



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL DEL PERSONAL DE LA SALUD.

Abordaje PNIE (Psiconeuroinmunoendocrino)

Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Ensayo académico

Estudiante: Laura Casanova

Cédula de identidad: 4.944.769-5

Tutora: Prof. Adj. Mag. Mariana Zapata

Revisor: Prof. Adj. Dr. Lisandro Vales

Febrero 2023

Montevideo, Uruguay

Índice

● Resumen.....	3
● Introducción.....	4
● Desarrollo	
○ Estrés y Alostasis.....	6
○ Estrés Laboral en el Personal de la Salud.....	9
○ Investigaciones Realizadas sobre Estrés Laboral y Estrategias de Prevención.....	12
○ Prevención de Enfermedad y Proceso Salud-Enfermedad Desde el abordaje PNIE.....	15
○ Grupos Terapéuticos.....	22
○ La Biopsicoeducación PNIE (Psiconeuroinmunoendocrinología).....	25
○ Relación Médico-Paciente.....	30
● Conclusiones.....	34
● Referencias bibliográficas.....	36

Resumen

Este ensayo académico realiza un recorrido sobre la prevención de los efectos del estrés laboral en el personal de salud quienes se encuentran sometidos a diversos estresores diarios. El estrés laboral que se prolonga en el tiempo puede desencadenar enfermedades en quienes lo sufren y afectar la calidad de la atención al usuario del sistema de salud. Para la promoción y prevención de salud se proponen talleres grupales biopsicoeducativos que tiene como referente teórico el paradigma integrativo de salud de la Psiconeuroinmunendocrinología.

Palabras claves: prevención, estrés laboral, biopsicoeducación, psiconeuroinmunoendocrinología

Introducción

El estrés se entiende como una reacción del ser humano ante situaciones amenazantes o de excesiva demanda (Vales, 2011). El impacto que el estrés tiene en la salud del sujeto responde a un conjunto de reacciones fisiológicas a agentes nocivos de distinta naturaleza, tanto físicos como emocionales, el sujeto responde al estrés condicionado por distintos factores: personalidad, experiencias, recursos y apoyo social (Dubourdieu, 2017). En particular el estrés laboral se constituye desde una determinada interpretación subjetiva en concurrencia con ciertos factores de riesgo o predisponentes tales como: contener las cargas emocionales con las que lidia esta población debido a las problemáticas de los sujetos de consulta, la sobrecarga de trabajo, presiones de tiempo sobre la realización de las tareas, con sus consecuencias de insatisfacción laboral (García izquierdo, et al., 2000).

Este trabajo busca explicar una posible estrategia de prevención que permita detectar y contener a tiempo los factores desencadenantes o predisponentes del estrés laboral. Se toma como referente epistemológico el paradigma integrativo de la PNIE, abordaje que contempla la multidimensionalidad y complejidad del sujeto, así como también la concepción de sujeto como sistema abierto, constituido por la red PNIE, que interrelaciona lo emocional y el impacto en los sistemas, nervioso, inmune y endocrino, debido a la intermodulación que estos presentan (Dubourdieu, 2017). Como propuesta de intervención a nivel de instituciones de salud, se plantean talleres grupales Biopsicoeducativos. La Biopsicoeducación es una técnica utilizada fundamentalmente en la Fase Didáctica. En la Fase Didáctica el psicólogo clínico procura brindar información y educación que favorezca la salud, que aporte a una comprensión y abordaje de los procesos de salud y enfermedad desde el marco referencial epistemológico PNIE (Zapata, 2015).

Es de considerar que, las condiciones de estrés laboral no solo afectan a la salud del personal de la salud, si no que afectan incluso al desempeño profesional, ya que algunas de las manifestaciones del estrés son: la falta de concentración, falta de empatía, disminución del rendimiento, entre otras (Duran y Garcia, 2018). Razón por la cual, un

abordaje de las características antes mencionadas resulta idóneo, para atender esta dimensión de la problemática.

Este ensayo académico se divide en apartados temáticos, comenzando por conceptualización del estrés, particularidades referidas al estrés profesional, investigaciones desarrolladas hasta el momento sobre el tema y su abordaje. Continuando con un encuadre referido a la prevención de la enfermedad y los aspectos involucrados en el proceso salud-enfermedad. El abordaje aquí sugerido se dispondría en talleres, se conceptualiza sobre los beneficios propios de las dinámicas grupales, para luego exponer las particularidades de la biopsicoeducación PNIE. Para finalizar se expone sobre el vínculo personal de la salud-paciente y las repercusiones que el estrés tiene sobre la práctica médica.

Desarrollo

Estrés y Alostasis:

Estrés y Alostasis son dos de los conceptos teóricos de singular importancia en los procesos de salud-enfermedad. “La teoría del estrés y los sistemas de alostasis constituye un fundamental referente epistemológico para comprender los procesos de salud y enfermedad, cómo se procesan los estímulos externos e internos y su impacto en el ser humano.” (Dubourdieu, 2017, p. 35). El estrés y la alostasis tienen dinámicas recíprocas.

En todo organismo se generan desequilibrios momentáneos ya sean estos de carácter positivo como negativo. Como respuesta a ello, el organismo tenderá a recobrar el equilibrio, proceso que se conoce con la denominación de homeostasis. Lo que se restituye es el equilibrio aunque no necesariamente el estado anterior al estímulo, proceso que se conoce como homeodinámica.

Con respecto al estrés cabe precisar: “Selye (1976) Define el estrés como un síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. Más tarde, destacó que los estímulos estresores que provocan reacciones fisiológicas pueden ser tanto físicas como emocionales.” (Selye 1976, citado por Dubourdieu, 2017, p. 35).

Según Dubourdieu (2017), Selye considera al estrés como un agente desencadenante porque atenta contra la homeostasis del organismo, y define a este proceso como el “Síndrome de Adaptación General” el cual se constituirá en tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento. Se destaca de importancia además de los agentes de diversa naturaleza a los que pueda estar sometido el sujeto, los aspectos subjetivos que pueden incidir sobre la respuesta al estrés, como por ejemplo distintos factores socio-psicológicos, tales como: “la personalidad del sujeto, las experiencias anteriores, los recursos de afrontamiento y el sostén o apoyo social” (Lazarus y Folkman, 1984; Mason, 1968; Bohus, 1994, citado por Dubourdieu, 2017, p. 36).

A nivel fisiológico:

La respuesta fisiológica al estrés le permite al ser humano adaptarse a esa situación desfavorable o hacerle frente. Sin embargo, una exposición prolongada al estrés, eleva las concentraciones de glucocorticoides y catecolaminas lo que conlleva a la supresión del funcionamiento del sistema inmune, aumentando la susceptibilidad para contraer infecciones. (García y Heredia, 2018, p. 98).

Debido a que el estrés es una respuesta biológica normal de adaptación, resulta de importancia destacar la diferencia entre el estrés saludable y el estrés disfuncional. Las respuestas resultantes de estímulos negativos según Dubourdieu (2017) son las que se conocen bajo el término de distrés, como por ejemplo: físicos (calor, frío, ruido) traumáticos, infecciosos o ciertas demandas como exceso de trabajo, agresiones, falta de sueño, etcétera. Por el contrario, el estado de eustrés (estrés saludable) es un estado de activación como respuesta normal adaptativa ante estímulos percibidos como positivos relacionado con motivaciones y deseos gratificantes. (p. 36). Sin embargo, el sostenimiento en el tiempo, aún de connotación positiva, puede devenir en distrés.

A causa de recuperar el equilibrio perdido por un elemento estresor se ponen en activación los sistemas de alostasis. "Se entiende por alostasis la capacidad de recuperar la homodinamia a través de cambios fisiológicos y conductuales. A estos mecanismos que se ponen en funcionamiento para recuperar el equilibrio perturbado se le conoce como sistemas de alostasis". (Sterling y Eyer, 1988; McEwen, 1999, citado por Dubourdieu, 2017, p. 36). La sobre exigencia, de estos mecanismos, devienen en fallas de autorregulación.

El tratamiento desde un plano psicológico más general refieren a las vivencias corrientes sobre el estrés, como una sobre estimulación de las emociones en términos tanto positivos como negativos. En este sentido aparece como fundamental la percepción subjetiva acerca del carácter positivo o negativo del estrés.

Otro elemento a considerar según Dallman (2003, citado por Mosoco y Delgado, 2015) es la diferencia entre estrés agudo y estrés crónico :

El estrés crónico tiene especial relevancia en el proceso de adaptación del individuo, rasgos de resiliencia y los mecanismos neurocognitivos relacionados con los conceptos de salud y enfermedad. Esta nueva visión de cronicidad del estrés ha recibido enorme atención en las últimas dos décadas debido a su significativa asociación con enfermedades de los sistemas nervioso, inmune y endocrino. (p. 169).

A nivel fisiológico y en vinculación al tipo de respuestas desencadenadas:

La respuesta del organismo al estrés agudo es de naturaleza protectora y adaptativa. En el hombre se activa preferentemente el córtex prefrontal, lo que favorece al comportamiento de fuga o combate; mientras que en la mujer se activa el sistema límbico, que activaría un comportamiento de ayuda y protección (Duval, González y Rabia 2010, citado por Garcia y Heredia, 2018, p.100)

El estrés crónico o distrés emocional influye directamente en la elevación crónica de citoquinas pro-inflamatorias, causando: alergias respiratorias (asma), artritis reumatoide y enfermedades cardiovasculares; también depresión, insomnio y fatiga crónica. Desde el punto de vista metabólico, el estrés crónico induce al consumo excesivo de calorías generando el incremento principalmente del cortisol, glucosa e insulina (...) Una característica del estrés crónico, es la hipercortisolemia la cual es neurotóxica con relación a estructuras cerebrales vulnerables como el hipocampo, causando envejecimiento cerebral. (Duval, González y Rabia 2010, citado por Garcia y Heredia, 2018, p. 100).

Se destaca la importancia de considerar la singularidad de la percepción e interpretación que la persona hace sobre un particular estresor, por lo cual:

La experiencia de distrés emocional causada por el estrés crónico es un proceso cognitivo que genera un desbalance en la formación de emociones negativas y positivas, inclinando la balanza hacia un incremento de emociones negativas y el consecuente desencadenamiento de cuadros de depresión clínica. Esta desregulación emocional-cognitiva del individuo cumple un rol desencadenante en

una serie de mecanismos de activación neurobiológica del sistema límbico y de manera particular en el lóbulo prefrontal, amígdala e hipocampo” (McEwen, 2007, citado por Mosoco y Delgado, 2015, p. 170).

Según Mosoco y Delgado (2015), un estado de estrés crónico se manifiesta con impacto en las emociones y los comportamientos del sujeto. El cerebro es el órgano mediador en la respuesta a dicho estrés. El estrés percibido representa un proceso fundamentalmente cognitivo que refuerza las emociones de carácter negativo, con el consecuente desarrollo de posibles cuadros como ansiedad, depresión e ira.

Estas consideraciones sirven de marco para comprender cómo es la respuesta del sujeto a estímulos que pueden auspiciar como estresores. Como puede ser el caso de determinadas condiciones laborales.

Estrés Laboral en el Personal de la Salud:

Las condiciones ambientales que contienen al individuo pueden resultar un desencadenante de respuestas de estrés desadaptativas. Peiro (2001), expresa en relación a esto que “Un episodio de estrés arranca de una situación ambiental o personal que influye sobre la persona planteándole demandas o exigencias que la persona no controla o no puede atender, representando esa falta de control una amenaza para la misma”. (p. 32).

En lo que respecta específicamente al ámbito del personal de salud, existen diversos estudios que buscan realizar un análisis de la problemática del estrés laboral, conocido bajo la terminología de *Burnout*, en su manifestación más extrema. En líneas generales, todos concuerdan con la importancia de atender esta problemática, establecer factores de riesgo, para elaborar planes de abordaje que permitan la prevención y atención.

El Burnout es entendido como:

Una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por el agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, la despersonalización o desarrollo de actitudes de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio y la falta de realización personal o tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y la baja autoestima profesional. (Herriegel 2009 y Gil Monte 2014, citado por Durán y García, 2018, p. 29).

Con motivo de evitar este desenlace es que resulta importante analizar los aspectos desencadenantes. Diversos son los estudios que abordan esta problemática, se tomarán de alguno de estos, elementos para conceptualizarla.

García Izquierdo, et al. (2000), en un estudio sobre el tema, aportan elementos de interés, en lo que hace al ejercicio profesional del personal de la salud, esta profesión implica, en gran medida, relaciones interpersonales que suelen estar cargadas de emotividad, tensión, ansiedad y hostilidad debido a las características especialmente problemáticas de las situaciones, lo que puede ocasionar burnout, insatisfacción laboral e incidir en el bienestar de estos trabajadores.

Por otro lado, Arteaga-Romani, et. al. (2014) consideran que los factores de riesgo del burnout en el personal sanitario están ligados con el ambiente psicosocial del trabajo (sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, insatisfacción laboral, etc.). En consonancia con esto, se encuentra lo propuesto por el estudio de Cañadas-de la Fuente, et. al. (2014), quienes plantean en relación a las variables involucradas en el desarrollo del síndrome que, “habitualmente se establecen 3 categorías de factores de riesgo asociados al mismo: sociodemográficos (edad, género, estado civil), psicológicos (características de personalidad) y laborales (categoría profesional, tipo de dedicación, antigüedad)” (p. 45).

Un elemento importante que se destaca en estos estudios y en varios referentes al tema, es la evaluación cognitiva a este respecto, Cozzo y Reich (2016) definen que el “Estrés Percibido puede ser visto como una variable de resultado que mide el nivel de Estrés experimentado en función de eventos estresores objetivos, procesos de

afrontamiento, factores de personalidad, etc.". y agrega, "Por su parte, Remor (2006) plantea que "el nivel de estrés percibido corresponde al grado en el que una persona considera que su vida es impredecible, incontrolable o agotadora." (Cohen, Kamarck y Mermelstein ,1983, citado por Cozzo y Reich, 2016, P. 2).

Vinculado a esto último, Rincón y Guarino (2008), refiere que "se plantea una asociación significativa entre elementos o situaciones laborales que son psicológicamente demandantes e incontrolables y el incremento en la probabilidad del desarrollo subsecuente de enfermedades" (p. 44).

Si bien no es de negar la importancia de la interpretación subjetiva, sobre elementos potencialmente estresantes y sus diversas respuestas, varias investigaciones tienden a considerar analizar la influencia colectiva existente en el desarrollo del estrés. Respecto a esto interesa considerar lo propuesto por Peiró (2001), el mismo hace hincapié en lo que refiere a los estresores colectivos o estructurales, los cuales se consideran desajustes entre demandas y recursos de carácter colectivos. Se plantea para esto analizar la experiencia del estrés en términos de cogniciones compartidas y de intersubjetividad, teniendo en cuenta el clima emocional, emociones compartidas y fenómenos grupales, lo que permitiría desarrollar estrategias colectivas de afrontamiento.

Roger et. al.(2013), plantea que

Los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema reflejan menos desgaste profesional que quienes utilizan estrategias de evitación o escape o centradas en la emoción. El afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con estrategias defensivas y, en otros, con las que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. (p. 116)

Además agrega, "Las creencias sobre el control personal tienen una especial importancia al explicar las relaciones entre los procesos de estrés y el desgaste profesional, y apuntan hacia las personas que tienen la creencia de que pueden tomar

decisiones que produzcan resultados deseados y que puedan evitar los indeseados.” (Roger, et al., 2013, p. 119).

En cuanto a las manifestaciones que permiten detectar al estado de Burnout Gil Monte (2005, citado en Duran y Garcia, 2018) lo caracteriza como:

Cansancio y malestar general. Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia. Cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, entre otras. Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia. (p. 34).

Investigaciones Realizadas sobre Estrés Laboral y Estrategias de Prevención:

Una vez determinado los factores de riesgo y las diversas manifestaciones que puede desencadenar, resulta de importancia determinar qué elementos considerar para abordar esta problemática, algunas de las recomendaciones propuestas por Cáceres (2006, citado por Durán y Garcia, 2018) son

Considerar los aspectos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, el desarrollo de estrategias cognitivo - conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia. Potenciar la formación de habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de trabajo. Eliminar o disminuir los estresores del entorno institucional que dan lugar al desarrollo del síndrome. (p. 36).

Según Roger, (2013), plantea la importancia de considerar al momento de evaluar el estrés

Las interacciones y vínculos entre estresores, valoración cognitiva, significación de amenaza, además de los estados emocionales, los rasgos de personalidad o las diferencias individuales. Se afirma, (...) que los sujetos con niveles elevados en rasgos de ansiedad son mucho más vulnerables a sentirse evaluados por otros debido a que tienen una pobre autoestima y falta de autoconfianza, y, por ende, mantienen un nivel de pensamiento dirigido hacia un “temor al fracaso” (Grau, 1982; 2005; Grau, Hernández y Vera, 2005, citado por Roger 2006, p. 117).

En el estudio realizado por Peiro (2001) se plantea como estrategia de prevención: la elaboración de planes que puedan resultar estimulantes en el aumento de la motivación y la disminución de la carga laboral, a esto se agrega la posibilidad de formar a quienes trabajan sobre autoconocimiento, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la emoción, junto con la promoción de recursos para la gestión del estrés. Todo esto deberá ser acompañado por el reforzamiento de elementos protectores algunos de estos son: establecer roles definidos, aumentar la calidad de los recursos, el trabajo en equipo, las relaciones interpersonales agradables, la resiliencia, el apoyo social, adecuada orientación por parte de los jefes y uso de estrategias de reevaluación cognitiva en la interacción con los colegas de trabajo.

En lo que refiere al apoyo social, un elemento a considerar como factor de riesgo, según Roger (2013) es:

La falta de apoyo social en el trabajo es una variable que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el desgaste (Aranda y cols., 2004), especialmente a través de los efectos moduladores sobre el agotamiento emocional(..) . Cohen y Wills (1985) apuntan que los efectos moduladores significativos del apoyo social ocurren cuando éste es eficaz para afrontar el tipo de estresor presente y cuando los niveles de estrés que propician la situación son elevados. (p. 120)

Por otro lado, Peiro (2001), desde su perspectiva de estrés colectivo plantea: “considerar los grupos sociales y las relaciones entre grupos sociales como la unidad básica de estudio del fenómeno del estrés.”(p. 98). Con tal fin propone, determinar y analizar los estresores colectivos junto con la experiencia intersubjetiva del estrés, lo que

deviene en un determinado clima emocional, con estrategias colectivas de afrontamiento, con sus consecuentes resultados y efectos con repercusiones colectivas.

Navarro Aparicio (2009) menciona distintos abordajes para la prevención del estrés laboral, por un lado a modo de intervención general: la formación e información sobre las características del comportamiento del estrés laboral en la organización, para que la realidad percibida como problemática pueda entenderse como posibilidades de cambio. Por otro lado se deben realizar actualizaciones de control, con el objetivo de brindar herramientas para mejorar el nivel de comportamiento en la realización del trabajo, que permitan un incremento en el grado de control del trabajador sobre su trabajo. Asimismo, también hay que fomentar técnicas de comunicación que favorezcan la comunicación asertiva, entendiendo lo fundamental que esto resulta para la persona en tanto ser social que forma parte del engranaje de un grupo.

Además de este abordaje a modo general, plantea la importancia de sumar otro tipo de abordaje de carácter individual. Entre estas estrategias propone: acciones en la empresa que les permita identificar y percibir aquellos aspectos emocionales que puedan alterar e incidir en el desarrollo de su trabajo. Proponiendo diversas técnicas que buscan la relajación y la reevaluación cognitiva.

Algunas investigaciones, referentes a la evaluación del riesgo pudieron concluir que

Respecto al análisis de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo del síndrome de burnout, se obtuvieron resultados que ratifican lo encontrado en otras investigaciones. La edad parece ser un factor de riesgo asociado al desarrollo del trastorno. (...) queda puesto de manifiesto que los profesionales de mayor edad presentan mayores niveles de CE (cansancio emocional) (Kanai-Pak et al., 2008; Lin, St. John y McVeigh, 2009, citado por Cañadas-de la Fuente, et. al., 2014, p. 49).

Por su parte Paredes y Sanabria (2008) en un estudio realizado sobre el tema y analizando las repercusiones que el mismo trae, determinaron que

El componente más afectado del bienestar fue el de autonomía y el de aceptación/control, lo que evidencia la posibilidad de que existan residentes que manifiesten inestabilidad emocional, poca asertividad y, (...) falta de confianza en su propio juicio y dependencia para la toma de decisiones, aspectos lejanos de las competencias requeridas para un especialista médico. Este hecho concuerda con el estudio de Rubio (2004), quien asegura que los profesionales con mayores niveles de Burnout presentan insuficientes actitudes adaptativas de autonomía, excesiva necesidad de aprobación y menor realización de expectativas. (p. 31).

Estos diversos aportes, contribuyen a tener en cuenta qué elementos considerar en la evaluación de riesgo de estrés laboral, con sus consecuentes posibilidades de estrategias para abordarlo. Lo que resulta transversal para la temática aquí planteada es detectar los elementos tanto colectivos como individuales de dicha problemática.

Prevención de Enfermedad y Proceso Salud-Enfermedad Desde el Abordaje PNIE:

La atención integral a la salud comprende distintos abordajes, para esto existen estrategias agrupadas según sus objetivos en promoción, prevención, y atención de la salud, con sus respectivos niveles.

Con respecto al concepto de prevención de enfermedad cabe reparar en la definición emitida por la Organización Mundial de la Salud (1998) en la que:

La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS 1998, citado por Vignolo, et al., 2011, p. 12).

Según Vignolo et al. (2011) se entiende que hay tres niveles de acciones preventivas: La prevención primaria apunta a contener la emergencia de enfermedad a través de la contención de los factores causantes, así como los predisponentes o condicionantes. En cuanto a la prevención secundaria, esta apunta al diagnóstico precoz en las fases incipientes del proceso de enfermedad, permitiendo una rápida respuesta

terapéutica. Por último, la prevención terciaria refiere a un abordaje integral, físico, psíquico y social de la persona enferma, para una recuperación plena de la salud, o bien intentar reducir posibles secuelas o agravamientos de los procesos de enfermedad. Se trabaja sobre el sufrimiento causado por la pérdida de salud, favoreciendo la adaptación de pacientes crónicos.

La prevención de la enfermedad aparece fuertemente conectada con una estrategia diferente aunque complementaria como es la promoción de la salud ya que no sería posible realizar estrategias de prevención sin antes tomar contacto con la información correspondiente a factores de riesgo o predisponentes involucrados en el desarrollo de las enfermedades.

El establecimiento de factores de riesgo es de utilidad para aplicar posibles medidas de prevención de enfermedades, esto no implica que sean de carácter determinante si no que, la convergencia de determinados factores podría aumentar la predisposición del desarrollo de una enfermedad.

Se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente. (Beckett, Davies y Petrós-Barvasián 1986, citado por Morales Calatayud, 2009, p.106).

Según Morales Calatayud (2009) interesan además los factores de riesgo psico social, dentro de los que se distingue como dimensiones: la macrosocial, en tanto la sociedad en su conjunto con sus características culturales; la del micromedio, comprendido por la vida familiar y laboral; por último, la individual, que comprende lo constitutivo al sujeto, sus características y acciones.

Otro de los factores atendibles en esta línea es el definido como acontecimientos de la vida:

Aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto, que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren de un esfuerzo adaptativo (Morales Calatayud, 2009, p. 109).

Un tercer aspecto importante es el denominado estrés, que alude a una reacción del ser humano ante situaciones amenazantes o de excesiva demanda, y pueden estar al servicio de la supervivencia del sujeto y de la especie. Cuando se generan respuestas eficaces y controladas por el sujeto que permiten una mejor adaptación se denomina eustrés.” (Vales, 2011, p. 179).

Junto con esto, es atendible lo vinculado a las creencias de salud, resulta importante entender cómo las creencias del individuo tienen implicancia en las conductas y decisiones que las personas toman en relación a la salud, así como también las ideas previas no siempre correctas de elementos involucrados en los procesos de desarrollo de enfermedad (Morales Calatayud, 2009). Por esto es importante analizar si existieran por ejemplo, falta de información sobre hábitos o conductas que pudieran incidir en el desarrollo de enfermedades sobre las que el sujeto no tuviera conocimiento.

Según Morales Calatayud (2009) la dicotomía entre el aislamiento o apoyo social, donde el aislamiento supone una propensión a contraer enfermedades, mientras que el apoyo social constituye un importante recurso de contención y promoción de la salud. Atendiendo a este punto resulta de importancia la percepción que el sujeto hace sobre el apoyo social o su ausencia.

Se entiende el apoyo social percibido como la valoración subjetiva de la calidad del apoyo social existente de diversas fuentes externas, las cuales pueden clasificarse en tres: el apoyo social percibido de la familia, de los amigos, y de otras personas significativas (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988, citado por Barrera-Herrera, et al., 2019).

Dentro de los factores de riesgo del estrés laboral en el personal de la salud se encuentran: el planteamiento de demandas entendidas como no controladas por la

persona (Piero, 2001), la interacción médico-paciente que involucra una carga sustancial de emotividad, tensión, ansiedad y hostilidad, debido a las circunstancias en las que se encuentra el paciente (García izquierdo, et al., 2000), sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, insatisfacción laboral (Arteaga-Romani, et al., 2014), la evaluación cognitiva que se realiza sobre la situación, (Cozzo y Reich, 2016), en lo que refiere a los estresores colectivos o estructurales (Peiró, 2001).

El estrés tiene un impacto concreto en los procesos de salud y enfermedad y debería ser abordado desde una perspectiva que asuma al ser como agente activo, inmerso en una red compleja de relaciones.

Engel propuso que el ser humano está compuesto intrínsecamente de factores biológicos, psicológicos, y sociales. Este se comporta en formas y estilos de vida que pueden beneficiar o deteriorar su salud. Muchos de los factores mediadores y moderadores entre la mente y el cuerpo, incluyendo la interacción social del individuo, contribuyen a la preservación de la salud o al deterioro de esta (Ray, 2004, citado por Moscoso, 2009, p. 143). Dubourdieu (2008), agrega a estas dimensiones la cognitiva y la espiritual.

En lo que refiere a la salud mental, la frontera entre la salud y la enfermedad es difusa y se vincula entre otras cosas con la capacidad de adaptación y resolución de conflictos, por lo cual la enfermedad puede entenderse como un proceso de desadaptación o desequilibrio. “Michel Foucault considera (...), que las enfermedades no son esencias que deben ser descritas y clasificadas, sino que constituyen el objeto de una acción positiva para restablecer la salud.” (De la Cuesta et al., 2009, p. 30)

Desde una mirada holística puede considerarse que “La salud es dinámica y se expresa a través de una persona como un todo compuesto por lo biológico, lo psicológico y lo social. Las personas sanan y enferman en sus redes de vínculos, de pertenencia social.” (Weinstein, 1989, citado por De la Cuesta et al., 2009, p. 31).

La Organización Mundial de la Salud afirma: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades.”. En Uruguay, la institucionalización del sistema nacional integrado de salud persigue este objetivo, aspirando a garantizar el acceso universal y abordaje integral de la población a los servicios de salud. En todo caso “La salud es un derecho, es un bien social y está condicionado por determinantes económicos, históricos y culturales.” (De la Cuesta et al., 2009, p. 34).

Con respecto a la enfermedad, en el antiguo modelo positivista y reduccionista es considerada como una disfunción de un determinado órgano o sistema, localizado en el cuerpo al que es preciso suministrarle una cura de índole terapéutico. Por el contrario, una vez que se supera el dualismo mente-cuerpo, se considera al sujeto como entidad compleja. “Dentro de este nuevo paradigma, la teoría de los sistemas describe la dinámica de interrelaciones entre el individuo y los diferentes sistemas a los que pertenece, así como la visión del propio sistema complejo que constituye a los seres humanos.” (Cohen, 2009, p. 70).

La concepción de salud-enfermedad, desde una perspectiva sistémica, plantea que se puede definir como:

Una perspectiva dinámica. No se puede pensar que existe una enfermedad del cuerpo prefijada como entidad gnoseológica, con procesos evolutivos y resolutivos propios. Las condiciones en las que aparece la enfermedad no están prefijadas de una manera determinada por una etiología y una patogenia, sino que éstas se enmarcan dentro de un contexto mucho más amplio, donde lo psicológico y lo social tienen un valor co-determinante. Desde esta perspectiva la concepción de enfermedad se amplía y la disociación entre la mente y el cuerpo ya no resulta adecuada para una comprensión del fenómeno (Cohen, 2009, p. 71).

Esta mirada integrativa respecto de la salud y la enfermedad es abordada por la PNIE. Según Dubourdieu (2008):

Estudia la interrelación de los sistemas nerviosos, endocrinos e inmune, e intermodulaciones con los demás órganos y sistemas del organismo. Este abordaje de los procesos psicológicos y fisiológicos, considera la relación entre

estos sistemas sin olvidar que esta compleja red PNIE que constituye al ser humano, se halla en una permanente intermodulación con su entorno físico-ambiental y socio-cultural. (p. 39).

Desde esta perspectiva, cada estímulo va a producir modificaciones en los sistemas orgánico, social o en la subjetividad. La respuesta en el sistema individuo a cada uno de estos estímulos dependerá de una confluencia multifactorial. Esta multifactorialidad la componen las características particulares del estímulo, características del sujeto tanto hereditarias como adquiridas, circunstancias del contexto y evaluación cognitiva emocional.

Según Dubourdieu (2008), factores de respuesta significativos para el proceso salud-enfermedad son, la vulnerabilidad, la resistencia y la resiliencia. La vulnerabilidad es la fragilidad multidimensional potencial del sujeto frente a las adversidades. Por resiliencia se define el modo en que el sistema sujeto afronta una situación desfavorable en forma activamente adaptativa y superadora. Mientras que la resistencia, supone una adaptación pasiva, sin que se opere una transformación en las condiciones adversas.

Desde la perspectiva PNIE se tiene en cuenta la intermodulación multidimensional de los sistemas nervioso, inmune y endocrino, generando una dinámica en la que intervienen cinco dimensiones con influencia en el proceso de salud-enfermedad. Por intermodulación se entiende la regulación e influencia que cada sistema realiza sobre otro. Y por multidimensional se refiere a la implicación de distintas dimensiones y estas son para Dubourdieu (2017), la dimensión biológica, cognitiva, psicoemocional-vincular, y socio-ecológica.

Por otra parte, el abordaje PNIE vincula en la respuesta fisiológica del organismo estrechamente al estrés y su eventual cronificación, con respecto a las complejas relaciones de la salud con la enfermedad.

El estrés y la depresión provocan una segregación de hormonas con efectos sobre la función inmune, el sistema endocrino sirve como una puerta central para las influencias psicológicas en la salud (..) El tono basal de serotonina amortigua las

respuestas de estrés operando como inhibidor del CRH, hormona del estrés (Dubourdieu, 2017, p. 58).

Pilnik (2010) dice en relación al proceso de enfermar

La búsqueda de respuestas acerca de por qué nos enfermamos nos fuerza a pensar en la relación entre la genética, el medio ambiente y las vulnerabilidades interindividuales en el proceso de enfermar. La naturaleza nos ha brindado un sistema de defensa frente a la agresión, pero, sostenidos en el tiempo, esos mismos mecanismos que nos protegen ceden y terminan enfermándonos. (p,10).

La vinculación existente entre las emociones y la enfermedad viene siendo investigada desde hace tiempo. Respecto a esto Moscoso (2009) plantea que existen ya investigaciones en el área biopsicosocial que permiten considerar la relevancia que las emociones, los comportamientos y los rasgos de personalidad, con su importante e inevitable influjo tienen como potenciador o debilitador de la salud. Esto implica adoptar un nuevo enfoque tanto en el diagnóstico como en los tratamientos.

El abordaje PNIE implica asumir la realidad humana en su complejidad. La importancia de entender la interconexión de estas dimensiones es de utilidad para comprender la relación indisoluble mente-cuerpo y la influencia que lo anímico-emocional genera sobre el potencial desarrollo de enfermedades.

Con respecto a la relación sufrimiento y enfermedad, Robert Ader y Nicholas Cohen, realizaron estudios acerca de la vinculación del sistema inmune, con el ámbito psicológico. “Ambos estudiaron el condicionamiento del sistema inmunológico, lo que abrió la posibilidad de influir con técnicas psicológicas, para potenciarlo.” (Cabrera et al., 2018, p. 841).

Considerando el efecto de las emociones sobre estas modulaciones se ha observado que:

La respuesta emocional del estrés está caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva debido al hecho de que el estímulo externo deberá ser percibido como estresante. (Moscoso, 2009, p. 145).

En suma, el marco teórico adoptado se sitúa de modo operativo, articulando entre sí los sistemas y factores que otras teorías consideran por separado tales como: la salud física y la mental, precisamente allí donde estas se identifican como íntimamente relacionadas. A causa de esto se pueden instrumentar operaciones terapéuticas diversas que permiten tratar el todo complejo, con posibilidad de intervenir desde cualquiera de sus dimensiones, implicando necesariamente a las demás.

Grupos Terapéuticos:

Importa considerar algunos conceptos de interés respecto al valor que pueda presentar el trabajo terapéutico en grupos. Pichón Riviere, desde la perspectiva de la psicología social propone el Esquema Conceptual Referencial Operativo (Zito Lema, 1985). Cuando se refiere a esquema conceptual se trata de los conceptos universales que determinan cómo es adecuado aproximarse a un objeto en particular, con referencial se refiere al segmento de realidad sobre el que se actúa y la operatividad es la adecuación de lo pensado o enunciado con el objeto.

Respecto a esto menciona la relevancia de entender al hombre en situación, lo que se pretende con esto es poder abordar al sujeto al momento de estudiarlo, en sus relaciones con la naturaleza y la sociedad. “El individuo humano es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan. El sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases” (Zito Lema, 1985, p. 5).

Estas consideraciones son oportunas para abordar las problemáticas planteadas en este trabajo, porque entiende al sujeto en relación con el contexto y lo producido por este. Por eso resulta funcional abordar la problemática en dinámicas grupales. Este autor

plantea estudiar la dialéctica de la relación del hombre con el medio realizando una articulación y retroalimentación teórico-práctica. “El grupo es operativo en la medida en que permite aprender a pensar, al vencer a través de la cooperación y la complementariedad en las tareas las dificultades del aprendizaje, es terapéutico.” (Zito Lema, 1985, p. 7).

Esto fue considerado, por Avís y Romero (2020) :

El grupo operativo es un conjunto de personas con un objetivo común, al que intentan abordar operando como equipo. Su metodología y conceptos de tarea, emergente, indagación operativa, espiral dialéctica (tesis-antítesis-síntesis) (...). La tarea será para nosotros el proceso grupal que se ha de realizar para conseguir nuestro objetivo, (...) encontrar nuevas maneras de vincularse con lo laboral que provoquen menos sufrimiento. En ese sentido planteamos unos objetivos focales y limitados. El foco sería el malestar laboral y la tarea sería comprender una buena parte del mismo con el fin de identificar, indagar y operar esclareciendo los vínculos actuales con el trabajo que provocan sufrimiento y tratar de reestructurarlos en unos nuevos que permitan soluciones más adaptativas. El/lo emergente es todo elemento, signo, frase o tema que se repite, que permite al equipo coordinador encontrar un sentido a lo que pasa en el grupo y en cada uno de los participantes. (p. 8).

La utilidad de los grupos operativos puede verse en diversos artículos vinculados a la aplicación del mismo en la salud

El grupo operativo trabaja sobre situaciones cotidianas produciendo un esclarecimiento acerca de las determinaciones de los obstáculos de la vida de relación (...) Pichon prefiere hablar de aprendizaje, de adaptación activa a la realidad (...). Es por ello, que el grupo operativo trabaja sobre la salud mental porque brinda un espacio periódico para analizar las ansiedades que la vida de relación genera (Foladori, 2004, p. 24).

Lo propuesto hasta entonces puede complementarse con lo referido por Sáenz y Trujano (2015), las autoras hacen referencia a que la construcción de relatos que las personas realizan son producidas en función a relaciones con otras personas, consigo mismas y con su contexto cultural, histórico y político. A su vez se ven influenciadas por el sistema de valores y creencias de las que parten, así se posibilita la construcción de un nuevo sentido.

Además, posicionándose en una perspectiva construccionista, plantean que: “los miembros del grupo pueden lograr una mayor conciencia de su propio pensamiento o percepción sobre los acontecimientos y relaciones interpersonales en las que se involucran, y asimismo conocer los significados y narraciones que asignan a tales percepciones.” (Sáenz y Trujano, 2015, p. 70). En esta construcción dialéctica y dinámica que permite lo grupal, posibilita realizar un cambio en las interpretaciones de la experiencia. Para el caso aquí planteado, estas dinámicas grupales podrían resultar favorecedoras en la prevención de la problemática, promoviendo la resignificación de cada experiencia, así como también tomando conciencia de las producciones colectivas disfuncionales que pudieran estar naturalizadas e invisibilizadas. Permitiría identificar factores de riesgo del estrés que puedan resultar transversales a la población en cuestión, fortaleciendo al grupo, que pueda funcionar como una red de apoyo mutuo.

En cuanto a la vinculación que tiene el abordaje en grupos, Die-Trill (2007), plantea que resulta de utilidad entender como ventaja de la terapia grupal el aprender y poner en práctica habilidades interpersonales en un entorno interpretado como seguro. A su vez, se enumeran algunas causas por las cuales se considera a este abordaje posibilitador de recuperación psicológica. La primera es: la catarsis, posibilidad de liberarse del peso de sentimientos intensos. La segunda la esperanza, entendiendo que en la terapia grupal se promueve de manera más fácil el desarrollo de este sentimiento, compartiendo experiencias que pudieran ser transversales en los individuos que constituyen al grupo, desarrollando empatía y modelos efectivos de afrontamiento. Por último, promueve el aprendizaje de nuevas formas de resolución, entendiendo a su vez que esto deviene en modificaciones de sus relaciones interpersonales. Esto promueve el feedback interpersonal permitiendo identificar cogniciones subyacentes que estén interfiriendo en el problema.

Bueno Soriano, et al., (2008) plantea

El grupo operativo se sitúa como un instrumento de gran utilidad en los dispositivos de Salud Mental para facilitar la lucha contra el estereotipo, la tendencia a la cronificación de las patologías clínicas, y la disminución del sufrimiento psíquico (...), son esenciales los espacios donde a través de los vínculos con el otro, el síntoma deje el protagonismo a la palabra para que a través de ella la persona pueda acceder al abordaje del conflicto y disminuir así, su sufrimiento psíquico (p. 191).

Avís y romero (2020), en una investigación sobre grupos operativos y malestar laboral aplicando el abordaje en grupos, concluyen que

Los participantes logran encontrar nuevas respuestas y alternativas (...). descubren que no están solos, el grupo repara su aislamiento. Se sienten escuchados, escuchan y aprenden. Descubren aspectos de sí mismos que han contribuido a su malestar y que tienen que ver con su propia historia. Cuestionan y reparan algunos de sus ideales (...), descubren que el trabajo no es lo único, separando más y mejor lo personal de lo laboral (...), que se puede aprender de las crisis y progresar. Mejoran sintomáticamente la ansiedad y el estado anímico. (...) pueden recuperar la ilusión en nuevos proyectos. (p. 12).

Estas dinámicas permitirán entonces establecer espacios seguros de abordaje, que permitan una reconstrucción de la experiencia, un aprendizaje de estrategias de afrontamiento, y una posibilidad de visibilizar la conflictiva desde una mirada tanto personal como grupal.

La Biopsicoeducación PNIE:

La denominada psicoterapia integrativa aúna en su interior diversas herramientas aportadas por distintas escuelas psicológicas, con el fin de conseguir calidad de vida.

Importa entender la calidad de vida (CdV) como

La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el marco del que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Desde ésta perspectiva, la calidad de vida se emplea frecuentemente para referirse al bienestar general, que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la vida de las personas (Saxena y Orley, 1997, Skevington, Lotfy, y O'Connell, 2004, citado por Simkin y Cermesoni, 2014, p. 6).

La biopsicoeducación es una terapéutica, que se posiciona desde esta mirada integrativa, para poder operar sobre el proceso salud-enfermedad. Zapata (2015) en su tesis de maestría plantea que es una técnica didáctica utilizada fundamentalmente para talleres grupales en instituciones de salud, mediante la biospsicoeducación el psicólogo clínico procura brindar información y educación que favorezca a la salud, y que permita a los sujetos involucrarse en su condición de unidad cuerpo-mente, incorporando o cambiando hábitos.

El abordaje PNIE, refiere al ser humano en su complejidad “en el cuál todos sus subsistemas deben estar regulados en interdependencia para que pueda responder como totalidad social, psico-emocional, neuroendocrinológicamente al medio ambiente.” (Moise, 2014, p.16).

Se parte del supuesto que esta terapia comienza por ser un proceso educativo del paciente, en el que este se asume como una totalidad y red PNIE, en sus multidimensiones antes mencionadas. Este proceso educativo forja en la conciencia del sujeto los recursos potenciales para que el mismo pueda conocer los procesos implicados en la dinámica salud-enfermedad, con sus distintos elementos intervinientes, siendo la toma de conciencia parte del proceso terapéutico como recurso sobre el que poder operar.

El marco referencial epistemológico PNIE considera los siguientes aspectos

Comprender la unidad psique-soma-entorno; comprender la interrelación de los sistemas: nervioso, endócrino, inmune y las repercusiones del estrés en esa red; comprender la incidencia de estilos de vida, de los factores biológicos y conductas

basales, de los aspectos cognitivos, psicoemocionales, socioecológicos y espirituales en la salud y la enfermedad y la convergencia de la historia, las circunstancias presentes y las expectativas futuras; informar sobre factores de riesgo y de protección para la salud y sobre la Neuroplasticidad y Pnieplasticidad que posibilita generar condiciones que alejen del determinismo y de las sentencias pronósticas (Dubourdieu, 2014, citado por Zapata, 2015, p. 45).

Según Moise (2014) Desde la etapa diagnóstica comienza el tratamiento, esta etapa se aplica a perfilar la singularidad del paciente, la particularidad de sus circunstancias sociales, y de sus interacciones con el ambiente. Esto supone la confección de una historia clínica integrativa, permitiendo con esto ajustar técnicas y herramientas a la especificidad del caso y los objetivos terapéuticos.

A continuación, el proceso terapéutico se dispone a desarrollar una crónica de vida en donde se consignent hechos y factores, gratificantes o adversos, con su respectiva implicación en las distintas dimensiones constitutivas del ser humano.

Para la elaboración de la historia clínica integrativa, es muy valioso el aporte de Arnold Lazarus y su terapia multimodal, teniendo en cuenta las siete modalidades o niveles: biológico, afectivo, sensorial, imaginación, cognición, conducta y relaciones sociales (Moise, 2014, p. 17).

Una técnica importante que utiliza este abordaje es la de biopsicografía, complementando a la historia clínica integrativa. “La historia del síntoma se considera como síntoma de una historia” (Dubourdieu, 2011, citado por Moise, 2014, p. 17). Por más que el énfasis siempre será puesto en el aquí y ahora está biopsicografía integrará el pasado, el presente y el futuro. Porque el aquí y ahora es, en todo caso, un deviniente de esta historia.

Con el objetivo de conseguir mejorar la calidad de vida es que resulta de importancia tener en consideración vulnerabilidades o potenciales recursos de resiliencia, los cuales pueden ser modificados gracias a la *neuroplasticidad*.

Se entiende por neuroplasticidad, “la posibilidad de adaptación funcional del sistema nervioso central. La neuroplasticidad es posible dada la capacidad de producir cambios estructurales y funcionales por efecto de influencias endógenas y exógenas” (Abraham,1996, citado por Dubourdieu, 2017, p. 54). Este fenómeno se observa particularmente potenciado en la infancia, aunque no únicamente.

Esta plasticidad neuronal repercute en el marco PNIE, activando procesos tanto patológicos como saludables, dada la interrelación de los sistemas implicados. El fenómeno de la neuroplasticidad y su relación con el marco PNIE habilitan la posibilidad de una aplicación terapéutica específica, lo que permite habilitar nuevos mecanismos de respuesta al proceso salud- enfermedad.

Van a existir tres fases en el proceso, la diagnóstica, terapéutica y psicoeducativa, no teniendo necesariamente que seguir un orden consecutivo, si no que pueden ser simultáneas, todas estas fases a su vez van a verse transversalizadas por las antes mencionadas biopsicografía e historia clínica integrativa PNIE.

Más allá de su instrumentación terapéutica, la biopsicoeducación debe ser considerada como herramienta de promoción de salud y bienestar. Es que todo tratamiento de salud debe prescriptivamente incluir los aspectos psicológicos que coadyuvan en el proceso salud-enfermedad. En este sentido la biopsicoeducación PNIE puede constituirse como herramienta eficaz para poder educar sobre la unidad psique-soma, en términos accesibles. En este proceso de educación, va a ser imprescindible informar como plantea Dubourdieu (2013) sobre:

- Interrelaciones psique-soma-entorno y funcionamiento de la red PNIE.
- Factores de riesgo y de protección para la salud multidimensionales
- Repercusiones de la insatisfacción de necesidades biológicas y emocionales devenidas de memorias tempranas, circunstancias presentes o por expectativas futuras.

- La posibilidad de generar nuevas respuestas si se promueven condiciones para una plasticidad saludable. (p. 2).

Este trabajo propone la utilización de la biopsicoeducación PNIE, como abordaje preventivo y promoción de salud ante el estrés laboral. Debido a que el abordaje PNIE está constituido con un compromiso claro y definido con la calidad de vida, así como con la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Un detallado proceso de análisis de potenciales factores de riesgo, asociados a las distintas dimensiones consideradas desde este abordaje, resultan de utilidad como estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades. De esto resulta un diagnóstico de situación. Tal diagnóstico de situación se convertirá en el recurso fundamental para elaborar estrategias de acción.

Cada época es constructora de demandas sociales, a las cuales el sujeto debe adaptarse, y frente a esta demanda existe como respuesta una desadaptación, una adaptación adecuada, o una sobreadaptación. En diversas oportunidades nos encontramos inmersos en estados de desadaptación o sobre adaptación que resultan en la mayoría de los casos contraproducentes a la salud. Respecto a esto, la biopsicoeducación podría ofrecer un espacio y tiempo de toma de conciencia de posibles patrones de conducta y hábitos que deban ser resignificados.

La hipótesis de este trabajo es que la bioeducación PNIE es oportuna y relevante para operar en el personal de la salud, controlando las respuestas nocivas de estrés producido por la propia práctica profesional. Se adopta como estrategia la toma de conciencia de lo que refiere al estrés, la red PNIE y la unidad psique-soma. Se favorece el cuidado preventivo del personal de la salud, mediante la propuesta de talleres, de manera preventiva. Se considera para este trabajo de utilidad, el abordaje en grupo, por los beneficios que esto trae, como se mencionaron anteriormente. Se entiende que esta mirada integral puede tener repercusión en el mejoramiento del vínculo médico-paciente, en tanto que permita un nuevo posicionamiento en la práctica clínica, desde una mirada integral del sujeto.

Relación Médico-Paciente:

Diversos estudios plantean que el estrés laboral en el personal de la salud, tiene repercusiones en la atención clínica:

El desgaste profesional progresa con diferente intensidad, en dimensiones de despersonalización, agotamiento y realización personal reducida, conduciendo a una extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno y a su cargo. La sintomatología y sus consecuencias no sólo resultan en manifestaciones físicas y psicológicas, sino que además atraen dificultades interpersonales que interfieren con las situaciones profesionales y familiares, con la seguridad de los pacientes y con el declive de las instituciones prestadoras de salud (Paredes y Sanabria 2008, p. 26).

Además agrega que, “el componente que hace referencia al distanciamiento relacional entre los residentes (médicos) y los pacientes es visto como una estrategia de afrontamiento ante las situaciones de la vida médica, e incluso como medio de lucha contra la sintomatología del Burnout” (Paredes y Sanabria, 2008, p. 30). Atendiendo a esto es necesario analizar el vínculo médico paciente y que repercusiones sobre esto puede traer la problemática del estrés laboral, así como también la utilidad de la bio psicoeducación como método de prevención, en este aspecto.

El vínculo médico paciente reviste en el contexto de la atención médica una singular importancia: “Pese a los avances tecnológicos producidos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las enfermedades, la relación médico-paciente (RMP) sigue siendo el eje de la práctica médica.” (Fleitas, 2014). Esta relación está marcada por la asimetría de saberes, poderes, y expectativas que en la interacción, ponen en juego las distintas dimensiones de implicación de cada parte correlativo a cada rol.

Tomando en cuenta lo propuesto por Fleitas (2014), son de destacar tres de las características principales de la relación médico-paciente, en primer lugar, es un vínculo profesional fundado en la confianza, en segundo lugar, es un encuentro privado, y por último, el vínculo muchas veces es atravesado por la evolución de un tratamiento.

En la relación médico paciente , el encuentro como una situación de comunicación ineludible, tanto verbal como no verbal. Otra dimensión para considerar es la del carácter histórico de esta relación. Desde las primitivas prácticas de la medicina, lindantes con el sacerdocio, pasando por el paternalismo hipocrático, hasta llegar al actual ejercicio del poder médico fundado en el saber, la constante ha sido la asimetría en el vínculo y como él mismo a su vez se ve influenciado por el momento histórico y la construcción cultural de la época que atraviere.

En la actualidad, este vínculo está afectado por la institucionalización, en donde estructuras administrativas se inmiscuyen y afectan aspectos cruciales de la relación. Así como también se ve afectado por los nuevos paradigmas biomédicos, los cuales priorizan la atención desde la noción de patología orgánica.

Una tercera dimensión para considerar en este vínculo es la que respecta a su complejidad y especificidad. Esta relación comienza con un evento disruptivo en la vida de quien demanda la atención. El ejercicio convencional de la medicina persiste en una equívoca dualidad entre el cuerpo y el alma. De esto sigue un predominio en la atención a la enfermedad por sobre la experiencia de estar enfermo (sufrimiento).

Se pone en juego la dimensión bioética, desde la incorporación de la noción de autonomía, en la cual se promueve al paciente como un ser responsable capaz de decidir sobre su cuerpo. Este se suma a los principios de beneficencia, no maleficencia, y justicia.

La consideración de estas dimensiones de vínculo médico-paciente conduce a reflexionar sobre una necesaria humanización de la práctica médica.

La humanización en la atención médica se caracteriza por un conjunto de prácticas orientadas a lograr mejor atención y mayor cuidado. El proceso de humanización del quehacer contribuye a que este sea acogido por el otro, a mejorar la relación, la seguridad del paciente y a evitar errores médicos (Rueda Castro, et al., 2019).

En lo primero que se piensa cuando se habla de la humanización del vínculo médico-paciente es en la debida consideración del paciente como persona, más allá de un

puro caso clínico, pero la humanización implica también reconsiderar la figura del médico, también como un ser humano más allá de su investidura profesional y por último entender el propio vínculo, caracterizado en términos de amabilidad y empatía. Un vínculo médico-paciente humanizado supone un vínculo atravesado por la ética del deber ser hacia el otro, significada bajo el término de humanismo.

Uno de los aspectos más destacados de la humanización en el caso que aquí ocupa, es el uso criterioso de la comunicación y de la palabra. “Por lo tanto, la humanización de la medicina, y más ampliamente la de la salud, sólo puede entenderse en un sentido relacional”. (Rueda Castro et al., 2019).

Es especialmente significativo el papel atribuido a la propia salud integral del médico tratante, realizado por La Asociación Médica Mundial (AMM) “Una de las nuevas líneas incorporadas como promesa de los médicos para la sociedad a la que sirven dice: “Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel”. (Rueda Castro, et al., 2019).

Con respecto a la humanización del propio vínculo como tal ha de observarse que en la actualidad abundan las técnicas diagnósticas y los tratamientos mediados por la tecnología, favoreciendo el distanciamiento médico-paciente. Asimismo, amenazas de juicios por mala praxis contribuyen a fragilizar este vínculo. “Van desapareciendo las variables sociopsicoantropológicas que, tradicionalmente, definían el contexto de análisis de la enfermedad.”. (Rueda Castro, et al., 2019). La tecnología ha empobrecido la necesaria interacción intersubjetiva, en donde el juicio clínico es sustituido por el dictamen meramente cuantitativo de un mecanismo.

Otro factor interferente en esta relación intersubjetiva es la institucionalización mercantil que despersonaliza la atención. En donde los pacientes se asumen como usuarios. “Una medicina que se guía por la economía de mercado, difícilmente se sujeta a las reglas de la ética, más bien queda a merced de las fuerzas que regulan la economía.” (Rueda Castro, et al., 2019)

Una sugestiva alternativa la constituye la denominada medicina narrativa,

Asistimos en los últimos tiempos al desarrollo de la medicina narrativa que trabaja con relatos orales y escritos en que los protagonistas son médicos y pacientes, en el contexto de un problema de salud. Los participantes escriben o cuentan experiencias en el lenguaje ordinario coloquial y confrontan sus percepciones y vivencias, buscando cruzar la brecha entre conocer sobre una enfermedad del paciente y comprender qué es lo que realmente pasa (Squier & Hawkins, 2004, citado por Rueda Castro, et al., 2019)

Este marco propuesto abre una ventana de oportunidad para una intervención específica. Se trataría de asistir y promover en el equipo médico las condiciones de emergencia de formas alternativas de tratamiento dando oportunidad a la restitución integral de un vínculo médico-paciente cabalmente humanizado. Porque hay quizá en la comunicación de tipo narrativa una clave de lo propiamente humano.

Considerar lo antes trabajado es de relevancia como posicionamiento reflexivo sobre la dinámica relación entre la salud-la enfermedad- los modelos de atención. Estos se van a ver siempre influenciados y cuestionados por el momento socio histórico que se esté atravesando ya que estos son determinantes de la construcción conceptual de los elementos. Esto modifica necesariamente su forma de interacción. Entender el proceso salud-enfermedad como dinámico y dialéctico (Pichón Riviére), es lo que permite considerar como posibilidad operativa el uso de la antes mencionada medicina narrativa.

Conclusiones:

La exposición prolongada del personal de salud a situaciones de estrés, puede llegar a desorganizar el organismo, con respuestas fisiológicas generadoras de enfermedades.

Para evitar el estrés laboral del personal de la salud, es indispensable atender a la prevención primaria del problema. Elaborar estrategias de prevención resulta fundamental para anticiparse al problema, tomar medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, detectando y reduciendo los factores de riesgo, educando e informando sobre lo que implica el estrés.

El Burnout es una enfermedad que se produce como respuesta al estrés laboral crónico, con sus repercusiones en la salud del personal de salud y en la calidad de atención.

El estrés laboral se constituye desde una determinada interpretación subjetiva, en concurrencia con ciertos factores de riesgo o predisponentes tales como: contener las cargas emocionales con las que lidia esta población debido a las problemáticas de los sujetos de consulta, la sobrecarga del trabajo, presiones de tiempo sobre la realización de las tareas, con sus consecuencias de insatisfacción laboral.

En los estudios sobre este tema, se ha destacado la formación de habilidades sociales que favorezcan el apoyo social, la importancia de reducir los estresores del entorno, aumentar la motivación, favorecer el autoconocimiento con el fin de reforzar estrategias de afrontamiento. A nivel del ejercicio profesional es fundamental establecer roles definidos, disminuir la carga laboral y fortalecer las relaciones interpersonales.

Se tiene en cuenta los factores de riesgo macrosociales, que corresponde a la sociedad en su conjunto y el micromedio como son la familia, el trabajo y el sujeto con sus características particulares de personalidad, recursos y poder de acción.

El abordaje desde talleres grupales biopsicoeducativos entienden a los sujetos en situación y en las relaciones que lo constituyen y lo determinan. Se busca trabajar sobre el microambiente laboral en conjunto, sin desatender lo que corresponde a la interacción y construcciones grupales. El grupo permite reforzar lazos interpersonales que son promotores de redes de apoyo social, fundamentales como estrategia de afrontamiento del estrés.

Los talleres biopsicoeducativos, resultan ser una herramienta adecuada, para abordar la problemática del estrés laboral del personal de salud por su función informativa, como disparador en la toma de conciencia y asumir la responsabilidad del cuidado sobre sí mismo. Permiten identificar factores de riesgos, y la elaboración de estrategias para disminuirlos, o afrontarlos de manera saludable. Al tratarse de dinámicas grupales y espacios de construcción de narrativas tanto individuales como colectivas, estos espacios pueden brindar: resignificación de la experiencia, fomentar la empatía y colaboración entre pares, generar redes de apoyo y estrategias conjuntas.

Las condiciones de estrés laboral no solo afectan a la salud del personal de la salud, sino también al desempeño profesional y a la calidad de la atención de los usuarios del sistema de salud.

Cuando se habla de humanizar el vínculo, cabe considerar al usuario como sujeto de consulta y al profesional como humano más allá del profesional.

Por finalizar se destaca la necesidad de prevención del estrés laboral, tanto como método de cuidado del propio personal de la salud, para evitar el desarrollo de enfermedades, así como también para que esta contención tenga como consecuencia una mayor humanización de la atención clínica.

Referencias Bibliográficas

- Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W., y Navarrete-Saravia, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2).
<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/165>
- Avís Acedo, D., Romero del Hombrebueno, I. (2020). Experiencias con grupos operativos de malestar laboral en un centro de salud mental. *Area 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. y Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 24, 105-115.
- Bueno Soriano, M. Antón Monllor, C., Revenga Monteján, S., González Bixquert, L. y Castor Moreno Rubio, C. (2008). El grupo operativo como instrumento del cambio: experiencia en una unidad de salud mental. *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Asociación española de Neuropsiquiatría*. Madrid.
- Buitrago-Orjuela, L. A., Barrera-Verdugo, M. A., Plazas-Serrano, L. Y., Chaparro-Penagos, C. (2021). Estrés laboral: una revisión de las principales causas, consecuencias y estrategias de prevención. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 8(2), 131-146.
<https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/553>
- Cabrera Macías, Y., Alonso Remedios, A., López González, E.J. y López Cabrera, E. (2018). ¿Nos enferman las preocupaciones? Una respuesta desde la Psiconeuroinmunoendocrinología. *MediSur*, 15(6), 839-852.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78727>
- Cañadas, G., Luis, C., Lozano, L.-M., Vargas, C., García, I., y De-la-Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44–52. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70005-6](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70005-6)

- Cohen, J. (2009). Salud y enfermedad, una aproximación desde la teoría sistémica. *Perspectivas psicológicas en salud*. (69-82). Equipo docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas. Psicolibros.
- Cozzo, G., y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA*. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 8. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333145838001.pdf>
- De la Cuesta, P., Díaz, A. y Vaeza, R. (2009). Consideraciones sobre el concepto de salud. *Perspectivas psicológicas en salud*. (29-38).Equipo docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas. Psicolibros.
- Die-Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Psicooncología*, 4(2-3), 405-415.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración Cuerpo-Mente-Entorno*. Psicolibros Waskala.
- Dubourdieu, M. (2017). *Cáncer y psico-neuro-inmunología. Ciencia integrativa en oncología*. Nativa editorial.
- Dubourdieu, M. (2013). *La técnica de Biopsicoeducación como estrategia terapéutica*. Estudio en el área de gastroenterología. <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/La-tecnica-de-Biopsicoeducacion-como-estrategia-terapeutica.pdf>
- Duran, S. y García, J. (2018). *Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla*. Cultura. Educación y Sociedad 9(1), 27-44. <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/1809>
- Fleitas, B. A. (2014). La relación médico-paciente. Dimensiones. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29(3), 290-294. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202014000300003&script=sci_arttext

- Foladori, H.C.(2004). Grupo operativo y salud mental. *Revista Mexicana de Orientación Educativa: I* (1).
- García, C., y Heredia, C. (2018). Estrés crónico: ejemplo de interacción entre sistemas nervioso, inmuno y endocrino. *CON-CIENCIA*, 6(2), 97-110.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652018000200010&script=sci_arcttext
- García Izquierdo, MSaez Navarro, M. y Bartolome Llor, E.(2000) Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(2), 215-228.
<https://journals.copmadrid.org/jwop/art/7a53928fa4dd31e82c6ef826f341daec>
- Morales Calatayud, F. (2009). La psicología en la atención primaria de la salud. *Introducción a la psicología de la salud*, (97-132). Buenos Aires: Koyatún.
- Morales Calatayud, F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1) 120-123.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5114124>
- Moise, M. J. (2014). Biopsicoeducación y biopsicografía: elementos diagnósticos y terapéuticos para el abordaje íntegro en psicoterapia PNIE. *Calidad de Vida y Salud*, 7(1). <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/101>
- Moscoso, M. (2009). *De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología*. Liberabit, 15(2), 143-152.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200008&script=sci_arcttext
- Moscoso, M., y Delgado, E. (2015). La teoría del estrés crónico como modelo científico en neurociencia cognitiva. *Revista De Investigación En Psicología*, 18(1), 167–180.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11786>

- Navarro Aparicio, J. (2009). Modelo de intervención psicosocial en las organizaciones frente al estrés laboral: estrategia operativa. *MEDICINA y SEGURIDAD del trabajo*; 55 (215): 86-98. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n215/original7.pdf>
- Paredes, O., y Sanabria-Ferrand, P. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1), 25–32
- Peiro, J. M. S. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Prevención, trabajo y salud. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*, 88. <https://biblat.unam.mx/hevila/InvestigacionAdministrativa/2001/vol30/no88/3.pdf>
- Pilnik, S. D. (2010). El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Hospital Italiano. B. Aires*, 30(1), 7-12. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documetos/6974_7-12-articulo-pilnik.pdf
- Rincón, L.B., Guarino, L. (2008) . Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista colombiana de psicología*, 17, 43-58. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1188>
- Rueda Castro, L; Gubert, I. C.; Duro, E. A; Cudeiro, P; Sotomayor, M. A; Benites Estupiñan, E. M; López Dávila, L; Farías, G; Torres, F.A; Quiroz Malca, E; y Sorokin, P. (2019). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoam Bioet*, 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6934261/pdf/nihms-1020476.pdf>
- Roger, M. C., Abalo, J. G., Guerra, M. E., y Pérez, C. M. (2013). Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y Salud*, 16(2), 115–128.

- Sáenz, A. P. y Trujano, P. (2015). Resignificación narrativa en la terapia grupal posmoderna. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 75-82.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29242798011.pdf>
- Simkin, H., y Cermesoni, D. (2014). Factores de la personalidad, espiritualidad y su relación con la calidad de vida. *Calidad de vida*, 7(1), 5-13.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62953887/Simkin_Cermesoni_-_2014_-_Factores_de_la_personalidad_espiritualidad_y_su_relacion_con_la_calidad_de_vida-libre.pdf?1586877562=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DFactores_de_la_personalidad_espiritualid.pdf&Expires=1677598911&Signature=X8Zy2ytiINWNk1I2EAryCirB--a1xdOkAGXMJC-YZ78~Q0-5jfoI01UiPnrND9ada2jGtm4fw8X5H0xpLp-BGeupBKQKeVkcUEv2FnQfNfc6lX72cSxPpMGU4AtW4IkLUjLJDe7B-zFvBgndEJ4Lkl0zHEL7EXoWJSIAtLfjwQ0fHXXn7lwmtXeMcAFxT66rlpsVoeCcragNVt3HPipZ0i3uwBZVnfvwiWolqr5dmlQdDbs9ynwiiX5~TjiTtcnQ1-wJaWqF764TUl4RLWJruKv3rGBrugk4EPjilH5oG~fNVvB6rwCIOfrDZ4xFzQDZyb6GYA9~PQ46MxRcmyJQA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Vales, L. (2011). Psicobiología del estrés. *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*.
[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano\(1\).pdf#page=177](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano(1).pdf#page=177)
- Vignolo, J. Vacarezza, M. Alvarez, C. Sosa, A. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna* 33(1).
http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Zapata, M. (2015.). *Los efectos de la técnica biopsicoeducativa sobre el estado de ánimo de pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Zito Lema, V. (1985). *Conversaciones con Enrique Pichon Riviére*. Cinco.