



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL**

Inteligencia Emocional de las mujeres, durante la lactancia materna del neonato pretérmino.

Presenta

L.E. Susana Reyes Trejo

Director de Tesis

Dra. DPH. Rosario Barrera Gálvez

Co-director de tesis

Dr. José Arias Rico

Enero, 2022



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL**

**Inteligencia Emocional de las mujeres, durante la
lactancia materna del neonato pretérmino.**

Presenta

L.E. Susana Reyes Trejo

ATENTAMENTE

**Pachuca, Hgo., enero de 2022
"Amor, Orden y Progreso"**

Sinodales

Presidente Dra. en DPH. Rosario Barrera Gálvez
Secretario Dr. José Arias Rico
Vocal 1 MCE. Olga Rocío Flores Chávez
Vocal 2 MCE Reyna Cristina Jiménez Sánchez
Vocal 3 Dr. José Javier Cuevas Cancino



Ex Hacienda la Concepción S/N. Pachuca, Hgo. Cp. 42160, Teléfono 7717172000 ext 4323



Oficio de Autorización



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Enfermería
Department of Nursing

10/diciembre/2021.
Of. Núm. 708.

Asunto: Autorización de Impresión.

M. en C. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO
DIRECTOR DE ADMINISTRACION ESCOLAR
Head Of The General Department Of Admissions And Enrollment Services.

Por este conducto le comunico que la LIC. ENF. Susana Reyes Trejo con número de cuenta 173513 ha concluido satisfactoriamente la TESIS con el Título ***INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LAS MUJERES, DURANTE LA LACTANCIA MATERNA DEL NEONATO PRE TERMINÓ.**, siendo Directora de Tesis la DRA. DPH. ROSARIO BARRERA GÁLVEZ, por lo que procede su impresión.

Sin más por el momento y con el orgullo de ser universitario, reciba un cordial saludo



DEFINITIVAMENTE
ORDEN Y PROGRESO
Años
UAEH
M. en C. REYNA CRISTINA JIMENEZ SANCHEZ
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
Head of the Department of Nursing



DRA. DPH. ROSARIO BARRERA GÁLVEZ.
DIRECTORA DE TESIS

RCJ/S/PVL



Grupo Ex Hacienda La Concepción S/N
Carretera Pachuca Actopan
San Agustín Tlaxiaco, Hidalgo, México; C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext. 4323 Y 4324
enfermeria@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a Dios, a mis padres por acompañarme y apoyarme siempre....

A mis ángeles Alex y Aldo que me acompañan desde el cielo....

A mi pequeño Ian, porque cada día es una nueva e impredecible experiencia.

A cada uno de los profesores que me acompañaron en cada paso de mi formación, hasta el día de hoy.

¡Gracias!



Resumen

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. El esfuerzo del área de enfermería es que la paciente se sienta segura y se establezca una dimensión bio-psico-social comprendiendo así las acciones multidisciplinarias con el equipo de salud. Donde se identifica una necesidad que no ha sido cubierta y que existe un nivel de ansiedad, estrés a lo que rodea alguna intervención, por miedo al dolor que puede llegar a experimentar, cambios corporales o la posibilidad de morir de las mujeres que experimenta el parto. En este proceso las mujeres pueden experimentar diferentes sentimientos y emociones que afecten la lactancia materna. **Objetivo:** Identificar la inteligencia emocional de las mujeres, durante la lactancia materna del neonato pretérmino, asegurando la atención integral de la salud de la persona recién nacida. **Metodología:** es de enfoque cuantitativo, descriptivo, con un diseño de estudio no experimental-transversal, ya que se realizó esta prueba de conductas o experiencias a cada individuo con un muestreo a disposición en el Hospital de tercer nivel de Pachuca, Hidalgo. Instrumento que se utilizó fue: "Test de Inteligencia Emocional (IE) de Daniel Goleman, con 5 Dimensiones con 12 ítems, cada una. **Resultados:** el 74.2% de las madres encuestadas se encuentran viviendo con el padre de su recién nacido, a diferencia del 25.8% de las mujeres que se encuentran solas con su recién nacido; De un total de 35 madres lactantes se identificó que el 65.7 % de ellas se encuentra en edad reproductiva de bajo riesgo, por lo cual el porcentaje restante 34.3% se encuentran dentro de edad reproductiva de alto riesgo. **Conclusión:** Al finalizar el estudio podemos decir, que las participantes, si generan cambios que expresaron en las respuestas del test de IE al identificarse de manera general una inteligencia emocional Media; esto debido a todo los cambios emocionales a los que se someten una vez que su recién nacido de pre termino se encuentre bien, y es dado de alto en el hospital, es decir, se identificó un nivel de estrés en las madres con bajo autoestima, por otro lado, se pudo ver que las madres lactantes buen autoestima se estresan menos.

Palabras clave: Inteligencia emocional, recién nacido, lactancia.



Abstract

Breastfeeding is the ideal way to provide young children with the nutrients they need for healthy growth and development. The effort of the nursing area is for the patient to feel safe and establish a bio-pisico-social dimension, thus understanding multidisciplinary actions with the health team. Where a need is identified that has not been covered and that there is a level of anxiety, stress surrounding an intervention, for fear of the pain that may be experienced, body changes or the possibility of dying of women who experience childbirth. In this process, women can experience different feelings and emotions that affect breastfeeding. Objective: To identify the emotional intelligence of women during breastfeeding of the preterm newborn, ensuring comprehensive health care for the newborn. Methodology: it has a quantitative, descriptive approach, with a non-experimental-cross-sectional study design, since this test of behaviors or experiences was carried out on each individual with a sample available at the Tertiary Hospital of Pachuca, Hidalgo. Instrument used was: "Emotional Intelligence Test (EI) by Daniel Goleman, with 5 Dimensions with 12 items, each one. Results: 74.2% of the surveyed mothers are living with the father of their newborn, as opposed to 25.8% of the women who are alone with their newborn; Of a total of 35 lactating mothers, it was identified that 65.7% of them are of low-risk reproductive age, for which reason the remaining 34.3% are of high-risk reproductive age. Conclusion: At the end of the study we can say that the participants, if they generate changes that they expressed in the responses of the EI test when a Medium emotional intelligence is generally identified; This is due to all the emotional changes they undergo once their preterm newborn is well, and is discharged from the hospital, that is, a level of stress was identified in mothers with low self-esteem, on the other hand, it could be seen that breastfeeding mothers with good self-esteem stress less.

Keywords: Emotional intelligence, newborn, breastfeeding.



Índice

| | |
|--|----|
| Resumen | 5 |
| Abstract | 6 |
| Índice de Figuras y Gráficos | 9 |
| Índice de Abreviaturas | 10 |
| 1. Introducción..... | 11 |
| 2. Planteamiento del problema de investigación..... | 13 |
| 2.1. Pregunta de investigación | 14 |
| 3. Justificación..... | 15 |
| 4. Objetivos de la investigación | 18 |
| 4. Objetivo General:..... | 18 |
| 5. Objetivos Específicos: | 18 |
| 5. Hipótesis | 18 |
| 6. Marco teórico | 19 |
| 6.1. La Lactancia materna. | 19 |
| 6.1.1. Importancia de la lactancia materna | 19 |
| 6.1.2. Beneficios de la lactancia materna exclusiva | 20 |
| 6.1.3. Beneficios psicológicos..... | 21 |
| 6.1.4. Beneficios económicos | 22 |
| 6.2. Acciones implementadas para la lactancia materna en México. | 22 |
| 6.3. Generalidades de vida de la persona recién nacida durante los primeros seis meses de edad. | 24 |
| 6.3.1. La alimentación complementaria | 26 |
| 6.3.2. Alimentación en circunstancias extremadamente difíciles | 27 |
| 6.4. Inteligencia Emocional..... | 27 |
| 6.5. Depresión posparto. | 32 |
| 7. Marco Referencial | 35 |
| 7.1. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson aplicado en el proceso de la lactancia materna. | 35 |
| 7.1.1. Cuidado de enfermería en el apoyo a la lactancia materna..... | 36 |
| 7.1.2. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson | 36 |
| 7.2 Recién nacido prematuro. | 40 |
| 7.2.1. Clasificación del recién nacido prematuro | 41 |
| 7.2.2 Características clínicas del recién nacido prematuro | 42 |
| 7.3 Estudios relacionados de estrés y ansiedad en la lactancia materna. | 43 |
| 8. Metodología de la investigación. | 45 |
| 8.1 Diseño de investigación. | 45 |
| 8.2 Población..... | 45 |
| 8.3 Muestreo. | 45 |
| 8.4 Límites de Tiempo y Espacio. | 45 |



| | |
|---|----|
| 8.5. Criterios de Selección..... | 46 |
| 8.6 Instrumentos de evaluación..... | 46 |
| 8.7 Recolección de datos | 50 |
| 8.8 Procedimiento para la recolección de datos. | 50 |
| 8.9 Consideraciones éticas y legales | 52 |
| 9. Resultados..... | 52 |
| 9.1 Datos sociodemográficos | 52 |
| 9.2 Datos del Test de Inteligencia Emocional | 58 |
| 10. Conclusiones | 60 |
| 11. Discusión. | 61 |
| Bibliográfica | 63 |
| Anexo “A” Operacionalización de variables..... | 68 |
| Anexo “B” Consentimiento Informado | 69 |
| Anexo “C” Inteligencia Emocional | 70 |
| Anexo “D” Ley General de Salud | 72 |
| Anexo “E” Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial | 74 |



Índice de Figuras y Gráficos

| No. | Título | Página |
|----------------|---|--------|
| Figura No. 1 | Esquema de mediación de la percepción de estrés en la relación IE y bienestar psicológico y balance afectivo. | 17 |
| Figura No. 2 | Componentes del modelo de IE | 32 |
| Figura No.3 | Estructura del cuidado | 40 |
| Tabla No. 1 | Interpretación del Test de Inteligencia Emocional | 49 |
| Figura No. 4 | Proceso para la recolección de datos en la investigación | 50 |
| Gráfica No. 1 | Estado Civil, Estudio 2021 | 52 |
| Gráfica No. 2 | Edad de las madres lactantes, Estudio 2021 | 53 |
| Gráfica No. 3 | ¿Cuál es su ocupación?, Estudio 2021 | 53 |
| Gráfica No. 4 | ¿Padece alguna enfermedad crónico degenerativa?, Estudio 2021 | 54 |
| Gráfica No. 5 | En caso de que la respuesta anterior sea sí. ¿Qué enfermedad padece?, Estudio 2021 | 54 |
| Gráfica No. 6 | ¿Semanas de Gestación de su recién nacido?, Estudio 2021 | 55 |
| Gráfica No. 7 | ¿El recién nacido padece alguna enfermedad crónica?, Estudio 2021 | 55 |
| Gráfica No. 8 | Factores que limitan la lactancia materna, Estudio 2021 | 56 |
| Gráfica No. 9 | ¿Cómo alimenta a su recién nacido?, Estudio 2021 | 56 |
| Gráfica No. 10 | ¿Cuánto tiempo al día, brinda seno materno a su recién nacido?, Estudio 2021 | 57 |
| Tabla. No. 2 | Interpretación del Test de Inteligencia Emocional | 58 |



Índice de Abreviaturas

| Acrónimos y abreviaturas | Definición |
|--------------------------|---|
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| ENIM | Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| DPP | Depresión Pos Parto |
| INSP | Instituto Nacional de Salud Pública |
| ENLM | Estrategia Nacional de Lactancia Materna |
| SSA | Secretaría de Salud |
| NOM | Norma Oficial Mexicana |
| IE | Inteligencia Emocional |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |



1. Introducción

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 3 años o más.

La Organización Mundial de la salud (OMS/UNICEF), en su 55ª Asamblea Mundial refiere que una práctica adecuada de la lactancia materna es fundamental para la supervivencia, el crecimiento y desarrollo de la salud, y de la nutrición de los lactantes y niños en cualquier lugar del mundo. Sin embargo pese a todas las recomendaciones la práctica de la lactancia materna ha disminuido en los últimos tiempos, al respecto (González, 2014) refiere que entre 3000 y 4000 niños mueren al año diariamente de diarrea e infecciones agudas de las vías respiratorias debido a que se ha privado a sus madres de la posibilidad de alimentarlos en forma apropiada.

La lactancia materna tiene un papel importante en la meta de convertir la seguridad alimentaria, en una realidad para los 140 millones de bebés que nacen cada año. Lo que significa el poder obtener suficiente alimento para mantener una vida productiva y saludable hoy y en el futuro, es decir la lactancia materna da total seguridad alimentaria a los infantes, no hay nada más pronto, accesible y nutritivo que la leche materna, un alimento totalmente completo para cada recién nacido hasta los seis meses de edad, ya que ofrece bases para el desarrollo infantil con los nutrientes esenciales y energéticos, ayudando a prevenir la desnutrición y la deficiencia de micronutrientes. La leche materna ofrece esta protección entrando el segundo año de vida y más allá, combinándola con otros alimentos.

La leche materna no sólo beneficia a la madre y al bebé, sino que también a la familia, comunidades y para nuestro planeta. Sin embargo, Solamente alrededor del 40% de los niños y niñas en el mundo reciben leche materna durante 6 meses; así en el África Subsahariana es de 28%, en el Medio Oriente y Norte de África 37%, en el Sur de Asia 36%, en el Este asiático y pacífico 54%, en la comunidad europea



y estados bálticos 14%. En Latinoamérica y El Caribe 38% reciben lactancia materna exclusiva, Venezuela con un 7%, Jamaica 15%, Cuba 26%, Panamá y El Salvador con 25%, Honduras 30%, Ecuador 40%, Bolivia con 54%, Chile y Perú con 63%.

En México, la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de los bebés remontó y se duplicó en los últimos tres años, pasando de 14.4% en 2012 (ENSANUT 2012) a 30.8% en 2015 (ENSANUT 2015), aunque se trata de un avance, no es suficiente para lograr cumplir con el derecho que tienen todos los niños y las niñas a una buena nutrición desde su nacimiento queda mucho por hacer ya que solo la mitad de todos los recién nacidos reciben lactancia materna en la primera hora de vida (51%) (ENIM 2015). Sólo el 31% de los bebés son alimentados con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

El 45.8% de las niñas y niños reciben lactancia materna continua durante sus primeros seis meses de vida y solo el 24.4% hasta los dos años de edad (ENIM 2015). El número de niños que muere en México podría ser hasta 5 veces menor con algo tan sencillo, como dar exclusivamente leche materna al recién nacido durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente, complementada con otros alimentos hasta los dos años de edad.

Según la ENSANUT 2012, tan solo 1 de cada 10 mujeres que trabajan amamantan a sus bebés. El periodo de mayor reducción en la lactancia materna exclusiva se da entre los 2 y 4 meses, ya que muchas mujeres se reintegran en este periodo al trabajo. (México, 2018).

La mujer después de haber pasado por el alumbramiento de su bebé, maneja diferentes emociones que pueden ser reflejadas en la persona recién nacida, en esta investigación verificaremos la inteligencia emocional de la mujer durante la lactancia materna y su impacto en la persona recién nacida.

Históricamente, los conceptos de inteligencia y emoción se han desarrollado de forma separada, y es el constructor de Inteligencia Emocional (IE) el que permite integrar estos dos aspectos fundamentales del ser humano (P. & Ruiz, 2008). Este concepto implica que las emociones y la razón están interconectadas, discusión que nos remonta a autores como Aristóteles, quien en sus escritos sobre las pasiones aludía a éstas como la motivación para las conductas.



2. Planteamiento del problema de investigación

La enfermería es una disciplina profesional que se caracteriza por el arte del cuidado integral. La acción integral al paciente se genera desde su dimensión bio-psico-social comprendiendo así las acciones multidisciplinarias con el equipo de salud. Hay una necesidad que no ha sido cubierta y que existe un nivel de ansiedad, estrés a lo que rodea alguna intervención, miedo al dolor que puede llegar a experimentar, cambios corporales (mutilaciones) o la posibilidad de morir.

La meta a nivel global dice que, para una óptima salud y nutrición materna e infantil, debe permitirse a todas las mujeres practicar la lactancia materna exclusiva y todos los niños deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad. De ahí en adelante los niños deben continuar siendo alimentados al pecho recibiendo además alimentación complementaria adecuada, segura y apropiada hasta cuando menos los dos años de edad.

Sin embargo, en todo el mundo sigue habiendo bajas tasas de inicio de la lactancia materna y su duración media es corta por abandonos de la madre, lo que condiciona pérdidas de protección de la salud con consecuencias adversas importantes en el recién nacido.

La lactancia favorece en gran medida el vínculo afectivo, entre la madre y la persona recién nacida, el cual se define como un proceso importante que se produce inmediatamente después del nacimiento y durante el cual la madre manifiesta una relación amorosa hacia su hijo(a), a través de las caricias, el calor, lo que favorece la instauración de la lactancia materna exclusiva y prolongación de la misma.

Según ENSANUT 2012 la principal razón que argumentan las madres para no amamantar es la sensación de no tener leche, 37.4%, enfermedad de la madre 13.7% y que el recién nacido no quiso el pecho 11.4%. Sin embargo, con un buen acompañamiento, información y apoyo, los expertos y médicos aseguran que la mayoría de las mujeres podrían lograr y mantener una lactancia materna exitosa. (Instituto Nacional de Salud Pública, UNICEF México, 2015).

La aplicación de esta intervención ayudará a incrementar los conocimientos y mejorar las prácticas sobre lactancia materna logrando beneficios para la madre, el



niño y la niña, familia, comunidad, y al medio ambiente. A corto, mediano y largo plazo.

2.1. Pregunta de investigación

Actualmente existe la NOM (Norma Oficial Mexicana) 007-SSA-2016, que establece para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna”, sin embargo, en México, la promoción de sucedáneos sigue siendo muy alta, sesgada a inadecuada, incluso en los lugares en los que no debería existir, como hospitales y unidades de salud.

El inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan. Específicamente que se debe informar diariamente a la embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna.

Sin embargo, pese a las acciones que se realizan a nivel mundial, nacional, estatal y a nivel local (en los servicios de salud), no se logra incrementar el apego a la lactancia exclusiva por lo menos en los primeros seis meses de edad etapa donde la leche materna es el único alimento que cubre todas las necesidades del niño y la niña.

Por ello, surge la necesidad de aplicar una intervención de enfermería para identificar la inteligencia emocional de las mujeres, sobre la lactancia materna, del neonato de pre término, a través de sus emociones que presenta la madre en la lactancia materna eficaz desde la primera media hora de vida de la persona recién nacida, como lo marca la Norma Oficial Mexicana 007-SSA-2016, promoviendo en dicha intervención los beneficios de la lactancia materna en los primeros seis meses.

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es nivel de inteligencia emocional de las mujeres, durante la lactancia materna al neonato pretérmino?



3. Justificación

Platón y Aristóteles reflexionaron en torno a lo que constituye el bienestar o la felicidad, pero ha sido durante las últimas tres décadas cuando el estudio del concepto de calidad de vida ha tomado auge y ha pasado a ser la guía de la planificación centrada en el individuo, la evaluación de resultados y la mejora de la calidad de vida (Schalock & Verdugo 2003).

El bienestar infantil depende de un conjunto de dimensiones (físicas, emocionales y sociales) que afectan no sólo al desarrollo y la calidad de la vida inmediata y tangible de los niños sino también su potencial en términos de desarrollo humano (Ben-Arieh 2008).

La leche humana proporciona la nutrición ideal para cubrir las necesidades cambiantes del lactante para su crecimiento y desarrollo, existen numerosas investigaciones que han demostrado los grandes beneficios de la lactancia materna para los lactantes, las madres, y la sociedad; estos beneficios son usados como argumento para la promoción y cumplimiento de la lactancia materna.

Sin embargo, los niveles de lactancia materna en el mundo han disminuido de manera preocupante. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud, en la mayoría de países de América Latina y el Caribe menos del 50% de los recién nacidos son puestos al pecho en la primera hora después del parto y más del 60% no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta el sexto mes.

La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM), implementada en 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México, muestra que dos de cada tres niños menores de seis meses a nivel nacional no reciben lactancia materna exclusiva, y que persisten retos importantes para hacer cumplir la normatividad vigente sobre lactancia en nuestras instituciones de salud.

La depresión postparto es muy frecuente (5 a 25% durante el primer año tras el parto). No tratada, puede tener efectos negativos en la madre y en el lactante (retraso en desarrollo psicomotor y de peso). La lactancia disminuye el riesgo de hospitalización por trastorno afectivo o psiquiátrico en el primer año tras el parto.

Las mujeres que sufren depresión durante el embarazo necesitan más apoyo a la lactancia por tener más riesgo de abandono precoz de la misma. La mala



adaptación neonatal que se puede presentar tras la toma de inhibidores selectivos de la re-captación de serotonina, de venlafaxina o de mirtazapina, se puede aminorar si los recién nacidos son amamantados. El destete obligado o brusco puede afectar a la autoestima materna

Actualmente existe la NOM (Norma Oficial Mexicana) 007-SSA-2016 que dice en el numeral 5.7 “En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna”, sin embargo, en México, la promoción de sucedáneos sigue siendo muy alta, sesgada a inadecuada, incluso en los lugares en los que no debería existir, como hospitales y unidades de salud.

Se debe informar diariamente a la embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna.

Sin embargo, pese a las acciones que se realizan a nivel mundial, nacional, estatal y a nivel local (en los servicios de salud), no se logra incrementar el apego a la lactancia exclusiva por lo menos en los primeros seis meses de edad etapa donde la leche materna es el único alimento que cubre todas las necesidades del niño y la niña. Por ello surge la necesidad de identificar el nivel de Inteligencia Emocional que presenta la madre durante los primeros 28 días de la persona recién nacida, logrando una lactancia eficaz después de la primera media hora de vida como lo marca la NOM.

Por ello surge la necesidad de aplicar una intervención de enfermería para identificar el nivel de inteligencia emocional que presenta la madre durante la lactancia para lograr una lactancia eficaz desde la primera media hora de vida de la persona recién nacida, como lo marca la Norma Oficial Mexicana 007-SSA-2016, promoviendo en dicha intervención los beneficios de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

Identificando el nivel emocional de la madre permite no llegar a una depresión posparto (DPP) la cual ocurre en 1 de cada 7 mujeres, y puede empezar en cualquier momento durante el primer año de haber dado a luz. Mientras que las madres buscan ayuda para sus problemas de salud mental, es posible también cumplir con las metas de lactancia.



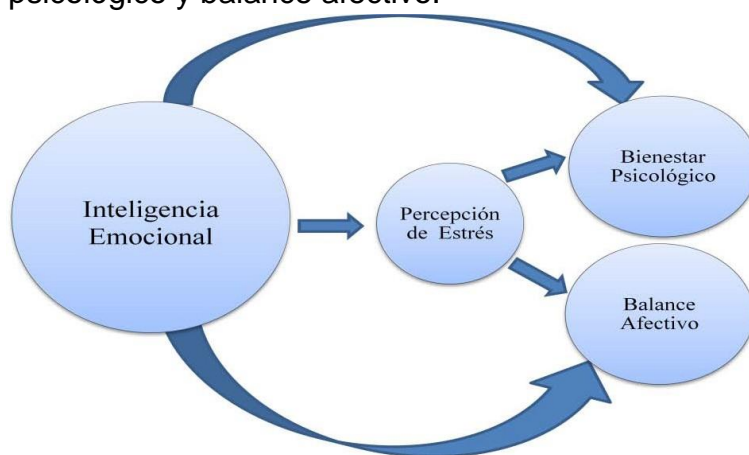
La salud integral de la madre es de suma importancia —no sólo para ella, sino también para el bebé. Sin embargo, una madre que sufre de ansiedad puede no poder satisfacer las necesidades del bebé para crecer y prosperar. Es poco probable que ella lo vea, lo acaricie/mime y que interactúe con su bebé —lo que lo pone en riesgo de sufrir efectos negativos para su salud, tales como:

- Retrasos en el crecimiento/malnutrición
- Retrasos del desarrollo
- Dificultades del sueño
- Problemas emocionales y del comportamiento
- Problemas de aprendizaje

Debido a lo anterior, es de gran importancia identificar desde el principio como se encuentra la madre en el nivel emocional, que garantice un cuidado óptimo a la persona recién nacida.

Dado que la percepción de estrés es una variable que podemos identificar en la madre durante la actividad de la lactancia materna, y que podría afectar a su bienestar personal, y el del recién nacido; para ello se analiza el posible papel mediador de la percepción de estrés de la madre en la relación de la inteligencia emocional y bienestar, tal y como se presenta en la Figura No. 1

Figura No. 1 Esquema de mediación de la percepción de estrés en la relación IE y bienestar psicológico y balance afectivo.



Fuente: Gohm et al., 2005

4. Objetivos de la investigación

4. Objetivo General:

Conocer el nivel de inteligencia emocional de las mujeres, durante la lactancia materna del neonato pretérmino, asegurando la atención integral de la salud de la persona recién nacida.

5. Objetivos Específicos:

1. Identificar la situación actual de la IE, de las madres lactantes.
2. Analizar los datos obtenidos de la encuesta de IE, de las madres lactantes.
3. Analizar los datos de las madres lactantes con enfermedades crónico degenerativas que pueden afectar la lactancia para el recién nacido.
4. Analizar los datos del recién nacido, en caso de padecer alguna enfermedad crónico degenerativa.
5. Realizar una correlación de los datos.

5. Hipótesis

Hipótesis (Ha)

La inteligencia emocional de la madre influye en el apego de la lactancia materna al recién nacido.

Hipótesis Nula (Ho)

La inteligencia emocional de la madre no influye en el apego de la lactancia materna al recién nacido.



6. Marco teórico

6.1. La Lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la lactancia materna exclusiva, como la ingesta de leche materna pura, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie.

6.1.1. Importancia de la lactancia materna

La leche materna exclusiva es el único alimento que el niño necesita hasta cumplir los seis meses de edad. No hay leche evaporada o maternizada que pueda competir con ella. La leche humana está hecha para humanos y contiene todas las proteínas, minerales, calorías y grasas que él bebé necesita.

En investigaciones realizadas en laboratorios en todo el mundo, se ha examinado minuciosamente el contenido de la leche materna y se han determinado los requerimientos nutricionales del niño en sus primeros meses de vida. Los resultados han demostrado que el contenido alimenticio de esta leche cubre todas las necesidades del bebé, por lo menos hasta los seis meses de edad, posterior a esta edad el niño debe comenzar a recibir otros alimentos complementarios, pero debe seguir mamando hasta el segundo año o más.

Durante los seis meses la madre produce la cantidad y calidad de alimento que su hijo necesita, pero además la leche que produce es limpia, libre de bacterias, mantiene la temperatura correcta y no tiene costo alguno. Es tan perfecto el mecanismo de producción de leche materna que se ha probado que ella es de buena calidad, aun cuando la madre no esté bien alimentada. Solo en casos extremos de malnutrición materna esa leche se ve afectada. Pero si la madre recibe suplementos alimenticios su leche mejora.

También es cierto que dar de lactar puede contribuir a espaciar los nacimientos de otros hijos. La succión del bebé demora el regreso de la menstruación y, por tanto, distancia el riesgo de un nuevo embarazo es decir forma parte integral en el proceso reproductivo, con repercusiones importante en la salud de la madre. (OMS, 2018)



6.1.2. Beneficios de la lactancia materna exclusiva

Es un elemento clave para asegurar la supervivencia de niños y niñas y garantizar su desarrollo. La lactancia materna es el mejor alimento que un bebé puede tener. La lactancia debe iniciarse al momento del nacimiento y mantenerse de forma exclusiva hasta los seis meses de edad. Posteriormente, debe complementarse con otros alimentos, pero continuar hasta los 2 años.

La lactancia materna beneficia la salud física y emocional de niñas, niños y madres, independientemente del contexto económico y social en el que vivan. La lactancia exclusiva en los primeros seis meses ayuda a disminuir la incidencia de asma, alergias, enfermedades respiratorias e infecciones del oído, gastrointestinales y urinarias. El inicio temprano de la lactancia (en la primera hora después del parto) reduce la mortalidad neonatal en un 22%.

A largo plazo, la lactancia favorece el desarrollo cognitivo y previene el desarrollo de obesidad, diabetes, cáncer y colesterol alto. Además, está relacionada con ahorros económicos sustanciales para la familia, porque evita el gasto en formulas, biberones, consultas médicas y medicamentos. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015).

Beneficios para el bebé:

- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Desarrollo de una personalidad más segura e independiente.
- Protección contra algunas formas de cáncer.
- Menor incidencia de desnutrición infantil.
- Nutrición óptima, especialmente del sistema nervioso central. La leche materna también es la alimentación adecuada para los bebés prematuros.
- Menor incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal.
- Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del recién nacido.
- Menor incidencia de muerte súbita del lactante
- Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas
- Menor incidencia de infecciones respiratorias y digestivas
- Menor incidencia de enfermedad Celíaca
- Menor incidencia de infección urinaria
- Protección contra diabetes mellitus, contra obesidad e hipercolesterolemia
- Protección contra infecciones del oído medio



- Menor incidencia de problemas dentales y de mal oclusión
- Asociación con mayor nivel de inteligencia
- Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad de defenderse rápidamente contra las enfermedades
- Menor incidencia de maltrato infantil y mayor capacidad de defenderse rápidamente contra las enfermedades.
- No requiere suplemento vitamínico ni mineral, agua ni otros alimentos mientras tome pecho exclusivo
- Menor incidencia de eczemas y otras afecciones de la piel
- Menor incidencia de enfermedades como colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. (Lowdemick D, 2013).

Beneficios para la madre:

1. Refuerza la autoestima dando satisfacción emocional a la madre
2. Menor sangrado posparto
3. Menor riesgo subsiguiente de anemias
4. Mayor espaciamiento entre embarazos
5. Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico
6. Menor depresión posparto
7. Más rápida recuperación física
8. Mayor practicidad para la alimentación nocturna.
9. Ayuda a estabilizar la silueta, al utilizar los depósitos de grasa de reserva posparto para producir leche. (Krochik, 2010).

6.1.3. Beneficios psicológicos

Los beneficios psicológicos tanto para la madre como para el lactante es que crea lazos de afecto entre ambos, para el lactante también el contacto físico ayuda a sentirse más protegido, abrigado y consolado, y para la madre confianza en sí misma y cercanía con su hijo. El contacto emocional del recién nacido desarrolla la parte psicoactiva, la parte emocional y la parte cognitiva.

Además, en los niños que salen muy irritados en el parto, el contacto con la piel de la madre les calma y hace disminuir el llanto. Y en los niños que nacen más adormecidos, que les cuesta más adaptarse al medio externo, notamos que en el momento en el que se les pone en contacto con la piel de la madre empiezan a estar más reactivos a empezar a colaborar en el inicio de la lactancia. Esta es una de las



muchas razones por la cual la madre debe amamantar a su hijo, además de que es un derecho que tiene el recién nacido.

6.1.4. Beneficios económicos

Existen beneficios económicos ya que para adquirir la leche materna no es necesario realizar un gasto monetario, ya que es gratuita, está en las óptimas condiciones, en la temperatura correcta, y mientras esté dentro del pecho de la madre no se vencerá, lo que garantizará alimento suficiente para el niño.

Amamantar ahorra tiempo y dinero. La madre no tiene que comprar la leche con lo que ahorra en dinero y en tiempo. Además, no tiene que medir, mezclar y calentar la leche artificial. Tampoco tiene que lavar y esterilizar biberones y tetinas. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015)

6.2. Acciones implementadas para la lactancia materna en México.

La Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), surge de la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna hasta los dos años de edad.

Es resultado del trabajo interinstitucional e intersectorial, para incluir en los objetivos, actividades e indicadores, a todos los actores involucrados en la tarea de la promoción y protección de los derechos de las mujeres a amamantar y de las niñas y niños a recibir el mejor alimento: la leche humana.

La Estrategia Nacional, es el instrumento de la política pública mexicana en materia de lactancia materna, que nos permitirá alinearnos y coordinadamente avanzar, para que sea una intervención efectiva que contribuya al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relacionados con la reducción de la mortalidad infantil, cero hambre y cero malnutrición infantil; además de coadyuvar en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y enfermedades cardiovasculares, que representan un problema grave de salud pública en nuestro país y para las cuales, la lactancia materna hasta los dos años o más, representa una alternativa de prevención con evidencia científica, al favorecer la programación epigenómica de las niñas y los niños lactantes alimentados con leche humana.



El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2000-2006 en el componente sustantivo de parto y puerperio seguros establece la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; en el componente estratégico de Fortalecimiento de la estructura de los servicios se incluyó acreditar las unidades de salud como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre y como Hospitales Sí Mujer que implementaban evaluar la práctica y fomento de la lactancia materna.

En 2006 la lactancia materna se mantiene con acciones discretas de promoción de la lactancia materna exclusiva y los resultados obtenidos hasta ese año fueron:

- Había 767 hospitales certificados como Hospital Amigo del Niño y de la Madre, de los cuales se recertificaron 352.
- Se establecieron con 12 sedes regionales de capacitación, que han disminuido su actividad, debido a que en la Semana Mundial de la Lactancia Materna en todos los hospitales se realiza un curso conmemorativo.
- Se observa que son necesarios los cursos de actualización para aprovechar los materiales que la OMS estaba generando.

Por otro lado, en el Programa Nacional de Desarrollo incluye estas acciones en el Eje México Incluyente, el fomento a la práctica de la lactancia está considerado en el programa Sectorial de Salud 2013-2018, en el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, del que se deriva la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, que se presentó en breve en el Comité de Arranque Parejo en la Vida.

La importancia de la estrategia de lactancia materna representa la mejoría en el estado de salud y nutrición de las niñas y niños mexicanos, condiciones esenciales para su óptimo crecimiento y desarrollo, además de los beneficios que representa para la salud en edades posteriores, al reducir el riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes.

También brinda la posibilidad de ahorros a los servicios de salud y a las familias en dos sentidos; el primero, al disminuir el número de atenciones médicas y hospitalizaciones, pues las niñas y niños alimentados con leche materna en forma exclusiva los primeros seis meses y en forma complementaria hasta los dos años de edad, son más sanos y el segundo, al reducir los gastos por biberones, esterilizadores y fórmulas artificiales.



A pesar de que el amamantamiento natural es una intervención con mayor evidencia científica para la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, y de los esfuerzos realizados anteriormente, aún no se han conseguido los avances esperados.

6.3. Generalidades de vida de la persona recién nacida durante los primeros seis meses de edad.

La cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

Una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de más de 820,000 menores de 5 años todos los años.

La OMS y el UNICEF recomiendan:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida;
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.

Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014.

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados.

El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte



por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

Los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad. Además, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela.

La lactancia materna se asocia a mayores ingresos en la vida adulta. La mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costos sanitarios gracias a la lactancia materna generan beneficios económicos para las familias y también para los países.

La mayor duración de la lactancia materna también contribuye a la salud y el bienestar de las madres. Reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama y ayuda a espaciar los embarazos, ya que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea. Se trata de un método anticonceptivo natural (aunque no exento de fallos) denominado Método de Amenorrea de la Lactancia.

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. Entre las medidas que ayudan a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna destacan:

La adopción de políticas como el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la Protección de la Maternidad (No. 183) o la recomendación No. 191 que complementa dicho convenio postulando una mayor duración de la baja y mayores beneficios.

El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.



La aplicación de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural que se especifican en la iniciativa “Hospitales amigos del niño”, tales como:

- El apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones.
- El apoyo de la comunidad, como pueden ser grupos de apoyo a las madres o actividades comunitarias de promoción de la salud y educación sanitaria.

Las prácticas de lactancia materna responden muy bien a las intervenciones de apoyo, y es posible mejorar en pocos años la prevalencia de la lactancia exclusivamente materna y su continuidad.

6.3.1. La alimentación complementaria

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado.

Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.



- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

6.3.2. Alimentación en circunstancias extremadamente difíciles

Las familias y los niños en circunstancias difíciles necesitan una atención especial y apoyo práctico. Siempre que sea posible, las madres y los niños deben permanecer juntos y tener el apoyo que necesiten para recibir la opción alimentaria más apropiada entre las disponibles. La lactancia materna sigue siendo la modalidad de alimentación preferida en casi todas las circunstancias difíciles, tales como:

- lactantes prematuros o con bajo peso al nacer;
- madres infectadas por el VIH;
- madres adolescentes;
- lactantes y niños pequeños malnutridos;
- familias que estén sufriendo las consecuencias de emergencias complejas;

6.4. Inteligencia Emocional.

La Inteligencia Emocional (IE) es un término reciente que refleja la fusión de la razón y el corazón. No obstante, históricamente ambos conceptos se han desarrollado de forma separada, y es este constructo de IE el que permite integrar estos dos aspectos fundamentales de la persona, la inteligencia y la emoción (Fernández-Berrocal y Ramos, 2002).

En la actualidad, los aspectos racionales y emocionales comienzan a relacionarse asumiendo que no se trata de dos polos opuestos, sino que son sistemas complementarios. Al igual que las emociones van a influir en nuestros pensamientos, nuestros procesos cognitivos van a influir en nuestros estados emocionales (Mayer, Salovey, Caruso y Cherkasskiy, 2011).

En los últimos tiempos, son numerosos los investigadores que se han ido convenciendo de que el estudio de las emociones ayuda a explicar el



comportamiento humano de forma más adecuada. De hecho, se han producido grandes cambios en el estudio de las emociones en las últimas décadas (Fernández-Abascal y Jiménez, 2000).

Si bien las emociones han estado con nosotros desde el principio, no siempre les ha sido otorgado el mismo papel en la vida del ser humano. Así pues, dentro del ámbito de la psicología, el cognitivismo sostiene que las emociones dependen de la razón, por tanto, son el producto de nuestras interpretaciones del entorno.

El conductismo considera que no es necesario conocer el mundo de los afectos para conocer y predecir el comportamiento humano (Binet & Simon, 1980) (Damasio, 1994). Sin embargo, la corriente evolucionista, cuyo referente es Darwin, considera las emociones como procesos adaptativos que posibilitan la supervivencia de la especie y en esta línea ya en 1872 el autor Charles Darwin en su trabajo “La expresión de las emociones en los animales y en los hombres”, argumentaba como las emociones nos han permitido la adaptación al medio y por tanto la supervivencia.

Por otro lado, el estudio de la inteligencia, comenzó a principios del siglo XX, aunque desde sus inicios se considera la posibilidad de incluir habilidades no cognitivas dentro del concepto de inteligencia, no es hasta 1920 con Thorndike, cuando se describe la inteligencia social – habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres a actuar sabiamente en las relaciones humanas- y es incluida como un componente esencial de la inteligencia. Este autor entendió la inteligencia humana como una capacidad constituida por diferentes tipos de habilidades: la inteligencia abstracta –habilidad para manejar ideas-, y la inteligencia mecánica – habilidad para manejar objetos- (Thorndike, 1920).

Gardner publica en 1983 “Frames of Mind”, donde reformula el concepto de inteligencia y propone una teoría multidimensional: la teoría de las Inteligencias Múltiples. Gardner sostiene que poseemos diferentes tipos de inteligencias relativamente independientes unas de otras y sugiere la existencia de siete tipos de inteligencias.

Se establece, por tanto, que la inteligencia no está ceñida a los procesos cognitivos y propone, dentro de las múltiples inteligencias, la inteligencia intrapersonal e interpersonal, los dos tipos de inteligencias que presentan mayor interés en el estudio de la IE. Ambas configuran la inteligencia personal, y por tanto, son las que



mayor influencia tienen en la capacidad de adaptación de la persona. El autor las define de la siguiente forma (Gardner, 1983).

- La Inteligencia Interpersonal, se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimos, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado.
- La Inteligencia Intrapersonal, es el conocimiento de los aspectos internos de la persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerles un nombre y recurrir a ellas como medio de interpretar y orientar la propia conducta.

Posteriormente en 1985, el psicólogo norteamericano Robert J. Sternberg, defiende la existencia de tres tipos de inteligencia, dando lugar a su teoría triárquica de la inteligencia. El primer tipo de inteligencia es la analítica, que permite evaluar, comparar y asociar hechos o conocimientos. El segundo es la creativa, que nos capacita para descubrir, imaginar y proyectar ideas o planes.

Por último, la faceta práctica resulta indispensable a la hora de ejecutar, implementar y activar esas decisiones o proyectos, por lo que será esta última, la que más relación tiene con la IE, puesto que contiene la ejecución de los pensamientos (Sternberg, 1984). Las definiciones de la inteligencia intrapersonal e interpersonal de Gardner, y la definición de la inteligencia práctica de Sternberg, se conforman como los antecedentes más relacionados y directos de la IE.

Como término, la IE apareció varias veces en la literatura con el objetivo de destacar la importancia del mundo afectivo en el desarrollo cognitivo (Greenspan, 1989; Leuner, 1966; Payne 1986), aunque el primer modelo y la primera definición formal de IE fue introducido por Salovey y Mayer (1990).

Estos autores definieron la IE como aquella parte de la inteligencia social que conlleva la capacidad para controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestros pensamientos y comportamientos (Salovey y Mayer 1990). El segundo artículo presentado por estos autores, fue una demostración empírica de cómo la IE podría ser evaluada como una habilidad mental. Este estudio demostraba que la emoción y la cognición podían



ser combinadas para realizar sofisticados procesamientos de la información (Salovey y Mayer, 1995).

La gran popularidad del concepto IE se alcanza en 1995, gracias a Daniel Goleman, psicólogo y periodista del New York Times, con su Best Seller “Inteligencia Emocional”, captando rápidamente el interés de los medios de comunicación del mundo, el del público en general y el de los investigadores (Goleman, 1995).

Goleman introduce en la definición original de Mayer y Salovey, conceptos como la motivación y las habilidades sociales, ofreciendo la IE como solución a problemas personales, profesionales y asegurando un éxito rotundo. Después del éxito del libro de Goleman surgieron multitud de definiciones, concepciones y componentes de lo más variado que aseguraban formar parte del concepto, y que desprestigiaron el concepto (Mayer, Salovey y Caruso, 1999).

Paralelamente a las formulaciones populares, los trabajos científicos seguían apareciendo, así que autores como Mayer y Salovey, dan un mayor énfasis a los aspectos cognitivos, siendo reformulada la definición de IE como la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuadamente y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa y la habilidad de regular las emociones en uno mismo y en los otros (Mayer y Salovey, 1997).

En resumen, inicialmente con la utilización del término IE se trataba de enfatizar el papel no cognoscitivo de la inteligencia de forma que los investigadores concedieran un papel más relevante al sistema emocional dentro de los esquemas conceptuales de las habilidades intelectuales humanas (tal y como sugirió Payne, 1986), a diferencia de la tradición filosófica clásica que consideraban las emociones como la excitación de sentimientos que podían alterar la actividad cognoscitiva normal.

Desde entonces hasta hoy, el concepto de IE, ha ido evolucionando y desarrollándose a nivel teórico y empírico, definiéndose las líneas de investigación hacia las medidas válidas y fiables de evaluación del mismo y sus aplicaciones a la vida diaria del ser humano, en todos sus ámbitos.

El objetivo de las investigaciones realizadas en este terreno en los últimos años ha sido confirmar su solidez científica, demostrando la validez predictiva de la IE en

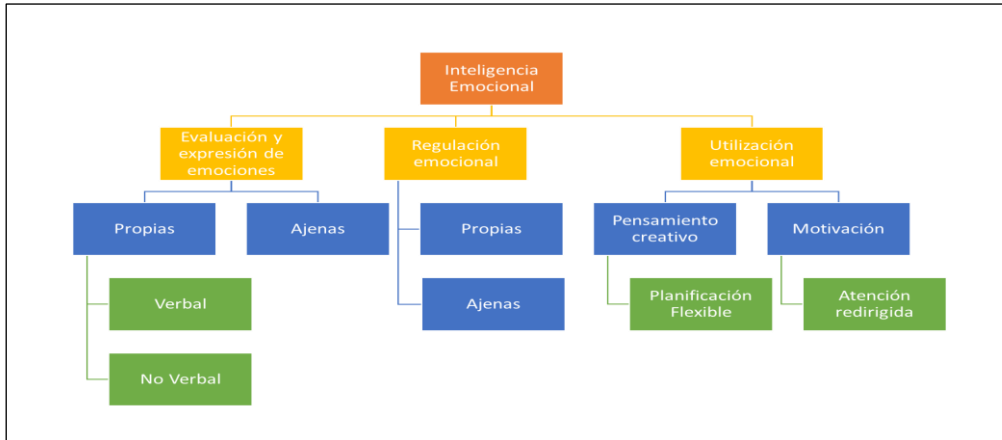


diferentes ámbitos del ser humano (Brackett, Rivers y Salovey, 2011; Fernández-Berrocal y Extremera, 2006; Fernández-Berrocal y Extremera, 2009; Gardner y Qualter, 2011).

En este contexto, la idea inicial de este concepto, repercute en cómo se utiliza la información emocional para adaptarnos a la vida cotidiana resolviendo problemas y facilitando así la adaptación. Es decir, se entiende la emoción como una respuesta organizada y adaptativa, que puede potencialmente llevarnos a una transformación personal y a una interacción social enriquecedora (Mayer y Salovey, 1993; Salovey et al., 1993). En esta primera formulación teórica, los autores distinguen tres conjuntos de habilidades (ver Figura No. 2).

- **Evaluación y expresión de emociones:** Los procesos que subyacen a la IE comienzan cuando la información afectiva entra en el sistema perceptual. La percepción es reconocer, identificar y expresar de forma correcta aquello que sentimos. Expresar las emociones muestra a la demás información sobre lo que se siente. En esta categoría se incluye el comportamiento verbal y no verbal. Primero necesitamos entender qué sentimos, y ser capaces de comunicar nuestros sentimientos utilizando las palabras o expresiones no verbales. Y posteriormente, necesitamos ser capaces de sentir las emociones de los demás y empatizar con ellos.
- **Regulación emocional:** Es la habilidad para controlar y regular nuestras experiencias emocionales y las de los demás.
- **Utilización emocional:** En esta categoría se describe la habilidad para utilizar la información emocional en la resolución de problemas o situaciones. Se expone la utilización del conocimiento de nuestras emociones para adaptarnos a situaciones tomando decisiones basadas en esta información. Incluye los componentes planificación flexible, pensamiento creativo, atención redirigida y motivación.



Figura No. 2 Componentes del modelo de IE

Fuente: Componente del modelo de IE adaptado por Salovey y Mayer, 1990.

Este primer modelo teórico, aunque supuso un soporte teórico inicial importante para el constructo, presentaba algunas limitaciones, dado que concedía especial importancia a la percepción y expresión de emociones, dejando a un lado la capacidad para comprender y reflexionar sobre ellas (Mayer y Salovey, 1999). Para subsanar esta limitación y, especialmente, para desvincularse de otras propuestas pseudo-científicas reformulan su modelo original.

Para distinguir su modelo de estos otros acercamientos, los autores matizan que la IE, desde su postura, tiene que ver con la habilidad para razonar sobre las emociones y la capacidad potencial de las emociones para mejorar y guiar el pensamiento (Mayer y Salovey, 1999), no incluyéndose ninguna otra característica personal positiva (i.e. rasgos de personalidad, auto-concepto, optimismo, competencias sociales, etc.) en su definición.

6.5. Depresión posparto.

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.

Se sabe que las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, principalmente en la edad reproductiva, pudiendo ser la gestación y el post parto momentos de relevancia para su desarrollo debido a cambios fisiológicos,

hormonales y psicológicos importantes (Andersson L. 2003), (World Health Organization 2008).

Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

Como consecuencia, ha surgido la necesidad de diseñar instrumentos y herramientas para la detección temprana que puedan ser eficaces y de fácil aplicación por médicos generales, ginecólogos y pediatras, quienes son los profesionales que más frecuentemente tienen contacto con estas pacientes en el periodo gestacional y puerperal.

A pesar de estos esfuerzos, en países desarrollados como Estados Unidos cerca del 50% de los casos de depresión postparto continúan sin ser detectados en la práctica clínica (Boyd, RC. 2005). La depresión postparto presenta características comunes con la depresión desarrollada en otras etapas de la vida, pero se diferencia en los efectos negativos que este trastorno puede tener en el bebé.

Esto constituye una importante diferencia, que alerta sobre la necesidad de tratamiento para este grupo, buscando aliviar a la madre y prevenir psicopatología posterior en el niño (Clatworthy, J. 2011).

La causa exacta de la depresión posparto se desconoce. Los cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo pueden afectar el estado anímico de una mujer.

Muchos factores distintos a los hormonales también pueden afectar el estado de ánimo durante este período, entre ellos se encuentra: ser menor de 20 años, alcoholismo, tabaquismo, ausencia de planeación del embarazo o presencia de sentimientos contradictorios acerca de éste; depresión, o un trastorno de ansiedad antes del embarazo o en un embarazo anterior; experimento un hecho estresante durante el embarazo o el parto, por ejemplo, una enfermedad, muerte o padecimiento de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, un parto prematuro o una enfermedad o anomalía congénita en el bebé; tener un familiar cercano que haya experimentado depresión o ansiedad; tener una mala relación con la pareja o es soltera, tener problemas financieros o de vivienda y tener poco apoyo de la familia, los amigos o la pareja (Cohen L.S. 2010), (Hirst K.P. 2010).



La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por lo menos dos semanas. La depresión postparto consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto, es llamada también depresión puerperal (Jadresic E. 2005), (American Psychiatric Press. 2000).

Pérez, señala que la gestación es una etapa de alta incidencia de trastornos depresivos y el puerperio es el periodo de mayor riesgo de depresión en la vida de la mujer. Según Jadresic, los desórdenes mentales puerperales más frecuentes son: disforia posparto, depresión posparto (DPP) y psicosis posparto (Pérez J. 2005), (Jadresic E. 1995).

La depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscila entre un 10 y 15% en la literatura mundial. Las tasas varían entre 10 y 15% en países europeos, entre un 8 y 10% en USA, en Latinoamérica de 35% a 50% (Wolf A. (2002). Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos; durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer.

Los primeros se relacionan con Psicosis puerperal y tristeza postparto, cuadro autolimitado, que dura 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres según la literatura; la depresión postparto, una condición seria, es en general no autolimitada. Existe un consenso generalizado que la depresión postparto es un problema de salud pública mayor.

La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. La depresión postnatal es más prevalente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas (Stuart S. 1998), (Hobfoil SER 1995).

El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos.

Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad depresiva y suelen ser los



síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de DPP, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión. Otras manifestaciones, tales como el cansancio y los cambios en el patrón de sueño y apetito, pueden ser consideradas relativamente normales durante el período puerperal. (Jossefson A. 2001)

Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño. El resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo.

En resultados de Evans (2003), reporta que Las mujeres que padecieron alguna patología durante el embarazo, presentaron un 66,6% de depresión puerperal en comparación con 26,37% del grupo sin éste antecedente, diferencia que resulta significativa, también la diferencia observada en mujeres con hijos que estuvieron hospitalizados durante el período de recién nacido o lactante, de ellas 60% se deprimió posteriormente, en comparación con las mujeres que no hospitalizaron a sus hijos, donde encontramos 27,47% de depresión.

Punto aparte merece el antecedente de depresión, que resulta entre las variables estudiadas y con mayor asociación estadística, ya que el 71,42% de las mujeres con este antecedente, presentaron en el puerperio depresión. (Gregorio Evans M. 2003).

7. Marco Referencial

7.1. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson aplicado en el proceso de la lactancia materna.

En este apartado, se describen la teoría de Swanson del cuidado de la enfermera en el proceso de la lactancia materna.



7.1.1. Cuidado de enfermería en el apoyo a la lactancia materna

El cuidado de enfermería es la interacción que surge entre enfermera, madre, perinato y familia, en que se comparten conocimientos fundamentales para el proceso de cuidado, que servirán como herramienta para la atención integral que la enfermera como cuidadora, debe conocer para ayudar a la mujer y su hijo a crecer; por tanto, la interacción activa y efectiva entre la enfermera, la madre con su recién nacido y la familia durante la lactancia materna, tienen como eje central la percepción del cuidado de enfermería, que tiene concordancia con la manera en que se presenta la relación y se logran las propuestas de cambio para dignificarlos como personas y fortalecer su autonomía.

En el cuidado, la percepción es la forma como la madre y su familia interioriza y clasifican las acciones intencionales de ellos y el profesional de enfermería.

Estas acciones pueden estar dirigidas al cuidado físico, emocional o espiritual, que, si son captadas como benéficas o positivas para el ser humano, promueven un sentido de seguridad y protecciones en madres, neonatas y familiares.

En el cuidado se necesita el compromiso entre el profesional de enfermería, la madre con su hijo y la familia, percibiéndose a través de fenómenos ligados a la relación, asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnología, capacidad para prevenir complicaciones, conductas de apoyo y actitudes de cuidado dirigidas a dignificar a madres, niños y familias en su condición humana, para lograr el conocimiento integral.

En este orden de ideas, Kristen M. Swanson, afirma que un componente fundamental y universal de la buena enfermería es cuidar del bienestar físico, espiritual, psicológico y social de las personas, afirmación que evidencia en su teoría de los cuidados, en la que explica claramente lo que significa para los profesionales de enfermería, el modo de cuidar en la práctica.

7.7.2. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Kristen M. Swanson, es teórica de Enfermería, que nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island (E.U). Se graduó como enfermera en School of Nursing (1975); luego realizó estudios de pos -graduación como Magister y Doctora en



Enfermería. Sus trabajos de investigación en el área Maternoinfantil con abordaje fenomenológico descriptivo dieron origen a la teoría de “Los Cuidados”. (Swason Kristen, 1993)

Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia). Este se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias a fines, humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas (Swason Kristen, 1993).

Luego, enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de madres, bebés y familia. Con respecto a cómo Swanson define las personas, las madres, niños y familia del programa de lactancia materna, deben ser vistos por enfermería, como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando son capaces de manifestar sus pensamientos, sentimientos y conductas (Swason Kristen, 1993).

Además, las experiencias vitales de madres, niños y familia están influidas por una compleja interacción de lo genético, espiritual y su capacidad de ejercer la autonomía, por lo cual las personas moldean y son moldeadas por el medio donde viven. Las madres con sus recién nacidos, apoyados en su familia, son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales (las conecta con una fuente eterna, misterio, vida, creatividad y serenidad.

Este puede ser el alma, un poder superior, energía positiva), que se auto-reflejan y que desean estar conectados con otros.

La autonomía les ofrece la capacidad de decidir cómo actuar, ante un rango de posibilidades; por tanto, el Profesional de Enfermería debe aceptar la individualidad, asumir el liderazgo en la lucha por los derechos humanos, igualdad al acceso a los servicios de salud y otras causas humanitarias.

Si el Profesional de Enfermería piensa en las madres, niños y familias que buscan sus cuidados en el programa de lactancia materna, también necesitan pensar en sí mismas, en otras enfermeras y su cuidado y demandan ser cuidadas por los demás.

Otro fenómeno de interés que aborda Swanson en el cuidado de Enfermería es la salud, como el restablecimiento del bienestar de madres, niños y sus familias de apoyo, siendo éste un complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse



del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud.

El cuidado de enfermería, trasciende la mejora de una persona, y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, sortear obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno.

Finalmente, el profesional de enfermería, debe considerar el entorno que rodea a madres, niños y familias, como el contexto donde viven, que ellos influyen y son influenciados por aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, económicos, religiosos, entre otros. Coherente con los planteamientos anteriores, ella define cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal (Swason Kristen, 1993).

Independientemente de la experiencia y de los años de ejercicio laboral del profesional de enfermería, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creados por la propia actitud filosófica de la enfermera, estableciendo cinco categorías o procesos que se presentan de manera separada, pero que constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado informado y la cual aplica a toda la relación de cuidado; en donde la enfermera diagnóstica, trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales.

Estas categorías son:

Conocer: Es esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que influyen en la vida de la mujer, recién nacido y su familia, cuidar en el programa de lactancia materna, implica evitar suposiciones, centrarse en madres, recién nacidos y su familia, a través de valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad, y finalmente comprometer estrategias que impacten de manera positiva en las necesidades sentidas por ellos.

Esta categoría como un cuidado terapéutico, es forzada por el conocimiento empírico, ético y estético, de las diferentes respuestas que las personas tienen ante los problemas de salud reales o potenciales.



Mantener las creencias: Es mantener la fe en la capacidad de la madre de iniciar la lactancia y superar las barreras que surjan en la transición hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol, teniéndola en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado del binomio madre e hijo y sus familias en cualquier situación. La enfermera debe definir lo importante y hacia dónde va a dirigir el cuidado durante la lactancia materna.

Estar con: Estar emocionalmente presente, en donde se trasmite a la madre, hijo y familia la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería y la institución. La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas por las madres, recién nacidos y familia quienes buscan cuidado en el programa de lactancia materna.

Hacer por: Hacer por la madre y su hijo o hija lo que ella haría por sí misma, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las necesidades, confortar, actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad, todo lo anterior con el fin de ayudar a la madre a ganar autonomía lo más rápido posible.

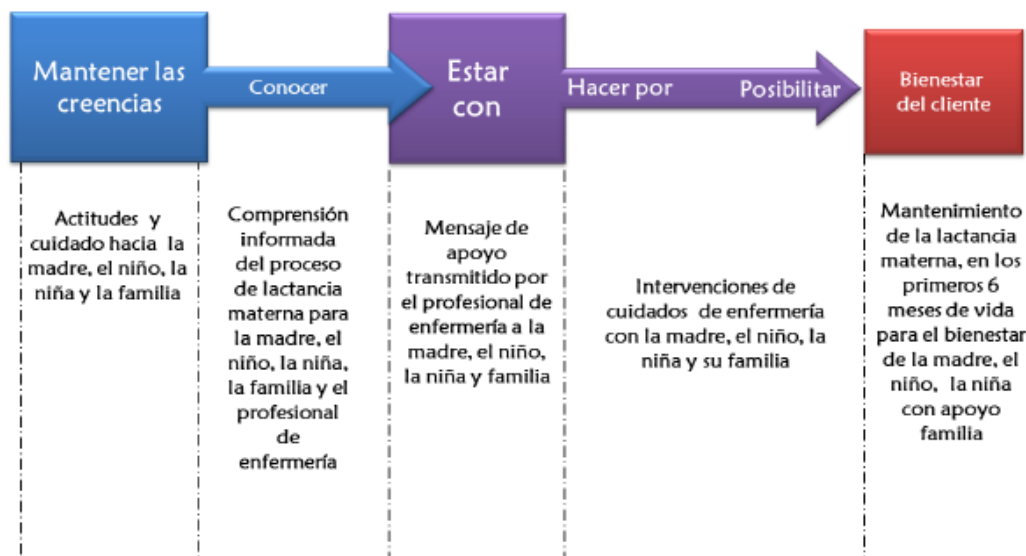
Posibilitar: Es permitir a la madre el autocuidado, es decir facilitar el paso a través de transiciones de la vida y eventos no familiares como lo son la lactancia materna acompañada del nuevo rol de madre que debe asumir; permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas y retroalimentación. Es asegurar el bienestar de la madre y el hijo e hija a largo plazo.

Swanson propone, que los procesos de los cuidados se superponen, y cada uno es componente integral de la estructura de los cuidados. Por tanto, los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de las personas, apoyada por el conocimiento de la realidad de madres, neonatos y la familia que los apoya, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer por y posibilitarles el auto cuidado.

Estas categorías que constituyen la estructura del cuidado, las representa Swanson en el siguiente gráfico:



Figura No.3 Estructura del cuidado



Fuente: Swason. M Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Journal of Nursing Scholarship. Vo 25. Number 4. Winter 199

El desarrollo de este estudio, se mantiene en la propuesta de “mantener las creencias”, donde se ven las actitudes hacia la madre, el recién nacido y la familia. Para este estudio, hemos identificado relevante como son las prácticas y creencias alrededor de la lactancia materna, además de como las mujeres que se encuentran lactando se pueden estresar y generar ansiedad en el proceso, esto puede impactar en el desarrollo del recién nacido.

Para la adaptación del modelo de cuidado en madres lactantes con recién nacidos de pre término, se realizaron treinta y cinco entrevistas. Estas entrevistas tuvieron como objetivo recabar información con respecto a la percepción que tienen las mujeres lactantes de sí mismas, así como el nacimiento de un bebé de pre término y las causa que se enfrentan, para posteriormente indagar sobre los cuidados que desde su vivencia necesitan para sentirse bien.

7.2 Recién nacido prematuro.

La organización mundial de la salud (OMS) con el apoyo de centros europeos definió como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días).

El recién nacido prematuro es aquel producto de la concepción de 28 a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1000 a 2500 gramos. (Gómez, 2012).

7.2.1. Clasificación del recién nacido prematuro

La edad gestacional determina la madurez del recién nacido. Capurro es el método más utilizado para determinar la edad gestacional.

De acuerdo a su edad gestacional: Los prematuros se dividen en subcategorías:

- Prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- Muy prematuros (28 a 32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas), (OMS, 2018).

El factor de riesgo más importante en el prematuro es la inmadurez de los aparatos y sistemas, lo cual dificulta la adaptación a la vida extrauterina.

Recién nacido y clasificación

La Secretaría de Salud estableció la Norma Oficial (NOM-007-SSA2-2016) para la atención de mujeres durante el embarazo, así como la atención de los niños durante el parto y puerperio, la cual define:

- Recién nacido; producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- Recién nacido posttérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.



Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

7.2.2 Características clínicas del recién nacido prematuro

Crecimiento: Se valora por medio del peso, este es inferior a 2500 gramos, mientras menor es el peso y la edad gestacional los riesgos, las secuelas son mayores y se relacionan directamente a mayor estancia en las unidades de cuidados neonatales.

Longitud: Es proporcional a su inmadurez e inferior a 47 centímetros, el límite inferior de viabilidad aproximado es de 30 centímetros.

Cara y cráneo: Característicamente la cabeza es proporcionalmente más grande y redondeada, las suturas están abiertas y la fontanela mayor es muy amplia, los huesos del cráneo son blandos, el cabello es fino como pelusa, las cejas suelen faltar, los párpados se cierran con fuerza, en gestaciones muy tempranas pueden estar unidos. Los pabellones auriculares están constituidos por escaso cartílago, una vez que se flexiona sobre su eje es difícil su retorno a la posición normal. La facie es inicialmente pequeña, afilada arrugada con aspecto de viejito.

Piel: El color es rosado uniforme, su textura se caracteriza por ser muy fina y lisa, en los niños muy inmaduros toman un aspecto gelatinoso con color rojo intenso, la presencia de ictericia es precoz y prolongada hasta después de la segunda semana de vida. Debido a la ausencia de panículo adiposo se observa con facilidad los vasos sanguíneos a través de la piel y los relieves óseos son más prominentes. Existe una gran cantidad de lanugo (es el pelo fino, abundante y suave, cubre la espalda, hombros, frente y mejillas), los talones las plantas de las manos y pies persisten intensamente enrojecidos, la cianosis distal es frecuente, así como edema en extremidades inferiores. (Castro, 2011).

Vernix caseosa: Se trata de grasa con detritos epiteliales, que cubre toda la superficie cutánea, su función principal es proteger al niño del medio ambiente, es más abundante en los prematuros (Gomella, 2006).

Extremidades: Son delgadas con escaso desarrollo muscular, nulo panículo adiposo, las uñas son muy blandas y no llegan a los extremos de los dedos.



Tórax: La cavidad torácica es cilíndrica y simétrica con reducción de la circunferencia torácica. Las costillas son muy flexibles y simétricas sin masas palpables en la punta del esternón y es visible, las mamas están muy poco desarrolladas.

Abdomen: Debe tener un contorno simétrico un poco redondeado, las zonas peristálticas por lo general son visibles; la cavidad abdominal se mueve de forma visible durante la respiración.

Espalda y ano: El área perianal es blanda y no presentar orificios extras relacionadas a malformaciones, la expulsión de meconio indica la permeabilidad del recto.

Genitales mujer: Los labios menores protruyen debido a que los labios mayores no cubren completamente el introito, por lo general están edematosos y muestran un aumento de la pigmentación.

Genitales masculinos: Los escrotos no están pigmentados y poseen pocas arrugas, los testículos no han descendido totalmente. (Martínez, 2005).

7.3 Estudios relacionados de estrés y ansiedad en la lactancia materna.

En la realización de este estudio, al indagar sobre más información sobre el estado emocional de las mujeres que se encuentran lactando con recién nacidos de pre término, no se encontró diversidad de estudios, por lo que es importante conocer cómo se encuentra emocionalmente este grupo de mujeres.

En nuestra investigación encontramos dos casos uno en Colombia y el otro en Argentina y son los que se describen a continuación:

En el caso de “estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna” de R. Rafael Gorrita Pérez (2014), de Colombia en su estudio encontró que la lactancia materna es la única forma natural de alimentar al bebé, e inigualable para su crecimiento y desarrollo.

Además, múltiples son los factores que se han relacionado con el establecimiento o no de una lactancia materna exitosa. Uno de ellos es identificar en las madres, los niveles de vulnerabilidad al estrés y de ansiedad, así como el estado, y su relación



con el éxito de la lactancia materna. Al terminar de realizar su estudio prospectivo y descriptivo, con 101 madres y sus hijos de 13 consultorios del Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima", de San José de las Lajas, Mayabeque, entre el 1ro. de febrero de 2012 y el 30 de enero de 2013.

Encontró, que el 76.2 % de madres estaba en el rango de 20 a 35 años, 89.8 % tenían pareja estable, el 50.5 % nivel preuniversitario y el 41,4 % de ellas padecían de asma bronquial. La vulnerabilidad al estrés y la ansiedad como estado se encontraban al final del tercer trimestre en el 46.5 y 56.4 % respectivamente.

El 49.5% de las madres ofreció lactancia materna exclusiva por 4 o 5 meses, y el 27.7% hasta los 6 meses. Lograron mejores índices de lactancia materna exclusiva a los 4, 5 y 6 meses aquellas con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y de estado de ansiedad. Gorrita Pérez, evidenció que existe una estrecha relación entre los niveles de estrés y ansiedad y el éxito de la lactancia materna.

Para el caso de Argentina “producción de leche materna y estado emocional en madres de recién nacidos de muy bajo peso” de Francisca Wormalda (2021), la autora explica en su estudio que existe poca evidencia de la influencia de variables emocionales en la lactancia de madres de recién nacidos de muy bajo peso al nacer, donde este estudio fue medir la producción de leche materna en dos momentos de la internación neonatal y su asociación con los niveles de ansiedad, depresión y autoeficacia en lactancia en madres de recién nacidos.

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico en madres de recién nacidos con muy bajo peso de pre término (500-1500 g), en 9 centros de la Red NEOCOSUR. La producción de leche materna se obtuvo midiendo lo extraído por cada madre. Se utilizaron las escalas STAI para ansiedad, BDI para depresión, y, la escala piloto ALMA para autoeficacia.

Estas fueron aplicadas a los 14 días de vida y a las 36 semanas pos menstruales y se registraron, además, las características bio-sociales de madres y neonatos; donde se encontraron de 118 madres, con producción de leche materna media a los 14 días fue de 169 ml (desvío estándar -DE- \pm 132,4) y de 285 ml (DE \pm 266,9) a las 36 semanas, y se asoció significativamente con percepción de autoeficacia en lactancia ($p < 0,001$), que se mantuvo durante la hospitalización.



Existió una tendencia a menor producción, en madres con mayores índices de depresión a los 14 días de vida de su hijo, pero no a las 36 semanas. No se encontró asociación entre la producción de leche materna y ansiedad. Además de no encontrar una asociación consistentemente significativa con variables bio-sociales. Es decir, la producción de leche materna se asoció positivamente con autoeficacia en lactancia; no se encontró asociación con ansiedad y depresión en madres de recién nacidos con muy bajo peso.

8. Metodología de la investigación.

8.1 Diseño de investigación.

El diseño metodológico es de enfoque cuantitativo, descriptivo, con un diseño de estudio no experimental-transversal, ya que se realiza esta prueba de conductas o experiencias a cada individuo.

8.2 Población.

Población: Mujeres que se encuentren en el proceso de lactancia.

8.3 Muestreo.

A disposición, ya que todas las madres se encuentren en la sala de espera del servicio de crecimiento y desarrollo de un Hospital de Tercer Nivel de Atención a la Salud en Pachuca, Hidalgo.

8.4 Límites de Tiempo y Espacio.

Tiempo: Se realizó en los meses de octubre- noviembre de 2021.

Espacio: Dentro de la sala de espera del servicio de crecimiento y desarrollo de un Hospital de Tercer Nivel de Atención a la Salud en Pachuca, Hidalgo.



8.5. Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Madres que brinden lactancia materna.
- Madres de recién nacidos pre término, que firmen el consentimiento informado.
- Madres que se encuentren en la sala de espera del servicio de crecimiento y desarrollo.

Criterio de exclusión

- Madres que no desean participar en nuestra investigación.
- Madres que tengan recién nacido prematuro que no estén alimentando con seno materno.
- Madres que no realicen el llenado completo de la encuesta.

Criterio de Eliminación

- Madres que no completen la prueba en su totalidad.
- Madres que no se encuentren en condiciones de brindar leche materna.
- Madres de recién nacidos a término.

8.6 Instrumentos de evaluación.

Test de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman.

Los estudios de inteligencia usualmente hacen referencia a la mente racional basada en el cálculo del coeficiente intelectual que es considerado como el indicador universal de inteligencia de un individuo, sin embargo, existe otro tipo de inteligencia denominado inteligencia emocional la cual hace referencia a la capacidad que tienen las personas de conocer sus sentimientos y los de los demás, así como tener la capacidad de manejarlos.

Según Howard Gardner, el coeficiente intelectual no es el único indicador válido para explicar la capacidad cognitiva de los seres humanos, por ello planteó la “teoría de las inteligencias múltiples (IM) según la cual todos los seres humanos poseemos una serie de capacidades cognitivas relativamente autónomas, cada una de ellas definida como una inteligencia distinta.”¹

¹ Howard Garner, Las Cinco Mentes del Futuro, Barcelona, Editorial Paidós, 2007, p. 17.



Como ya hemos mencionado “el término Inteligencia Emocional (IE) fue introducido por Peter Salovey y John Mayer (1990) y poco a poco fue cobrando fuerza hasta quedar firmemente arraigado en la comunidad científica, abriendo nuevas vías de investigación y modificando de forma importante y definitiva la concepción tradicional sobre la inteligencia”.²

Sin embargo, uno de los autores más destacados en el estudio de la inteligencia emocional es Daniel Goleman, un psicólogo estadounidense que en el año de 1995 publicó el libro “Emotional Intelligence” popularizando así el término inteligencia emocional.

“El concepto básico que Goleman defiende en su libro es la idea de que el Coeficiente Intelectual (CI) no es un predictor válido para la felicidad. Parte de la base de que el hecho de tener un CI de 120, 130 ó 140 no implica que vayamos a ser más felices, para eso se necesita otra cosa. No es el concepto de inteligencia que tradicionalmente se ha venido utilizando el elemento a esgrimir, sino un concepto que presenta una mayor complejidad: la inteligencia emocional.” (M. Muñoz, Inteligencia Emocional y Pensamiento Positivo).

Desde la perspectiva de Goleman la inteligencia emocional implica un control adecuado de las emociones, la capacidad de ser empático, el autocontrol, ser capaz de emoción es un estado mental poderosamente cargado de sentimiento. Esa definición nos permitió excluir las sensaciones puramente sensoriales, como el cansancio o el hecho de cortarnos un dedo, ya que los sentimientos están ligados a una evaluación, es decir a un pensamiento.”³

Goleman plantea que “conviene pensar en las emociones en términos de familias o dimensiones, y en considerar a las principales familias-la ira, la tristeza, el miedo, la alegría, el amor, la vergüenza, etcétera-como casos especialmente relevantes de los infinitos matices de nuestra vida emocional. Cada una de estas familias se agrupa en torno a un núcleo fundamental, a partir del cual dinamizan -a modo de olas- todas las otras emociones derivadas de ella.”⁴

² Manuel Muñoz Heras, Inteligencia Emocional y Pensamiento Positivo, España, Libro Hobby Club S.A., 2008, p. 27.

³ Daniel, Goleman, Emociones Destructivas Cómo Entenderlas y Superarlas, Barcelona, Editorial Kairós, 2003, p. 210

⁴ Daniel, Goleman, Inteligencia Emocional, Barcelona, Editorial Kairós, 2008, p. 434.



“La inteligencia emocional (o CE), de acuerdo con Goleman, consiste en las habilidades de autoconocimiento, autoreglamentación o autocontrol, motivación, en la habilidad de entender las señales emotivas y conductuales de los demás (empatía) y en las habilidades interpersonales. [...] A diferencia de la inteligencia cognoscitiva (CI), que permanece sin cambios importantes a lo largo de la vida, el CE se puede desarrollar y mejorar a lo largo del tiempo con un esfuerzo concertado.

Goleman considera que “la inteligencia, entendida de forma tradicional como la capacidad de resolver problemas abstractos, no es siempre la mejor garantía de éxito en la vida personal y social. Hay otros elementos que la escuela no tiene en cuenta en su currículo y que son de vital importancia para responder de forma positiva a las exigencias que el mundo nos presenta. Ese conjunto de elementos ha sido denominado inteligencia emocional.

Adicionalmente, es importante comprender la diferencia existente entre emociones y sentimientos.

“Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar.”⁵

“Los sentimientos son el balance consciente de nuestra situación; en este balance intervienen varios factores: nuestro estado físico, la marcha de nuestros deseos y proyectos, e sistema de creencias, nuestras experiencias anteriores, entre otros”⁶

La diferencia entre emoción y sentimiento es “que el sentimiento es más duradero y la emoción puede ser breve y repentina.” (Eva Adan, Jaume Cela, Emociones y educación: qué son y cómo intervenir desde la escuela, p. 97.)

El cuestionario de inteligencia emocional el cual construyó Daniel Goleman a través de los diferentes estudios que realizaron los diferentes autores que se han interesado en el tema. La afirmación del cuestionario se clasifica en 5 categorías: autoconciencia, autocontrol, aprovechamiento emocional, empatía y habilidad social.

⁵ Mireya Vivas, Domingo Gallego, Educar las Emociones, Editorial Dykinson, Madrid, 2006, p.19

⁶ Eva Adan, Jaume Cela, Emociones y educación: qué son y cómo intervenir desde la escuela, Editorial Laboratorio Educativo, España, 2007, p. 97.



Cada categoría se operacionaliza de la siguiente forma:

Autoconciencia: Se refiere a averiguar cómo hacemos nuestras evaluaciones y cómo manejamos simultáneamente nuestros papeles de actores y observadores al mismo tiempo, reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las instituciones. Hay que identificar las propias emociones, conocer las propias fortalezas y limitaciones.

Autocontrol: Se refiere a manejar los propios estados de ánimo, impulsos y recursos teniendo en cuenta que las emociones en sí mismas son ni buenas ni malas. Se necesita tomar el mando de nuestros pensamientos, dirigir oportunamente nuestras excitaciones nerviosas, llegar a ser buenos solucionadores de problemas, asumir las responsabilidades del propio desempeño laboral, flexibilidad en el manejo de las situaciones de cambio, sentirse cómodo con la nueva información, ideas o situaciones.

Aprovechamiento emocional: Es la combinación de la automotivación y de la autoestima con la que cuenta un ser humano.

Automotivación es usar nuestro sistema emocional para canalizar todo el sistema y mantenerlo en funcionamiento, es decir, tendencias emocionales que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas.

Autoestima es el concepto de cada individuo tiene de sí mismo, puede ser positivo o negativo. Es tener un fuerte sentido del propio valor y capacidad.

Se presenta un esfuerzo por mejorar o alcanzar la excelencia, para esto, contamos con nuestro pensamiento positivo, visualización, respiración abdominal, sentido del humor, actividad física, amigos, familia, colegas, un mentor emocional, ya sea real o ficticio y el propio entorno que nos genere un mejor estado emocional.

Empatía: Se refiere a entender los sentimientos, emociones, necesidades y preocupaciones de los otros, es decir, comprender los intereses de los demás para tenerlos en cuenta.

Habilidad social: Es la relación que se tiene con los demás y el canal de comunicación que tiene como fortaleza un ser humano.

Relación con los demás, implica inducir respuestas deseadas en los otros. Depende de poder idear efectivas tácticas de persuasión, saber escuchar abiertamente al



resto y elaborar mensajes convenientes, negociar y resolver los desacuerdos que se presenten en el equipo de trabajo, inspirar y guiar a los individuos del grupo, iniciar o administrar las situaciones nuevas, alimentar y reforzar las relaciones interpersonales, trabajar con otros para alcanzar metas, ser capaz de crear empatía para la consecución de metas colectivas.

Tabla No. 1 Interpretación del Test de Inteligencia Emocional

| FACTOR | (SP) SUMA PARCIAL | %(SP X 100 entre 36) | DIAGNÓSTICO | |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|-------|
| | | | % | NIVEL |
| | | | Hasta 65 | Bajo |
| | | | 66 - 82 | Medio |
| | | | 83 - 99 | Alto |
| (I) Autoconciencia | | | | |
| (II) Autocontrol | | | | |
| (III) Aprovechamiento emocional | | | | |
| (IV) Empatía | | | | |
| (V) Habilidad social | | | | |
| Total de Ítems | | | | |

Fuente: Test de Inteligencia Emocional, con base en la propuesta de Daniel Goleman.

8.7 Recolección de datos

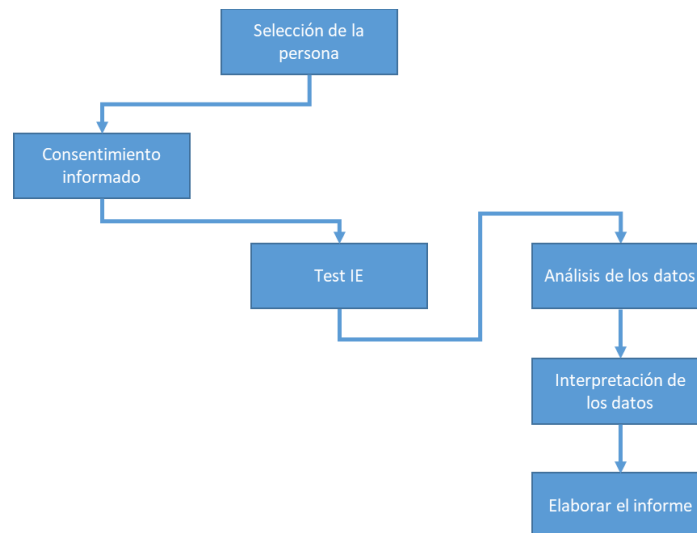
El procedimiento para la recolección de la información: las madres que se encuentran en la sala de espera del servicio de crecimiento y desarrollo se seleccionaron de manera aleatoria, por medio de un dispositivo móvil se les proporciono para que realizaran el llenado del Test de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, previo al consentimiento informado y los datos sociodemográficos, una vez que se tiene los datos se bajaran de Google Forms, en formato de Excel y a SPSS ver. 21 para su análisis estadístico.

La operacionalización de las variables se pueden consultar en los anexos de este documento. (ver Anexo A).

8.8 Procedimiento para la recolección de datos.

Para contar con una visión sistemática de las actividades a realizar, se ha diseñado un proceso para la recolección de datos dentro de la investigación. A continuación, se muestra en la siguiente figura.



Figura No. 4 Proceso para la recolección de datos en la investigación

Fuente: Diseño propio, noviembre de 2021.

A continuación, se realiza la descripción de cada uno de los puntos que se realizaron en la investigación.

1. Se diseñó el test de inteligencia emocional, anexando datos demográficos, en el formato de Google Forms.
2. Se llevó a cabo la selección de madres que se encontraban en la sala de espera del servicio de crecimiento y desarrollo, de un Hospital de tercer nivel en Pachuca, Hgo. siempre y cuando cumplan con todos los criterios de inclusión.
3. Se seleccionó al grupo de estudio y se le explicó a la madre cuales son los objetivos de la investigación.
4. Se les solicito que procedan a firmar el consentimiento informado, si es que el sujeto desea formar parte del estudio.
5. Posterior a eso se le proporciono un dispositivo móvil para realizar el llenado del Test de Inteligencia Emocional, de Daniel Goleman.



6. Se realiza el análisis de los datos a través de Excel y SSPS ver. 21 para identificar los resultados.

8.9 Consideraciones éticas y legales

Ya que se trata de un estudio observacional transversal en el que se obtuvieron datos estadísticos en una sola toma, se presentaron las variables para la obtención de la información; la investigación fue participativa; se mantuvo una interacción con los participantes del estudio, por lo que se considera una investigación sin riesgo, descrito en el Artículo No. 100 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Federación, 1984.), donde se establecen las especificaciones de la investigación en seres humanos, sustentado en la Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial por lo que se considera una investigación no experimental ya que los participantes no van a ser sometidos a algún procedimiento invasivo, y a través del Consentimiento Informado los pacientes y tutores serán previamente informados sobre los objetivos, métodos y beneficios del estudio. (ver Anexo D y E)

Además de que cada una de las mujeres participantes firmaron el consentimiento informado con la finalidad de participar en este estudio; resguardando los datos de cada una de ellas con las políticas de privacidad. (ver Anexo B)

9. Resultados.

En el presente capítulo se describe el análisis de los datos obtenidos en la aplicación del Test de Inteligencia Emocional, la captura de los datos y emisión de resultados que permitieron evaluar la Inteligencia Emocional de las mujeres, durante la lactancia materna del neonato pretérmino, en un Hospital de tercer nivel en Pachuca, Hgo.

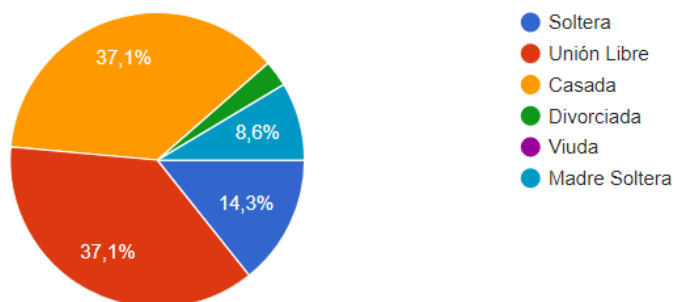
9.1 Datos sociodemográficos

Los participantes en la muestra del estudio fueron seleccionados toda vez que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y/o eliminación; se obtuvieron resultados confiables de 35 encuestas.



Se trabajó con las 35 encuestas que cumplieron con todas las características, de estas todas son madres con recién nacidos en pre término, que se encontraban en la sala de espera del servicio de crecimiento y desarrollo, de un Hospital de tercer nivel en Pachuca, Hgo. de las cuales nos expresaron su estado civil, como se muestra en la Gráfica No 1.

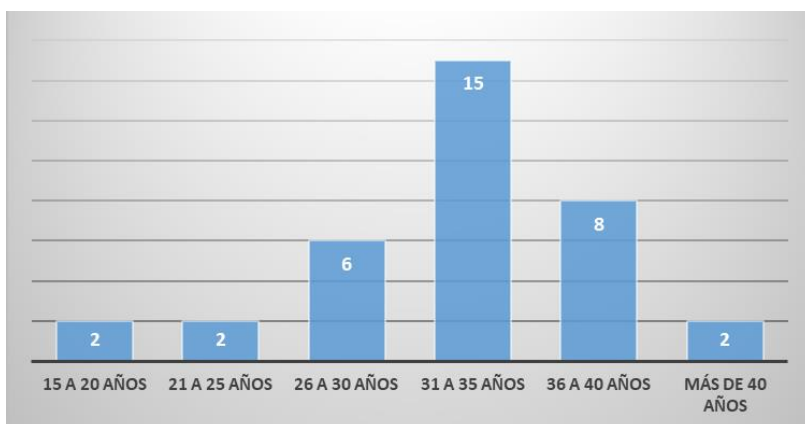
Gráfica No. 1 Estado Civil, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

De la información recabada se identifica que el 74.2% de las madres encuestadas se encuentran viviendo con el padre de su recién nacido, a diferencia del 25.8% de las mujeres que se encuentran solas con su recién nacido.

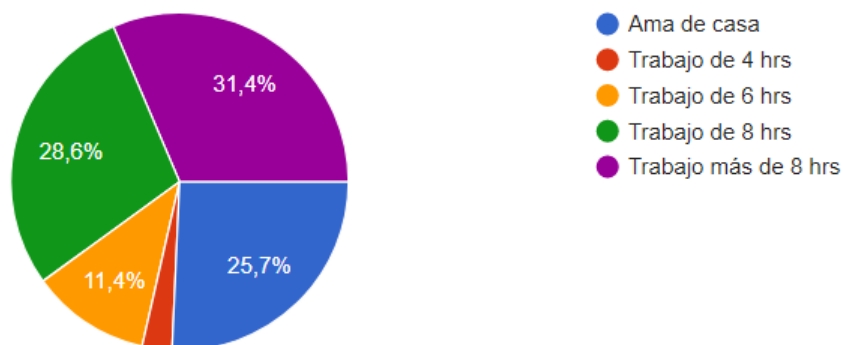
Gráfica No. 2 Edad de las madres lactantes, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

De un total de 35 madres lactantes se identificó que el 65.7 % de ellas se encuentra en edad reproductiva de bajo riesgo, por lo cual el porcentaje restante 34.3% se encuentran dentro de edad reproductiva de alto riesgo.

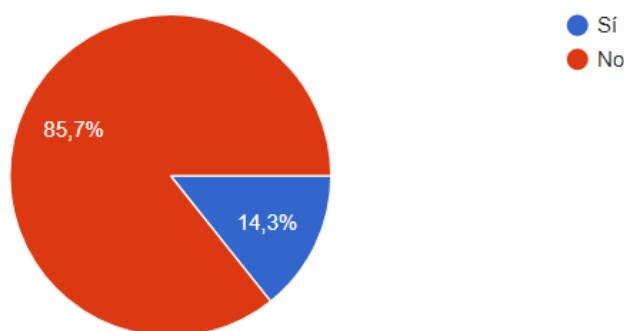
Gráfica No. 3 ¿Cuál es su ocupación?, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

Del grupo de mujeres encuestadas, el 25.6% son amas de casa y el 74.4% de las mujeres que respondieron la encuesta refieren tener algún empleo.

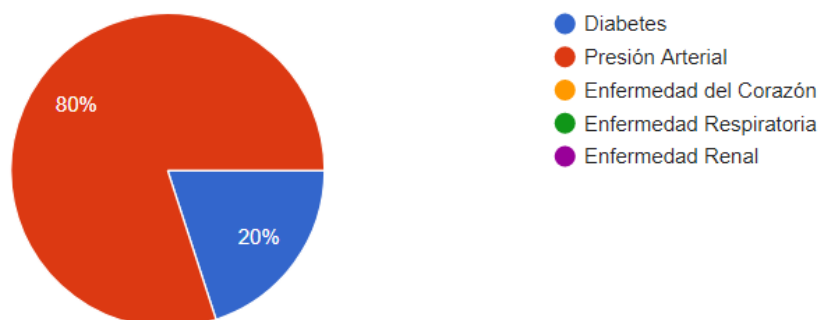
Gráfica No. 4 ¿Padece alguna enfermedad crónico degenerativa?, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

De las 35 madres participantes, 5 de ellas respondieron que tienen una enfermedad crónico degenerativa

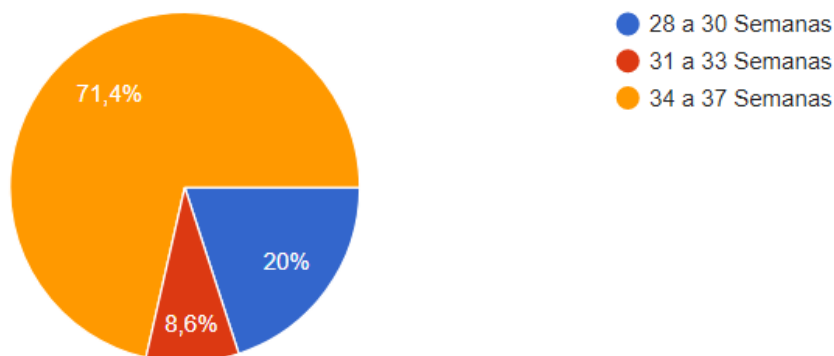
Gráfica No. 5 En caso de que la respuesta anterior sea sí. ¿Qué enfermedad padeces?, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

De las 35 madres participantes, 5 de ellas respondieron que tienen una enfermedad crónico degenerativa y 3 de ellas padece presión arterial y 2 de ellas diabetes.

Gráfica No. 6 ¿Semanas de Gestación de su recién nacido?, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

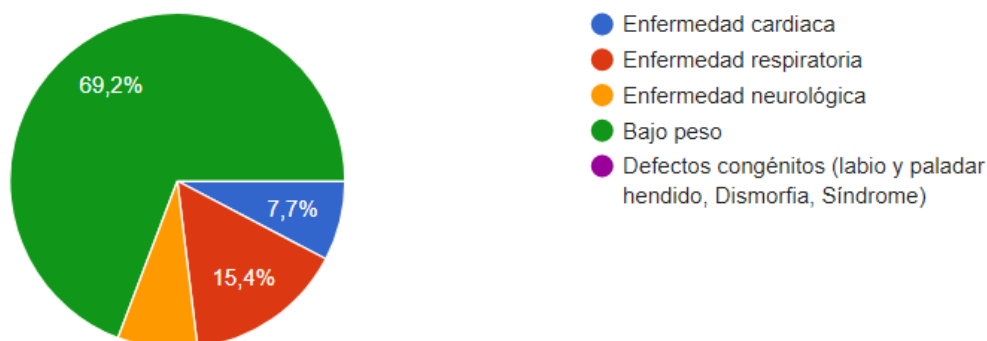
El 20% de los recién nacidos son de pre término de 28 a 30 semanas de gestación el 8.6% son de 31 a 33 semanas de gestación y el 71.4% son de 34 a 37 semanas de gestación.

Como lo describen (Gama, Romero et al, 2016) el estado de salud y edad del recién nacido, que repercuten directamente en la necesidad de estudios y procedimientos al recién nacido, aunado a el agotamiento de la madre por trámites administrativos, las citas a la unidad de cuidados neonatales, el acompañamiento y espera de la



madre a las visitas dos veces al día, las actividades del hogar, la alimentación y períodos de sueño y descanso de la madre durante este proceso.

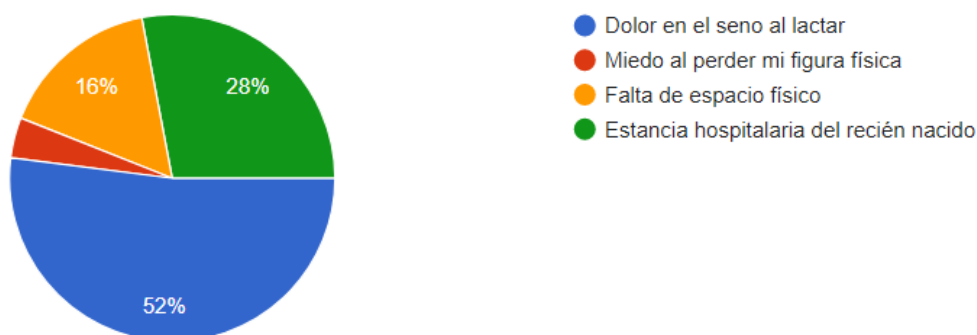
Gráfica No. 7 ¿El recién nacido padece alguna enfermedad crónica?, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

De las 35 participantes, respondieron 13 que sus recién nacidos padecen alguna enfermedad crónico degenerativa y de esas el 69.2% presenta bajo peso, le sigue el 15.4% a enfermedades respiratorias y el 7.7% enfermedades cardíacas.

Gráfica No. 8 Factores que limitan la lactancia materna, Estudio 2021

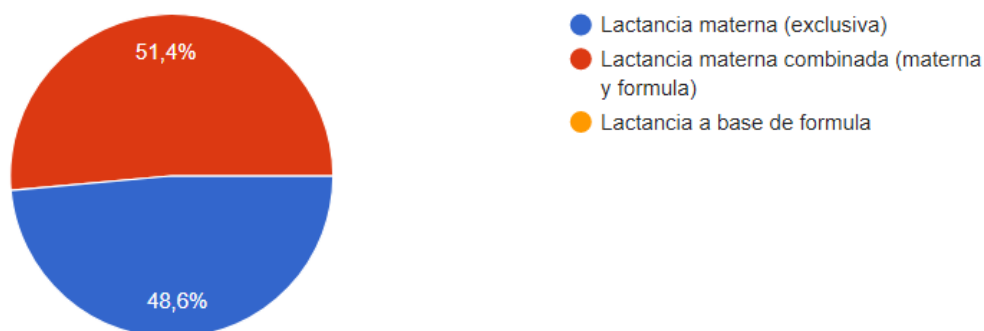


Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

De las 35 participantes, 25 expresaron que tienen factores que limitan la lactancia materna; ya que el 28% de ellas tienen a sus recién nacidos hospitalizados, el 52%

refiere que tiene dolor en el seno al lactar, el 16% refiere que no cuenta con un espacio adecuado para lactar y solo el 4% refiere tener miedo al perder la figura.

Gráfica No. 9 ¿Cómo alimenta a su recién nacido?, Estudio 2021

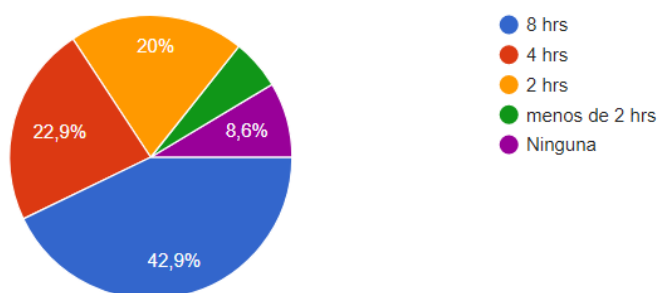


Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

Del total de las 35 participantes, refieren que el 48.6% realiza lactancia materna exclusiva, y el 51.4% realiza la lactancia materna combinada, sin embargo, en la gráfica anterior, se refleja que el 4% de ellas no lacta debido al miedo por perder la figura.

Dentro del estudio se consideró lactancia materna exclusiva a la alimentación directa del seno materno y/alimentación por técnica de succión asistida por medio de vaso o jeringa siempre y cuando sea únicamente con leche materna.

Gráfica No. 10 ¿Cuánto tiempo al día, brinda seno materno a su recién nacido?, Estudio 2021



Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)



Los datos confirman que el 4% de las mujeres por tener miedo a perder la figura no realiza la lactancia materna ya que se registra un 8.6% en no brindar el seno materno.

A diferencia, del 42.9% de las mujeres encuestadas que refieren brindar el seno materno 8 hrs al día, 22.9% 4 hrs al día, el 20% 2 hrs al día y el 5.6% ofrece el seno materno menos de 2 hrs.

Es decir, el 14.2% de las mujeres participantes, no brindan el seno materno.

Las madres lactantes únicamente tienen acceso en horas de alimentación de sus recién nacidos, así como el tiempo destinado para capacitación sobre los cuidados del recién nacido pretérmino, siendo este un factor que limita la lactancia

9.2 Datos del Test de Inteligencia Emocional

Con respecto al Test de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, se identificó de manera general el grupo de 35 encuestas validas trabajadas en la basa de datos de SSPS, podemos entender la propuesta teórica de Daniel Goleman respecto a la inteligencia emocional, ya que es importante tener claro el concepto de emoción y sentimientos. Los datos que se muestran en la siguiente grafica se identifica de forma grupal que de los 5 factores de estudio 4 se encuentran el nivel medio de del diagnóstico de IE.

En este proceso fue muy interesante ya que las madres que lactan y se encuentran con pareja son el 74%, sumando que además trabajan el 31% más de 8 hrs al día, donde el 48.6% brindan lactancia materna exclusiva sumando con ello que el 69% de los recién nacidos de pre termino cuentan con bajo peso; seguido de un 15.4% de enfermedad respiratoria.

Con esta información previa, identificaremos la inteligencia emocional con la que se encuentran las madres lactantes.



Tabla. No. 2 Interpretación del Test de Inteligencia Emocional

| FACTOR | (SP) SUMA PARCIAL | %(SP X 100 entre 36) | DIAGNÓSTICO | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-------|
| | | | % | NIVEL |
| | | | Hasta 65 | Bajo |
| | | | 66 - 82 | Medio |
| 83 - 99 | Alto | | | |
| (I) Autoconciencia | 25 | 69 | Medio | |
| (II) Autocontrol | 23 | 64 | Bajo | |
| (III) Aprovechamiento emocional | 30 | 83 | Alto | |
| (IV) Empatía | 27 | 75 | Medio | |
| (V) Habilidad social | 26 | 72 | Medio | |
| Total de Items | 131 | 73 | Medio | |

Fuente: Aplicación del Test Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, noviembre 2021. (N=35)

Cabe recalcar que cada dimensión comprende varias competencias las cuales determinan la habilidad que tiene un individuo para potenciar la inteligencia emocional en los distintos aspectos de la vida cotidiana y más cuando la mujer está lactando a un recién nacido en pretérmino.

En los resultados de este estudio, podemos identificar que las mujeres participantes en la primera parte de este estudio su nivel de IE fue medio, realizaron una actividad de lactancia que pareciera que no requiere ningún esfuerzo intelectual, pero si mucho de lo emocional; para Autoconciencia **Media**, un marcado Autocontrol **Bajo**; con un Aprovechamiento Emocional **Alta**; y finalmente con una Empatía y Habilidad Social **Media**, estos datos se comprobaron con la información previa que recabamos lo cual nos dice que presentan estrés y ansiedad a las madres que se encuentran en la situación de que su recién nacido de pre termino está hospitalizado.

Al notar su autocontrol emocional, es la capacidad que nos permite gestionar de forma adecuada nuestras emociones y no permite que sean éstas, las que nos controlen a nosotros. De lo que se trata es que todas las emociones, tanto las negativas como las positivas, se experimenten y se expresen de forma adecuada. En el caso de nuestros participantes, carecen de estas habilidades, las cuales se deberán de reforzar. El autocontrol emocional es un componente esencial en la inteligencia emocional.



Para Daniel Goleman “La habilidad para hacer una pausa y no actuar por el primer impulso se ha vuelto un aprendizaje crucial en nuestros días”. Es importante resaltar que cuando nos referimos al autocontrol, no hablamos sólo de dominar y controlar nuestras emociones, sino fundamentalmente de manifestarlas o inhibirlas de una forma correcta.

El aprovechamiento social, es identificado como **alto** se debe a que cada participante siente contar con motivación de logro, compromiso, iniciativa optimismo al realizar la lactancia materna.

10. Conclusiones

Como bien lo mencionan los autores de la literatura revisada en este estudio, no podemos medir el éxito solamente por la capacidad intelectual, sino también por la capacidad emocional.

La inteligencia emocional tiene un papel importante en el actuar de las madres porque así se podrá apreciar como las madres logran mantener una lactancia materna exitosa.

Becerra, Rocha et al, (2015) describe dentro de los factores sociales que protegen la lactancia materna se encuentran y el apoyo de la familia, el acompañamiento de la pareja.

Las madres trabajadoras lactan menos tiempo a sus hijos, aunque en entornos laborales donde la madre está protegida con políticas legales, la duración es mayor. Y las madres que permanecen en la casa lactan más.

Diferentes estudios señalaron que el trabajar y, sobre todo hacerlo fuera del hogar, fue un factor que llevó a las madres a no iniciar o a abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva, y reemplazarla con fórmulas lácteas, complementación temprana con otros alimentos y un mayor uso del biberón.

Mientras que el permanecer en el hogar fue un factor protector relacionado con aumento en la duración y mayor tasa de exclusividad en los primeros 6 meses (Flores-Díaz AL, 2006 y Félix VJ. 2011).



En el estudio realizado por Flórez et al., en binomios madre e hijo mexicanos, se encontró que de las madres que tenían Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 2: 217-227 219 pareja un 78.4% lactaron por 6 meses y más, mientras que solo el 21.6% lactó por 5 meses o menos. Al respecto, Félix, Martínez y Sotelo encontraron que en México una de las causas asociadas al abandono de la lactancia fue la falta de apoyo brindado por la pareja (RM de 3.1, p£ 0.02, IC: 14-8.42) (Flores-Díaz AL, 2006).

Cárdenas et al. señalan que uno de los factores más importantes para la lactancia exitosa es que la madre se encuentre en una situación feliz y relajada, dado que preocupaciones y tristeza son las formas más eficaces de disminuir o eliminar las secreciones mamarias (Cárdenas MH, 2015).

Henry encontró que las mujeres parecían estar más felices y más descansadas durante su embarazo o en el nacimiento de su bebé cuando recibían apoyo emocional suficiente de sus maridos o parientes cercanos (Henry BA, 2010).

11. Discusión.

Promover el cuidado emocional en el posparto, en el contexto socio cultural se ha dado más importancia al periodo que comprende el embarazo y parto debido a las múltiples condiciones de salud que pudieran presentarse, considerar el aspecto emocional como parte fundamental de la atención de integral de salud, disponible para todas aquellas madres que lo necesiten.

Debemos tener presente que el estrés, la depresión postparto, las conductas adictivas o los problemas para crear vínculos de apego se desarrollan por la falta de reconocimiento, comprensión y gestión de nuestras emociones.

En 2018, la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros seis meses aumentó de 14.4 % a 28.6% a nivel nacional y de 18.5% a 37.4% en zona rural. Aun así, México tiene uno de los porcentajes de lactancia más bajos en todo el mundo.

La promoción de la lactancia materna tiene beneficios para las empresas, las mamás y los bebés y es por ello que una lactancia exitosa no depende solamente de las mujeres, sino del estímulo, apoyo y protección de toda la sociedad,



incluyendo a los miembros de familia, el gobierno, los profesionales de la salud, y los empleadores.

Dejar sola a la madre con la responsabilidad de la prematuridad es provocar un riesgo considerable cara a la relación futura con su hijo, y reforzar los conflictos de la pareja, que además se ven naturalmente acrecentados por la herida vivida con su bebé decepcionante.

El acompañamiento de la familia directa, los abuelos, y amigos, así como del equipo de la unidad de neonatología va a tener también su importancia. La mayoría de las veces no ha habido ni una celebración ni regalos por el nacimiento, no se encuentran motivos ni estado anímico para la alegría, manteniéndose la situación sin compartirla con nadie. Es frecuente que estos padres experimenten un descenso en la autoconfianza y la autoestima.

Cualidades como la capacidad de entender los sentimientos propios, la habilidad de entender los sentimientos de las mujeres lactantes y el control de las emociones para lograr que su recién nacido pueda desarrollarse de la mejor manera al ser alimentado con leche materna que contiene todos los nutrientes que necesita.

Resulta evidente que las emociones y el control de las mismas a través de la inteligencia emocional, pueden tener un gran impacto en las mujeres que participaron en este estudio debido a que se encuentran con un constante cambio de emociones.



Bibliográfica

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a ed. revised (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189 (1):148–54.
- Boyd, RC, Le HN. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 141-153.
- Becerra BF, Rocha CL, et al. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina* (2015),63(2):217, Bogota D.C. Colombia, disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.4405>
- Castro López, f. (2011). Neonatología temas para enfermería. La Habana.: editorial ciencias médicas.
- Clatworthy, J. (2011). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 137, 25-34
- Cohen LS, Wang B, Nonacs R, et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am.* 2010 Jun;33(2):273- 93.
- Cárdenas MH, Arenas N, Reina R, Varón M, Montes E. Factores biopsicosociales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva. *Portales Médicos [Internet]*. 2009 [cited 2015 may 06];4(7). Disponible desde: <http://goo.gl/hkZsrl>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales 2ª. Edición 2013. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
- Federación, H. C. (1984.). Ley General de Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación.
- Flores-Díaz AL, Bustos-Valdés MV, González-Solís R, Mendoza-Sánchez HF. [Maternal Breastfeeding-related Factors in a Group of Mexican Children]. *Archivos en medicina familiar [Internet]*. 2006 [cited 2015 may 05];8(1):33–9. Spanish. Disponible desde: <http://goo.gl/lgmXlR>.
- Félix VJ, Martínez CE, Sotelo HE. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de*



México [Internet]. 2011 [cited 2015 may 05];13(2):47–56. Disponible desde: <http://goo.gl/gP5eEy>.

- Gallego, B. (2004). Influencia de la Educación Sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. *Revista Cubana: Med Gen Integr*.
- Global sobre Nacimientos Prematuros. *march of dimes*. Retrieved from
- Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG y Zenk MM. (2006) *Neonatología*. Medica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Gorrita Pérez, Remigio Rafael; Barcenas Bellot, Yasnier; Gorrita Pérez, Yelina y Brito Herrera, Belkis. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana Pediatría* [online]. 2014, vol.86, n.2. ISSN 0034-7531.
- Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los recién nacidos. *Revista*
- González, C. (2014). *Un regalo para toda la vida*. Madrid: Planeta.
- Gorrita, R. e. (2016). Intervención Educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 130-143.
- Gregorio Evans M., Mcjohn Vicuña M, Rodrigo Marín. depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(6): 491-494.
- Gama-Martínez E, Romero-Quechol G, González-Cabello HJ, Martínez-Olivares M. Limitantes para la lactancia materna del recién nacido pretérmino hospitalizado. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(1):19-26.
- Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Physician*. 2010 Oct 15;82(8):926-33.
- Hobfoil SER, Ritter C, Lavin C, Hulsizer MR: Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 445-53.
- Henry BA, Nicolau AI, Américo CF, Ximenes LB, Bernheim RG, Orlá M. Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en fortaleza, Ceará, Brasil: una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leninger. *Enferm. Glob* [Internet]. 2010 [cited 2015 may 06];9(2):1-13. Disponible desde: <http://goo.gl/5bGKrM>.
- http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf
- Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. 2009. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública, U. (2015). Prácticas de lactancia materna en México. Obtenido de <http://www.unicef.org/mexico/spanish/Lactancia-Fichas-Completp.pdf>



- Instituto Nacional de Salud Pública, UNICEF México. (2015). Prácticas de lactancia materna en México. Obtenido de https://www.unicef.org/mexico/spanish/Lactancia-Fichas_Completo.pdf
- Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
- Jadresic E. Trastornos depresivos posparto. En: Correa E, Jadresic E, eds. *Psicopatología de la Mujer*. Santiago: Editorial. Mediterráneo, 2005; 159-75.
- Jossefson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depression symptoms in late pregnancy and in the postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(3):251-5.
- Krochik, A. T. (2010). *Manual de Puericultura*. Buenos Aires: Buenos aires.
- Lowdemick D, P. S. (2013). *Enfermería Materno Infantil*. España: España.
- Marriner Tomey Ann. *Modelos y teorías de enfermería*. 9th Edición 2018. Editorial Elsevier. México.
- Martínez M. (2005) *La Salud del Niño y del Adolescente de Pediatría*. Manual moderno México, D. F. Pp. 77 – 106.
- *Mexicana de Pediatría*. 2012;79 (1):32 – 39.
- México, U. (2018). *Semana Internacional de la Lactancia Materna*. Obtenido de *Salud y Nutrición*: https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047_38710.html
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5349816&fec=24/06/2014
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de *Temas de Nutrición*: who.int



- OMS/UNICEF Declaración de Innocenti. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html OMS/UNICEF
- OMS/UNICEF Iniciativa Hospital Amigo del Niño. 2009. Disponible en http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción.
- P., F.-B., & Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* Vol 6 Ed. 15, 421-436.
- Pérez J. Trastornos del ánimo, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile. 2005.
- Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018. Disponible en [http://pnd.gob.mx/Programa Sectorial de Salud 2013-2018](http://pnd.gob.mx/Programa_Sectorial_de_Salud_2013-2018). Disponible en <http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html>
- Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Disponible en http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
- Stuart S, Couser G, Schilder K et al: Postpartum anxiety and depression: onset and co-morbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 420-4.
- Swason Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. *Journal of Nursing Scholarship*. Volumen 25. N° 4. Winter 1993. Página 1
- Vogel CU, W. C. (2004). How to measure heart rate? *European Journal of Clinical Pharmacology* , 60, 461–466.
- Wolf A, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Apr;37(4):169-76.
- World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. Geneva: WHO Press; 2008.
- Wormald, Francisca; Tapia, José L; Domínguez, Angélica; Producción de leche materna y estado emocional en madres de recién nacidos de muy bajo peso. *Arch. argent. pediatr* ; 119(3): 162-169, Junio 2021. tab, ilustr. Artículo en inglés, español LILACS, BINACIS | ID: biblio-1222431
- <https://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/articulos/crianza-ninos-prematuros-gonzalez-serrano/>
- <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-y-trabajo>





Anexo "A" Operacionalización de variables.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala | Indicador |
|---------------------------|--|---|---------|-------------------|
| Autoconciencia | El participante dará su respuesta en valores de la escala. | Son los valores que darán los participantes al responder el test. | Ordinal | Escala del 0 al 3 |
| Autocontrol | El participante dará su respuesta en valores de la escala. | Son los valores que darán los participantes al responder el test. | Ordinal | Escala del 0 al 3 |
| Aprovechamiento Emocional | El participante dará su respuesta en valores de la escala. | Son los valores que darán los participantes al responder el test. | Ordinal | Escala del 0 al 3 |
| Empatía | El participante dará su respuesta en valores de la escala. | Son los valores que darán los participantes al responder el test. | Ordinal | Escala del 0 al 3 |
| Habilidad Social | El participante dará su respuesta en valores de la escala. | Son los valores que darán los participantes al responder el test. | Ordinal | Escala del 0 al 3 |

| Variable | Tipo de Variable | Definición conceptual | Definición Operacional | Indicador |
|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|
| Edad Complementaria | Tiempo que ha vivido una persona | Número de años cumplido | Continua | Dato edad |
| Sexo Complementaria | Condición orgánica de género | Característica fenotípica del participante | Nominal | 1. Femenino 2. Masculino |
| Estado civil Complementaria | Situación conyugal del trabajador | El expresado por el participante | Nominal | 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo (a) |



Anexo “B” Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL**

Consentimiento informado

La investigación es dirigida por Susana Reyes Trejo, estudiante la especialidad en neonatos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. El objetivo de este estudio es conocer “Inteligencia Emocional de las mujeres, durante la lactancia materna del neonato pretérmino.” En el presente documento yo _____ expreso mi participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja ser confidencial y no se usar para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en el Artículo 17; se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El presente estudio de investigación es sin riesgo como lo indica la ley general de salud en materia de investigación dice:

- I. Investigación sin riesgos: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre lo que consideran; cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos.

De manera que se señala la aceptación voluntaria y agradecimiento por su total disponibilidad para contestar el cuestionario, aclarando que no está obligado(a) a participar ya que tiene derecho a abandonar el estudio cuando lo crea necesario.

Nombre y firma del participante.

L.E. Susana Reyes Trejo.
Responsable de la investigación



Anexo "C" Inteligencia Emocional



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL
TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL
 (Con base en la propuesta de Daniel Goleman)

Instrucciones: Encierra en un círculo el número de la casilla que corresponda con tu situación personal.

| (I) AUTOCONCIENCIA | | NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | PUNTAJE |
|--------------------|---|-------|------------|-----------------|---------|---------|
| 1 | Sé cuándo hago las cosas bien | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2 | Si me lo propongo puedo ser mejor | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 3 | Quiero ser como mis padres | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 4 | Olvido el maltrato con facilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 5 | Soy un buen perdedor | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 6 | Me gusta como soy | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 7 | No sé por qué me pongo triste | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 8 | Me siento menos cuando alguien me critica | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 9 | Lo más importante para mí es ganar | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 10 | Me castigan sin razón | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 11 | Quisiera ser otra persona | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 12 | Culpo a otros por mis errores | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| SUMA PARCIAL | | | | | | |

| (II) AUTOCONTROL | | NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | PUNTAJE |
|------------------|---|-------|------------|-----------------|---------|---------|
| 1 | Converso cuando me va mal en la escuela | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2 | Cuando estoy inseguro, busco apoyo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 3 | Siento decepción fácilmente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 4 | Cuando me enojo lo demuestro | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 5 | Aclaro los problemas cuando los hay | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 6 | Yo escojo mi ropa | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 7 | Me siento mal cuando me miran | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 8 | Me disgusta que cojan mis cosas | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 9 | Cuando tengo miedo de alguien, me escondo | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 10 | Impido que me traten mal | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 11 | Me siento solo | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 12 | Siento angustia cuando estoy aburrido | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| SUMA PARCIAL | | | | | | |

| (III) APROVECHAMIENTO EMOCIONAL | | NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | PUNTAJE |
|---------------------------------|--|-------|------------|-----------------|---------|---------|
| 1 | Me siento motivado a estudiar | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2 | Me siento confiado y seguro en mi casa | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 3 | Mis padres me dicen que me quieren | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 4 | Me considero animado | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 5 | Si dicen algo bueno de mí, me da gusto y lo acepto | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 6 | En casa es importante mi opinión | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 7 | Me pongo triste con facilidad | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 8 | Dejo sin terminar mis tareas | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 9 | Hago mis deberes sólo con ayuda | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 10 | Si me interrumpen ya no quiero actuar | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 11 | Odio las reglas | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 12 | Necesito que me obliguen a realizar mis tareas | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| SUMA PARCIAL | | | | | | |

| (IV) EMPATIA | | NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | PUNTAJE |
|--------------|--|-------|------------|-----------------|---------|---------|
| 1 | Sé cuándo un amigo está alegre | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2 | Sé cómo ayudar a quien está triste | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 3 | Si un amigo se enferma lo visito | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 4 | Ayudo a mis compañeros cuando puedo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 5 | Confío fácilmente en la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 6 | Me gusta escuchar | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 7 | Me molesta cuando algún compañero llora | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 8 | Cuando alguien tiene un defecto me burlo de él | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 9 | Me desagrada jugar con niños pequeños | 3 | 2 | 1 | 0 | |

| | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|---|--|
| 10 | Me desagradan las personas de otro color | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 11 | La gente es mala | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 12 | Estoy solo durante mucho tiempo | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| SUMA PARCIAL | | | | | | |

| (V) HABILIDAD SOCIAL | | NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | PUNTAJE |
|----------------------|--|------------------|---------------------|---------------------|----------|---------|
| 1 | Muestro amor y afecto a mis amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2 | Me gusta conversar | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 3 | Soluciono los problemas sin pelear | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 4 | Me gusta tener visitas en casa | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 5 | Me gusta hacer cosas en equipo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 6 | Me es fácil hacer amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 7 | Me desagradan los grupos de personas | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 8 | Prefiero jugar solo | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 9 | Es difícil comprender a las personas | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 10 | Tengo temor de mostrar mis emociones | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 11 | Si demuestro amistad la gente se aprovecha de mí | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 12 | ¿Cuántos amigos tienes? | 3 Más de 6 | 2 Entre 4 y 5 | 1 Entre 2 y 3 | 0 Uno | |
| SUMA PARCIAL | | | | | | |



Anexo “D” Ley General de Salud



Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984
TEXTO VIGENTE
Última reforma publicada DOF 24-04-2013

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos – Presidencia de la Republica. Miguel de la Madrid Hurtado, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabe: Que el H. Congreso de la Unión se ha servido dirigirme el siguiente: DECRETO. “El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, secreta:

LEY GENERAL DE SALUD
TÍTULO PRIMERO
Disposiciones Generales
CAPITULO ÚNICO

- **Artículo 2.** .- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
 1. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
 2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
 3. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
 4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
 5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
 6. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
 7. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 96. .- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

1. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
2. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
3. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
4. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
5. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y



6. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 99. .- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

1. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
2. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
3. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
4. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
5. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
6. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;
7. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
8. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.



Anexo “E” Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

I. Principios básicos

- 1) La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
- 2) El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
- 3) La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
- 4) La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
- 5) Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
- 6) Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- 7) Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.



- 8) En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
- 9) En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
- 10) En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
- 11) En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
- 12) El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)

- 1) En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
- 2) Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- 3) En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
- 4) La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.



- 5) Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente (v. Principios básicos, punto 2).
- 6) El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

