

EdUCEM

Instituto Universitario del Centro de México



JULIO/AGOSTO 2022

CARTA EDITORIAL

EdUCEM

Instituto Universitario del Centro de México

La salud y la calidad en la atención para los pacientes, son las premisas de la edición de este nuevo número de la revista.

Alicia Castillo Ortega hace una revisión de la importancia de atender el estado de las emociones de los padres de niños con espectro autista, con la idea de mejorar las condiciones de vida y de manera paralela la de los infantes en dicha situación, por lo que es necesario proseguir con la labor de investigación en este sentido.

En tal tenor, María Fernanda del Ángel Morales toca el tema de la calidad por parte de los profesionales de la salud, en pro del servicio hospitalario con un alto sentido de la vocación, en donde resalte la empatía y la inclusión de las personas que acuden a recibir atención.

María del Rocío Flores Ortiz, por su parte, aborda el síndrome de Burnout y las implicaciones en las relaciones, el clima y la motivación laborales, lo cual es un indicio de que hay nuevos escenarios en los cuales se trabaja y donde se debe poner énfasis por parte de las directivas empresariales.

Precisamente sobre la inteligencia emocional y su impacto en el aula, Diana Gabriela García Martínez nos ofrece una propuesta de trabajo proclive a instrumentarse por parte del docente, dado que los salones de clase son eminentemente espacios en que se muestran las emociones y la convivencia.

María Silvia González Malacara propone que el análisis transgeneracional debe ser tomado en cuenta en el diseño de soluciones a los casos de estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), al partir del argumento de que la herencia genética es un elemento que ayuda a explicar la conducta.

Al reiterar que la divulgación, la innovación y el desarrollo de las facultades metodológicas, así como de la investigación, son los ejes primordiales que sustentan nuestra revista, me es grato presentar este número.

Cordialmente

Ing. Patricia Mena Hernández

Rectora

Directorio

Comisión Permanente:

RECTORÍA

Ing. Patricia Mena Hernández

GERENCIA ADMINISTRATIVA

Lic. Mercedes Mena Hernández

DIRECCIÓN ACADÉMICA

Dra. Esther Álvarez Montero

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Lic. Susana López Castelán

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

Ing. Arturo Mena Hernández

DIRECCIÓN DE IMAGEN Y COMUNICACIÓN

Lic. Eduardo Guerrero Rodríguez

DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

Lic. Juan Santiago Silva Grimaldo

ÍNDICE

“El estado emocional de los padres con niños autistas”.

Alicia Castillo Ortega

04

“Calidad y trato digno en la atención de la salud”.

María Fernanda del Angel Morales

09

Relación de la motivación con el síndrome de burnout.

María del Rocío Flores Ortiz

14

“Enseñanza de la inteligencia emocional”.

Diana Gabriela García Matínez

20

Análisis transgeneracional como técnica para la eliminación de las conductas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención en alumnos con TDHA. *María Silvia González Malacara*

27

Comisión Editorial:

CUERPO EVALUADOR

EDICIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO

Dirección académica

DISEÑADOR EDITORIAL

Lic. Manuel Martínez Carabes

DISEÑADOR GRÁFICO

Lic. Manuel Martínez Carabes



EDUCEM, INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL CENTRO DE MÉXICO, Año IV, No. XXXIX, es una publicación bimestral, del 1 de Julio 2022 al 31 de Agosto 2022, editada por el Instituto Preuniversitario Motolinía de León A.C. Domicilio Blvd. Adolfo López Mateos 303, Centro, León Guanajuato, C.P. 37000, teléfono (01800) 890-8236 Exts. 155 y 121, página web <http://educem.digital/> y <https://educem.mx/>, Editor Responsable: Lic. Karla Patricia Barrios Mena, rectoria@educem.mx Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-012013502600-102, ISSN No. 2448-6477, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Rectoría, Ing. Patricia Mena Hernández, Blvd. Adolfo López Mateos 303, Centro, León Guanajuato, C.P. 37000, fecha de última modificación, 1 de Julio 2022. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Universitario del Centro de México.



“EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PADRES CON NIÑOS AUTISTAS

CASTILLO ORTEGA ALICIA

INTRODUCCIÓN

Para la psicología social son relevantes los temas que tengan que ver con movimientos en “efecto dominó”, que puede ser casi cualquiera que se piense y, en este caso, el estado emocional de padres con niños autistas no se queda atrás. Acontecimiento que es el tema a abordar en este trabajo.

Para que una teoría psicológica sea aplicada en una familia con un miembro autista, se necesita que los padres acudan con los especialistas correspondientes para primero detectar el padecimiento. Pues previo a consultar a los especialistas, como suele suceder, los padres han presenciado conductas visiblemente fuera de lo ordinario -los síntomas-.

La dinámica familiar modificada por causa del niño autista provocará cierto estado emocional en los padres de los menores, que en la mayoría de las ocasiones como se describe en el desarrollo, perjudica la psique de uno o ambos padres, trayendo consigo estrés, ansiedad y depresión.

Este estado emocional parental repercute en el cuidado del niño autista, influye directamente en la salud mental de este último y se manifiesta en la sociedad, dado que somos seres socializadores.

La última pieza que se derriba figuradamente del dominó, es la implementación de la resiliencia dirigida por los progenitores. Entendiéndose por resiliencia como “hacer frente a un problema o resurgir después de un hecho traumático” (Jiménez, citado en Forés y Grané, 2008).

Es posible que provoque una adaptación saludable, puesto que como menciona Huamantuma (2017:XIII) “los seres humanos que tienen equilibrio personal son distintos a aquellas personas que, debido a una enfermedad, deben pugnar por este equilibrio para mejorar su vida ante las circunstancias”. Lo que conduce a que, una persona en estabilidad puede encaminar a otro a la misma estabilidad.

DESARROLLO

AUTISMO

De acuerdo con un informe oficial de VisiónCEVECE (2017), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es definido como aquella incapacidad de relacionarse y comunicarse con otros, además se caracteriza por movimientos estereotipados como mover constantemente una mano, la cabeza o cualquier parte de su cuerpo.

Muchas personas autistas tienen una capacidad intelectual baja, colocándose como los casos más graves y esto explicaría por qué pueden presentar dificultades para percibir las emociones de sus cuidadores o de cualquiera que se encuentre en su entorno.

El autismo es una de las enfermedades del desarrollo neurológico que recibe más atención, por tanto, se investiga frecuentemente. Según reportes a “nivel mundial se calcula que 1 de cada 160 niños tiene un TEA” (VisiónCEVECE, 2017:1) y en “México... 1 de cada 115 niños estarían en esa condición... por el momento, exclusivamente en León, Guanajuato” (Autismos Speaks, citado en VisiónCEVECE, 2017). Con los datos anteriores se puede comprender el porqué del interés sobre esta enfermedad, ya que quienes lo padecen son un número importante.

En el informe, los casos de TEA son contabilizados de manera general. Sin embargo, cabe mencionar, hay diferentes tipos de TEA dependiendo de la gravedad que presente la persona.

Es decir, existe el síndrome de Kanner donde se tienen complicaciones a nivel social, de conducta, y verbal. El síndrome de Asperger, siendo uno de los más leves y en el cual es poco probable interpretar las emociones de otros, lo que causa que no se asocie fácilmente lo que se dice con lo que se actúa a nivel corporal. El tercero es el síndrome de Rett que afecta más a mujeres y se caracteriza por la pobre adquisición de lenguaje y coordinación motriz. El cuarto es el trastorno de desintegración infantil, donde hay una regresión en el lenguaje, movimientos y sociabilidad; cabe aclarar que se entiende como “regresión” al hecho de volver a un estado anterior. Y el último tipo, es el no especificado, donde no se cumple con las condiciones para el trastorno, sin embargo, las dificultades del habla y comportamiento están presentes.

Como se pudo leer, los síntomas son variados, complejos y fácil de confundir. Por eso es conveniente que los padres presten atención, para conducirse con un especialista y que se lleve a cabo un tratamiento adecuado.

Se han presentado los diversos síntomas del espectro autista y con ello se le da un nombre a cada tipo, pero se sabe hasta el día de hoy que falta un tratamiento clínico para curarlo, es decir, es incurable, al menos en el área farmacológica y psicológica. Los médicos y psiquiatras pueden apoyarse de algún medicamento si el niño, por ejemplo, presenta crisis epilépticas. Pero la mejor forma que se ha encontrado hasta ahora para mejorar la calidad de vida de los individuos que lo padecen, como de sus cuidadores, es detectarlo entre 2 y 3 años de edad o antes, y aplicar condicionamientos comportamentales que exploten su capacidad y lo predispongan a ciertas reacciones (VisiónCEVECE, 2017).

Este panorama general acerca del espectro autista crea un contexto para imaginar cómo se podría sentir un padre al tener que organizar una vida “normal” con un hijo que padece algún tipo de autismo. Para muchos tener un hijo con esta naturaleza puede llegar a ser complicado, pues a veces no es el único en la familia con esta condición o, aunque sea el único que la presente, puede haber más miembros que necesitan apoyo de los padres, por su edad o simplemente



por necesidades básicas.

Ahora la cuestión es: ¿serán estos padres capaces de encontrar el equilibrio mental, para poder satisfacer las necesidades de su familia y al mismo tiempo las de ellos, sin perder el sentido de vida, el amor a sus hijos, el amor propio y de pareja y adaptarse a cualquier adversidad a la que sean expuestos? Presuponiendo que una estabilidad mental parental es influencia para “el niño autista”.



ESTADO EMOCIONAL DE LOS PADRES CON NIÑOS AUTISTAS

La frase “la familia es el primer elemento socializador de un humano” se ha convertido en un cliché en el área psicológica y probablemente en otras áreas también, por su utilización tan constante por autores como Patiño (2018:12), que en su tesis menciona “la familia es la base fundamental de la sociedad”. Sin embargo, tiene razones para ser utilizada, ya que efectivamente es lo que conocemos desde que nacemos, por tanto, se convierte en base fundamental de la vida psíquica y física de un ser humano para su futura integración a la sociedad. Ahora, si esta premisa la utilizamos en una familia con hijos autistas, también encaja, pero la duda es: ¿cómo es el estado emocional de los padres en esta situación?

De acuerdo con Arévalo y otros (citado en Das y otros, 2017), es normal que los padres se angustien al ver que sus hijos se encuentran en un estado físico y mental “raro”. En este caso debido al espectro autista, sobre todo después de los 9 meses de edad, pues consideran que sus hijos son una extensión de ellos, por tanto, al principio creen que poseen hijos sanos,

para luego enterarse de un diagnóstico que cambia totalmente su percepción y entran en un estado de incompreensión y confusión. Es entonces cuando el rol de cuidadores y protectores se convierte en permanente.

A causa de la incompreensión, confusión, el cambio de dinámica familiar y en algunos casos la pérdida de trabajo por alguno de los padres o ambos, se hace presente un fuerte estrés que desequilibra el estado emocional parental. Provocando que se pierda una homeostasis que rige a la familia y surge el nuevo reto de recuperarla, aunque en muchos casos es casi imposible si no se busca la ayuda profesional correspondiente. De tal modo que en un ambiente de constante exposición al estrés se puede desencadenar depresión y ansiedad, que afecta a todos los miembros incluyendo al niño con autismo (Rodríguez citado en Arévalo y otros, 2019).

También se debe tomar en cuenta, que no se conoce cada caso en el mundo de padres con niños autistas, entonces, tal vez hay padres que tengan los recursos monetarios suficientes para tratar la enfermedad de sus hijos y otros que probablemente no.

Así como puede haber padres que tengan la suficiente resiliencia para transmitir un ambiente pacífico a su hogar y otros que no. Además, el “nivel de estrés... depende, en gran medida, de los sistemas de apoyo y recursos externos con los que cuentan...” (Liporace citado en Arévalo y otros), como consecuencia son varios los factores que desencadenan cierto estado emocional parental.

Después de que el tiempo transcurra con un estado emocional que afecta la salud mental o física de los padres e hijos -para ser precisos estrés, depresión y ansiedad-muchos llegan a desarrollar o aplican su capacidad de otro estado emocional basado en la resiliencia que permite el sano desarrollo de la parte fraternal y parental. Se destaca que esto ayuda a sobrellevar el autismo según menciona Jiménez (2016) en su tesis doctoral.

La resiliencia familiar se define como la reorganización del sistema, sustentada en las fortalezas y competencias de todos los miembros, ayudando a afrontar adversidades y problemas (Walsh citado en Jimenez, 2016). Una vez que se decide tomar el rumbo de la resiliencia, que sería la parte positiva del cambio al te-

ner un niño autista, se debe tomar en consideración que “la vida no puede seguir siendo igual que antes del trauma” (Delage citado en Jiménez 2016:27), o sea, que se está dispuesto a adaptarse al nuevo estilo de vida y enfrentar cada reto.

Al explorar las posibilidades de la resiliencia, ahora los padres llegan a darse cuenta de que sus emociones son consecuencia de la seguridad familiar, la flexibilidad y cohesión, siendo esto básico para adaptarse a situaciones de estrés invasivo (Jiménez, 2016). Aunque es preciso aclarar que no todos llegan a esta fase, o que el tiempo en descubrir las emociones positivas es distinto en cada caso.

Para finalizar, un bienestar mental o una percepción negativa por parte de los progenitores, depende de las circunstancias por las que esté pasando y su capacidad emocional para responder ante ciertos estímu-

los del ambiente, por tanto, como dice Huamantuma (2017) “el bienestar es subjetivo” y está en función del contexto en el que la persona se desenvuelva.

Psicología social funcionaría para aportar una posible ampliación del tema, y para lograr verlo desde distintos ángulos, que terminarán siendo registros de futuras referencias.

Para terminar, se considera que todos tienen la oportunidad de asegurar un presente, sin importar las condiciones en las que se encuentren, ni el tipo de capacidad con la que hayan nacido, puesto que al ser clasificado como ser humano se otorga la misma oportunidad de vivir y para que un humano en las condiciones que el tema de este escrito trata, obtenga esa oportunidad es necesario que sus cuidadores lo guíen para conseguirlo.



CONCLUSIÓN

De acuerdo con la interpretación subjetiva del tema, basada en información recopilada de fuentes fidedignas, se concluye que todas las personas tienen derecho a permanecer en estabilidad emocional y no debe confundirse con “no sentir”, sino que se aprende a reconocer que es lo que se está viviendo emocionalmente y se atreve a evolucionar a través de sí mismos, a través del infante autista y a través de otros, como los profesionales de salud, que en relación al tema serían psiquiatras, psicólogos, médicos, etc., y con el reconocimiento del “sentir”, se dirige a un mejoramiento de la calidad de vida de los padres y de los niños con dicho trastorno.



BIBLIOGRAFÍA

Sería pertinente que se realicen en la Ciudad de León, Guanajuato, México, investigaciones sobre autismo, pues generar avance en conocimiento y planes de desarrollo, incita a más personas a interesarse e incrementa la conciencia de la población para que se detecte a tiempo la enfermedad y se tengan actuaciones viables.

Como se describe al inicio del ensayo, aunque otras ramas de estudio lo investiguen, para la psicología social funcionaría para aportar una posible ampliación del tema, y para lograr verlo desde distintos ángulos, que terminarán siendo registros de futuras referencias.

Para terminar, se considera que todos tienen la oportunidad de asegurar un presente, sin importar las condiciones en las que se encuentren, ni el tipo de capacidad con la que hayan nacido, puesto que al ser clasificado como ser humano se otorga la misma oportunidad de vivir y para que un humano en las condiciones que el tema de este escrito trata, obtenga esa oportunidad es necesario que sus cuidadores lo guíen para conseguirlo.

Arévalo y otros (2019). El estrés en los padres con hijos que presentan trastorno del espectro autista. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/10617>
Huamantuma, L. (2017). Bienestar psicológico y calidad de vida familiar en padres de niños con autismo de los Cebes de la Ciudad de Arequipa. (Tesis nivel Licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5566>

Jiménez, E. (2016). Resiliencia en padres y madres de niños con trastorno del espectro autista. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71061744.pdf>

Patiño, C. (2018). El entorno familiar y su influencia en el control de emociones de niños con autismo leve en las edades de 3 a 5 años de la unidad educativa particular “Tejar”. (Tesis nivel Maestría). Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ulvr.edu.ec/handle/44000/3107>

VisiónCEVECE. (2017). Autismo. Estado de México: Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, <http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2017/Semana%2024.pdf>

“CALIDAD Y TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD”

MARÍA FERNANDA DEL ANGEL MORALES

INTRODUCCIÓN

Durante el año de pasantía se observó cómo afecta la calidad en la atención y el trato digno del personal de salud en la recuperación, mejoría y estabilización de los pacientes.

La calidad es considerada como una cualidad o atributo que se debe poseer en cualquier servicio o área para el buen desarrollo en la práctica de una profesión, y en materia de salud es indispensable poseerla. Calidad es hacer las cosas de la mejor manera y desde el primer momento. Esto representa un reto importante a nivel mundial, ya que existen países que aún no logran alcanzar los estándares sanitarios que se desean, y por lo tanto no obtienen un progreso en los servicios de salud.

Para México el panorama es un poco diferente ya que el Sistema Nacional de Salud ha demostrado una mejoría en la calidad de los servicios de salud en los últimos años. Esto no quiere decir que tengamos el

nivel que se espera, ya que los estándares a alcanzar deben estar en todos los prestadores de los servicios de salud, así como en todas las instituciones públicas y privadas.

La no calidad en los servicios de salud puede verse representada de muchas maneras: 1) la falta de medicamentos y material en las instituciones; 2) la falta de personal de salud; 3) la poca habilidad, conocimiento o experiencia en el personal de salud; 4) los altos costos; y 5) el maltrato o el trato no digno en los cuidados y atención a los pacientes.

Esto nos lleva a la inconformidad, a las complicaciones de enfermedades, a una mayor estancia en los centros de salud por falta de mejoría y, la peor consecuencia, las pérdidas humanas.

En este trabajo se pretende conocer el verdadero significado de calidad en los servicios de salud, y cómo ésta repercute directamente en la recuperación o la atención de los usuarios. Asimismo, sensibilizar a los profesionales de salud no sólo del significado de la palabra “calidad”, sino de la importancia de llevar a cabo servicios que mejoren la vida de nuestros pacientes.



CALIDAD Y TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Todos los seres humanos queremos recibir servicios que garanticen nuestra comodidad y mejoren nuestra calidad de vida, así como un trato digno durante nuestra estancia o visita en cualquier institución hospitalaria.

Cuando hablamos de calidad en los servicios de salud no puede pasar desapercibido el doctor Avedis Donabedian, ya que hace más de 40 años comenzó a implementar el significado como tal de calidad en los servicios de salud. Según él, el aseguramiento de la calidad de salud es obtener los mayores beneficios con los menores riesgos a través de mecanismos ya establecidos.

Pero hace muchos más años atrás, una de las precursoras de la enfermería; Florence Nightingale ya llevaba a cabo servicios que mejoraron la calidad de vida de sus pacientes pese a todo mal pronóstico. Descubrió e implementó estrategias que ayudaron en la recuperación y redujeron las complicaciones que se podrían ocasionar; estrategias que hasta el día de hoy

se siguen llevado a cabo.

En su obra *Notas sobre enfermería* reflejó su pensamiento sobre la teoría ambiental en el área de la salud. Según Nightingale, el entorno es fundamental para la recuperación del paciente, como también lo es para su correcto desarrollo de procesos biológicos y fisiológicos (Macho, 2017). Se entiende por calidad a la capacidad para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas de los usuarios o beneficiarios.

Servicio es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra. El paciente es la persona con necesidades y preocupaciones, que no siempre tiene la razón, pero que siempre tiene que estar en primer lugar. La calidad de servicio consiste en cumplir con las expectativas que tiene el usuario sobre qué tan bien un servicio puede satisfacer sus necesidades (Molina Tamayo, 2014).

El trato digno son aquellas percepciones que el usuario tiene acerca del personal de salud. Se deben seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el usuario, así como la información que le brindará respecto a su estado de salud.

Todo esto englobado en una atmósfera de respeto mutuo.

Se dice que no existe como tal una definición estándar para el significado de calidad. A nivel global, algunos se han centrado en cumplir con los requisitos y otros se enfocan en la satisfacción del usuario; para el sector salud se deben tener todos los componentes.

La palabra calidad está definida por atributos. Esto significa que cuando hablamos de una organización de salud de calidad algunos podrían entender que la tiene porque: 1) está certificada, 2) genera buena atención al paciente, 3) maneja tiempos adecuados, 4) cuenta con los recursos, ó 5) porque el profesional está capacitado (Numpaque y Rocha, 2016).

Cada quien va creando su propia definición. Según la Organización Mundial de la Salud (2019) calidad significa un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el usuario, un alto grado de satisfacción del usuario y el impacto favorable para la salud. Como se observa, todo a favor del paciente.

El personal de salud está al servicio de las personas. Son individuos que atienden a personas en sus diversas condiciones y estados de salud. Hay gente que proviene de distintos grupos de población, diferencias demográficas, aspectos étnicos, diferentes religiones, cultura y costumbres. Es una relación entre seres humanos, la cual el foco principal es la persona, la familia o la comunidad.

Al hablar de calidad en el servicio de sector salud es hablar de un proceso de mejora que se debe implementar en las instituciones públicas y privadas, y que debe llevar a cabo toda aquella persona que labora en un hospital, clínica, centro de salud, o donde se brinden servicios de salud.

Es decir, desde el personal de intendencia hasta el director del hospital. Ya que cada una de las actividades que se realizan para el paciente, tienen como fin aumentar el pronóstico de la enfermedad o padecimiento, mejorar su calidad de vida, y disminuir sus complicaciones.

La calidad de atención médica significa brindar una atención conforme a las normas de calidad.



Así como contar con conocimiento, habilidad, tecnología, ambiente confortable que garantice la seguridad del usuario y mejore su calidad de vida. Es decir, implica el cumplimiento de los requerimientos y de sobrepasar las expectativas del usuario (Forrellat, 2014).

Estas son algunas de las características que se observaron para mejorar la calidad de la atención y dar así un trato digno al paciente, las cuales debe poseer todo el personal de salud que tenga contacto directo con el paciente. Mismas que van desde algo sencillo hasta condiciones que no dependen directamente con el profesional de la salud.

Tan sencillas como regalar una sonrisa, con esto se establecen mejores relaciones humanas; ya que las personas se sienten bien atendidas. Cuando se escucha atentamente lo que nos dice la persona, ésta sabrá que realmente nos interesa lo que nos está comunicando; es de mala educación que mientras alguien nos habla, parezcamos ocupados, estemos escribiendo en la computadora o atendiendo el celular. Hay que siempre mirar a los ojos a la persona que se dirige a nosotros. Se debe lograr que la persona tenga confianza en el profesional de salud. Implica que todo el personal posea un conjunto de conocimientos y habilidades, así como las actitudes para la atención integral hacia el paciente.

Es importante comprender el estado de ánimo de las personas. Habrá pacientes que lleguen contentos u optimistas y, por el contrario, se verán pacientes con estado de ánimo bajo, deprimidos o negados a recibir su tratamiento. Esto depende del tipo de patología que tenga y de las complicaciones que esta enfermedad ha tenido en su organismo.

Otro elemento que se debe desarrollar es la atención oportuna. Implica el equipamiento y la capacidad resolutoria que, de acuerdo a la gravedad de la condición, serán atendidos lo más pronto posible y con la mejor capacidad.

Todas las instituciones de salud pública y privada deben implementar principios que garanticen un trato digno y un servicio de calidad. No sólo hacerlo cuando se supervisará la unidad o cuando se llevarán a cabo eventos donde se pueda observar el tipo de servicio que se brinda.

Se debe mejorar continuamente; día con día e ir implementando nuevos conocimientos y nuevas técnicas para el buen desarrollo de los servicios. Todo esto debe ser un trabajo multidisciplinario y que involucre a cada profesional de la salud y a todo el personal que labore en un centro donde se brinden servicios de salud, donde la principal meta sea la mejora del paciente.

Cuando se habla de calidad, uno de los aspectos más importantes percibidos por el paciente es el trato digno. El trato digno es la situación que se logra cuando las interacciones entre el paciente y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta la satisfacción, e inclusive sobrepasando las legítimas expectativas que tiene el paciente.

El trato digno engloba varios conceptos que deben llevarse a cabo para el cumplimiento de la atención adecuada o trato adecuado. A continuación la descripción de los más representativos. 1) Autonomía: se respetan los derechos del paciente acerca de la toma de decisiones sobre sus tratamientos y procedimientos respecto a su salud. 2) Confidencialidad: toda información provista por el paciente a cualquier prestador de salud, debe salvaguardarse y no debe ser divulgada sin permiso del paciente. 3) Comunicación: el paciente tiene todo el derecho de realizar preguntas o aclarar dudas respecto a su estado de salud, toda información que se le brinde debe ser lo más clara para él. 4) Atención pronta: la atención médica debe ser lo más pronto posible, para evitar la molestia del paciente y evitar que su padecimiento se agrave. 5) Calidad en las comodidades básicas: la alimentación proporcionada debe ser de calidad y provista en cantidad suficiente, así como baños, salas de espera y consultorios deben estar limpios y bien ventilados, además de ser confortables (Ramírez y otros, 2016).

Existen muchas características que debe poseer cada uno de los prestadores de los servicios de salud para mejorar la calidad de atención y satisfacer las necesidades del paciente. Tales como ser sensibles, hablar claro, brindar atención personalizada, ser cálidos, tener empatía, aclarar dudas o preguntas, una buena interacción social, respetar, saber escuchar, controlar emociones, ser sinceros, reconocer fallas, y cumplir con los deberes y obligaciones.

CONCLUSIÓN

El mundo se está transformando, al igual que la población, la ciencia, y la tecnología. Aparecen nuevas enfermedades, descubren nuevos tratamientos, crean medicamentos, etc. Debemos embarcarnos en el trabajo de calidad. Este proceso generará un círculo virtuoso dentro de cada institución, ya que el trabajo en equipo, las decisiones y las acciones realizadas con calidad conllevarán beneficio para todos.

Todas las profesiones implicadas en el sector salud son las más humanitarias, inclusive las más respetadas. Las personas confían ciegamente cuando ven a alguien vestido de blanco o que simplemente les preguntan: “¿qué le pasó?”, o “¿cómo se siente hoy?”.

Se cree que la primera razón por la cual se toma la decisión de estudiar o ejercer como profesional de la salud es la empatía por los demás; el querer ayudar y suplir todas las necesidades del paciente.

Se deben de tratar a los demás cómo quisiéramos que nos trataran a nosotros. Teniendo en mente que cada niño, hombre, mujer, adolescente o adulto mayor; podrían ser nuestros padres, hermanos, hijos, esposos o esposas, abuelos o nosotros mismos.

Se deben respetar a todas las personas por igual, no importa su género, edad, religión, lugar de procedencia, etc. Cada profesional de salud debe proporcionar los servicios con respeto, buena disposición y con la mayor habilidad; implicando todos los conocimientos obtenidos.

Como se vio anteriormente, prestar servicios de calidad es algo que cada profesional de la salud debe aplicar con todos los pacientes. Es un trabajo en equipo y apoyo mutuo. A veces no se tiene la práctica, pero se deben cambiar hábitos desfavorables por hábitos que garanticen la satisfacción de cada uno de los pacientes. Los cambios pueden generar miedo, pero son beneficiosos; sí algo no se intenta o no se arriesga jamás se sabrá si aquello será mejor.

BIBLIOGRAFÍA

Forrellat Barrios, M. (2014) Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. Revista cubana de hematología, inmunología y hematología. Vol 30. No 2. Recuperado de la URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011

Molina Tamayo, O (2014) Calidad de los servicios. ECURED https://www.ecured.cu/Calidad_de_los_Servicios#Calidad

Numpaqué-Pacabaque, A. Rocha-Buelvas, A (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. Revista de la facultad de medicina. Vol 64. No 4. Recuperado de la URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000400715&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Macho Stlader, M (2017). Mucho más que la dama de la lámpara. Mujeres con ciencia. <https://mujeresconciencia.com/2017/08/22/florence-nightingale-mucho-mas-la-dama-la-lampara/>

Ramírez Muñoz V, Gallegos Carballo L, Bolado García PB, Gamboa-López GJ, Medina-Escobedo CE (2016). Percepción del familiar y el paciente sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería. Revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social. Vol 24. No 2. Recuperado de la URL: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/rt/printerFriendly/98/158





RELACIÓN DE LA MOTIVACIÓN CON EL SINDROME DE BURNOUT

MARÍA DEL ROCÍO FLORES ORTIZ

INTRODUCCIÓN

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para el 2020 la depresión y la baja autoestima serán las principales causas de incapacidad en las empresas” (Aranda-Beltrán y otros, 2013), dicha cifra es alarmante, ya que estos factores son una problemática que hoy en día afecta tanto a empresas como a colaboradores. Esta problemática ha detonado como consecuencia el Síndrome de Burnout, mismo que es el tema central de este trabajo.

El síndrome de Burnout es un mal que hoy en día aqueja a muchas empresas y trabajadores, visto desde el enfoque del colaborador, éste se ve afectado al tener la incertidumbre de aceptar o no un empleo, por miedo a que él mismo no cumpla con sus expectativas y, por otra parte, desde el enfoque empresarial,

causa la falta de certeza de no contar con los medios suficientes para afrontar dicha situación.

Por lo cual se contará con las aportaciones de diferentes autores, mismas que se serán confrontadas para tener el conocimiento de las características y consecuencias del Síndrome de Burnout.

Habiendo mencionado dicha problemática, en este ensayo se hablará del Síndrome de Burnout, el cual, para muchas empresas sigue siendo un tema nuevo, pero el hecho de que no se tenga el suficiente conocimiento de éste, no niega su existencia y lo efectos que provoca.

Por lo que en el presente ensayo intentaré encontrar la relación que tiene la motivación con el Síndrome de Burnout, si es que dicha relación existiera. Para poder entender estos términos primero describiré

la definición del Síndrome de Burnout y subsecuente de la Motivación, posterior a ello realizaré la discusión sobre dicho tema para finalmente pasar a la conclusión, a las limitantes o áreas de futura investigación.

Si bien este trabajo como tal no es una investigación a fondo, se pretende despertar el interés para otros investigadores y con ello no sólo se conozca el significado o características del Burnout, sino que también se logre encontrar aquello que pueda contrarrestar sus efectos, así como la deserción laboral causada por este mal.

Debido a lo novedoso que es el Síndrome de Burnout, ciertas organizaciones se han dado a la tarea de intervenir para contrarrestar o disminuir dicho problema. Uno de ellos es el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual ha estimado que el 75% de los empleados mexicanos padecen o han padecido estrés laboral, superando a países como China y Estados Unidos.

Por otra parte, a nivel gobierno y debido al alto índice de estrés, la diputada María Guadalupe Oyervides Valadez, ha propuesto la modificación del artículo 76 de la Ley Federal del Trabajo, para que los empleados gocen de mínimo 20 días de vacaciones al año. La existencia de este problema es innegable y nos demanda que antes de proponer una posible solución hay que darle el debido entendimiento a dicho fenómeno. He aquí pues la justificación del tema a desarrollarse.



BURNOUT

Antecedentes Históricos de Burnout

A casi cuatro décadas los autores Maslach y Jackson (1981), fueron los pioneros para idear un instrumento que pudiera medir el síndrome de Burnout, dicha escala fue el conocido MBI (Maslach Burnout Inventory) el cual cuenta con toda la validez y confiabilidad para ser utilizado. Es importante mencionar que tal herramienta fue el producto de un fenómeno que diez años antes comenzaba a vislumbrarse por Ryan (citado por Maslach & Jackson, 1981). Este fenómeno es lo que hoy en día conocemos como el Síndrome de Burnout.

Entre las características que los investigadores resaltaban eran: 1) desgaste emocional, 2) la delegación de los problemas laborales a los clientes o individuos con los que se trataba, y 3) la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa (Maslach & Jackson, 1981:99-100). Siendo de relevancia hay que mencionar que todos los estudios que se hicieron al respecto eran de carácter exploratorio (Juárez-García y otros, 2014).

Definición de Burnout

Primero es importante aclarar que hay diferentes formas de nombrar a este síndrome, de acuerdo con (Raigosa y Marín, 2011) lo definen como el desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional o agotamiento laboral (citado en Reynoso-Núñez & Cíofalo-Lagos, 2015:779).

En este trabajo el nombre que se utilizará para dicho síndrome es Burnout. En el síndrome de Burnout existen tres rasgos como son: 1) el agotamiento o cansancio mental, 2) despersonalización, y 3) baja eficiencia profesional. Puntos en los que autores como Gil-Montes y otros (citados por Caballero-y otros 2015:428).

(2007); Maslach y Jackson (1981), y Schaufeli y Enzmann (1998) coinciden con cada uno de ellos,

A su vez Pando, Aranda, Aldrete, Flores y Pozos (2006, citados en Chávez-Orozco, 2016:82), añaden que

el síndrome de Burnout es considerado como una respuesta al estrés laboral crónico producido por la presencia de los factores psicosociales negativos del trabajo, ya sean propios de la tarea, organizacionales, de interacciones interpersonales, o de otro tipo.

Ahondando en la parte crónica debe mencionarse que a diferencia de lo que se pensaría, el Síndrome de Burnout se desencadena por una situación en particular. Autores como Jiménez y Báez (2010) mencionan que “el desgaste profesional radica en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales” (citado en Puhl, 2016:232). Es decir, es derivado de múltiples situaciones en el ámbito laboral.

Causas del Síndrome de Burnout

Por otra parte, es importante conocer aquellos factores detonantes del Síndrome de Burnout, los cuales Caputo (citado en Patlán, 2013:447) enlista de la siguiente manera:

- 1) Falta de autonomía en el trabajo.
- 2) Trato con el público.
- 3) Conflicto de Rol.
- 4) Ambigüedad de rol.
- 5) Disminución de oportunidades de realización personal.
- 6) Retroalimentación inadecuada.
- 7) Falta de control sobre el trabajo.
- 8) Situaciones poco satisfactorias.
- 9) Sobrecarga de trabajo y
- 10) Continuos factores estresantes del ambiente físico de trabajo.

Por lo que se entiende de acuerdo con estos puntos y apoyado con la teoría de Maslach (citado por Díaz-Bambula & Gómez, 2016) el síndrome de Burnout se deriva de factores externos al propio individuo, los cuales considera son los detonantes de éste. Dicha teoría contradice a Caputo (citado en Patlán Pérez, 2013:447) quien señala que el burnout es un síndrome derivado de la falta de capacidad del individuo para afrontar las demandas laborales y personales.

Consecuencias del Burnout

Si bien este síndrome no es tan conocido, las conse-

cuencias que puede llegar a tener son graves en el aspecto personal puede llegar hasta en un suicidio, divorcio o consumo de sustancias tóxicas. No obstante, la afectación no sólo es a nivel de la persona, también lo es a nivel empresa, viéndose reflejado en la productividad, la calidad, el ausentismo, la rotación, los accidentes laborales y la desmotivación del trabajador. (Aranda y otros, 2013:168).

MOTIVACIÓN

Definición de general de motivación

De acuerdo con (Dalton y otros, 2007:56) se entiende por motivación en su más amplio sentido, como una necesidad o impulso que se presenta o acciona en cada individuo. Es decir, es el estímulo que nos hace actuar (Charaja y Mamani, 2014). Como este tema es muy amplio, en el siguiente párrafo se abarcará desde la rama de la Psicología Organizacional.

Definición de motivación laboral

Diversos autores (Marín, Ruiz & Henao, 2016; García & Forero, 2014; Navarro, Ceja, Curioso & Arrieta, 2014) describen la motivación como el motor o impulso ya sea positivo o negativo, el cual nos lleva a cubrir una necesidad en el ámbito laboral, (citados por Rivera-Porras, Hernández-Lalinde, Forgiony-Santos, Bonilla Cruz, & Roza Sánchez, 2018). A su vez (Dalton y otros, 2007:56) mencionan la importancia de que tanto la empresa como el empleado conozca aquello que los motiva, pues se verá reflejado en su desempeño profesional (Charaja-Incacutipa, & Mamani-Gamarrá, 2014). Habiendo definido esto, es momento de abordar dos teorías muy reconocidas sobre el tema de la motivación.

TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN

Maslow

El ser humano por naturaleza es holístico, por lo cual se compone de un todo, para esto Abraham Maslow nos aporta su teoría de la Pirámide de Maslow, la cual menciona que el ser humano debe de pasar por 5 etapas para llegar a la autorrealización. Dichas etapas como las menciona (Sum-Mazariegos, 2015:8) son: 1) necesidades fisiológicas, 2) necesidad de seguridad, 3) necesidades sociales, 4) necesidades de estima, y 5) autorrealización. Es importante mencionar que para

llegar a esta última debemos haber pasado por las cuatro anteriores y, más importante aún, mantenerlas.

McGregor

Por una parte, en la teoría de X y Y de Douglas McGregor (citado por Sum-Mazariegos, 2015:8) establece dos versiones diferentes de personas. El primer tipo de personas que se describe es la X, la cual señala que el trabajador se caracteriza por ser pesimista, evita el trabajo en sí, le teme a los retos y por lo regular tiende a ser una persona perezosa. Por lo contrario, McGregor en su misma teoría señala al tipo de personas Y, en la cual se refiere a que el trabajador se caracteriza por ser flexible, dinámico, optimista, busca y disfruta superar retos.



El rol de la motivación intrínseca y su relación con el síndrome de Burnout

Aspectos positivos

Autores enfocados en el campo de docencia (Rodríguez, Núñez, Valle, Blas, & Rosario, 2009), señalan que la existencia de la motivación frente al ejercicio de su rol, desde el punto de vista psicológico se relaciona en buena medida con sus autoesquemas (autoconfianza, autoeficacia, autoestima, entre otros) y en ellos para abordar todos los cambios que conlleva su ejercicio profesional.

Por lo tanto, es claro que la motivación puede ser diferente en cada individuo, pues depende de sus condiciones psicológicas individuales o intrínsecas y de las condiciones extrínsecas brindadas por el ambiente en el que desempeña su labor.

“Cuando las condiciones que rodean al docente influyen de manera positiva en la experiencia de la motivación personal, ésta se puede convertir en un factor protector frente al estrés y al síndrome de Burnout” (Gil-López y otros, 2015). Por este último punto, se observa que la motivación extrínseca viene a contribuir con la motivación intrínseca del empleado para el mejor desempeño de sus funciones.

Aspectos Negativos

Por su parte, Pines (1993) y Yafe (2001) plantean que la raíz de desarrollar el síndrome de burnout surge a partir de la necesidad que tiene el individuo de encontrar significado existencial de su vida y al ver que su trabajo no se lo proporciona, crea una sensación de fracaso.

Derivado de este tema, la autora ha desarrollado un modelo causal donde explica los elementos que conllevan al desarrollo del burnout. Este modelo existencial de burnout tiene un carácter motivacional. Su supuesto básico es que “sólo los individuos altamente motivados pueden quemarse, por lo que, las personas altamente motivadas entran en la carrera elegida con metas y expectativas más altas de lo que el trabajo proporcionará”. De acuerdo con este último párrafo, el autor nada dice del papel de la motivación extrínseca en los empleados (Díaz y otros, 2016:116).

Una vez que los elementos claves de este ensayo se describieron, se discutirá de forma profunda como todos ellos se entrelazan. De esta manera se inten-

tará dar respuesta a la pregunta planteada en la introducción: ¿la motivación es intrínseca, pero se ve afectada o beneficiada con los factores extrínsecos?

¿Qué causa el Burnout?

Habiéndose mencionado las causas en los apartados anteriores, desde mi experiencia laboral los empleados han nombrado el trato al público, la falta de retroalimentación y la sobrecarga de trabajo como las principales razones de disertación laboral. Una vez analizada la información nos podemos dar cuenta que son puntos clave para adquirir el Síndrome de Burnout.

Como se mencionó anteriormente, la motivación está condicionada a factores externos, es decir, la motivación extrínseca es un factor que puede proteger al empleado de padecer el síndrome de burnout. Pues como parte positiva de la motivación encontré que a mayor motivación extrínseca aumentará la motivación intrínseca, dado que la ausencia de la motivación da como resultado el síndrome de Burnout.

Dicho supuesto da a entender que, aunque un trabajador pueda estar muy motivado y entrar en la categoría Y en la teoría de McGregor, bajo condiciones negativas de trabajo, este empleado se pasará a la categoría X, ya que son diversas las situaciones que lo llevan a generar este síndrome. A su vez se en el presente ensayo se encontró que cuando una persona tiene una motivación intrínseca alta, mayor es el riesgo de padecer el síndrome de Burnout, pues como se expuso anteriormente, las expectativas de esta persona suelen ser mayores a lo que la empresa les puede ofrecer.

¿Cómo se observa el padecimiento en el empleado?

Cambios internos.

Uno de los principales factores observables de un individuo que es portador del Síndrome de Burnout es la “Despersonalización” debido al cansancio mental y emocional provocado por dicho síndrome. Dicho padecimiento afecta la percepción del individuo (Autoesquema- Autocontrol).

Cambios externos

Entre los principales factores donde impacta dicho síndrome en el aspecto laboral es en la baja eficiencia, la cual se traduce en otras palabras como la falta de motivación extrínseca.

Como se mencionó anteriormente hay autores quienes culpan al individuo de ser el responsable de adquirir el síndrome por su falta de capacidad para enfrentar los problemas que se le presentan en su área laboral, pero se observó que un factor detonante del síndrome es el ambiente en el que el trabajador se ve inmerso. Ya que es este mismo ambiente el principal causante para que una persona adquiera dicho síndrome, pues el ser humano es holístico, es decir, se complementa de un todo (Factores Internos y Externos).

CONCLUSIÓN

De acuerdo con lo antes mencionado se llegó a la siguiente conclusión. El Síndrome de Burnout es causado por el ámbito laboral, es decir, el trabajo mismo es causa de que el individuo adquiera dicho síndrome, pues este va acompañado de una pérdida de motivación la cual ocasiona un pensamiento negativo y un cansancio excesivo, y como consecuencia habrá un bajo rendimiento laboral.

Es cierto que la motivación es intrínseca, es decir, depende de cada individuo, pero no podemos nosotros como empresa delegar la responsabilidad total al empleado, pues como ya vimos en el presente ensayo, los factores externos o “motivación extrínseca” son aquellos detonantes para que el trabajador adquiera dicho síndrome.

Para esto es importante que la empresa conozca a sus empleados, que conozca aquello que los motiva, qué tipo de empleados tiene en su plantilla de acuerdo a la teoría de MacGregor, pues esto será un factor importante para crear un plan de acción y poder contrarrestar dicho síndrome. Puesto que no es un tema que sólo afecta al individuo en su persona, ya que como lo hemos mencionado, la organización será una de las principales afectadas por la disminución en la productividad y la eficacia.

La relación principal que se encontró de la motivación en el Síndrome de Burnout es causal, pues la ausencia de ésta es el factor detonante de di-

cho síndrome. A su vez se encontró una segunda relación "sintomática", puesto que de ser al inicio sólo una enfermedad que ataca en la autoestima del empleado, puede llegar a traer problemas de índole personal como divorcios, drogadicción, alcoholismo, etc. A nivel empleado ocasionará problemas como ausentismo, rotación, bajo rendimiento, etc.

Como punto importante, se encontró que los trabajadores más propensos a adquirir el síndrome son aquellos que tienen un vínculo con otras personas. Por último, se refuerza la idea de que son factores externos dentro de la empresa, los causantes de adquirir dicho síndrome.

En cada una de las fuentes de investigación, se habla de los síntomas del síndrome, pero en ninguno se mencionan de las posibles soluciones para el mismo, por lo cual sugiero a los futuros investigadores y colegas Psicólogos Organizacionales, ahondar más en este tema.

BIBLIOGRAFÍA

Aranda-Beltrán, C., López-González, J. L. & Barraza-Salas, J. H. (2013). Factores psicosociales y síndrome de burnout en trabajadores de la industria de la transformación de la masa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 167-172.

Caballero-D, C. C, Bresó, E. & González-Gutiérrez, O. (2015). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 32(3), 424-441.

Charaja-Incacutipá, Y. M. & Mamani-Gamarra, J. (2014). Satisfacción laboral y motivación de los trabajadores de la dirección regional de comercio exterior y turismo. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 5(1), 5-13.

Chávez-Orozco, C. A. (2016). Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA Research Journal*, 1(9), 77-95.

Díaz-Bambula, F. & Gómez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1).

Gil-López, D., Martínez-Cárdenas, M. & Zapata-Giraldo, M.B. (2015). Relación entre motivación y síndrome de burnout en docentes. *Sabaneta*. Tomado de septiembre 10, 2019. [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bits-](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bits-tream/6789/2223/1/Relación%20entre%20motivación%20y%20síndrome%20de%20Burnout%20en%20docentes.pdf)

[tream/6789/2223/1/Relación entre motivación y síndrome de Burnout en docentes.pdf](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bits-tream/6789/2223/1/Relación%20entre%20motivación%20y%20síndrome%20de%20Burnout%20en%20docentes.pdf).

Juárez-García, A., Idrovo, A. J., Camacho-Ávila, A. & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 159-176.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR*, 2, 99-113.

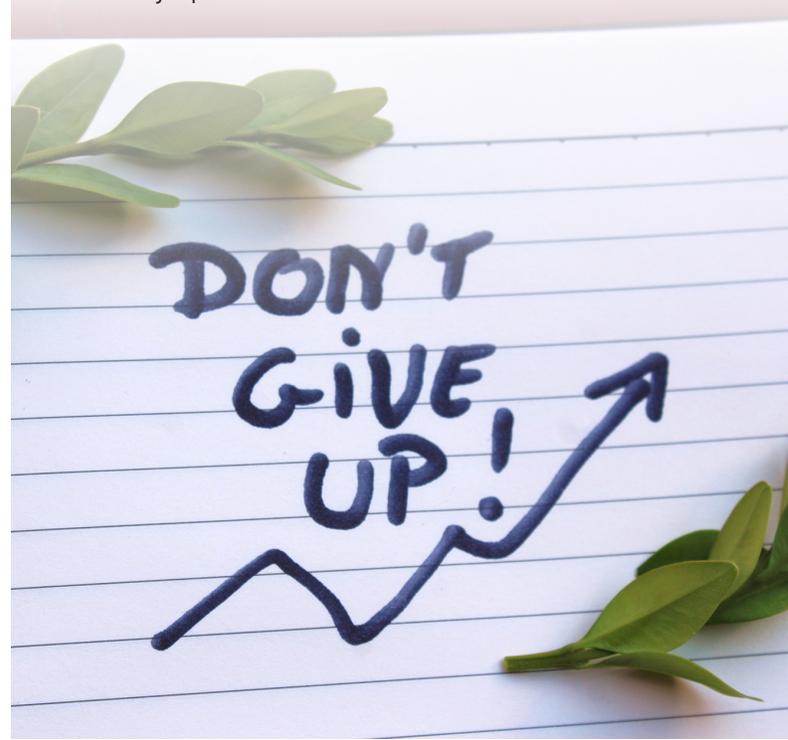
Patlán Pérez, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455.

Puhl, S. M., Izcurdia, M. A., Oteyza, G. R., & Escayol, M. (2016). Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. *Anuario de Investigaciones*, 28, 229-236.

Reynoso-Núñez, C. & Ciófaló-Lagos, M. E. (2015). Socialization and Engagement. *Global Conference on Business and Finance Proceedings*, 10(1), 779-787.

Rivera-Porras, D.A, Hernández-Lalinde, J.D., Forgiony-Santos, J.O., Bonilla Cruz, N.J. & Rozo Sánchez, A.C. (2018). Impacto de la motivación laboral en el clima organizacional y las relaciones interpersonales en los funcionarios del sector salud. *Revista Espacios*, 39(16), 17.

Sum-Mazariegos, M. I. (2015). Motivación y desempeño laboral. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Tomado de agosto 30, 2019. <file:///F:/síndrome%20de%20burnout/letra%20roja.pdf>.





“ENSEÑANZA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL”

DIANA GABRIELA GARCÍA MARTÍNEZ



INTRODUCCIÓN

La inteligencia emocional es la capacidad que tienen los individuos de comprender, dirigir y expresar de manera equilibrada las propias emociones y las de los demás, es un tipo diferente de inteligencia a la que estamos acostumbrados como lo son: la inteligencia biológica (aquella inteligencia instintiva que desarrolla el ser humano) y a la inteligencia cognitiva (aquella que es aprendida en la escuela y es desarrollada a lo largo del tiempo), la inteligencia emocional es la que permite que los seres humanos convivan en paz, se comuniquen de manera adecuada y evita que se encuentren malos entendidos.

Lamentablemente esta inteligencia tiene poco uso ya que la educación y los encargados de esta educación lo menosprecian y no le dan la verdadera relevancia que se merece, puesto que esta inteligencia es la respuesta a muchos problemas que la educación ha tenido a lo largo del tiempo, como lo son: el bullying, la deserción escolar, la falta de ánimos en los estudiantes o la falta de motivación. Las personas no conocen sus propias emociones y esto lleva a un sin número de conflictos que se podrían evitar si la inteligencia emocional fuera desarrollada de manera adecuada.

El desarrollo de la inteligencia emocional le permite al ser humano: aumentar las habilidades sociales y las relaciones interpersonales. Disminuir los pensamientos autodestructivos, mejorar la autoestima, mejorar el rendimiento académico, disminuir la tristeza y sintomatología depresiva, la ansiedad y el estrés, entre muchos otros beneficios. La inteligencia emocional es un tema de relevancia que debe ser visto y puesto en práctica en las instituciones educativas.

Dada su naturaleza de relación con las emociones/sentimientos existen muchos autores que, si bien no mencionan a la inteligencia emocional de manera directa, sí se ve un aporte en sus teorías; como lo Gardner, Salovey y Mayer, entre otros. Del mismo modo se ubican los autores que se centran directamente en la inteligencia emocional, como son: Goleman y Thorndike (Inteligencia Emocional Social).

ORIGEN DE LA EDUCACIÓN EMOCIONAL

Las emociones son parte innata del ser humano, el individuo social se rige por las normas impuestas por la sociedad, pero sobre todo se rige por las emociones profundas que cada ser tiene (ya sea tristeza, alegría, enojo, entre muchas otras). Las emociones tienen una raíz interna principal, las cuales son las emociones más potentes que el ser humano llega a sentir, siendo las que vuelven a éste un ser lógico-complejo, dado que llega un momento que ni los mismos seres humanos llegan a comprender las emociones y sentimientos que tienen.

No fue sino hasta 1920 que se hizo por primera vez mención del término “Inteligencia Emocional” (IE) dado por el psicólogo Edward Thorndike, quien definió a la inteligencia emocional social como: “La habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas” (Thorndike, 1920). También siendo mencionada en 1990 por los psicólogos Peter Salovey y John Meyer, pero no fue sino hasta 1995 que Daniel Goleman publicó un libro sobre la inteligencia emocional, que ésta fue considerada como relevante y verdaderamente importante en la vida del ser humano.

La inteligencia emocional es la capacidad humana de sentir, comprender, controlar y modificar los estados emocionales, tanto en uno mismo como en los demás. Es decir, no se trata de ahogar las emociones o eliminarlas, sino de dirigir las y equilibrarlas. Si bien es muy complicado de conseguir esto, puesto que aun a la fecha existe gente que prefiere mencionar que las emociones no afectan al ser humano; esto llega ser un error muy grande.

La inteligencia emocional es igual o de mayor relevancia en cuanto al desarrollo del ser humano, dado que para llegar a ser “funcional” para la sociedad se requiere no sólo del conocimiento teórico y práctico, sino también de un manejo particular de las emociones que cada uno de los seres humanos debe de desarrollar a lo largo de la vida.



AMBIENTE EDUCATIVO PROPENSO A LAS EMOCIONES

El docente es el centro de la educación dado que es el encargado de la transmisión de conocimientos tanto de los contenidos curriculares como los del currículum oculto. Ya que los maestros son el referente de los estudiantes en cuanto a conducta, valores y actitudes. Las emociones/sentimientos deben de considerarse en el ámbito educativo como un pilar más de una educación de calidad.

La educación emocional ha sido relegada a un rincón como algo que no es “funcional” para el futuro de los estudiantes, para los sistemas educativos o los gobiernos. Lo más importante es el conocimiento lógico que los discentes pueden obtener. Con anterioridad nunca se enseñaron a canalizar las emociones de manera adecuada, dado que faltó concientizar y prestar atención también a la enseñanza en cuanto al ámbito emocional, es por ello que recientemente la mayoría de las personas padecen tantas enfermedades.

El aula es el principal ambiente en el cual los estu-

diantes están propensos a sentir emociones fuertes, dado que la educación es un sistema complejo y sobre todo con el contenido lógico-matemático al cual diariamente los alumnos se enfrentan. Esto ocasiona que los discentes se frustren, se enojen, se sientan, decepcionados, entre muchas otras emociones fuertes que pueden llegar a sentir sólo en un par de minutos.

Las aulas educativas están al límite máximo de capacidad al que pueden estar de estudiantes, se encuentra a cargo del grupo una sola persona, los alumnos son muy diferentes unos de otros -todos tienen diferentes procesos y ritmos de aprendizaje. Lamentablemente estas características no son consideradas, y a los docentes se les pide que en un par de meses terminen un contenido académico que es prácticamente imposible de concluir sin llegar a presionar a los estudiantes, generando un estallido interno de emociones en ellos mismos que, al no saber manejar, comienzan a crear más problemas internos.

Los contenidos académicos, la cantidad de gente, el poco tiempo que se tiene para trabajar los contenidos y la cantidad de tiempo encerrados en un aula,

son factores que llegan a provocar emociones/sentimientos muy fuertes. Es por esta razón que también se encuentra como un problema secundario la deserción escolar, bastantes problemáticas que se consideran principales, tienen su origen en la falta de atención a las emociones o sentimientos de los estudiantes, puesto que los tratan como robots, cuando realmente son seres humanos, los cuales a lo largo de los años han ido creciendo sin llegar a comprender las propias emociones, si esto no lo comprenden, menos llegarán a entender las emociones de los demás.

LAS EMOCIONES COMO FACTOR DE AYUDA O FACTOR DE OBSTÁCULO

Dentro de las emociones/sentimientos nos encontramos tanto con positivas como con negativas. Estas emociones pueden llegar a ser un factor de ayuda o un obstáculo en la educación para la adquisición y comprensión del contenido curricular que los maestros les deben de enseñar a los estudiantes, dado que si son emociones positivas el ambiente educativo se llega a sentir de una manera tranquila, estable o calmada. Al contrario, si el ambiente educativo está cargado con emociones negativas este ambiente es tenso, frustrante, molesto, entre otros.

Experimentar emociones positivas ayuda al estudiante a pensar soluciones, realizar tareas, favorecer la autorregulación, sentirse en armonía con ellos mismos. Eso genera que el sistema cognitivo y el cerebro se encuentren en un estado de calma lo cual permite que el alumno comprenda y retenga la información que los maestros imparten.

Por otro lado, experimentar emociones negativas interfiere en el desarrollo académico e influye negativamente en la salud de los estudiantes. Al sentir una emoción considerada como negativa, permite que el cerebro se encuentre en un proceso de agitación el cual impide que la función cognitiva se centre en la información que está siendo recibida, esto provoca que al no ser escuchada no se vuelva significativa para el estudiante y llegue a olvidar.

Si dentro de un aula educativa el ambiente que se siente es pacífico, esto permitirá al docente el poder transmitir el contenido académico de manera más simple y sencilla. Lo opuesto ocurre si se percibe un ambiente tenso, pues la tarea del profesor se vuelve más compleja y llega a suce-

der que la mitad (o más de la mitad) de los estudiantes no presten atención al contenido académico que se está transmitiendo.

EJERCICIOS PARA UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE LAS EMOCIONES PERSONALES (Propuesta)

Para tener un mejor entendimiento y desarrollo de la inteligencia emocional por parte de los estudiantes se ha de considerar que los maestros deben estar capacitados o al menos tener desarrollada su propia inteligencia emocional en un nivel intermedio, para así aplicar estrategias de entendimiento de emociones y que éstas no se salgan de control.

A continuación se presentarán algunos ejercicios los cuales pueden ser aplicados en la jornada educativa para desarrollar la inteligencia emocional.

- Relajamiento y recuerdo de emociones: este ejercicio debe de llevarse a cabo al inicio de la jornada escolar y el último día de clases, este ejercicio es realizado así dado que los estudiantes deberán recordar las emociones más potentes que hayan tenido a lo largo de la semana y cómo solucionaron los problemas (para ayudarse a concentrarse deberán de tener música instrumental o de relajación de fondo, a un volumen bajo).
- Emociones positivas y emociones negativas se relacionan: muchas veces se cree que las emociones positivas y negativas son completamente opuestas una de la otra y que no se puede tener los dos tipos de emociones al mismo tiempo, lo cual si puede llegar a suceder. Esta actividad consiste en realizar una mesa redonda donde los estudiantes mencionarán las emociones, deberán de clasificarlas y posterior a esto intentarán recordar algún momento donde hayan sentido dos emociones contradictorias, mencionarán cómo se sintieron y cómo es que manejaron estas emociones.
- Malentendidos por emociones: esta actividad se lleva a cabo cuando el grupo se encuentra en un ambiente tenso. La cual incluye comunicación entre compañeros; se deberá plantear una situación a todo el grupo y se les pide que actúen como normalmente lo harían en una situación similar. Después se plantean los conflictos que hubo y se resuelven de manera que todos tengan un dominio sobre sus emociones.



LA INTELIGENCIA EMOCIONAL IGUAL DE IMPORTANTE QUE EL COEFICIENTE INTELECTUAL

Tanto para ser una persona feliz como para comprender conceptos teóricos, la inteligencia emocional y el coeficiente intelectual son habilidades básicas que los seres humanos han de desarrollar para constituir un ser “completo”. Todos los estudiantes en un punto de sus vidas se van a desarrollar o desempeñar en el ámbito laboral y se van a transformar en seres más activos de la sociedad.

Para que se vuelvan personas “funcionales” para la sociedad, tanto el CI como el IE deben de estar equilibrados en el sujeto, esto es debido a que el Coeficiente Intelectual es el indicador de qué tipo de trabajo puede obtener una persona o en cuál se va a desempeñar mejor.

Dicho de otra manera, el cociente intelectual es el que permite que una persona obtenga un trabajo y la inteligencia emocional es la que determina la duración de esta persona en un empleo dado que se encarga de las relaciones y la autorregulación de las emociones.

Tanto la inteligencia cognitiva como la inteligencia emocional se aprenden. Así como se desarrolla la inteligencia cognitiva, la inteligencia emocional debe ser considerada como una herramienta que nos permitirá una mayor comprensión y comunicación del mundo en el que viven los seres humanos.

LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE EMOCIONES EN EL AULA

La inteligencia emocional debe ser considerada como una herramienta potente de prevención de problemas secundarios en las aulas educativas, dado que la mayoría de los problemas que se consideran como “principales” realmente tienen su origen en las emociones innatas de los estudiantes y su poco control o comprensión de estas mismas. Estos problemas son: el bullying, la deserción escolar, la desmotivación en la escuela, la mala convivencia escolar, entre muchas otras.

Derivado de esto, dentro de algunas aulas educativas y en factor de ser un contenido curricular de relevancia, se transmite la información de las inteligencias múltiples de Howard Gardner. Pero lamentablemente no se llega a mencionar que las inteligencias múltiples se encuentran muy relacionadas con la inteligencia emocional, y con las inteligencias intra e inter personales las cuales consisten en:

a) **Inteligencia Intrapersonal:** el conocimiento de los aspectos internos de una 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 un medio de interpretar y orientar la propia conducta (Gardner, 1983).

b) **Inteligencia Interpersonal:** se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, 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 (Gardner, 1983).

Para mejorar la calidad de la educación se deben de tomar en cuenta que aparte de la inteligencia cognitiva (la cual siempre se ha visto como la principal) también se debe de desarrollar y considerar la inteligencia emocional como un factor de beneficio, para que la sociedad futura tenga una mayor capacidad de conciencia y una mayor tranquilidad.



CONCLUSIÓN

Para obtener calidad educativa y un futuro prometedo es necesario que los gobiernos y los encargados del ámbito educativo, pongan en marcha programas o implementen dentro de las horas escolares un tiempo para la enseñanza de la inteligencia emocional. Los maestros deben ser capacitados en cuanto al manejo de emociones, de igual forma se requiere que se tomen medidas adecuadas para que un solo docente no sea el encargado de tantos estudiantes, porque en una situación emocional fuerte, puede llegar a ser un problema, de hecho, lo es, dado que con una sola autoridad para tantos discentes, se crean problemas o rencillas que son consideradas mínimas y no lo son.

Hoy en día, la gente ha comenzado a darse cuenta de la importancia de la inteligencia emocional a partir de la educación de una persona. Esta capacidad parece ser un elemento que debe de considerarse como obligatorio, el cual si no se posee puede ser aprendido con el fin de obtener una mejor calidad de vida.

Esta idea debe de tomarse en serio, esta habilidad debe ser desarrollada en todos los estudiantes y no sólo se habla de aquellos en el ámbito como tal educativo, sino también estudiantes en el ámbito de capacitación, para mejorar aspectos importantes de la vida.

Debe de existir más información con el fin de demostrar la seriedad de este tipo de habilidad, es una ayuda para propiciar un mejor desempeño. La importancia de la Inteligencia emocional tiene que ver con saber controlar las emociones para nuestro propio bienestar y el de las personas con las que el individuo convive a diario; ya sea familia, amigos, compañeros o pareja sentimental. Conseguir la habilidad de la Inteligencia emocional, es lo que permite realmente vivir una vida con mayor confianza y seguridad.

Tener inteligencia emocional es tener el correcto balance para comprender los éxitos y fracasos, ubicando el punto de equilibrio, donde siempre debe estar una persona serena, sensata y feliz. O como la sociedad lo llega a etiquetar una persona “funcional”, término mencionado por Rogers, como aquella que es capaz de autorregularse, no sólo en el ámbito personal. La inteligencia emocional también coadyuva en el aspecto profesional y en visualizar un futuro libre

de todas las enfermedades que son consecuencia de una falta de control emocional.

BIBLIOGRAFÍA

Bolaños Mancio, A. R. (2015). Comunicación organizacional. Recuperado el 18 de MARZO de 2020, de <https://comunicacionorganizacional2013.files.wordpress.com/2013/04/grupo-I-inteligencia-emocional.pdf>

Del Frabro, A. (17 de Diciembre de 2018). Asociación Educar. Recuperado el 18 de Marzo de 2020, de psyciencia.com/por-que-el-coeficiente-emocional-es-mas-importante-que-el-coeficiente-intelectual/

Perez Gonzalez, J. C., & Peña Garrido, M. (2015). Portal Uned. Recuperado el 18 de Marzo de 2020, de http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/UBICACIONES/03/DOCENTE/JUAN_CARLOS_PEREZ_GONZALEZ/P%3%89REZ-GONZ%3%8ILEZ%20%26%20PENA%2C%202011.PDF

Vaello Oriz, J. (Enero de 2020). EDUCREA. Recuperado el 19 de MARZO de 2020, de <https://educrea.cl/la-importancia-de-la-educacion-emocional-en-las-aulas/>

Valencia Chacón, Y. (31 de julio de 2015). OEIS. Recuperado el 18 de Marzo de 2020, de <https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?De-que-manera-las-Emociones>





ANÁLISIS TRANSGENERACIONAL COMO TÉCNICA PARA LA ELIMINACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD Y FALTA DE ATENCIÓN EN ALUMNOS CON TDAH

MARÍA SILVIA GONZÁLEZ MALACARA

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un problema de salud pública que afecta el desarrollo y calidad de vida de las personas debido a la presencia de alteraciones cognitivas, conductuales, emocionales y sociales; cuyo inicio se da antes de los seis años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial el TDAH tiene una prevalencia del 5% en los niños menores de 14 años, y en nuestro país se estima una incidencia del 7% como lo señala Ostrosky (2017).

Tales afectaciones se pueden observar actualmente en las escuelas; cada vez se encuentran con mayor frecuencia reportes de maestros con relación a niños con problemas de atención, de conducta hiperactiva o impulsividad que deriva comúnmente en problemas de aprendizaje o de conducta y, en ocasiones, la combinación de ambos. Lo cual trae como consecuencia la necesidad de que padres y maestros recurran a servicios especializados en busca de apoyo, es cuando los niños son canalizados a atención neurológica y psicopedagógica.

Cuando las características se han diagnosticado correctamente, los niños con este trastorno suelen ser medicados y algunas veces se les canaliza a atención psicológica. En ocasiones, pese a las acciones realizadas, no se alcanzan los objetivos planteados en cuanto a modificación o reducción de las conductas y, algunas de ellas, especialmente la falta de atención, suelen persistir aún en la edad adulta, como bien lo señala Ostrosky (2017). En cuyo caso es necesario recurrir a otras estrategias que permitan una modificación que prevalezca en el tiempo.

Al respecto, Sellam (2011) propone que la enfermedad -ya sea fisiológica o mental- y los problemas de comportamiento no son un problema en sí, sino la respuesta del organismo ante un conflicto psicológico. El cual se expresa o da por resultado la presencia de un síntoma somático o conductual.

Conflicto que en algunas circunstancias tiene una relación directa con las primeras experiencias vividas pero en otras, el origen se encuentra en la historia familiar. A lo que se denomina transmisión transgeneracional o simplemente transgeneracional.

Con respecto al origen de las “enfermedades” o “trastornos”, es importante recordar que a raíz de los estudios realizados por Mendel en 1866, y la determinación de las leyes de transmisión genética, queda claro que una generación hereda a sus descendientes información genética que determina sus características físicas y programas básicos de supervivencia. Esta transmisión se da vía cromosómica, pero no es el único tipo de información que se transmite. Freud en su obra *Tótem y Tabú* (citado por Nussbaum, 2009), consideraba que había información que se transmitía de una generación a la siguiente; tal como modos de pensar, de sentir y conflictos que cada uno debe procesar.

Entonces considerando lo anterior y partiendo de los supuestos de Sellam (2011), el TDAH podría ser tratado desde un enfoque transgeneracional. En este sentido, surge el compromiso de establecer una relación complementaria entre la biología y la psicología. La primera dado que explica la herencia genética -determinada por los genes-, y la psicología, que expone el cómo se puede dar la transmisión de conductas, rasgos de personalidad e incluso trastornos específicos de conducta -como la inatención, la impulsividad y la hiperactividad-, y entender cómo el ambiente influye sobre la genética. Para que esto ocurra, la respuesta la tenemos en la epigenética.

Por otra parte, existen estudios acerca de la transmisión transgeneracional enfocados a problemas tales como el trauma psicosocial por causas de conflictos político-sociales (Faúndez & Cornejo, 2010). Otro estudio está relacionado con la vivencia de los secretos familiares transmitidos de una generación a la siguiente (García Imaz, 2010; Cueik-Fierro, 2014), así como de prohibiciones o mandatos que se transmiten a la siguiente generación como el realizado por Partida (2016). Pero no se ha encontrado alguna publicación relacionada con el tratamiento del TDAH con un enfoque transgeneracional; por lo que el presente trabajo pretende mostrar a través de una revisión de la bibliografía existente, la efectividad de una intervención transgeneracional en el tratamiento de las conductas de hiperactividad, distracción e impulsividad presentes en los alumnos diagnosticados con TDAH.

Para iniciar es importante partir de la definición de algunos conceptos. De la Peña y Loyola (2017)

definen a la epigenética como aquellos mecanismos que se ubican «sobre» (del griego epi) la genética y que no dependen de la mutación de los genes. Es decir, son factores no genéticos que intervienen en el desarrollo de un organismo, relacionados con la interacción que se da entre los genes y el medio ambiente, y la influencia que éste tiene para llegar a determinar la presencia de diferencias fenotípicas -las características visibles del individuo-. Hasta aquí se habla sólo de características físicas.

En tanto que Ayala y Perdomo (2012) con epigenética hacen referencia a las modificaciones en la estructura y organización del ácido desoxirribonucleico (ADN), pero que se da sin implicar alteraciones en la secuencia del mismo llegando a determinar cambios en el fenotipo; los cuales se pueden heredar a los descendientes. La relevancia de su trabajo radica en que introduce el interés sobre cómo estos cambios epigenéticos que se presentan en una generación dada pueden llegar a determinar la presencia de algunas enfermedades en los individuos en las siguientes generaciones.



Por otra parte, Masotti (2013) en su obra realiza una revisión de evidencias bibliográficas que lo llevan a asegurar que todas las situaciones vividas como experiencias traumáticas en las etapas tempranas del desarrollo pueden ser transmitidas, de manera epigenética, a las siguientes generaciones, llegando a determinar la presencia de algunas conductas. Es decir, ahora se comienza a hablar de que algunos comportamientos también son resultado de una información heredada, pero dando una mayor relevancia a los determinantes genéticos para la presencia de alteraciones químicas relacionadas con la salud física y mental.

En tanto que Martino y Audisio (2018) describen cómo la presencia de eventos psicológicos adversos, predisponen a la manifestación de algunos trastornos del neurodesarrollo, causado por lo que ellos llaman “marca epigenética”. Así mismo introducen la idea de que tales marcas tienen la función de activar o desactivar la expresión de la genética, haciendo presente o evitando la manifestación de algún rasgo para el que se tiene una predisposición, como en el caso de los gemelos, que no siempre presentan las mismas alteraciones o enfermedades aunque compartan la misma genética.

Tales autores admiten la relevancia de las experiencias vividas por una madre durante la gestación en la presencia de algunos trastornos en la vida posterior del hijo; así como de la influencia que los factores socioculturales tienen en la manifestación de algunas conductas. Además, señalan que esto puede ser reversible gracias a una intervención que modifique de manera positiva el ambiente y las experiencias, lo cual es una de las principales justificaciones para la presente propuesta.

Continuando con esta idea, pero en cuanto al TDAH, Ramírez-Restrepo, Luna y Betancur (2014) en un estudio realizado encontraron en personas que presentaban este trastorno, la combinación de varios genes asociados a la presencia de un ambiente físico y social no propicio. Ocasionando cambios moleculares que son transmitidos epigenéticamente, los cuales proporcionan códigos que permiten activar sistemas de respuesta hormonal y neurofisiológica.

La relevancia de su trabajo radica en señalar cómo durante la gestación, a través de la epigenética, se puede determinar la presencia de ciertas conductas relacionadas con el TDAH. Dichas conductas son identificadas por los docentes al iniciarse la vida escolar del niño.

Para continuar con el planteamiento, es necesario abordar otro concepto importante: la transmisión transgeneracional. Gracias a los trabajos de Abraham y Torok (2005) acerca de la influencia de los antecedentes familiares, no solo genéticos sino también emocionales en sus pacientes psiquiátricos, se llega a señalar cómo esa información «transgeneracional» puede llegar a determinar la presencia de algunos trastornos físicos, comportamentales y psiquiátricos.

Dicha transmisión es a nivel psíquico y se da gracias a los vínculos existentes entre las familias; de esa manera se transmiten creencias, mitos e ideologías los cuales han sido determinados por la historia familiar, sus creencias y fantasías inconscientes. Es decir, se transmite la manera en que una generación tiene de representarse el mundo e influye en la representación que tendrá la siguiente generación.

Esta idea cobró relevancia gracias a los trabajos de Laguna (2014) quien retoma el concepto de «cripta» de Abraham y Torok, que hace referencia a una transmisión negativa, en el sentido de que no tiene representación verbal porque no se ha nombrado. Pero que existe en la memoria inconsciente. Lo que

se guarda en la cripta es aquello que no ha sido dicho, una información callada, lo silenciado en la familia; un secreto familiar, de allí el término de fantasma que es utilizado para describirlo. Aunque tales fantasmas no sólo se crean a partir de los silencios (secretos), también se pueden dar en el caso de la vivencia de situaciones de trauma familiar y/o de pérdidas dolorosas.

En este sentido, cabe señalar el trabajo realizado por Losso y Losso (2007) el cual muestra que cuando la familia no logra elaborar una situación causante de un trauma, desarrolla una fantasía familiar inconsciente; de manera tal que en esa generación no se puede tener una representación. Así que se compartirá a la siguiente generación para que sea elaborada, si esto no se logra, se dará una repetición del trauma vivido.

Bertini y Aliani (2011) hablan de estas memorias y las definen como huellas psíquicas y afectivas que, aunque parezcan olvidadas, afectarán la manera en que una persona vive el presente.

Posteriormente Tapia-Paniagua y Vélez-Mendoza (2011) retoman estos conceptos con un enfoque psicoanalítico. Introducen el concepto de identificación



inconsciente alienante para referirse al pacto que un miembro de la familia adquiere con el padre, que es dueño de un secreto y busca ponerlo al descubierto para poder terminar con el sufrimiento de la familia. Cuando esto ocurre, frecuentemente lo que realiza es una repetición de la historia, sin llegar a descubrir al fantasma que se encuentra en la «cripta», ocasionando un aumento del sufrimiento familiar.

Al respecto, es importante señalar que uno de los soportes teóricos del presente trabajo es la obra de Tótem y Tabú en la que Freud (citado por (Nussbaum, 2009) señala que a través de los mitos se puede llegar a la comprensión del alma individual y de las organizaciones sociales. Aquí se relata como una creación originada en el pasado se continúa en algunos aspectos de la realidad determinando la presencia de alteraciones en la conducta y la salud mental. Esta misma idea es retomada por Braustein, Fuks, & Basalduo (2014), quienes demuestran cómo los eventos históricos siguen y se perpetúan como contenidos inconscientes en los individuos y determinan sus circunstancias y conductas actuales.

Es importante mencionar aquí el concepto de homeostasis de Bleger (1980), porque se ha visto que, así como en la biología, en la psicología también existe la tendencia a mantener constantes sus condiciones de equilibrio o a recuperarlas si las ha perdido a causa de una situación traumática o de una pérdida dolorosa.

Lo mismo funciona para el campo psicológico del clan. Se buscará la homeostasis transmitiendo de una generación a la siguiente, o siguientes, hasta que la situación o el duelo, sean elaborados. Creando una memoria transgeneracional y junto con ello, a través de pulsiones inconscientes, gestiona la idea de un miembro que repare el drama ocurrido en el pasado familiar (Sellam, 2010).

Lo siguiente es encontrar a ese miembro elegido y el drama que debe ser resuelto, para lo cual se recurre al genograma, una herramienta a través de la cual se concreta información sobre el clan a lo largo de varias generaciones. Es decir, en el genograma se hace visible lo que no está a simple vista mediante una representación gráfica; gracias a que muestra la estructura familiar y las relaciones, permitiendo ver cómo se repiten situaciones, tipos de relaciones, enfermedades, etc. Esto permite encontrar la relación

entre el problema y la historia familiar, así como evolución. La información plasmada incluye al menos tres generaciones de la familia y se presenta en forma de árbol genealógico (Compañ, Feixas, Muñoz, & Montesano, 2012). Ver Anexo I.

A partir de los nacimientos, las defunciones, los dramas y las repeticiones presentes en el genograma, se puede encontrar aquello que en el clan se ha silenciado. Su importancia radica en que pone en evidencia signos específicos que conectan de manera instintiva al interesado con su historia familiar. Lo que lleva a una toma de conciencia; entendiendo al síntoma y su relación con ese drama de su clan (Suárez-Cuba, 2010). Esto, desde el planteamiento freudiano equivaldría a hacer consciente lo que se encuentra en el inconsciente; en este caso no sólo de la persona sino también del clan.

Además, en el genograma existe una particularidad transgeneracional que tiene relación con la memoria de los muertos de un clan cuando ocurre una muerte que por ser considerada injusta o injustificable, el sufrimiento de los involucrados y el duelo no elaborado es tal que se transmite a la siguiente generación en su búsqueda de homeostasis. Y como una forma de liberar estrés el clan elige a un sustituto, al que se denomina «yacente», éste hereda los problemas no resueltos, el dolor familiar y con ello la misión de representar al ancestro.

El yacente presenta rasgos tan particulares que lo diferencian del resto del clan, por lo que se le considera un síndrome (Sellam, 2010), algunas de conductas que presenta un yacente son falta de atención, impulsividad y/o actividad excesiva; conductas características del TDAH.

Ahora bien, al realizar el análisis del genograma, además de obtener la historia familiar de cada padre, se considera otro concepto más: el Proyecto Sentido Gestacional (PSG). Se denomina así al período comprendido desde un año antes de la concepción y hasta tres años después del nacimiento (Mendizabal, 2017). Éste PSG implica todas las vivencias y sueños de cada uno de los padres. Al tener toda esa información gráficamente hará posible realizar el trabajo de intervención en la modificación de las conductas, entre las cuales se encuentran las de hiperactividad, impulsividad e inatención reportadas por los maestros en las escuelas.

Retomando el tema TDAH, como su nombre lo indica, no es una enfermedad sino un trastorno y por ello es que no existe una prueba médica que sirva para diagnosticarlo. Al respecto Lavagnino y otros (2018) realizan una revisión de diversos estudios cuya finalidad era demostrar el origen biológico del trastorno con base en distintos criterios: la presencia de un gen específico, alteraciones bioquímicas, características anatómicas, circuitos cerebrales.

Concluyendo que había poca confiabilidad en tales resultados debido a la falta de consideración de variables tales como los contextos sociales de los involucrados en sus estudios, la inexistencia de grupos control y el hecho de que algunas de las pruebas despojan del carácter espontáneo las respuestas de los participantes. Entonces, dado que no se puede usar una prueba médica para diagnosticar el TDAH, se deben considerar los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) (2014), descritos en el Anexo 2.

Aunque con frecuencia se le trata medicamente, De la Peña (2006) sugiere el apoyo psicosocial. El cual incluye terapias psicopedagógicas, neuropsicológicas, cognitivas, conductuales y familiares. Gracias a diversos estudios que se han realizado (Australian Psychological Society, s.f.), la intervención con enfoque cognitivo conductual es ampliamente aceptada en su tratamiento y en la disminución de conductas hiperactivas, impulsivas e inatención que se observan en

el ámbito escolar.

Por otra parte, existen diversas publicaciones en las cuales se resalta la importancia de considerar otros aspectos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del TDAH. Entre ellas, la de Rodríguez (2014), que habla de la necesidad de tomar en cuenta los vínculos afectivos, y Ramos (2016) quien señala la necesidad de tomar en consideración los contextos en donde se desenvuelve el niño. Ambos resaltan la necesidad de utilizar otras estrategias de intervención que no sea de tipo médica, quitando el carácter exclusivamente orgánico al trastorno. Lo cual da cabida a la propuesta de una intervención basada en métodos educacionales.

Esta misma idea la comparten Santurde del Arco y Del Carrio del Campo (2010), y Giménez-García (2014), quienes además consideran la necesidad de realizar una intervención familiar y social a fin de obtener mejores resultados en el tratamiento de conductas hiperactivas, impulsivas y de inatención en niños.

En este sentido se habla de intervenciones desde un enfoque socio educativo, que es precisamente el enfoque del que se parte en el presente trabajo al considerar el análisis socio-familiar para la identificación del origen del TDAH y la intervención que se puede hacer desde la escuela para modificar las conductas que lo identifican.



CONCLUSIÓN

Hasta aquí ha sido expuesto desde la perspectiva de diversos autores cómo algunas situaciones vividas durante la gestación pueden determinar la presencia de enfermedades, conductas y emociones en los hijos; esto debido a que se produce una memoria de tal evento que es transmitido de madre a hijo ocasionando la presencia de características no sólo genéticas y físicas, sino también conductuales y emocionales. Así mismo, se ha señalado cómo estas memorias no solo se transmiten de madre a hijo; sino que pueden haberse originado en generaciones previas a causas de vivencias traumáticas y que son heredadas a través del transgeneracional a los descendientes de manera epigenética.

También se ha expuesto que la finalidad de ésta transmisión es la búsqueda del equilibrio, superar lo vivido, elaborar los conflictos no resueltos y que se puede manifestar a través de diversos síntomas físicos como enfermedades o alteraciones emocionales o conductuales. De igual manera, se ha señalado que cuando se trata de una pérdida dolorosa o considerada injusta se encuentra a un miembro de la familia que repare la pérdida o lo sustituya; es decir un yacente, quien manifiesta las conductas características del TDAH; inatención, impulsividad e hiperactividad.

De igual manera, se ha puesto de manifiesto que pese a la atención médica que reciben los alumnos con problemas de conducta que han sido diagnosticados con TDAH, la modificación de sus conductas no es absoluta ni permanente. Motivo por el cual diversos autores proponen una intervención desde el área social y psicoeducativa en la que se consideren los diversos contextos donde se desenvuelve el alumno con tal trastorno, a fin de obtener una modificación efectiva de las conductas presentadas.

Continuando con la transmisión transgeneracional y la información inconsciente, y retomando el comentario de la introducción; se han realizado trabajos de análisis del transgeneracional en situaciones de trauma psicosocial y en relación a la existencia de secretos familiares relacionados con un evento vergonzoso difícil de expresar. Demostrando la presencia de una transmisión psíquica entre dos o más generaciones la existencia de conductas que se repiten de manera similar o que tiene relación directa con

el trauma original, por lo que es necesario el conocimiento claro de éste a fin de dar la respuesta precisa para solucionarlo.

Y como antes se señaló, las marcas originadas por experiencias adversas tempranas no sólo propician la presencia de conductas, también puede funcionar a la inversa; determinando la importancia de una intervención a través de técnicas cognitivo-conductuales lograr una disminución significativa en las conductas propias del TDAH; trayendo como resultado una mejora de las relaciones interpersonales del alumno y un mejor aprovechamiento escolar. De esta manera los padres tendrán la explicación y solución que han buscado para el trastorno de sus hijos, en tanto que los docentes tendrán un mejor ambiente escolar, con alumnos más dispuestos para el trabajo académico y con una conducta socialmente aceptable.

Considerando lo anterior, la propuesta específica del presente trabajo es realizar una intervención basada en el análisis de la herencia transgeneracional a fin de encontrar el origen de las conductas presentes en el TDAH. Para ello se deberá recurrir al genograma a fin de poner de manifiesto la estructura familiar y sus relaciones, así como encontrar el drama asociado a las conductas impulsivas, hiperactivas o de inatención presentes.

Lo cual permite a los padres del alumno diagnosticado con el trastorno, entender el porqué de tales conductas. Originándose cambios a nivel consciente, modificando la percepción de la situación y por ende manifestando un cambio de actitud respecto a la situación que se vive.

El trabajo se puede ajustar a los planes y programas escolares gracias a que desde preescolar (SEP, Programa de Educación Preescolar, 2011) se trabaja en el ámbito de cultura y vida social con el establecimiento de relaciones entre el pasado y presente de la familia, tema que se retoma en primaria (SEP, 2011), como práctica social del lenguaje se tiene como actividad investigar sobre la historia familiar y plasmarla en forma de árbol genealógico; es decir se usa el genograma. Esto permite que en función de la edad y la maduración del niño se comience a tener un mayor conocimiento de la historia familiar y pueda compartirla a los compañeros de clase.

Esta actividad será complementada en el caso de

aquellos alumnos que presente conductas hiperactivas, de impulsividad y distracción, especialmente si cuentan con un diagnóstico de TDAH.

En estos casos se recurrirá a la educación familiar; mediante talleres escolares se educará a los padres sobre la importancia de la transmisión transgeneracional, a fin de que ellos encuentren las historias familiares ocultas o relacionadas con un drama vivido; dando sentido a las conductas presentes en el alumno, haciendo las modificaciones a hábitos o actitudes que están directamente relacionadas con las conductas a modificar. Teniendo con ello la modificación efectiva y permanente de las conductas propias del TDAH, que como se ha visto, hasta ahora sólo ha sido parcial.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, N., & Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amarrortu editores.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM-5*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Australian Psychological Society. (s.f.). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of the mental disorders: a literature review*. Australia.

Ayala, G. R., & Perdomo, S. (2012). *Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana*. *Revista científica de la salud*, 10(1), 59-71.

Bertini, F., & Aliani, N. (2011). *Memoria y transmisión transgeneracional*. *Revista de Psicología*(16), 36-44.

Bleger, J. (1980). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.

Braustein, N., Fuks, B., & Basalduo, C. (2014). *Freud a cien años de Tótem y Tabú*. *Revista Latinoamericana Psicopat Fund*, 557-560.

Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia, Barcelona.

Cueik-Fierro, M. R. (2014). *Transmisión psíquica del*

transgeneracional: sobre los secretos familiares. Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo.

De la Peña, C., & Loyola, V. r. (2017). *De la genética a la epigenética. La herencia que no está en los genes*. México: Fonco de Cultura Económico.

De la Peña, F. (2006). *Actualidades psiquiátricas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Rev Fac Med UNAM*.

Faúndez, X., & Cornejo, M. (2010). *Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial*. *Revista de Psicología*, 19(2), 31-54.

Garciandía Imaz, J. A. (2010). *La terapia familiar en la resignificación del incesto transgeneracional*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 134-152.

Giménez-García, L. (2014). *Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 79-88.

Laguna, M. d. (2014). *Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas*. *Temas de psicoanálisis*, 1-28.

Lavagnino, N. J., Barero, S., & Folguera, G. (2018). *Caracterización, alcances y dificultades en las "bases biológicas" del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Un enfoque desde la filosofía de la biología*. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*.

Losso, R., & Losso, A. P. (2007). *La fantasía inconsciente familiar compartida de elaboración transgeneracional*. *Revue internationale de psychanalyse du couple et la famille*, 60-70.

Martino, P. L., & Audisio, E. O. (2018). *Epigenética: un nexo para relacionar la Biología con la Psicología*. *Revista de Educación en Biología*, 21(1), 10-18.

Masotti, A. L. (2013). *Los genes de la memoria y la memoria de los genes*. Buenos Aires: Letra Viva.

Mendizabal, E. (2017). *Entrenamiento Transgeneracional y códigos biológicos. Proyecto sentido gestacional*. México.

Nussbaum, S. (2009). Identificaciones alienantes y repetición. Una contribución acerca de la transmisión transgeneracional. *Psicoanálisis*, 153-166.

Partida, V. (2016). Sociedad Psicoanalítica de México A. C.. Los del Parque México. Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo.

Ramírez-Restrepo, C., Luna, V., & Betancur, J. D. (2014). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad visto desde la genética y la epigenética: una revisión teórica investigativa. *Revista Senderos Pedagógicos*(55), 95-106.

Ramírez-Restrepo, C., Luna, V., & Betancur, J. D. (2014). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad visto desde la genética y la epigenética: una revisión teórica investigativa. *Revista Senderos <pedagógicos*(55), 95-106.

Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. Recuperado el 31 de Mayo de 2019, de SciELO: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1688-70262016000100011

Rodríguez Fabra, I. (2014). Colibri: Aportes al conocimiento. Recuperado el 13 de Mayo de 2019, de UdeLaR: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/4463>

Santurde del Arco, E., & Del Carrio del Campo, J. A. (2010). Asociación entre TDAH y apego inseguro. *Redalyc*, 3(1), 821-829.

Sellam, S. (2010). El síndrome del yaciente. Francia: Ediciones Bérangel.

Sellam, S. (2011). Principios de psicopatología clínica. Barcelona: Bérangel.

SEP. (2011). Programa de Educación Preescolar. México : SEP.

SEP. (2011). Programa de Estudios Primarios. Tercer Grado. México: SEP.

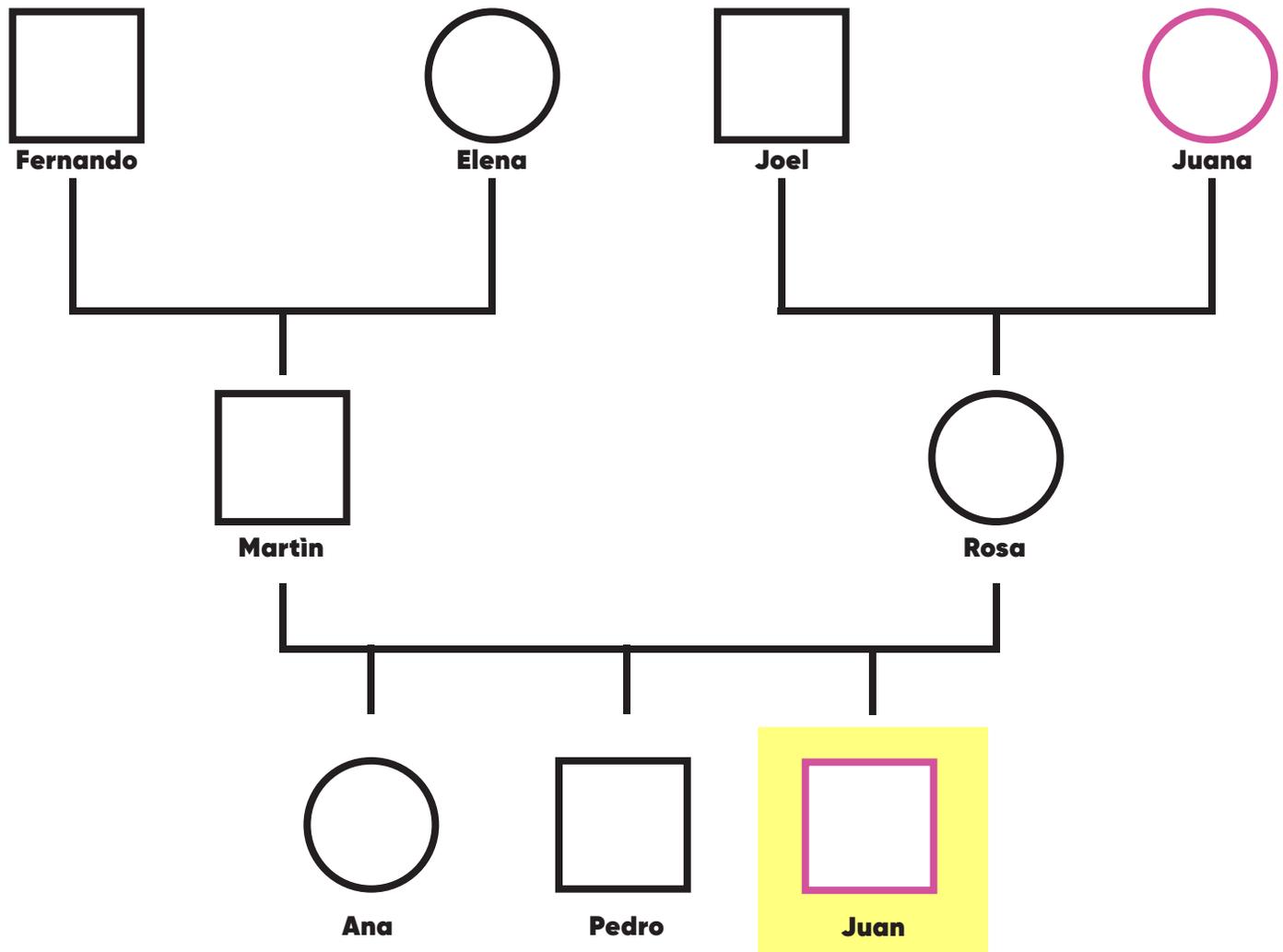
Suárez-Cuba, M. Á. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Scielo.

Tapia-Paniagua, M. A., & Vélez-Mendoza, N. (2011). La transmisión transgeneracional del psiquismo. *Uaricha, Revista de Psicología*, 8(16), 45-52.

UNAM, DGCS. (2017). Trastorno por déficit de atención, problema de salud que afecta el desarrollo y calidad de vida. *Boletín UNAM* 867.



ANEXOS



Anexo 1. Esquema del genograma. Modificado de Genopro <https://www.genopro.com/es/>

Este esquema es el genograma de Juan un niño diagnosticado con TDAH. Los cuadrados representan figuras masculinas, los círculos representan a las figuras femeninas. Las personas que se encuentran en el mismo nivel y unidos por una línea representan un matrimonio; las líneas que descienden de tal línea muestra a los hijos del matrimonio. Entonces tenemos que los papás de Juan son Rosa y Martín, en tanto que los papás de Rosa son Joel y Juana, quien falleció un año antes del nacimiento de Juan, lo cual fue una pérdida muy dolorosa para Rosa; Juan es el «yacente» de Juana.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

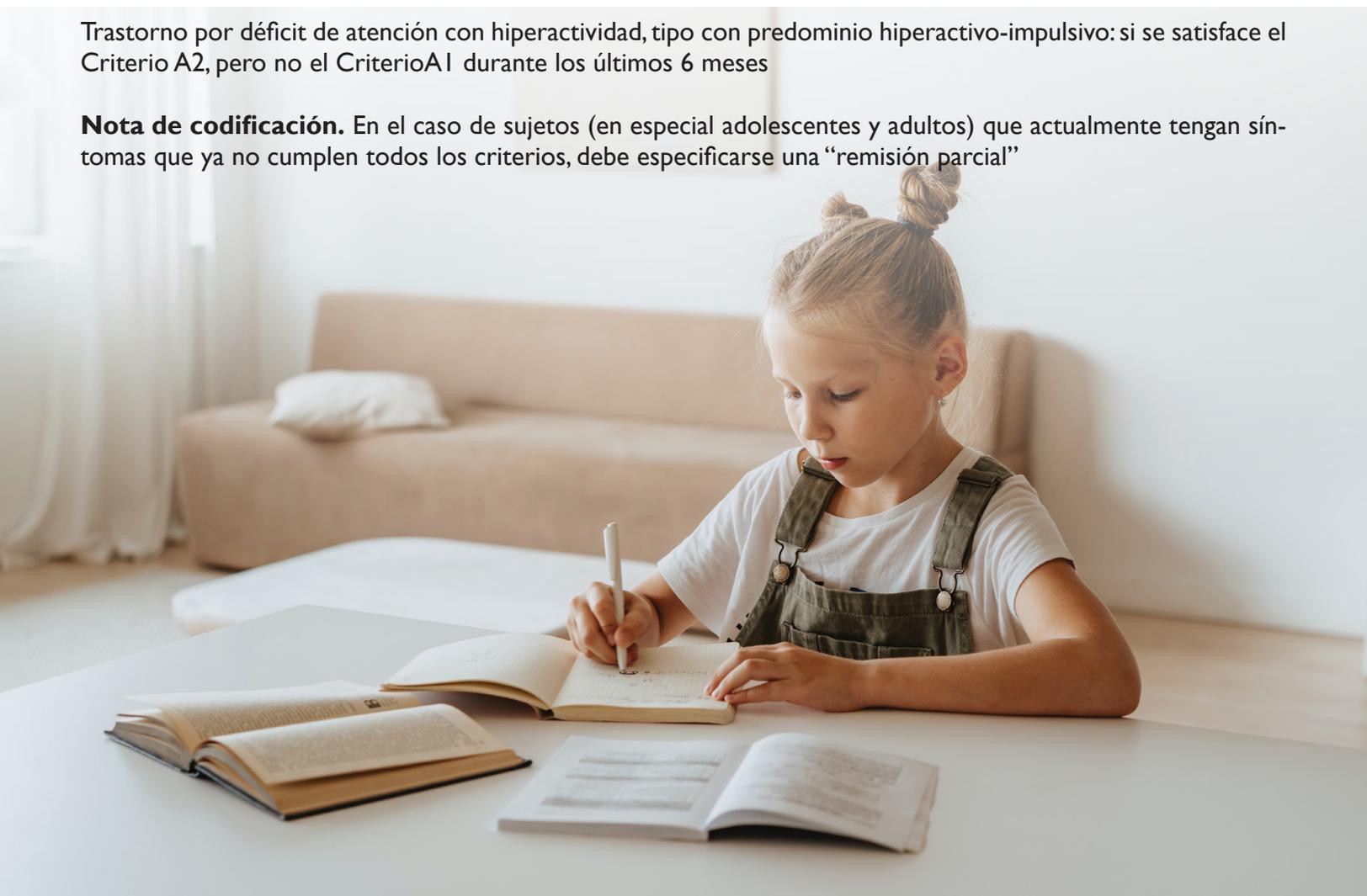
Códigos basados en el tipo:

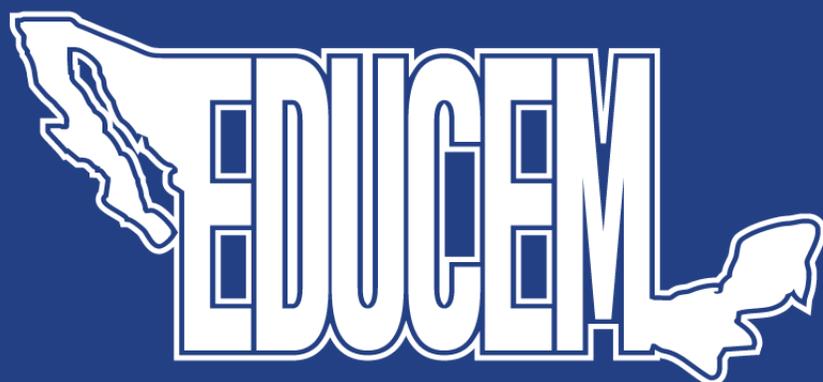
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse una “remisión parcial”





**INSTITUTO UNIVERSITARIO
DEL CENTRO DE MÉXICO**