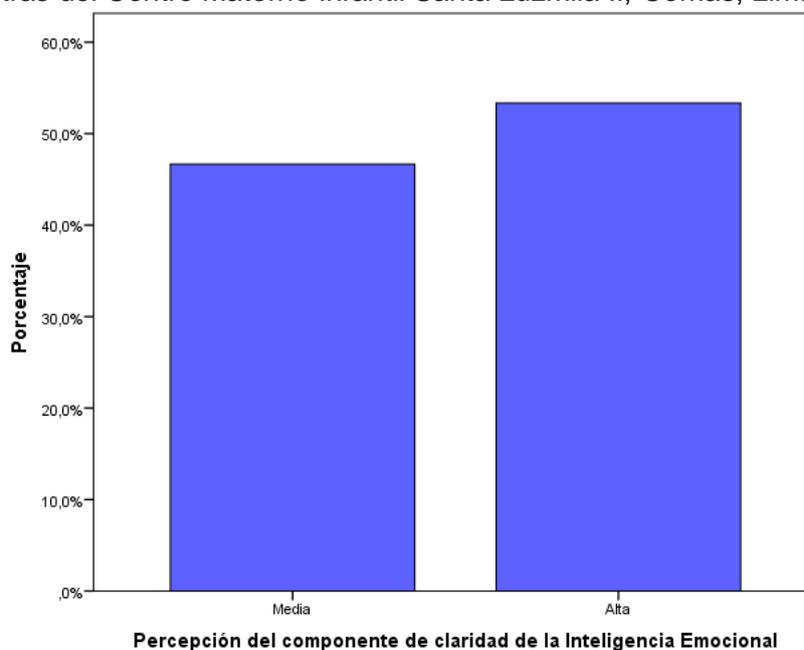
En la **tabla y figura 2** se observa que 53,3% de las obstetras presentaron una percepción media del componente de atención de la inteligencia emocional, 26,7% tuvo una baja percepción y 20% tuvo una alta percepción.

Tabla N° 3. Percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

	n	%
Baja	0	0
Media	7	46,7
Alta	8	53,3
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 3. Percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019



Fuente: Elaboración propia

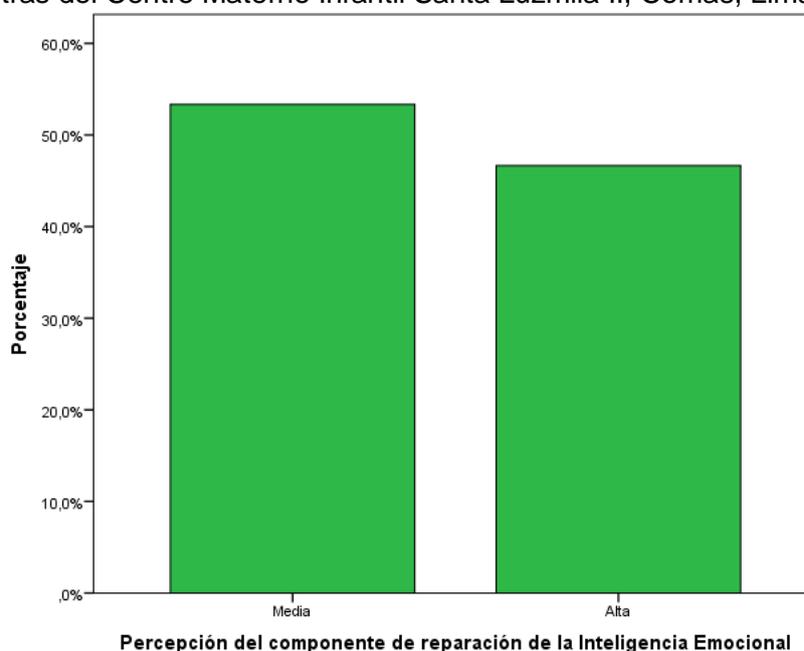
En la **tabla y figura 3** se observa que 53,3% de las obstetras presentaron una percepción alta del componente de claridad de la inteligencia emocional, 46,7% tuvo una percepción media y no se reportó ningún caso de baja percepción.

Tabla N° 4. Percepción del componente de reparación de la inteligencia emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019

	n	%
Baja	0	0
Media	8	53,3
Alta	7	46,7
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 4. Percepción del componente de reparación de la inteligencia emocional en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019



Fuente: Elaboración propia

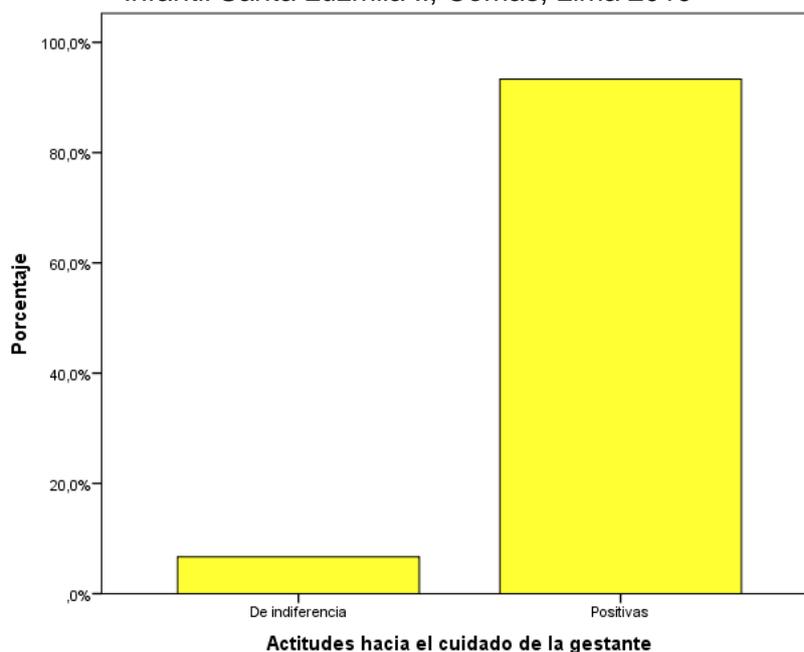
En la **tabla y figura 4** se observa que 53,3% de las obstetras presentaron una percepción media del componente de reparación de la inteligencia emocional, 46,7% tuvo una alta percepción y no se reportó ningún caso de baja percepción.

Tabla N° 5. Actitudes hacia el cuidado de la gestante en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

	n	%
Negativas	0	0
De indiferencia	1	6,7
Positivas	14	93,3
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 5. Actitudes hacia el cuidado de la gestante en obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019



Fuente: Elaboración propia

En la **tabla y figura 5** se observa que 93,3% de las obstetras presentaron actitudes positivas hacia el cuidado de la gestante, 6,7% tuvo actitudes de indiferencia y no se reportó ningún caso de actitudes negativas.

5.2. Estadística inferencial

Distribución normal de los datos de las variables

H₀: Percepción de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante siguen una distribución normal.

H₁: Percepción de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante siguen una distribución no normal.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Estadístico de prueba: Prueba Shapiro-Wilk

Tabla N° 6. Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk de percepción de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

	Estadístico	gl	p valor
Inteligencia emocional general	0,942	15	0,410
Componente de atención	0,956	15	0,623
Componente de claridad	0,961	15	0,713
Componente de reparación	0,958	15	0,654
Actitudes	0,936	15	0,333

Fuente: Elaboración propia

Regla de decisión

- Como $p=0,410 > 0,05$; no se rechaza H_0 y se concluye que la percepción de la inteligencia emocional general sigue una distribución normal.
- Como $p=0,623 > 0,05$; no se rechaza H_0 y se concluye que la percepción del componente de atención de la inteligencia emocional general sigue una distribución normal.
- Como $p=0,713 > 0,05$; no se rechaza H_0 y se concluye que la percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional general sigue una distribución normal.

- Como $p=0,654 > 0,05$; no se rechaza H_0 y se concluye que la percepción del componente de reparación de la inteligencia emocional general sigue una distribución normal.
- Como $p=0,333 > 0,05$; no se rechaza H_0 y se concluye que las actitudes hacia el cuidado de la gestante siguen una distribución normal.

Inteligencia emocional general y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

H₀: No existe relación entre la percepción de la inteligencia emocional general y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.

H₁: Existe relación entre la percepción de la inteligencia emocional general y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

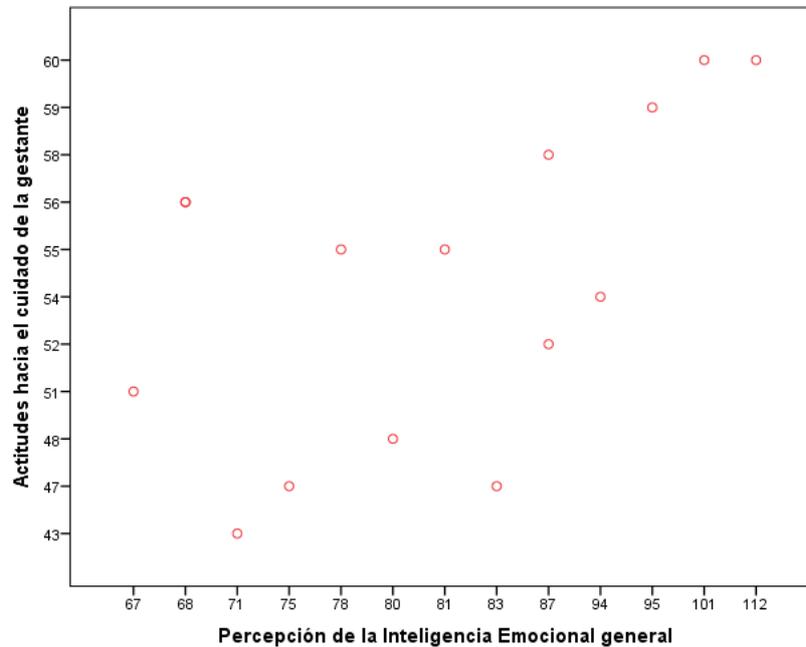
Estadístico de prueba: Prueba de Correlación de Pearson

Tabla N° 7. Prueba de correlación entre la percepción de la Inteligencia Emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

		Inteligencia emocional	Actitudes hacia el cuidado de la gestante
Inteligencia emocional	r de Pearson	1,000	0,558
	p valor	-	0,031
	n	15	15
Actitudes hacia el cuidado de la gestante	r de Pearson	0,558	1,000
	p valor	0,031	-
	n	15	15

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 6. Diagrama de dispersión de la percepción de la inteligencia emocional general y las actitudes hacia el cuidado de la gestante



Fuente: Elaboración propia

Regla de decisión

- Como $p=0,031 < 0,05$; se rechaza H_0 y se concluye que la percepción de la inteligencia emocional general tiene una relación significativa directa moderada con las actitudes hacia el cuidado de la gestante en las obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

Componente de atención de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

- H₀:** No existe relación entre la percepción del componente de atención de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.
- H₁:** Existe relación entre la percepción del componente de atención de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

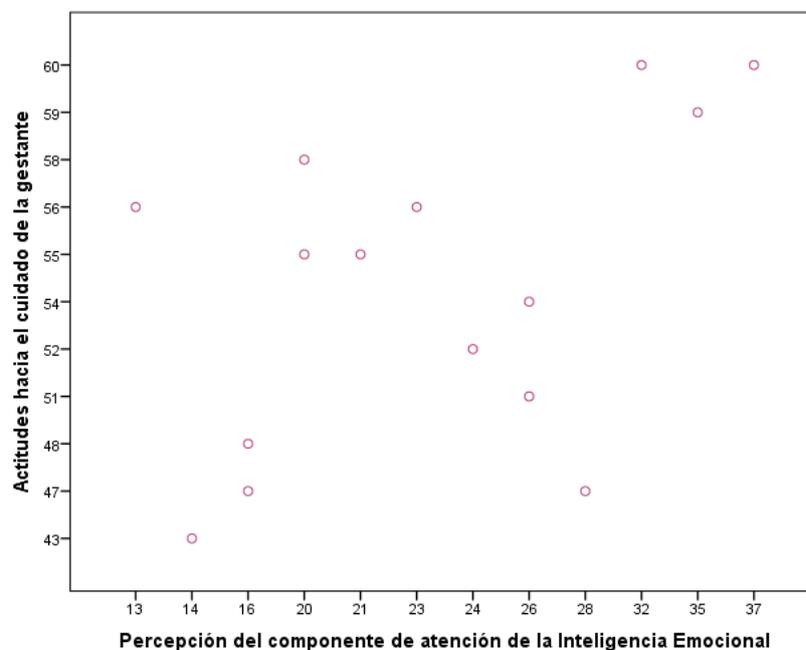
Estadístico de prueba: Prueba de Correlación de Pearson

Tabla N° 8. Prueba de correlación entre la percepción del componente de atención de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

		Componente de atención	Actitudes hacia el cuidado de la gestante
Componente de atención	r de Pearson	1,000	0,569
	p valor	-	0,027
	n	15	15
Actitudes hacia el cuidado de la gestante	r de Pearson	0,569	1,000
	p valor	0,027	-
	n	15	15

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 7. Diagrama de dispersión de la percepción del componente de atención de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante



Fuente: Elaboración propia

Regla de decisión

- Como $p=0,027 < 0,05$; se rechaza H_0 y se concluye que la percepción del componente de atención de la inteligencia emocional tiene una relación significativa directa moderada con las actitudes hacia el cuidado de la gestante en las obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

Componente de claridad de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

H_0 : No existe relación entre la percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.

H_1 : Existe relación entre la percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

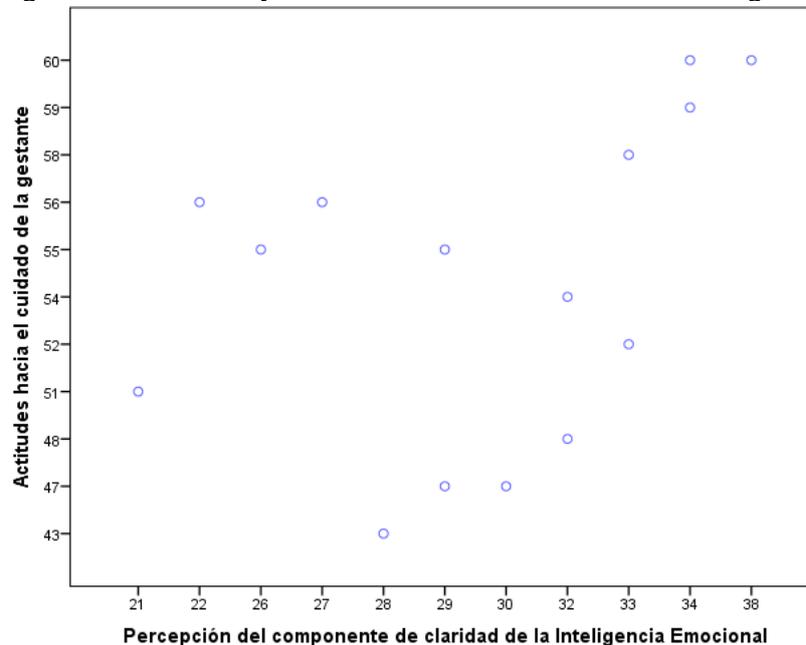
Estadístico de prueba: Prueba de Correlación de Pearson

Tabla N° 9. Prueba de correlación entre la percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

		Componente de claridad	Actitudes hacia el cuidado de la gestante
Componente de claridad	r de Pearson	1,000	0,336
	p valor	-	0,221
	n	15	15
Actitudes hacia el cuidado de la gestante	r de Pearson	0,336	1,000
	p valor	0,221	-
	n	15	15

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 8. Diagrama de dispersión de la percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante



Fuente: Elaboración propia

Regla de decisión

- Como $p=0,221 > 0,05$; no se rechaza H_0 y se concluye que la percepción del componente de claridad de la inteligencia emocional no tiene una relación significativa con las actitudes hacia el cuidado de la gestante en las obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

Componente de reparación de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

H_0 : No existe relación entre la percepción del componente de reparación de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.

H_1 : Existe relación entre la percepción del componente de reparación de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante.

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

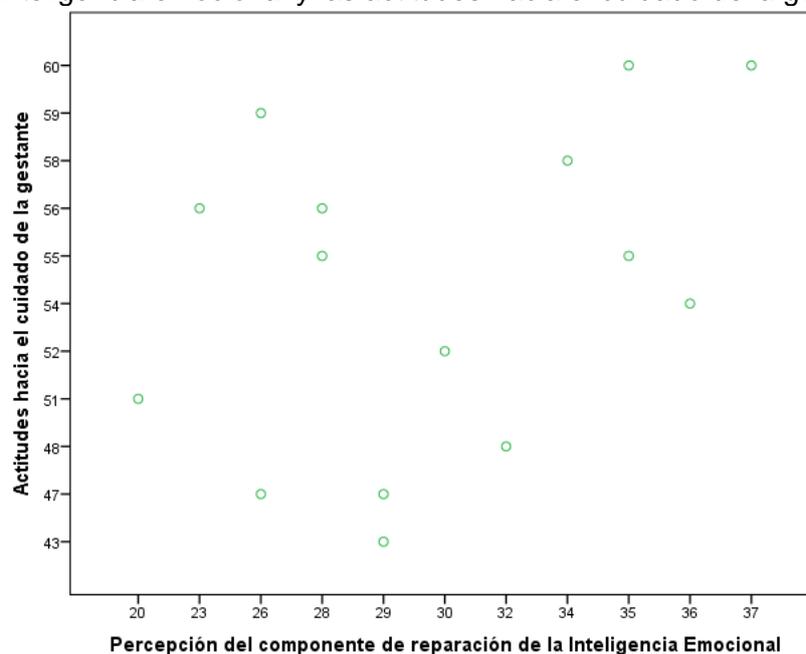
Estadístico de prueba: Prueba de Correlación de Pearson

Tabla N° 10. Prueba de correlación entre la percepción del componente de reparación de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante

		Componente de reparación	Actitudes hacia el cuidado de la gestante
Componente de reparación	r de Pearson	1,000	0,317
	p valor	-	0,249
	n	15	15
Actitudes hacia el cuidado de la gestante	r de Pearson	0,317	1,000
	p valor	0,249	-
	n	15	15

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 9. Diagrama de dispersión de la percepción del componente de recuperación de la inteligencia emocional y las actitudes hacia el cuidado de la gestante



Fuente: Elaboración propia

Regla de decisión

- Como $p=0,249 > 0,05$; no se rechaza H_0 y se concluye que la percepción del componente de reparación de la inteligencia emocional no tiene una relación significativa con las actitudes hacia el cuidado de la gestante en las obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.

4. DISCUSIÓN

Los problemas actuales, no se deben exclusivamente a la falta de recursos o conocimientos, sino más bien a la falta de regulación de las emociones. Está comprobado que la inteligencia emocional está relacionada con la salud y el bienestar de las personas. (Martins, Ramalho, & Morin, 2010; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, & Rooke, 2007). Cabe destacar que el ser humano es un ser sensato, pero al mismo tiempo es sensible y emocional (Pena et al., 2011).

Teniendo en cuenta que el personal de salud (obstetras) se encuentra bajo estrés constante, la regulación de las emociones es clave para el éxito en la atención de los pacientes. Jones & Johnston (2006), refieren a la obstetricia como una profesión muy exigente y estresante; en relación, mencionan que se debe hacer un esfuerzo diario permanente para regular las emociones. De modo similar Akerjordet & Severinsson, 2004; Hurley, 2008; Montes & Augusto, 2007, mencionan que el desarrollo de habilidades emocionales es esencial para minimizar problemas que surgen de estos, y así no afectar la calidad de la atención a mujeres embarazadas.

No se han reportado estudios específicos que relacionen la inteligencia emocional percibida y las actitudes del obstetra hacia el cuidado de mujeres embarazada durante el parto; sin embargo Martínez, Piqueras, & Inglés, (2014) muestra que los altos niveles de inteligencia emocional están relacionados con estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y la resolución de problemas; como se afirma luego, la inteligencia emocional juega un papel muy importante en el autocontrol emocional y en la capacidad del individuo para adaptarse a las situaciones estresantes.

Estas afirmaciones se pueden corroborar con los resultados obtenidos en el presente estudio que establece que existe relación significativa entre la inteligencia emocional percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto.

Estos resultados no guardan relación con lo que sostiene Torrealba (2013), donde señala que las actitudes del personal de salud, encargado de la atención

a pacientes obstétricas, depende de la demanda de partos que ocurran diariamente dentro de la institución. Como contrapartida, la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal del Ministerio de Salud (2010) se refiere a la consideración de realizar nuevas investigaciones sobre la importancia del factor psicológico desempeñado por el obstetra, para establecerla como influencia del estado de ánimo de los profesionales de la salud que atenderá mujeres embarazadas en una situación de parto, su sentido de seguridad y confianza, hace que los resultados del parto sean viables y garantice el bienestar materno emocional y psicológico.

Se puede señalar que es trascendente que el profesional de la salud, especialmente obstetras, realice programas de desarrollo de actitudes para lograr una óptima atención y cuidado de pacientes gestantes; tal es el caso que Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito (2013), concluyó que es importante incluir programas de desarrollo de actitudes, ya que confirmó el valor predictivo de Atención, Claridad y Reparación emocional. Al igual que la teoría presentada en el estudio de Extremera et al. (2003), menciona que la IE es una habilidad que involucra tres procesos: percibirla y definirla como la capacidad de reconocer conscientemente nuestras emociones e identificar lo que sentimos y poder darle una etiqueta verbal. Comprender: integrar lo que sentimos en nuestro pensamiento y saber cómo considerarla complejidad de los cambios emocionales. Regular: dirigir y manejar las emociones positivas y negativas de manera efectiva.

En lo que respecta al componente de atención, la teoría presentada muestra que el alto puntaje en la dimensión de atención hacia la emoción constituye un indicador de alta conciencia emocional (Extremera et al., 2003; Saklofske et al., 2007). En este estudio se encuentra que hay una relación significativa con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestante en situación de parto, donde se evidencia que el 53,3% de las obstetras presentaron una percepción media, 26,7% tuvo una baja percepción y 20% tuvo una alta percepción. Para analizar este resultado consideramos lo que López, Martín, Rodríguez, Rosa,

& Sánchez (2002); aunque existe una tendencia a responder favorablemente, el porcentaje de respuestas desfavorables y la alta tasa de incertidumbre en algunas respuestas no deben ignorarse. Y, por otro lado, Chucos (2017) opina que existe relación entre el agotamiento emocional y la atención a su salud; concordando con este estudio; la inteligencia emocional es significativa con las actitudes.

En relación al componente claridad, en esta investigación, no demostró una relación significativa con las actitudes de las obstetras. No obstante, se evidencia que existe una percepción alta del componente de claridad, que indica la gran disponibilidad del profesional para mejorar la atención de las mujeres, prevaleciendo la profesionalidad. Tal es el caso que, Nwankwo, Obi, Sydney-Aggor, Agu & Aboh (2013) destacan que, en el ámbito de asistencia sanitaria, los médicos más competentes en el reconocimiento de emociones, preocupaciones de los pacientes, y las necesidades son más exitosos en el tratamiento de ellas. Podemos incluir a, Martínez, Piqueras, & Inglés, (2014) mencionan que las mujeres prestan más atención a las emociones y son más empáticas, por lo que muestran manejo de su inteligencia emocional, cabe resaltar que según los autores, los hombres tienen niveles más altos de autorregulación emocional en situaciones estresante, por lo que el estudio no guarda relación en su totalidad con los resultados encontrados.

En lo que respecta al componente reparación, Goleman (1996) lo define como la capacidad de interrumpir y regular los estados emocionales negativos y prolongar los positivos. Macías, Gutiérrez, Carmona, & Crespillo (2016) mencionan que existe relación con la percepción y la regulación como dimensiones de la inteligencia emocional. Por otra parte, en este estudio no demuestra una relación significativa con las actitudes de las obstetras. Antagónicamente, se observa que el 53,3% de las obstetras presentaron una percepción media del componente de reparación de la inteligencia emocional, 46,7% tuvo una alta percepción y no se reportó ningún caso de baja percepción.

Se puede señalar, Bravo (2016) dado que muestra en su investigación que al existir una inteligencia emocional moderadamente alta si presenta relación con las condiciones laborales, aspecto que concuerda con el estudio presentado. En el presente estudio se evidencia que la inteligencia emocional percibida y sus componentes tiene una relación significativa con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto. Podemos adicionar la teoría mostrada de Puigbó et al. (2019), en donde afirma que las personas con alta claridad emocional usaron más el afrontamiento centrado en el problema, la aceptación de las emociones y menos el rechazo, las personas con alta reparación emocional usaron más el afrontamiento centrado en el problema, la búsqueda de apoyo social y menos el rechazo; y las personas con alta atención emocional usaron más la aceptación de emociones y la búsqueda de apoyo social.

De acuerdo con la teoría presentada de Rogers et al. (2006) menciona que los tipos de actitudes que el obstetra puede desarrollar a lo largo de este proceso de parto son actitudes empáticas y comunicativas, de reformulación, escucha activa, personalización del caso, confrontación; de autoconocimiento relacionado con la autenticidad del caso, congruencia o autenticidad, especificidad, aceptación positiva y auto-manifestación y, el asertividad como la capacidad de integrar sentimientos propios.

Para finalizar se presenta una diferencia entre el estudio de Cortez (2014) debido a que Obstetras, Ginecólogos -Obstetras y Médicos Residentes presentan un 70% de actitud de indiferencia, mientras que las obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II presentan un 93,3% de actitudes positivas hacia el cuidado de la gestante y solo el 6,7% tuvo actitudes de indiferencia.

CONCLUSIONES

Conforme a los hallazgos, se concluye que:

- La inteligencia emocional percibida tiene una relación significativa directa moderada con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima. 2019 ($p=0,031$; $r=0,558$)
- La atención, como componente de la inteligencia emocional percibida tiene una relación significativa directa moderada con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto. ($p=0,027$; $r=0,569$)
- La claridad, como componente de la inteligencia emocional percibida no demostró una relación significativa con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto. ($p=0,221$)
- La reparación, como componente de la inteligencia emocional percibida no demostró una relación significativa con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto ($p=0,249$)

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones presentadas, se sugiere:

- Al jefe de recursos humanos junto con la responsable de la estrategia de Salud Materna en la DIRIS Lima Norte, implementar un programa de fortalecimiento de competencias psicológicas dirigido a los profesionales obstetras, cuyo propósito sea favorecer las capacidades de intercomunicación y el manejo de las emociones durante la atención.
- Al médico jefe y equipo de gestión del CMI. SANTA LUZMILA II, en conjunto con la jefa del servicio de Obstetricia, fomentar el desarrollo de talleres en habilidades blandas, que permitan la identificación de áreas de mejora en el desarrollo personal y potenciar las fortalezas de las obstetras para la atención de las gestantes en un periodo trascendental como el parto.
- Al equipo de Obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, desarrollar un espacio de mejora continua entre pares, como los *focus group*, orientado a propiciar y fortalecer la humanización del parto, a través de un proceso de reconocimiento y desarrollo de cualidades, como la empatía y asertividad, que contribuyan a brindar una atención de calidad y calidez.
- Al profesional obstetra, propiciar y liderar la humanización del parto y el respeto a los derechos de las mujeres durante este proceso, por medio de la consolidación de relaciones efectivas de largo plazo con las gestantes basado en la gestión de las emociones propias del profesional y de la regulación del accionar durante las atenciones prenatales.

REFERENCIAS

- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164–170.
- American Association of Colleges of Nursing. (1995). *Model for differentiated Nursing Practice*. Washington.
- Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(6), 321–326.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2013). Death Attitudes and Emotional Intelligence in Nursing Students. . *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 66(1), 39–55.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2014a). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*, 34(4), 520–525.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2014b). Perceived emotional intelligence in nursing: psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7–8), 955–966.
- Austin, E., Saklofske, D., & Mastoras, S. (2010). Emotional intelligence, coping and exam-related stress in Canadian undergraduate students. *Australian Journal of Psychology*, 62, 42–50.
- Bauld, R., & Brown, R. F. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160–165.
- Belanger, F., Lewis, T., Kasper, G. M., Smith, W. J., & Harrington, K. V. (2007). Are Computing Students Different? An Analysis of Coping Strategies and Emotional Intelligence. *IEEE Transactions on Education*, 50(3), 188–196.
- Bellack, J. P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient? *Journal of*

Nursing Education, 38(1), 3–4.

- Bravo Jesús, M. E. (2016). Inteligencia Emocional Percibida y satisfacción laboral de los profesionales de Enfermería del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Huánuco-2014”
- Chan, D. (2008). Emotional intelligence, self-efficacy, and coping among Chinese prospective and in-service teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 28(4), 397–408.
- Chan, M., Creedy, D., Chua, T., & Lim, C. (2011). Exploring the psychological health related profile of nursing students in Singapore: a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3553–3560.
- Christopher, G., & Thomas, M. (2009). Social problem solving in chronic fatigue syndrome: Preliminary findings. *Stress and Health*, 25(2), 161–169.
- Chuang, S. C. (2007). Sadder but Wiser or Happier and Smarter? A Demonstration of Judgment and Decision Making. *The Journal of Psychology*, 141(1), 63–76.
- Chucos Urcuhuaranga, Y. P. (2017). Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016.
- Cortez, M. (2014). *Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP - año 2013*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797–812.
- Downey, L., Johnston, P., Hansen, K., Birney, J., & Stough, C. (2010). Investigating the mediating effects of emotional intelligence and coping on problem behaviours in adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 62(1), 20–29.
- Eiser, J. (1988). *Psicología social, actitudes, cognición y conducta social* (M. Graw-Hill, Ed.). México.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–

854.

- Escamilla, M., Rodríguez, I., & González, G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96–101.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., & Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros En Psicología Social*, 1(5), 260–265.
- Fazio, R. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. In A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, & A. G. Greenwald (Eds.), *The third Ohio State University Vol. on attitudes and persuasion. Attitude structure and function*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Fazio, R. (1990). Multiple Processes by which Attitudes Guide Behavior: The Mode Model as an Integrative Framework. , 75–109. *Advances in Experimental Social Psychology*, 23, 75–109.
- Fazio, R., & Olson, M. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and uses. *Annual Review of Psychology*, 54, 297–327.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., & Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. In *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., & Extremera, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., & Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1–5.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26(3), 309–317.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: the theory of Multiple intelligences*. New York: Basic Books.

- Giménez, A. (2002). La comunicación. Más allá de las palabras. In P. Fernández-Berrocal & N. Ramos (Eds.), *Corazones Inteligentes*. Barcelona: Kairos.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Brcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998a). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998b). *Working with emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- Gottlied, B. H. (1997). Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress*. Nueva York: Plenum.
- Hernandez, R., Fernández, R., & Baptista, P. (2012). *Metodología de la Investigación* (Sexta Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hurley, J. (2008). The necessity, barriers and ways forward to meet user-based needs for emotionally intelligent nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(5), 379–385.
- Jones, M., & Johnston, D. (2006). Is the introduction of a student-centred, problem-based curriculum associated with improvements in student nurse well-being and performance?. An observational study of effect. *International Journal of Nursing Studies*, 43(8), 941–952.
- Jordan, P., Ashkanasy, N., & Hartel, C. (2002). Emotional intelligence as a moderator of emotional and behavioral reactions to job insecurity. *Academy of Management Review*, 27(3), 361–372.
- Killgore, W., Kahn, E., Lipizzi, E., Newman, R., Kamimori, G., & Balkin, T. (2008). Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. *Sleep Medicine*, 9, 517–526.
- Kruger, J. (2009). Emotional intelligence: Possible E-Link. *IADIS International Conference E-Learning*, 1, 107–114.
- Kulikowska, A., & Pokorski, M. (2008). Self-injuries in adolescents: Social competence, emotional intelligence, and stigmatization. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 9(suppl. 6), 383–392.
- Law, K., Wong, C., & Song, L. (2004). The Construct and Criterion Validity of

- Emotional Intelligence and Its Potential Utility for Management Studies. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 483–496.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3–13.
- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29–41.
- López, A., Martín, M., Rodríguez, R., Rosa, R., & Sánchez, M. (2002). Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. *Revista Matronas Profesión*, 10, 32–39.
- Macías, A., Gutiérrez, C., Carmona, F., & Crespillo, D. (2016). Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Atención Primaria*, 48(5), 301–307.
- Martínez, A., Piqueras, J., & Inglés, C. (2014). *Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés*. España: Alcantarilla.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554–564.
- Mikolajczak, M., Nelis, D., Hansenne, M., & Quoidbach, J. (2008). If you can regulate sadness, you can probably regulate shame: Associations between trait emotional intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1356–1368.
- Mikolajczak, M., Petrides, K., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181–193.
- Mikulic, I. M., Caballero, R., & Crespi, M. (2014). Adaptación argentina del test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT v 2.0). *Anuario de Investigaciones*, 20(1), 377-386. Recuperado de <http://www.aacademica.org/romina.caballero/23.pdf>

- Ministerio de Salud. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de salud*. Lima: MINSAs.
- Montes, B., & Augusto, J. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(2), 163–171.
- Moreno, B., Garrosa, E., Losada, M., Morante, M., & Rodríguez, R. (2004). Competencia emocional y salud. *Encuentros En Psicología Social*, 2(1), 271–279.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., ... Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51(2), 77–101.
- Nwankwo B, Obi T, Sydney-Aggor N, Agu S, Aboh J. (2013). Relationship between emotional intelligence and job satisfaction among health workers.. *J Nurs Health Sci*, 2, 19-23.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Embarazo y parto. Retrieved January 2, 2016, from http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/es/
- Pau, A., Croucher, R., Sohanpal, R., Muirhead, V., & Seymour, K. (2004). Emotional intelligence and stress coping in dental undergraduates - A qualitative study. *British Dental Journal*, 197(4), 205–209.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85–112.
- Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*, 31(8), 855–860.
- Puigbó, J.; Edo, T; Rovira, T; Limonero, J & Fernandez-Castro, J.. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano. SEAS [En línea]. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113479371830112X>
- Reeves, A. (2005). Emotional intelligence: recognizing and regulating emotions. *Journal Of The American Association Of Occupational Health Nurses*, 53(4),

172–176.

- Rogers, P., Qualter, P., Phelps, G., & Gardner, K. (2006). Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1089–1105.
- Saklofske, D., Austin, E., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 491–502.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211.
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C., Palfai, T., & Pennebaker, J. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale Emotion, disclosure, & health*. Washington: American Psychological Association.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A., & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology & Health*, 17(5), 611–627.
- Schutte, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N., & Rooke, S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(921–933).
- Smith, R. E. (1986). Towards a cognitive-affective model of athletic burnout. *Journal of Sport Psychology*, 8, 36–50.
- Torrealba, L. (2013). Actitud del personal de Enfermería durante el cuidado ofrecido a la paciente obstétrica. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*, 1–6.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D., & Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*, 18(1), 89–94.
- Watson, R., Dreary, I., Thompson, D., & Li, G. (2008). A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1534–1542.

- Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 43–73). Nueva York: Plenum.
- Wong, C., & Law, K. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 243–274.
- Zanna, M., & Rempel, J. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. In D. Bar-Tal & a. W. Kruglanski (Eds.), *The social psychology of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXOS

Anexo n° 1: Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“inteligencia emocional percibida y la actitud de la obstetra ante el cuidado de gestantes en situación de parto. Centro Materno Infantil Santa Luzmila II-Comas, 2019”

ENCUESTA

A. TMMS-24 de Fernández-Berrocal et al. (2004)

Instrucciones: A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproximaría a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1. Nada de Acuerdo (NA)
2. Algo de Acuerdo (AA)
3. Bastante de acuerdo (BA)
4. Muy de Acuerdo (MA)
5. Totalmente de acuerdo (TA)

A	INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA	NA	AA	BA	MA	TA
1	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5

14	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5
B. ACTITUD OBSTETRA DURANTE EL PARTO						
25	En la atención del parto la misión es proporcionar bienestar siendo creativa, sensible y apreciando lo que la gestante, decide, permite o hace para tener éxito en el parto.	1	2	3	4	5
26	En la atención del parto es absolutamente necesario mostrar siempre compasión, compromiso y estar dispuesta a ayudar a resolver los problemas y disipar las dudas.	1	2	3	4	5
27	Todas las gestantes en parto deben ser aceptadas con tolerancia y asertividad porque tienen los mismos derechos de gozar de los recursos de la atención del parto.	1	2	3	4	5
28	Siempre muestro confianza, independencia, autodisciplina y autonomía profesional porque soy muy capaz en el ejercicio de mi profesión	1	2	3	4	5
29	Conozco el valor singular de todo ser humano por eso trato a las gestantes en situación de parto con respeto y consideración y reconozco que tienen derecho a su privacidad y confidencialidad en la atención.	1	2	3	4	5
30	Siempre es de justicia tratar todos los casos con objetividad e integridad profesional, sobre todo en lo que respecta a la información que debe recibir la gestante en parto y sus familiares.	1	2	3	4	5
31	Toda mujer de parto tiene derecho a ser atendida con autenticidad (de acuerdo a su caso), responsabilidad y honestidad.	1	2	3	4	5
32	La gestante en situación de parto tiene derecho a gozar de un buen confort y tolerancia si piensa diferente a los profesionales de salud que la atienden.	1	2	3	4	5
33	Siempre es necesario estar disponible a colaborar y trabajar en equipo para garantizar el éxito del parto y salud de madre y el recién nacido.	1	2	3	4	5
34	Es necesario documentar los casos con comprensión y honestidad.	1	2	3	4	5
35	Los datos para el registro en la historia clínica y el SIP deben ser suficientemente claros y precisos.	1	2	3	4	5
36	El proporcionar cuidados basados en las necesidades individuales de las gestantes debe ser una de las políticas prioritarias de la Obstetra.	1	2	3	4	5

Anexo n° 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“Inteligencia emocional percibida y la actitud de la obstetra ante el cuidado de gestantes en situación de parto. Centro Materno Infantil Santa Luzmila II-Comas, 2019”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por la Bachiller TAKEMI SURU ROMERO VILCHEZ, de la Universidad Privada del Norte.

La meta de este estudio es: Determinar la relación entre la Inteligencia Emocional Percibida con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2020.

Estimada Obstetra:

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas y/o cuestionarios de esta investigación. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas brindadas en esta encuesta serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto de investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en dicho estudio. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la participación del mismo le parece incómoda o innecesaria responderla, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador. Por lo tanto, se agradece su colaboración en este estudio.

Apartado del participante:

Su firma en este documento significa que ha decidido participar en este estudio después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento:

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la relación entre la Inteligencia Emocional Percibida con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II en Comas, por lo tanto, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Bachiller de Obstetricia Takemi Suru Romero Vilchez.

Firma del Obstetra

Firma del autor

Anexo n° 3: Matriz de consistencia

Título: “Inteligencia emocional percibida y la actitud de la obstetra ante el cuidado de gestantes en situación de parto. Centro Materno Infantil Santa Luzmila II-Comas, 2019”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
			VARIABLE	DIMENSIONES	
Problema General	Objetivo General	Hipótesis alterna (Hi): Existe relación significativa entre la Inteligencia Emocional Percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto, en el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II de Comas, 2019. Hipótesis nula (Ho): No existe relación significativa entre la Inteligencia Emocional Percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto, en el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II de Comas, 2019.	Inteligencia Emocional percibida	Atención emocional	Tipo y Diseño de estudio Observacional, de correlaciones y transversal. Población Fueron las 15 Obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, 2019. Muestra Fueron las 15 Obstetras del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, 2019. Muestreo No probabilístico Técnica Encuesta auto aplicado Instrumento Cuestionario tipo Likert. Técnicas estadísticas Frecuencias y porcentajes, prueba de Shapiro-Wilk y correlación de Pearson.
¿Cuál es la relación entre la Inteligencia Emocional Percibida con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019?	Determinar la relación entre la Inteligencia Emocional Percibida con la actitud de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto en Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, Lima 2019.			Claridad emocional	
Problemas específicos	Objetivos específicos		Actitud ante el cuidado de gestantes en situación de parto	Reparación emocional	
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la relación entre la atención, como componente de la Inteligencia Emocional Percibida con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto? - ¿Cuál es la relación entre la claridad, como componente de la Inteligencia Emocional Percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto? - ¿Cuál es la relación entre la reparación, como componente de la Inteligencia Emocional Percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto? 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la relación entre la atención, como componente de la inteligencia emocional percibida con las actitudes de las obstetras en situación de parto. - Identificar la relación entre la claridad, como componente de la inteligencia emocional percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto. - Identificar la relación entre la reparación, como componente de la inteligencia emocional percibida, con las actitudes de las obstetras ante el cuidado de gestantes en situación de parto. 			-----	

Anexo n° 4: Autorización institucional

	PERU	Ministerio de Salud	Comisariato de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte
---	-------------	----------------------------	---	--

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

MEMORANDO N° 4325 -2019- Minsa/DIRIS.LN/3

A : MC Gisela Díaz Cardenas
Médico Jefe del C.S.M.I. Santa Luzmila II

Asunto : Facilidades para trabajo de Investigación

Referencia : Exp. 48394-2019

Fecha : Independencia, 31 DIC. 2019

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y en atención al documento de la referencia, sírvase brindar las facilidades necesarias a la Srta. Romero Vilchez Takemi Suru, Bachiller de la Carrera Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada del Norte SAC, para que pueda desarrollar su proyecto de investigación que lleva como título "Inteligencia emocional percibida y la actitud de la Obstetra ante el cuidado de gestantes en situación de parto, Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas – Lima, 2019".

Agradeciendo la atención al presente, me despido de Usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

 ING. CARLOS ALBERTO HURTADO CHANCOLLA
 JEFE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
 C/P 217733

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 CMI SANTA LUZMILA II
RECIBIDO
 FECHA: 07 ENE. 2020
 HORA: FIRMA: 

CAHCHIA/MB/mcb
c.c. Archivo

www.dirislimanorte.gob.pe

Calle A Mz. 02 Lte. 03
Asc. Víctor Raúl Haya De La Torre. Independencia.
Lima 28, Perú
Teléfono: 201-1340

EL PERÚ PRIMERO