



La Espiritualidad como Factor Protector del Síndrome de Burnout

DOCTORADO EN PSICOLOGIA

Autor: Marina Perrone

Director: Marcelo Rodríguez Ceberio

Nota del autor:

Marina Alejandra Perrone, Doctorado en Psicología, Universidad de Flores.

La información concerniente a este documento deberá ser enviada a la Facultad de Psicología, Universidad de Flores. Pedernera 288. E-mail: marinaperrone@hotmail.com

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Diciembre, 2016

Agradecimientos

A esa Unidad Sagrada, por permitirme llegar hasta este momento, brindarme salud y paciencia para poder lograr mis objetivos.

A mis padres. Annie Mary Antel y el Dr. Arnaldo Perrone, por haberme formado con un pensamiento libre, dejando que me desarrollara en la vida, sin limitarme ni cortar mis alas. Apostaron siempre a mis capacidades, hasta en los momentos en que pude dudar de ellas. A mis hermanas por acompañarme en el camino.

A mi marido. Gonzalo Altamirano, gracias por el apoyo, por ser comprensivo, acompañando siempre mis proyectos, aunque te resten tiempo.

A mis hijos Ariadna y Tobías, porque en los momentos en que flaqueo, siempre apuestan por mí y me dan ánimo para seguir adelante en la persecución de mis sueños. Espero les sirva en sus vidas para aprender a ser perseverantes y nunca rendirse ante las dificultades.

A mis maestros. Por la enseñanza y apoyo en la elaboración de esta tesis; al Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio por creer siempre en mí desde mis comienzos. A Ingelore Mayer Gonda, por marcarme un camino de búsqueda incansable en esta vida, que me llevo a la elaboración de esta Tesis, buscando una manera de integrar los conocimientos de mi formación académica, con las enseñanzas espirituales.

A mis profesores del Doctorado, especialmente a Edgardo Etchezahar y Lía Rodríguez de la Vega por guiarme y apoyarme constantemente en el proceso.

Al equipo de Fundación Dasein, por apoyarme en los momentos en que tuve que delegar funciones en pro de la culminación de esta investigación.

Tabla de Contenidos

	Página
Tabla de Contenidos	2
Introducción	5
Estado del Arte	11
2.1 Abordajes sobre Síndrome de Burnout	11
2.1.1 Abordajes sobre prevención del síndrome de Burnout	18
2.2.1 Abordaje sobre espiritualidad como factor protector	30
2.2.2 Resiliencia espiritual como factor protector ante el SBO.....	39
Marco Teórico:.....	44
Consideraciones epistemológicas.....	44
Capítulo 1.....	47
El ámbito clínico de la rehabilitación de las adicciones.....	47
1.1.1 Historia del concepto sobre adicciones.....	47
1.1.2 La Drogadependencia.....	63
Figura 1: Factores que influyen en la conducta de búsqueda de la droga	64
1.2.1 El Rol de los Profesionales y Técnicos, en el Ambito de la Rehabilitación de las Adicciones	67
Capítulo 2.....	78
Síndrome de Burnout	78
2.1.1 Delimitación Conceptual del Estrés	78
2.1.2 Mecanismos Fisiológicos del Estrés:.....	81
2.2.1 Historia del Concepto del Síndrome de Burnout	87
2.2.2 Síndrome de Burnout en el Ámbito de la Rehabilitación de las Adicciones.....	93
Capítulo 3.....	101

La Espiritualidad	101
3.1.1 Historia y Definición del Concepto de Espiritualidad	102
Figura 4: El enfoque tridimensional de la Psicoterapia Existencial (Cuerpo-Mente-Espíritu) Fuente: http://logoterapiahoj.com/logoterapia.htm	109
3.1.2 Espiritualidad y Neurociencias	112
3.2.1 Espiritualidad como Factor Protector ante el Estrés.....	119
3.2.2 Mecanismos de Afrontamiento del Estrés	119
3.2.3 Los Factores Protectores de la Espiritualidad.....	124
Capítulo 4.....	133
La Resiliencia	133
4.1.1 La Historia y Definición del Concepto de Resiliencia	133
4.2.1 Tutores de Resiliencia.....	140
4.3.1 Resiliencia Espiritual.....	145
4.3.2 La Resiliencia Espiritual en la Prevención del SB	154
Capítulo 5.....	158
Marco Metodológico	158
5.1.1 Planteo del Problema.....	158
5.1.2 Objetivo General.....	159
Objetivos específicos	160
5.2.1 Hipótesis	160
5.2.2 Diseño.....	161
5.3.1 Técnica de Recolección de Datos	161
El cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1997)	162
El Cuestionario de Espiritualidad versión castellano (Díaz Heredia, 2012)	163
La Escala de Auto trascendencia versión castellano (Díaz Heredia, 2012).....	164
5.4.1 Participantes.....	164
5.4.2 Procedimiento	165
Capítulo 6.....	167
Resultados	167

6.1 Análisis de las propiedades psicométricas de las escalas	167
6.1.1 Análisis de la escala de Autotrascendencia	167
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la escala de Autotrascendencia	168
6.1.2 Análisis del Cuestionario de Espiritualidad	170
6.1.3. Análisis de la Escala MBI.....	172
6.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra	174
6.2.2 Distribución Demográfica	175
Tabla: 1 edad.....	176
Tabla 5: Porcentaje de edades	176
Tabla 6: Nivel académico	177
6.3 Inferencias	177
Objetivo 1.....	177
Resultados obtenidos:	178
Objetivo 2.....	178
Medición de la Autotrascendencia.....	178
Medición de la Espiritualidad	178
Relaciones entre las variables propuestas:.....	179
Capítulo 7.....	181
Discusión y conclusiones.....	181
7.1.1 Discusión de los Resultados	181
7.2.1 Limitaciones y Preguntas a Continuar Investigando	185
7.3.1 Una Propuesta: Cuidando al Cuidador.....	187
Lista de Abreviaturas y Glosario.....	191
Bibliografía	192

Introducción

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo proponer la espiritualidad como factor protector ante el estrés laboral, por lo que los objetivos planteados serán indagar en estas variables desarrollándolas teóricamente y a través del estudio de campo, midiendo los niveles de estrés o desgaste laboral y los niveles de espiritualidad y de auto trascendencia de los agentes de salud, específicamente en psicólogos, psiquiatras y técnicos que trabajan en el ámbito de las adicciones.

A tales fines, abordará el estudio de las particularidades en el campo de la rehabilitación de las adicciones, las características de esta problemática, las peculiaridades del tipo de tratamientos que han surgido a lo largo de los últimos años, para comprender el rol de los agentes de salud en su diaria labor, entendiendo que se presenta una especial complejidad en la práctica de esta especialidad, que genera un alto desgaste laboral, produciendo en ocasiones un síndrome llamado Burnout, y el desafío de hallar herramientas para su prevención.

Previamente al desarrollo teórico de las variables de estudio: el desgaste laboral en profesionales y técnicos que trabajan en la rehabilitación de las adicciones, y el nivel de Espiritualidad y auto trascendencia de los mismos, se realizará un recorrido en investigaciones previas que se han consumado en el ámbito académico internacional y en nuestro país, para poder fijar ciertas bases científicas al planteo central.

Una vez exhibidos los avances previos, se proseguirá a la presentación del marco teórico que sustenta la propuesta central. Se presentarán las características específicas de la labor de los profesionales y técnicos en el ámbito de las adicciones, así como especificaciones de tratamiento. Se orientará sobre el concepto de estrés, el desgaste laboral en los trabajadores de la salud mental, para poder progresar sobre el Síndrome de Burnout, estableciendo diferencias con otros síndromes secundarios al estrés laboral. Se profundizará sobre el concepto de espiritualidad, de auto trascendencia y se los relaciona con la resiliencia, para poder sustentar el planteo de la espiritualidad como factor protector ante el estrés.

En el primer capítulo, se desarrollará el concepto de adicción, las características específicas de los tratamientos de rehabilitación, las particularidades de esta labor clínica, así como los diferentes actores involucrados. Se hará mención a las condiciones de trabajo en las instituciones, que también favorecen el desgaste laboral en los profesionales, así como las características propias del tipo de pacientes que ocasiona, entre otros, sobrecarga y estrés laboral. Una población multiproblemática con dificultades como: adicciones, problemas educativos, situación de calle, marginación social, violencia, abuso sexual, trastornos de personalidad y patologías psiquiátricas. También, presentan características particulares de personalidad como; baja tolerancia a la frustración, agresividad, impulsividad, escasa conciencia de enfermedad y poca demanda de tratamiento, lo que genera un paciente resistente y difícil de abordar.

Pacientes que en ocasiones expondrán al profesional a posibles agresiones, produciendo mayor desgaste emocional e inhabilitaciones temporales o permanentes, así como baja moral y estrés laboral progresivo, que llevan al ausentismo, a enfermedades y posibles abandonos de trabajo.

Asimismo, se evidencian exigencias organizacionales en el puesto de trabajo que favorecen mayor estrés laboral, ya que los conflictos en las funciones, la sobrecarga horaria

de trabajo, la baja remuneración y la falta de contención organizacional, entre otros factores, hacen que el agente de salud esté constantemente expuesto al desgaste laboral.

Para profundizar en la problemática del desgaste laboral, en el capítulo dos se describirá y definirá el concepto de “estar quemado” o “Síndrome de Burnout”, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, propio de los profesionales de la salud, sobre todo aquellos que se desarrollan en organizaciones de servicios de salud que trabajan en contacto directo con el cliente-paciente. También se resaltarán aquellas profesiones que se ven mayormente afectadas como: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, así como los técnicos o cuidadores, acompañantes terapéuticos y operadores socio terapéuticos que trabajan en la atención de pacientes con dependencias o abusos de sustancias. En general profesionales que requieren de gran capacidad y flexibilidad en su trato con estos pacientes, y están expuestos al dolor, a la muerte y a las situaciones de intervención en crisis.

Se establecerán diferencias y similitudes entre el síndrome de Burnout con otros síndromes conocidos, como el desgaste por empatía por ejemplo, para poder realizar un diagnóstico diferencial. Se profundizará en el concepto de estrés, definiciones y posturas teóricas en la historia. Se presentarán las bases neurofisiológicas del estrés, las consecuencias para la salud y los posibles mecanismos de afrontamiento de los que se dispone.

Habiendo presentado y definido las características del tipo de trabajo, y profundizado en las particularidades del desgaste laboral y sus consecuencias, se exhibirán datos actualizados sobre el síndrome de burnout y la búsqueda de herramientas útiles para el cuidado de los profesionales, ofreciendo diferentes aportes de diversos autores, en la búsqueda de factores que colaboren en la prevención del desgaste laboral.

Si bien son muchas las variables que confluyen en esta problemática, así como también son numerosos los factores que se podrían postular como agentes protectores, esta

investigación se centrará en la espiritualidad, proponiéndola como un factor protector ante el estrés producido por el desgaste laboral en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones.

A tales fines, en el capítulo tres, se ahondará en el concepto de Espiritualidad, sus diferentes definiciones a lo largo de la historia, la postura definida al respecto en esta investigación, y así poder proponer las posibles virtudes de ésta, como un factor protector ante el estrés.

Se conceptualizará la espiritualidad como un sistema de creencias, que involucra una búsqueda personal de significado y propósito que abarca una conciencia de conexión y relación con los demás y que es auto-trascendente. Se profundizará en el concepto de los mecanismos de afrontamiento, proponiendo la espiritualidad como una fortaleza que le brinda al sujeto la posibilidad de afrontar la adversidad. La espiritualidad, como la capacidad de trascender a lo material, a las dificultades, las exigencias externas sin el deterioro que ello puede conllevar.

A tales fines, se presentarán estudios realizados en relación con bases neurofisiológicas del concepto de espiritualidad, con el objetivo de encontrar los beneficios para la salud física y psíquica y su relación con la regulación del estrés.

De igual modo, se establecerá la relación entre la capacidad resiliente y la espiritualidad, presentando los beneficios de las diferentes prácticas espirituales en el bienestar psicológico y físico, encontrando diversos investigadores que han profundizado en los efectos sobre el sistema nervioso de prácticas como la meditación en la regulación emocional y los signos vitales en general.

En el capítulo cuatro, se definirá y describirá el concepto de resiliencia, el desarrollo del concepto en la historia, el rol de los tutores de resiliencia, para poder proponer en un segundo momento un tipo especial de resiliencia, la resiliencia espiritual, acercando aportes de investigaciones que apoyan este concepto. Y por último se desarrollará el concepto de

resiliencia espiritual como factor de prevención ante el estrés, y así, poder establecer la relación entre la espiritualidad, la capacidad de afrontamiento del sujeto y plantear su importancia como factor protector ante el síndrome de burnout.

Por último, en el capítulo quinto, el marco metodológico de la investigación, en el que se presentará una muestra de 153 profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) y técnicos (operadores socio terapéuticos y acompañantes terapéuticos) que se desarrollan en el área de la rehabilitación de las adicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y algunas provincias del interior del país como Chubut, Entre Ríos, Mendoza y Córdoba.

Se tomará dicha muestra con el fin de realizar un estudio cuantitativo no experimental de tipo transversal correlacional, en el que se examinarán, compararán y analizarán las posibles relaciones entre los niveles de estrés laboral de los profesionales y los niveles de espiritualidad de los mismos.

En correspondencia al procedimiento, se tomará este recorte poblacional y se procederá a la administración de tres escalas en forma personalizada, en formato papel auto administrable, a aquellas personas o instituciones geográficamente accesibles, y en formato digital auto administrable al resto, para poder llegar a mayor cantidad de participantes, debido a la especificidad de la población elegida.

Se seleccionarán tres escalas para poder medir la relación entre estas variables, el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1997); el Cuestionario de Espiritualidad versión castellano (Díaz Heredia, 2012); y por último la Escala de Auto trascendencia, versión castellano (Díaz Heredia, 2012).

En la muestra participarán 153 profesionales del ámbito de la rehabilitación de las adicciones, colaborará con la auto administración de estas escalas, logrando evaluar a profesionales y técnicos de La ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos

Aires, y algunas provincias del interior del país como Chubut, Entre Ríos, Mendoza y Córdoba.

Por último, se presentarán los resultados de la investigación, pudiendo establecer relaciones entre las variables elegidas, arrojando datos significativos que confirmarán las propuestas iniciales de este trabajo. Se establecerán conclusiones y relaciones con otros autores y resultados obtenidos, encontrando una conexión entre lo planteado desde el punto de vista teórico, con lo hallado en el estudio de campo. Asimismo, luego de exponer los resultados y su análisis, se hará mención a algunas limitaciones de este estudio y sugerencias para futuras investigaciones, como también sus implicancias prácticas.

Estado del Arte

2.1 Abordajes sobre Síndrome de Burnout

Las diversas investigaciones a lo largo de estos años, han mostrado evidencias del fenómeno del desgaste laboral en diferentes ámbitos y en diversas disciplinas como la medicina, la psicología, la enfermería y cuidadores en relación con los servicios sanitarios. Con respecto a la etiología del SB, existen diferentes investigaciones, que distinguen la falta de salud organizacional y la estructura o el clima organizacional (Winnbust, Buunk & Schaufeli, 1993), concluyendo que el síndrome de quemarse por el trabajo, tiene una doble etiología: los procesos de interacción social con los pacientes y la comparación social con los compañeros del trabajo, las críticas y la competencia profesional. Variables que ponen a prueba el self de la persona, en su autoeficacia, autoconfianza y auto concepto postulado por el modelo de competencia social de Harrison (1983). En adelante se presentarán diversas investigaciones acerca del síndrome de Burnout en las diferentes disciplinas.

Olmedo (2001), en un estudio dirigido a indagar acerca de los niveles de estrés en profesionales que trabajan en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones, sostiene que éstos deben enfrentarse al paciente como individuo en su totalidad, a diferencia de otros especialistas, que sólo observan un órgano determinado. Esta circunstancia, aumenta la demanda en la relación, lo que incrementa los niveles de estrés laboral. También evidencia que el ámbito laboral de las adicciones, muchas veces es visto de manera marginal, hasta fuera de la red de salud mental, por lo que esto también magnifica el malestar en los profesionales, al advertir la poca consideración profesional, variable que disminuye la autorrealización profesional y aumenta el desgaste laboral.

De las Cuevas, (2003), refiriéndose al profesional que trabaja con pacientes adictos, postula que este tipo de actividad laboral implica el manejo de niveles de frustración más

intensos que con otro tipo de pacientes, ya que el porcentaje de recaídas, la naturaleza misma de la enfermedad, la contratransferencia y el tipo de vínculo terapéutico establecido con este tipo de pacientes, producen un alto desgaste por parte del profesional tratante. Exige crear estrategias de afrontamiento a diversas situaciones y ello requiere que el personal cuente con estas habilidades y una adecuada resistencia al estrés.

Un estudio realizado por Pérez (2004), toma una muestra con 150 profesionales del ámbito de la rehabilitación de las adicciones, en Madrid España, distribuidos en centros de atención a drogodependientes municipales (CAD), comunidades terapéuticas profesionales, unidades hospitalarias de desintoxicación, centros penitenciarios, unidades móviles y centros específicos de dispensación de metadona y se les administró el inventario de *burnout* de Maslach (MBI). Las puntuaciones que se observaron, fueron significativamente superiores a las observadas en otras muestras de profesionales sanitarios, que intervienen en otros ámbitos asistenciales. Los resultados se fundamentaron a partir de una elevada despersonalización y una extremadamente baja realización profesional, mientras el cansancio emocional se situó en niveles similares a las de otros estudios.

Blandin, (2005), en una investigación con médicos residentes, pone en evidencia en una muestra de 150 médicos residentes en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, que 42 de ellos presentaron Síndrome de Burnout, lo que representa un 28% de la muestra total. Cuatro de ellos, evidenciaron signos de burnout alto y más de la mitad de los residentes percibieron hacer uso de Mecanismos de Afrontamiento Funcionales ante situaciones de estrés laboral, específicamente, afrontamiento directo y reevaluación funcional.

Los factores que fueron considerados como generadores de mayor estrés en la muestra fueron: parámetros y cohesión organizacional, e influencia del supervisor. Ésto señaló dificultades en la función de la estructura jerárquica que posee este hospital y un clima laboral poco satisfactorio. Sin embargo, más de la mitad de los residentes percibieron haber hecho

uso de Mecanismos de Afrontamiento Funcional ante situaciones de estrés, específicamente afrontamiento directo y reevaluación funcional. Concluye que altos niveles en la sub-escala de afrontamiento no funcional, resultan ser predictores de altos niveles de SB.

Diversas investigaciones realizadas por Cazabat, (2002), Figley, (1999), McCann y Pearlman, (1990), Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez, Losada (2004) y Sabo, (2006), advierten que el desgaste laboral afecta a personas que trabajan vinculadas al sufrimiento del ser humano, como ser: los psicólogos clínicos o terapeutas, como una de las profesiones que más riesgo presenta. En la práctica psicológica clínica, se pueden presentar síntomas derivados del estrés, como ansiedad, problemas interpersonales, depresión y hasta abuso de sustancias.

Esto, muchas veces deriva en licencias médicas, ausentismo laboral y en una disminución de la productividad en los profesionales (Morales, Pérez y Menares, 2003). Finalmente, se concluye que los profesionales que se encuentran con niveles altos de SB, realizan un trabajo más deficiente, aspecto que va en desmedro de sus clientes. Coincidiendo con Hidalgo y Moreira, (2000), quienes investigaron equipos de intervención en salud mental en Chile, concluyendo que el 78% de los profesionales reconocen estar afectados psicológicamente y de éstos, el 83% lo relacionaron directamente con factores laborales. (Olivares, 2007).

Por otra parte, “Proyecto Hombre” (Institución dedicada al trabajo de rehabilitación de las adicciones en Italia), en un estudio realizado con profesionales y voluntarios, concluye que los trabajadores que desarrollaban su labor por solidaridad, aparentemente podrían tener puntuaciones no tan altas en despersonalización. El trabajo en base a la solidaridad, muestra niveles más bajos que cuando se establecen a partir de una relación contractual. Por lo cual, la dimensión de realización profesional, será más alta en congruencia con expectativas de ayuda al prójimo, (Laso, 2007).

Una investigación realizada por Barquero (2009), de seguridad del trabajo en medicina, considera que la satisfacción profesional está relacionada con la calidad de la organización, la calidad del servicio prestado y la gestión de calidad. Concluye que: los profesionales y técnicos de drogodependencias presentan menores puntuaciones de calidad de vida profesional y mayores de desgaste profesional que otros grupos profesionales, siendo esta diferencia significativa respecto al grupo de trabajadores no sanitarios.

Se desprende de esta investigación, la gran dificultad que enfrentan los profesionales y técnicos en drogodependencia como trabajo de alto riesgo, en el que la probabilidad de contraer el SB es ciertamente alta.

Roncallo, (2010), en un estudio realizado en neuropsiquiátricos, utilizando la escala de *burnout* de Maslach (1981), midió el nivel del desgaste profesional, niveles de Burnout, SB con una fiabilidad cercana al 90%. Concluyen que las personas que tienen puntajes altos en satisfacción, tienen puntajes bajos en Cansancio Emocional; la mayoría eran mujeres. Por otra parte, las personas que son reconocidas por sus directivos en el trabajo, se sienten más realizadas profesionalmente, de hecho cuanto más reconocimiento, la realización profesional es más significativa. Por otra parte, la satisfacción es inversamente proporcional a la dimensión de Cansancio Emocional.

Miret, (2010), investigó sobre el alto índice de violencia y maltrato ante los profesionales de la salud, en el ámbito de las guardias médicas y el sector de psiquiatría en Barcelona. Destaca que la violencia es un problema dentro del ámbito de la salud pública que afecta a los profesionales sanitarios, aumentando el desgaste laboral, lo cual aumenta las posibilidades de una modalidad de atención deshumanizada, que precipita situaciones aún más violentas por parte de los pacientes.

El autor concluye que los mayores riesgos se presentan en las unidades de emergencia hospitalaria, psiquiátricos, unidades de cuidado de ancianos y centros de rehabilitación de

adictos. Por otro lado, destaca que el mayor riesgo lo compone el equipo de enfermería de esas unidades. Señala la relación directa que existe entre el desgaste laboral, la despersonalización del agente sanitario y el impacto que eso produce en el paciente, incrementando el riesgo de agresiones contra el profesional y el ambiente sanitario, aumentando aún más el estrés y el desgaste profesional.

Lozada Balderrama (2010), en un estudio con trabajadores en un hospital de atención médica en la ciudad de México, médicos, enfermeras, auxiliares técnicos y personal de limpieza, administró el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT). El grupo más susceptible fueron las enfermeras, presentando una relación significativa con el desgaste psíquico. Por otro lado, el tiempo en la profesión, tiene una correlación significativa con la edad y el tiempo en el puesto de trabajo, y el tiempo en la organización. La edad de la población en estudio fue de 29-32 años (D.S. +5.9); el género de más predominio fue el femenino con un 53.3% (n=169); en relación con el masculino (46.7%, n=148). Recomienda aplicar un plan de estrategias orientadas a nivel individual, atendiendo variables individuales que aborden aspectos físicos, emocionales y conductuales, con el fin de fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol y estrategias orientadas a nivel organizacional.

En relación al ámbito de la rehabilitación de las adicciones y los índices de Burnout de sus profesionales por el tipo de pacientes, los cuales presentan dificultades en su atención y altos niveles de resistencia, se presenta un estudio realizado en la Argentina donde se registran estadísticas al respecto. Se refleja en los datos encontrados que los logros de los tratamientos son relativos, y existen múltiples variables que colaboran en que los pacientes vuelvan a recaer en el consumo. Se estima que el 45.3 % de los pacientes recaen en el consumo de sustancias, el 17.2 % de los pacientes abandonan el tratamiento, y el 12, 5 % han cometido episodios de violencia en la institución en la que realizaban el tratamiento.

Aparentemente influyen en esta actitud la falta de apoyo familiar, algunos rasgos específicos de personalidad y su contexto social. No obstante, los profesionales consultados en 12 instituciones, estiman que la proporción en pacientes que interrumpen su tratamiento varía entre el 30 y 60% del total, en las comunidades con modalidad residencial y, entre 50 y 70% en los hospitales de día. Estas características antes descritas, aumentarían la frustración profesional y por lo tanto el estrés laboral (Sedronar, 2011).

Venezuela Salvador (2014) comenta que el Dr. Hans Selye, considerado el padre de los estudios sobre el estrés y Fundador del Instituto Canadiense de Estrés, en una investigación realizada en Perú, refería que lo importante no es tanto lo que le ocurre al sujeto, sino cómo se lo toma. El procesamiento de datos permitió determinar que del 12%, de la población estudiada de la Red de Salud de Barranco Chorrillos y Surco, presentaban índices de Síndrome de Burnout, y que los factores de riesgo asociados fueron la franja etaria entre 41-50 años, el estado civil sin pareja, de 0 a 2 hijos, ser técnico y/o auxiliar en el campo del trabajo de la salud, tener un trabajo asistencial y la condición laboral de contratado.

Maslach, Shaufeli y Leiter (2001) refieren que el síndrome de estar quemado, puede comprenderse como una respuesta prolongada a estímulos estresantes, que se mantienen de forma crónica a nivel personal como a nivel laboral, determinados a partir del agotamiento emocional, despersonalización, cinismo e ineficacia profesional de los agentes salud. Esta situación influye negativamente en la calidad del servicio, entregado por parte del profesional (Manzano, 2002), afectando directamente los niveles de bienestar de la población general. De los contextos laborales, los más complejos son los relacionados con la salud. En general se desarrollan en entornos caracterizados por una elevada carga laboral, sumado a redes de apoyo social insuficientes y carencia de tiempo, influyendo en el rendimiento cotidiano (Lee, Dai, Park y McCreary, 2013).

Al analizar las diferencias en la media entre los distintos puestos de trabajo (directivos, profesionales, técnicos y administrativos), hallaron diferencias significativas. Las mismas se encontraron entre los que desarrollan un puesto directivo, y técnico experimentando. Los primeros tuvieron mayor índice de estrés que los últimos. Finalmente se pudo correlacionar las variables del estudio, encontrando que Satisfacción Laboral está fuertemente asociada con Calidad de Vida Laboral (CVL). (Prez-Zapata & Zurita, 2014).

García Rivera, Maldonado y Ramírez, (2015), en un estudio realizado en Baja California, México, analizaron el perfil de los empleados del sector de salud, a fin de poder identificar los más vulnerables ante el estrés laboral y el SB.

Los resultados que encontraron se relacionaron con algunas variables como estado civil, género y edad de los empleados, y mostraron que las mujeres jóvenes con menos de tres años de antigüedad, denotaron mayores índices de SB que el resto de la población. Por otro lado, que los profesionales solteros entre 30 y 40 años, también registraban índices más altos que el resto de la muestra.

Alesciuk, (2015), en una muestra con 158 psicólogos argentinos del área clínica, revela que la inteligencia emocional (IE), tiene relación con el desgaste por empatía en el trabajo de profesionales que están en constante contacto con personas que sufren. Si bien la empatía es una cualidad para la atención de personas con problemas, ya que es la capacidad de preocuparse por otro, ésta puede perjudicar al profesional, si no hay un buen manejo de dicha herramienta. (Cazabat, 2009, Cerezo Huerta, 2000, Meda-Lara, Rodríguez, Muños y otros, 2011).

Ramalho de Farias, Jackson Coelho, Jacques & Cavalcante (2015), en un estudio realizado con profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud en el municipio de Sobral, Ceará, Brasil, plantearon la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) en estos sujetos y correlacionar con los perfiles de riesgo de enfermarse en el trabajo. Entre los

433 trabajadores, dominó la categoría profesional de los Agentes Comunitarios de Salud - acs (48,5%, n=210), seguido por los auxiliares/técnicos de enfermería (18,2%, n=79), enfermeros (15,7 %, n=68), cirujanos dentistas (8,1%, n=35), auxiliares/técnicos de la Salud Bucal (6,9%, n=30) y médicos (2,5%, n=11). Concluyeron que los profesionales de la salud con menor escolaridad, como los Agentes Comunitarios de la Salud, tienen más riesgo de sufrir más enfermedades por el trabajo.

Determinadas profesiones favorecen el desgaste emocional, por el constante contacto con estas situaciones. Los profesionales de la salud, especialmente los psicoterapeutas, se enfrentan constantemente al estrés y el dolor de sus pacientes.

Vicario (2016) refiere que en España, en pediatras intensivistas, se han obtenido cifras del 56%, en el personal de Atención Primaria entre el 20 y 40% según los diferentes estudios y del personal pediátrico hospitalario un 20%. También, Shanafelt., encuentra que el SB y la satisfacción de la vida familiar en los médicos estadounidenses empeoró entre 2011-2014, en los pediatras generales subieron en ese periodo del 35,3% al 46,3%. Las mujeres expresaban un 55% frente al 46% entre los varones. Un alto porcentaje de profesionales, los que más contacto tenían con los pacientes, manifestaban sentimientos de rechazo hacia éstos. Los desencadenantes del rechazo eran: problemas emocionales, de peso (obesidad), abuso de drogas, los simuladores, la falta de cumplimiento con el tratamiento, y la enfermedad crónica.

Estos estudios evidencian dicha problemática, e invitan a pensar en la prevención del síndrome de Burnout, encontrando que la forma en que el individuo interpreta o resuelve las diferentes situaciones de conflicto en el área laboral, influenciará en su capacidad de afrontarlas y resolverlas. Por lo tanto, a fin de prevenir el advenimiento del SB, será necesario indagar en algunos estudios acerca de la prevención.

2.1.1 Abordajes sobre prevención del síndrome de Burnout

La preocupación por la prevención del desgaste laboral en estos años, ha logrado la emergencia de ciertas investigaciones que intentan dar un aporte a solución de esta problemática, de los servicios de salud y, principalmente del cuidador como protagonista de esta dificultad.

Roca Perara, (2001), con el interés de vislumbrar el papel que juegan las diferencias de los recursos personales como mediadores en la magnitud del burnout, realizó un estudio a un grupo de médicos de planta en un Hospital Clínico Quirúrgico, encontrando que en los profesionales que se registra un alto índice de SBO, también es alto el cansancio emocional y la despersonalización, asociado a un bajo nivel de coherencia interna, o sentido de coherencia (SOC), sobre todo en uno de sus componentes, la “comprensibilidad”. Por su parte, aquellos que presentaron un alto nivel de SOC, también mostraron altos niveles de “manejabilidad” y bajo niveles de SBO.

Según Harrison (1993), la competencia y la eficacia percibida, son variables clave para prevenir este síndrome. Los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda, están altamente motivados y, tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación, junto a factores barrera, van a determinar la eficacia del individuo en los afrontamientos del desgaste laboral y el éxito profesional. Altos niveles de motivación y factores de ayuda, objetivos realistas, capacitación, toma de decisiones y recursos personales, aumentarán la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social.

Por el contrario, los factores barrera, como la ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones en su rol, escasez de recursos, sobrecarga laboral y conflictos con compañeros, obstaculizan el logro de objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, darán origen a un alto nivel de estrés laboral, concluyendo en un SB o síndrome de quemarse por el trabajo. Por lo postulado en la investigación, la primera medida que se debe tomar para prevenir el SB, es formar al agente de salud en el conocimiento de dicho síndrome

y sus manifestaciones con políticas que incluyan tres niveles de acción; entrenar con estrategias cognitivo-conductuales, las estrategias individuales de afrontamiento del estrés para neutralizar las consecuencias negativas, potenciar habilidades sociales y de apoyo con los equipos de trabajo y por último, disminuir los estresores organizacionales que dan lugar al desarrollo del síndrome. (Gil, 2001).

Zamora, (2004), señala en su investigación que las personas con bajo nivel de estrés laboral, también llamado síndrome de Burnout, o “síndrome de estar quemado”, muestran mayor nivel de apoyo social. También encuentran una relación entre el clima laboral positivo y los bajos niveles de “estar quemado”. Hallaron que las personas que utilizan como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social como forma de resolución centrado en el problema, puntúan bajo en “quemado”, utilizando la aceptación de la responsabilidad, estrategia centrada en la emoción.

Zhu, (2006), refiere que el mantenimiento del deber profesional moderado, definiendo claramente las exigencias de trabajo, enriqueciendo el ocio y, mejorando la capacidad de cuidado de sí mismo, son medidas importantes para la prevención del agotamiento laboral. Destaca la edad, el poco cuidado de sí, las sobre exigencias laborales y el poco apoyo social, como factores que aumentan el estrés en los profesionales de la salud.

Thomae, (2006), concluye que existen ciertas medidas de prevención para combatir el síndrome de Burnout. Entre las más significativas, distingue el apoyo emocional, la preocupación y el apoyo de otra persona significativa; el apoyo instrumental, los recursos materiales económicos; el apoyo informativo, el conocer la situación e informarlo acerca del desgaste laboral y sus causas y por último, el apoyo evaluativo, la comunicación de retorno, la devolución acerca de su labor profesional y su efectividad en el desempeño.

Otra investigación realizada en Chile, concluye en los beneficios de la noción de autocuidado como herramienta de afrontamiento al desgaste laboral. En este sentido, el

autocuidado se define como las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, la capacidad de detectar, enfrentar y resolver condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional (Yañez, 2005, por Durruty 2005).

En una muestra formada por 265 cuidadores de diversas residencias geriátricas de las comunidades de Extremadura y de Castilla y León, demuestran que los cuidadores con altos índices de Resiliencia, obtuvieron mayores niveles de eficacia y compromiso laboral. De igual forma, exteriorizaron menor agotamiento emocional y cinismo. Aclaran que los cuidadores más resilientes no están exentos de “quemarse” (Burnout), si logran mayores habilidades y competencias y mitigan la vulnerabilidad ante el Burnout (Menezes de Lucena Carvalho, Contador, Ramos Campos, Fernández Calvo & Hernández Martín, 2006).

Entre los datos recabados, se distingue una correlación inversa y significativa entre las distintas estrategias de autocuidado y el desgaste laboral, proponiendo estrategias de autocuidado, tales como la facilitación de la espontaneidad individual y grupal dentro del ambiente laboral, supervisión de los casos clínicos, diálogo con los compañeros de trabajo, actividades recreativas, realizar ejercicio físico, participación en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, entre otros), psicoterapia, alimentación, ingresos económicos mensuales, experiencia laboral. (Olivares, 2007).

Al respecto, Udurruga y Martínez (2009) crearon un programa de "Técnicas de Prevención del Burnout", orientado a residentes de la Universidad Católica de Chile. En su investigación, identifican ciertos aspectos importantes en la prevención, entre los cuales señalan: técnicas de relajación, imaginación y meditación, junto con contenidos cognitivos acerca del estrés y el burnout. Concluyen y proponen que estas estrategias de autocuidado deben integrarse al programa de formación, para que puedan ser aprendidas por los residentes que están cursando la carrera de medicina.

En un estudio efectuado con 158 docentes sobre estilos de humor adaptativos y desadaptativos y rasgos de personalidad sobre el síndrome de desgaste laboral, los resultados indicaron que el desgaste emocional se pudo predecir por los niveles de neuroticismo, la despersonalización por la afabilidad y el estilo de humor auto-despreciativo, y la falta de realización personal por los estilos de humor de auto-mejoramiento y auto-despreciativo. Se concluyó que aspectos como sentido de humor, considerado una estrategia efectiva de enfrentamiento a situaciones estresantes (Abel, 2002) y la personalidad deben ser considerados variables que influyen positivamente en la prevención del síndrome de Burnout. Concluyen que personas con alto sentido del humor tienden a ser emocionalmente más estables (menos neuróticos) y menos depresivos Cann y Calhoun (2001). Finalmente, postulan que los estilos de humor de Auto mejoramiento (29%), constituye una excelente fuente para contrarrestar la adversidad y evita las limitaciones en la ejecución de planes de desarrollo personal y profesional (D'Anello Koch, D'Orazio, Barreat Montero, Escalante, 2009).

Lozada Balderrama (2010) concluyen que para prevenir del desgaste laboral, es necesario aprender a equilibrar los objetivos de una empresa, pero sin renunciar a lo más valioso de la profesión, los valores humanos, compatibilizándolos con los requerimientos técnicos. Para manejar el desgaste laboral, hay que generar cambios en el esquema de conductas y emociones del profesional, iniciando un proceso adaptativo, aceptando los errores y limitaciones, que con frecuencia han dejado cicatrices en el alma. Por lo que en su investigación, se destaca el equilibrio de ciertas áreas vitales como: la familia, amigos, aficiones, descanso, evitando que la profesión absorba esta cadena, como elementos esenciales en la prevención.

Una investigación bibliográfica, arroja una relación positiva entre salud, apoyo social y autoestima. Establece a esta última como un ente amortiguador sobre los efectos negativos

del estrés en profesionales de la salud, quienes están en constante relación con la atención de pacientes en la clínica psicológica. Al examinar las estrategias específicas de afrontamiento, se observó que la evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa, y en otros, la falta de apoyo percibido del entorno afectivo, explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional (Carrobles et al., 2003). En consecuencia, los esfuerzos cognitivos que no se dirigen a la solución del problema, favorecen el estrés emocional. (Marcías, 2013).

Otro importante factor en la prevención del SB es el compromiso personal con la organización. Numerosas investigaciones relacionan el desgaste laboral y el compromiso personal con la organización. A partir de Meyer (2002), se inauguró una serie de investigaciones dirigidas hacia ese concepto; Porters, Steers y Boulian, (1973); Morris, (1981); Booke, Russell y Price, (1988); Teet y Mayer, (1993); Dunham, Grude & Castaneda, (1994); Bayona, Goñis y Madorran, (1999). Todos ellos en general coinciden en que el compromiso con la organización, es un factor importante para el empleado, ya que al sentirse reconocido y motivado para continuar trabajando en esa organización, puede tolerar altas cargas de trabajo y desarrollar menos burnout. La motivación y el reconocimiento, así como el compromiso con el proyecto, funcionan como factores protectores en el estrés laboral (García Rivera, Maldonado & Ramírez, 2015).

Asimismo, Alesciuk (2015) propone la inteligencia emocional como un factor protector del desgaste laboral por empatía. En una muestra con terapeutas clínicos, encuentra que la empatía es una herramienta que posibilita ayudar al prójimo, pero que a su vez desgasta al terapeuta. Así, al comprender sus propias emociones y regularlas, podrán lograrlo con sus pacientes, sin sentir su dolor. Encontraron una relación significativa entre inteligencia emocional IE, sobre todo “atención y reparación” y factores de sobre involucración profesional. Los terapeutas con altos valores en reparación emocional, tienen menos

vulnerabilidad. En conclusión, cuanto mayor capacidad de monitorear sus emociones y regularlas, mejor podrá utilizarlas como herramienta empática, pudiendo comprender lo que siente su paciente, sin experimentarlo y pudiendo reparar sus propias emociones, cuestión que le garantiza menor cansancio emocional.

En referencia a la prevención del desgaste en cuidadores, Córdoba y Poches, (2016), proponen la resiliencia como una variable protectora ante el rol del cuidador. Concluyen que la misma es un elemento fundamental en la prevención del desgaste profesional en cuidadores. Realizaron un estudio transversal de alcance correlacional, que contó con una muestra de 101 cuidadores. Se identificaron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre apoyo social y solución de problemas, como estrategia de afrontamiento y resiliencia. Por otro lado, correlaciones negativas con depresión, evidenciando en estos resultados, los factores protectores y de riesgo que pueden aportar a la creación de futuros programas de intervención.

2.2 Abordajes sobre espiritualidad

En relación a los antecedentes en estudios dirigidos en el campo de la salud mental y el concepto de espiritualidad, se resalta el estudio de Shafranske y Maloney (1990; Elkins, 1999), quienes encuestaron a 409 miembros de la American Psychological Association acerca de su aproximación a la religión y la psicología. Observaron que casi todos habían evaluado el trasfondo religioso de sus clientes. Adicionalmente, el 57% había usado un lenguaje o conceptos religiosos con sus pacientes; el 36% habían recomendado participar en grupos religiosos, y por último el 32% había recomendado libros religiosos o espirituales.

En esta misma línea, Ramos (1999) expresa que la espiritualidad contribuye a la percepción de bienestar. La persona cuenta con un tipo de inteligencia denominada 'inteligencia espiritual' que le permite desarrollar potencialidades como: trascender lo físico y

material, desarrollar estados complejos de conciencia y la capacidad para afrontar problemas y situaciones de estrés. Estas variables se han estudiado con respecto a “estar quemado”, como un elemento moderador del estrés.

Vinson Ellis y Ewigman (1999), consumaron un estudio donde preguntaron a 170 médicos y familiares, acerca de sus actitudes con respecto a la espiritualidad, y las barreras y frecuencia con que solían discutir asuntos espirituales con sus pacientes. La tasa de respuesta fue del 74%. La puntuación media de ESWS indicó que los encuestados médicos, tenían un alto nivel de bienestar espiritual. Casi todos los encuestados (96%), consideran el bienestar espiritual como un componente importante de la salud. A pesar de esta creencia, la mayoría informó discusiones infrecuentes sobre cuestiones espirituales con los pacientes, y las remisiones poco frecuentes de los pacientes hospitalizados a los capellanes. La falta de tiempo y la formación eran los principales obstáculos a la evaluación espiritual.

Campos Vilaca (2004), desarrolló un estudio, en el marco de la psicología positiva, analizando el reflejo de la percepción de las características espirituales de las organizaciones, en el capital psicológico de los trabajadores, e identificando el papel del liderazgo auténtico en esta relación. Esta investigación abordó a 710 miembros organizacionales, encuestados a través de tres escalas: Espiritualidad Organizacional, Authentic Leadership Questionnaire y PsyCap Questionnaire. Los resultados muestran que la espiritualidad organizacional y el liderazgo auténtico se influyen mutuamente en un 39,6%, y la espiritualidad organizacional, asociada al liderazgo auténtico, presenta una capacidad predictiva del capital psicológico de 38,44%.

Vélez y Jaramillo (2005,) en un estudio con 199 mujeres que se acercaron a la Comisaría de la Mujer en Medellín Colombia, relacionaron la espiritualidad con la resiliencia en mujeres que habían sufrido maltrato cotidiano y abuso sexual. Utilizaron las escalas de Resiliencia y de Perspectiva espiritual, resultando de su aplicación una relación negativa de la

espiritualidad con respecto a los síntomas de aflicción y, mostrando una correlación entre resiliencia y espiritualidad.

Rivera Ledesma y Montero López Lena (2007), en un trabajo de investigación bibliográfico, analizaron la inserción de lo espiritual en los cuatro recursos psicoterapéuticos: el acompañamiento, la consejería, la psicoterapia y los sistemas psicoterapéuticos. Se pone en evidencia la importancia de la vida espiritual y la salud física y mental de las personas Meisenhelder & Chandler, (2002); Silberfarb, Anderson, & Rundle, (1991); Koenig, George & Siegler, (1988). Asimismo, en atender las necesidades espirituales de los pacientes (Mueller, Plevak, & Rummans, 2001), en las unidades de traumatología, oncología y en general donde el paciente se ve confrontado con su propia muerte o la de un ser querido. También refieren que la OMS (Organización Mundial de la Salud), ha enfatizado la importancia del aspecto espiritualidad en el cuidado del paciente como una unidad biológica, psicológica, espiritual y social (Dein y Stygall, 1997).

Por su parte, Joshanloo (2011) profundizó en el concepto autotranscendencia, y evidenció que los adultos que tienen mayor espiritualidad, logran mayor bienestar social. Este resultado es coincidente con un estudio desarrollado en Irán con 300 estudiantes universitarios, en el que se halló que la espiritualidad está fuertemente relacionada con el bienestar social.

Se encontraron correlaciones significativas entre la variable del estrés percibido y las conductas de salud. En primer lugar, dentro de las estrategias de afrontamiento, se aprecia que la más utilizada es la reinterpretación positiva y crecimiento, seguida por la planificación y la estrategia activa. Cabe resaltar el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, estrategias como acudir a la religión y la búsqueda de soporte social con fines emocionales. Éstas resultaron tener efectos beneficiosos, también en la salud y sobre la conducta de autocuidado y cuidado médico. Se propuso la actividad religiosa como un estilo de afrontamiento del

estrés, relacionado con estrategias centradas en la emoción. Por otro lado, se destacó la capacidad de reinterpretar positivamente las circunstancias desfavorables, como productoras de crecimiento para el individuo (Becerra, 2013).

Al respecto Barreto (2014), realizó un estudio en 387 profesionales de cuidados paliativos (CP) la incidencia de la fatiga por compasión (FC), conciencia, afrontamiento a la muerte y burnout. Se determinó que la Satisfacción por Compasión, disminuye el CP. El término crecimiento vicario postraumático (CP), describe al crecimiento personal que resulta de presenciar las secuelas positivas de las experiencias traumáticas de los pacientes y sus familias en el cuidado paliativo.

Esto puede incluir sentimientos de que la propia vida del profesional de la salud ha sido enriquecida, es más profunda y ha evolucionado con el testimonio del crecimiento postraumático del paciente o de su familia. Cuando los pacientes experimentan significado y serenidad en relación a su muerte, ésto enriquece la vida de los cuidadores que estén implicados. Son “relaciones curativas”. La autoconciencia, el autocuidado y el buen manejo ante el fenómeno de la muerte, se muestran como grandes protectores del desgaste emocional en el cuidado.

También se investigó acerca de los efectos benéficos de la espiritualidad sobre la salud. Refieren que ya desde 1990, los programas de formación médica comenzaron a reconocer el papel de la espiritualidad en el cuidado del paciente, sobre todo en los cuidados paliativos. En los últimos años, se observa un amplio crecimiento en la investigación sobre las formas de espiritualidad, como apoyo a la salud en el contexto de la medicina, la enfermería, la ética, el trabajo social y psicología. Concluyen en el importante papel transformador de la compasión, el amor y el perdón en el Cuidado de la Salud (enero de 2013), proponiendo como objetivo el alcanzar un consenso sobre enfoques para la integración de la espiritualidad en las estructuras de cuidado de la salud en todos los niveles, y el desarrollo de estrategias para crear

sistemas más compasivos de cuidado. Se entiende que ésto beneficia tanto al paciente como al profesional expuesto al contacto continuo con el dolor del paciente (Puchalski, FACP, Vitillo, Hull, & Reller, 2014)

De igual forma, en un estudio con 686 adolescentes de sexto y séptimo grado en Colombia, se analizó la relación entre las fortalezas personales y estrés. Concluyen que aquellos que pueden percibir la autotrascendencia, tienen mayor optimismo, pensamientos positivos, buscan respuestas más allá de los límites humanos y empiezan a darse cuenta de la importancia de dar valor a las cosas sencillas de la vida; ven el lado positivo de la situación presente a enfrentar. Presentan una relación altamente significativa con el desarrollo sano del sentido del yo de la persona, la construcción de objetivos de vida, es decir, de su identidad. La identidad, en el sentido de la búsqueda de un camino en la vida y los ideales de la vida adulta. (Quinceno & Vinnacia, 2014).

En estudio realizados con personas altamente resilientes, demuestran otro matiz. La emoción que más amortigua los efectos negativos de la adversidad y que aumenta la capacidad de afrontamiento, es la gratitud (Fredrickson, Tugade, Waughy Larkin, 2003). Al respecto, Peterson y Seligman (2003), evaluaron personas antes y después de un suceso estresante, demostrando que la gratitud aumentó durante este periodo. Afirman que las intervenciones psicológicas que aumentan la gratitud, tuvieron efectos beneficiosos en personas con estrés Postraumático, por ejemplo, en un veterano de guerra Kashdan, Uswatte y Julian, (2006).

En síntesis, la integración del sufrimiento a la narrativa existencial personal, puede proveer gratitud a pesar de las circunstancias adversas. En tal narrativa existencial, la capacidad para encontrarle el sentido a la vida y a las circunstancias adversas, puede suponer la apreciación del sufrimiento como valioso, fortaleciendo al sujeto. (Valero, 2014).

Barreto (2015) integrante del Grupo de Espiritualidad de la SECPAL, en el 2004, conformó el Grupo de trabajo sobre Espiritualidad (GES), con el objetivo de proponer medidas de mejora en la atención espiritual de enfermos y familias, y estimular la elaboración de herramientas de exploración y acompañamiento. En esta investigación, se trazaron los beneficios de la espiritualidad en los cuidados paliativos. Se administró un cuestionario para evaluar la espiritualidad en 3 niveles: intrapersonal (sentido), interpersonal (armonía) y transpersonal (pertenencia). Observaron relaciones entre espiritualidad y funcionamiento emocional, atendiendo aspectos como ansiedad, depresión y resiliencia.

Con una muestra de 121 pacientes en situación de cuidados paliativos, concluyen: “la Espiritualidad es un recurso poderoso para trascender el sufrimiento que acompaña la pérdida, así como para promover el desprendimiento y la aceptación implicados en el proceso de morir”. El cuidado espiritual está basado en un modelo de cuidado bio-psicosocial-espiritual y en una perspectiva holística de la persona, mejorando los recursos de los pacientes y facilitando la trascendencia ante el sufrimiento.

Al respecto, en un estudio liderado por el CONICET (Oñate, Resett, Sanabria & Menghi, 2015) en la Argentina, con una muestra de 129 adultos jóvenes de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, mostraron que la dimensión espiritualidad está asociada con un mayor sentido de la vida, y advirtiendo que el estudio de la religiosidad y la espiritualidad no son conceptos que se han estudiado cuantitativamente. De todas formas, la Asociación de Psicología Americana creó la división 36, para el estudio de estas variables desde un punto de vista psicológico y tiene su propia revista desde 2008.

Observan efectos positivos en relación al estrés y depresión, y se lo vincula con mayor bienestar, satisfacción y sentido de la vida (Aldwing, Park, Jeong y Nath, 2014; Benefield, Fry & Geigle, 2014; Van Tongeren, Hook & Davis, 2013). Concluyen en la posibilidad de

poder medir satisfactoriamente esta dimensión y que, a mayor espiritualidad, se registra más sentido de vida.

2.2.1 Abordaje sobre espiritualidad como factor protector

Es preciso focalizar las variables de personalidad y afrontamiento con las que el profesional cuenta, frente a la ardua labor que encierra el trabajo en el campo de la salud mental, identificando factores protectores que colaboren en la prevención del estrés laboral.

En esta línea, Benson (1976) ha investigado desde hace años los efectos de disciplinas como la meditación en el ámbito de la salud, identificando que su práctica produce una respuesta de relajación que combate el estrés. Esta técnica se presenta como un mecanismo de afrontamiento ante situaciones estresantes. Tiempo después, se desarrollaron otras formas como la meditación clínica estandarizada de Carrington (1977), la respuesta de relajación de Benson (1975), el reflejo de quietud de Stroebe (1982), el foco abierto de Fermi y Fritz (1980) y el método Silva de control mental (Silva, 1977).

Por otro lado, Ramela y Varela enmarcaron la temática espiritual desde ciertos antecedentes, para focalizarse sobre el trabajo en el modelo de Personalidad propuesto por Cloninger (1994), y especialmente en la dimensión "espiritualidad y autotranscendencia" en base a una encuesta realizada con el TCI (cuestionario de creencias irracionales) versión 9 en español, en un grupo de pacientes y no pacientes. Concluyen que la *espiritualidad* lucha por un espacio dentro de disciplinas como la psicología y la psiquiatría. A partir de su investigación, reclaman nuevos caminos de estudio de esta dimensión espiritual de la personalidad, con el objetivo de continuar contribuyendo aportes necesarios, tanto en el orden del diagnóstico como del terapéutico (Ramela, Varela, 2002).

En el ámbito de trabajo con adultos mayores, se halló que tanto la religiosidad como la espiritualidad traen bienestar personal. La religiosidad, porque incentiva las relaciones personales, el compromiso con la comunidad y la espiritualidad. Ésto debido a que motiva el crecimiento personal, el acercamiento a tareas creativas y de auto superación, enriqueciendo y fortaleciendo al sujeto, y ampliando sus factores protectores frente a las situaciones de estrés (Wink, 2003).

En un estudio en el Hospital de Santa Cruz de Tenerife, con una muestra formada por un total de 222 trabajadores con un rango de edades comprendidas entre 21 y 60 años, se indagó acerca de la relación entre la situación laboral que genera estrés, el cómo se vivencia el estrés y los recursos se emplean para solventarlo. Se encontró que los sujetos que puntúan bajo en “quemado”, utilizan como estrategia de afrontamiento la aceptación de la responsabilidad. Una estrategia referida al afrontamiento relacionado a la emoción. Se concluye que las personas deben aprender a integrar todo lo que son, lo que llevan consigo y con lo que se encuentren en ese ambiente laboral, marcará la forma de afrontar situaciones de estrés emocional a través de la aceptación de la responsabilidad. Una estrategia relacionada con la capacidad de integrar la adversidad (Olmedo, 2003).

También Sánchez (2004), confirmó que efectivamente, la espiritualidad es un factor protector, un factor preventivo ante el padecimiento de una enfermedad o de un trastorno mental, un factor protector ante situaciones de estrés.

En un estudio realizado en equipos que trabajaban con violencia, se llegó a la conclusión de que una de las estrategias para descontaminarse, es la estrategia de vaciamiento, que no es más que la posibilidad de compartir situaciones e historias dolorosas con los propios compañeros de trabajo. En el ámbito del cuidado de las personas, se hace necesario descontaminar a los agentes que trabajan diariamente con situaciones dolorosas, al igual que una industria debe descartar sus desechos tóxicos.

Se resalta como muy relevante, la manutención de áreas libres de contaminación, entendidas como espacios en donde el operador se distiende, se relaja, encuentra armonía y recupera energía. En general, se trata de actividades que se relacionan con pasatiempos, lectura, artes, o la participación en grupos religiosos (Aron, 2004).

Chung (2007), en un trabajo realizado en el campo de la enfermería, concluye que el autoconocimiento se reveló como una práctica esencial en el cuidado de sí, como el punto inicial del proceso de educación para una práctica de enfermería. El autoconocimiento, promueve la transformación del profesional de la salud, ampliando su conciencia y, logrando mayores niveles de equilibrio interno.

El cuidado del otro como una totalidad, solamente es posible cuando la persona que cuida, está consiente de sí mismo y cuando su “ser” está integrado y armonioso. Para ser capaces de cuidar de sus pacientes, los cuidadores de enfermería necesitan cuidar de ellos mismos, a través de la continua búsqueda de armonía e integridad.

Igualmente, se investiga en los efectos benéficos de la meditación como herramienta de cuidado personal. Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davidson (2007) encuentran que, los meditadores con más de 19 horas de práctica, en la resonancia magnética funcional, registran menor activación cerebral en áreas relacionadas con pensamientos y emociones discursivas y una mayor activación en áreas relacionadas con la inhibición de respuesta y atención. Describen la meditación, como una técnica basada en la concentración sostenida, que generan un aumento de atención, de la memoria de trabajo, con disminución de otras áreas, moderando la actividad cerebral en general.

En un estudio con 150 docentes del área pública y privada, se indagó acerca del sentido del humor y el desgaste profesional, encontrando que el hallazgo es consistente con resultados de investigaciones que identifican el neuroticismo como uno de los aspectos relevantes en la predicción del agotamiento emocional. Éste es considerado un mecanismo

inefectivo de afrontamiento. El neuroticismo aumenta las conductas de nerviosismo e inestabilidad emocional que contribuyen en autopercepciones. La falta de afabilidad, característica de la personalidad, explicó de manera significativa la despersonalización., entendiendo la afabilidad como la capacidad de agrado y cordialidad, de cooperación, altruismo y generosidad. La disminuida presencia de dichos aspectos, hace más propensos a los docentes a construir relaciones más deshumanizadas con sus alumnos. Por último, La falta de realización personal estuvo asociada con dos estilos de humor: humor de mejoramiento personal y humor auto-despreciativo. (D'Anello Koch, D'Orazio, Barreat, & Escalante, 2009).

Por su parte, Quiceno & Vinaccia, (2009), también investigaron acerca del impacto que ha tenido en la salud “la psicología de la religión y la espiritualidad”, mostrando una evolución histórica a lo largo del siglo XX, basadas en la evidencia de las relaciones con la salud mental y física, y de investigaciones sobre los procesos de intervención en salud, enfocadas desde la espiritualidad.

Concluyen que la religión y la espiritualidad por medio de sus prácticas como la meditación o el uso de técnicas como la relajación y la imaginería, producen estados de “tranquilidad” que favorecen los procesos cognitivos y la salud mental y física, lo que implica que puedan ser empleadas como estrategias terapéuticas en procedimientos psicológicos multimodales.

Espinosa et al (2009), estudiaron las dimensiones de la personalidad propuestas por el Modelo de Temperamento/Carácter y las dimensiones del Afrontamiento al Estrés en una muestra aleatoria estratificada de 150 de estudiantes universitarios. Se evidenció que el afrontamiento al estrés, guarda una estrecha relación con las características de personalidad, especialmente con las dimensiones del Carácter (Autodirectividad y Autotrascendencia) y por el contrario, poca relación con las dimensiones del temperamento como la evitación del daño y persistencia. Otro aspecto de interés teórico, fue la inclusión de la dimensión espiritual en

un modelo de personalidad. Las cuatro asociaciones que presentó la autotrascendencia con los estilos de afrontamiento fueron: reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, evitación y religiosidad.

Pertenecientes a dos estilos de afrontamiento activos y dos pasivos. Esto implica que la autotrascendencia fortalece el carácter y, encamina a las personas a buscar apoyo en sus congéneres, en figuras divinas y por ende, estaría relacionada con la espiritualidad. Por tal razón, esta dimensión de personalidad debe ser estudiada con mayor detenimiento.

Giménez Hernández (2010), en un estudio en adolescentes, de clase media, escolarizados en Madrid, España, exploró en las vertientes más positivas de éstos, a través de la evaluación de variables como: fortalezas humanas, la satisfacción con la vida, el optimismo y la autoestima. Corroboró que las fortalezas humanas, están asociadas a una menor psicopatología en los adolescentes y, que el agradecimiento, la intimidad y el optimismo, presentan las correlaciones más altas significativas y negativas con depresión, pesimismo y estrés.

También aclara que otros autores como Park y Peterson, (2006), admiten que las fortalezas pueden ir variando según la etapa vital en la que se encuentra el sujeto. En los niños de 3 años, las emociones más frecuentes son la amabilidad y la curiosidad. En la adolescencia predominan el Optimismo, la Ciudadanía y la Vitalidad y en la vida adulta, la apreciación de la belleza, la integridad, el liderazgo y la apertura a la experiencia.

El autor recomienda continuar estudiando las fortalezas humanas y el resto de las medidas de bienestar, para poder explicar las complejas interacciones del concepto de bienestar.

Hawthone, Youngblut & Brooten (2011), en su investigación, aseguran que las estrategias de afrontamiento Espirituales, son de uso frecuente por los adultos que enfrentan

los eventos estresantes de la vida, que amenazan su propia salud física y mental o la de sus seres queridos. Las estrategias de afrontamiento espirituales, pueden ayudarles a adaptarse a su situación, al reducir su angustia psicológica y la mejora de su capacidad para hacerle frente, (Dan & Sheraton, 2007). La Espiritualidad como una estrategia de afrontamiento, puede ayudar a las personas a alcanzar un estado de plenitud o de equilibrio y, promover la cicatrización emocional. Chiu , Clark , y Daroszewski , (2000) ; Tuck, McCain , y Elswick , (2001) ; Woods & Ironson , (1999).

Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega, (2011), en una investigación bibliográfica sobre los conceptos de espiritualidad y resiliencia, lograron explicar la relación entre ambos constructos: siendo la resiliencia la capacidad de adaptación y recuperación ante situaciones adversas, la espiritualidad por su parte, se ha descrito en el ámbito científico y terapéutico, como la cualidad que impulsa al ser humano a trascender y darle un propósito a su vida, a su existencia y la posibilidad de buscar los medios para lograr esos objetivos, a través de una vinculación significativa con Dios, y/o con los demás dentro o fuera de instituciones religiosas.

Una búsqueda que proporciona un estado de bienestar psicológico, que favorece la capacidad resiliente de un sujeto. Numerosas investigaciones han dado cuenta de ello, en Colombia: Canaval, González y Sánchez (2007), en Cali y Medellín: Jaramillo, Ospina, Cabarcas y Humpreys (2006). Los autores afirman que, la espiritualidad en todas sus acepciones, aumenta la capacidad de resiliencia, el bienestar psicológico y físico de las personas y, es un punto esencial en las políticas de prevención.

En otra investigación realizada (Ocampo, et. al., 2011) en el campo de la oncología, estudiaron el grado de relación y la capacidad predictiva que tienen variables psicológicas con la calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer de mama. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida (CV) se define como: la percepción en el

contexto de la cultura y, sistemas de valores en los que se vive y, en relación con objetivos, expectativas estándares e intereses de la persona. En el ámbito de la oncología, se relaciona con la habilidad de los pacientes para manejar sus vidas en función de su condición física, el manejo de sus síntomas y de las actividades relacionadas con sus tratamientos.

Dentro del contexto descrito, se encuentra una relación entre los mecanismos de afrontamiento y resiliencia de las pacientes, como predictores de mejores niveles de calidad de vida. Si bien no encontraron relación directa con la espiritualidad, sí hallaron que la resiliencia, como mecanismos de análisis lógico, la resolución de problemas, la resignación, el uso de apoyo social, fortaleza, sentido de la vida e identidad, incrementó la calidad de vida de estas mujeres con cáncer de mama.

Fayard (2013) asegura que en las investigaciones realizadas en campo de la religión y la salud mental, (Bonelli y Koenig, 2013) mostraron que pacientes que desarrollaban prácticas religiosas, diagnosticados con depresión, adicciones, riesgo de suicidio, demencia y condiciones reactivas experimentan menores niveles de severidad en los síntomas. Asimismo, en el hospital de día afiliado con la Universidad de Harvard, se detectó que quienes tenían creencia en Dios, tuvieron beneficios superiores en su tratamiento comparados con el grupo no creyente (Rosmarin, Bigda-Peyton, Ketz, Smith, Rauch y Bjorgvinsoon, 2013). Todos estos estudios han revelado que las personas que practican una religión, o tienen creencias religiosas – espirituales contribuye a una mejor respuesta en su tratamiento.

Si bien se han presentado resultados en relación a los beneficios de la espiritualidad en los pacientes, algunos investigadores han esgrimido este concepto, proponiéndolo como un factor protector para los médicos también. Anandarajah & Roseman (2013) consideran que el "espiritual autocuidado" o cuidado espiritual, podría contribuir a la mejora de la atención del paciente y ayuda a "inmunizar" a los médicos contra el desgaste laboral. Sobre la base de la investigación, médicos alemanes encuentran que la espiritualidad es una de las diversas

estrategias de resistencia para hacer frente a los factores de estrés relacionados con el trabajo. También, Doolittle y col (20013) llegaron a la conclusión de que se podría identificar como una estrategia de afrontamiento espiritual. Ésta tiene un beneficio protector para los médicos. Refieren que, junto con otras técnicas de afrontamiento, la espiritualidad es un factor importante en la mitigación de los efectos del agotamiento en el trabajo.

Según Vásquez, (2014), la espiritualidad y la religiosidad tienen relación con la calidad de vida; para ello tomaron una muestra de 224 estudiantes universitarios de la carrera de psicología de UNAS. Los resultados de dicha investigación, confirman la relación entre las dos variables, encontrando que, a mayores niveles de espiritualidad y religiosidad, los estudiantes presentaron mejor calidad de vida. Asimismo, refieren que estos resultados también son confirmados por otros autores, Ramírez, Wildes, Miller &, De Majors, (2009), quienes señalaron que niveles altos de espiritualidad, predicen altos niveles de calidad de vida y de bienestar general.

También citan resultados coincidentes de Herbert, Hdaniuk, Schults & Sheier, (2009), en los que encuentra que la utilización de mecanismos de afrontamiento religiosos positivos, como buscar apoyo en Dios, predicen altos niveles de salud mental general, lo que demuestra que la espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza, aumentando la calidad de vida, la capacidad de adaptaciones del sujeto, aun en situaciones de padecimiento físico.

Arias, Masías y Justo (2014), en un estudio realizado en una empresa privada, investigaron en la relación entre la felicidad, el síndrome de Burnout y los estilos de afrontamiento en 74 trabajadores (44 varones y 30 mujeres). Para ello, se utilizó la Escala de Felicidad de Lima, el Inventario de Burnout de Maslach y el Cuestionario de Conductas de Afrontamiento ante situaciones de Estrés.

Los resultados sugieren que existen relaciones entre el síndrome de Burnout y la felicidad y, el síndrome de Burnout y el afrontamiento, pero no entre la felicidad y los estilos de afrontamiento. Asimismo, los autores comentan que con un enfoque orientado hacia el bienestar, la psicología positiva pone énfasis en la creación de empresas saludables que promuevan la calidad de vida en el trabajo.

Los centros de trabajo, deben ser lugares cómodos, seguros y acogedores, de modo que favorezcan la salud mental de los trabajadores, logrando un estado emocional positivo, un modo de pensar compasivo consigo mismo y con los demás, produciendo expectativas positivas y sentimientos de esperanza.

Todo ello, repercute también en menores índices de estrés laboral, entendiendo que el estrés no solo proviene de estímulos externos, sino que la vulnerabilidad es propia de cada sujeto y hace la diferencia en la respuesta ante determinados estímulos.

Es así que, los estilos de afrontamiento, pueden modificar los niveles de estrés percibido y la satisfacción con el trabajo, expresada en términos de felicidad. Los autores recomiendan utilizar técnicas de relajación, meditación, biofeedback, así como la práctica de ejercicio físico y la promoción de hábitos saludables, para disminuir los efectos del estrés laboral. Así como también, programas para mejorar el optimismo y la felicidad, como el propuesto por Fischman (2011).

Busing, Lotzke, Glockler & Heusser (2015), investigan la relación entre espiritualidad y satisfacción en el trabajo. Este estudio analiza la espiritualidad de vocación, como un recurso para los profesionales de la salud para lidiar con el estrés y la carga creciente de trabajo. Se observa, que la carga de trabajo en los profesionales de la salud, provoca malestar psicológico, insatisfacción en el trabajo y en algunos casos abandono, síntomas característicos del Burnout.

El objetivo fue encontrar herramientas que neutralicen estos estresores, un “Cool down reduction” o enfriamiento en la reacción.

De los 489 profesionales de la salud evaluados de la muestra, 41% eran médicos, enfermeras, 12 % 19% terapeutas de arte / música, terapeutas 14 % y 14 % de otros profesionales de la salud. Los resultados mostraron que aquellos que puntuaban alto en satisfacción en la vida y en el trabajo, también tenían muy altos puntajes en aspectos de la espiritualidad como la autotranscendencia, postulando la espiritualidad como un mecanismo de afrontamiento positivo ante el agotamiento emocional y la despersonalización propios del desgaste laboral en el ámbito de los profesionales de la salud.

2.2.2 Resiliencia espiritual como factor protector ante el SBO

Frederic Flach (1997), en sus investigaciones sobre Resiliencia, descubre que una nueva fuerza ante situaciones de estrés fundamental para la curación, es ayudar al individuo traumatizado a encontrar algún tipo de coherencia en el evento que parece completamente caótico. Concluye que los que son más capaces de lidiar con sus sentimientos y comenzar el proceso de curación, parecen ser los que comparten sus experiencias verbalmente entre sí y con la comprensión profesional. También describe los beneficios de la fe, una filosofía especial y su espiritualidad, como una fuerza interior y el atributo de la resiliencia. Un marco de espiritualidad, ayuda al individuo a comprender el evento traumático con sentido y esperanza, dándole coherencia y ayuda a sobrepasarlo funcionalmente.

Torres (1999), estudió la relación entre el sentido de coherencia SOC y SBO. En su estudio pudo constatar la presencia del SBO, en una población de médicos en el Hospital General, resaltando sus relaciones con los componentes de cansancio emocional y despersonalización, no así con la realización personal. Observó que en sujetos que

manifestaron un alto Sentido de Coherencia, (la manejabilidad y la significatividad), la relación entre ambos constructos resulta clara.

Puede apreciarse una relación proporcionalmente inversa entre Síndrome de Burnout y Sentido de Coherencia. Se pudo apreciar que las personas con altos niveles de SBO y, un alto nivel de cansancio emocional y despersonalización, presentaban una pobre comprensibilidad, en tanto que en aquellos sujetos con alto sentido de coherencia y bajo burnout, el cansancio emocional estaba prácticamente inexistente. En estas últimas, se observaron una elevada presencia de manejabilidad, realización personal (+) y significatividad. Elementos presentes en un sujeto con “Coherencia Interna” que refuerzan la capacidad resiliente en el sujeto.

Casullo (2000), realizó un estudio en el que se analizaron las asociaciones estadísticamente significativas, entre el impacto subjetivo frente a los sucesos vitales y el constructo Sentido de Coherencia. Escala Sentido de Coherencia –SOC Casullo, (1995). Se trata de una Escala autoadministrable que evalúa el Sentido de Coherencia, entendido a través de sus tres componentes principales: comprensión, control y atribución de sentidos. Este análisis demostró una asociación negativa ($r = -.323$; $p = 0.01$), estadísticamente significativa, entre el nivel de afección subjetiva frente a determinados eventos vitales y el Sentido de Coherencia. Permitió comprender que los adolescentes de la muestra, que presentaban mayor nivel de Sentido de Coherencia reconocen menor impacto subjetivo frente a los sucesos estresantes.

En los Ángeles, la Universidad de California (UCLA, 2005), ha completado recientemente un extenso estudio sobre la espiritualidad de los estudiantes universitarios. En dicha investigación, concluyen que los puntos esenciales de la espiritualidad están en relación con nuestro interior y, con la vida subjetiva experiencial. La espiritualidad abarca también, ciertos aspectos de la vida experiencial, lo misterioso, lo sagrado y lo místico. Estos

componentes están presentes en todos los hombres y afirman que la espiritualidad es un impulso universal. El componente espiritualidad constituye un factor protector, un factor resiliente de la personalidad. La investigación propone que la espiritualidad o religión, es importante porque ayuda a revelar un propósito del sufrimiento y el dolor, descubriendo la espiritualidad a través del proceso de su dolor. (Dugal, 2009).

San Martin Barra (2012) en su tesis de maestría, investigó la relación entre espiritualidad y resiliencia, la revisión bibliográfica expuso que la participación en un grupo religioso, proporcionaría estabilidad y sentido a sus vidas, especialmente en tiempos de adversidad (Baldwin y Cole, 1999; Werner, 1993; Menoni & Kalsse, 2007; Rabkin, Wagner y del Bene, 2000). Asimismo, los valores espirituales o trascendentes, prácticas y creencias espirituales (Velásquez, 2000; Singleton, 2004), son considerados factores protectores y/o aliados de la resiliencia. Los autores Janine Jones (2007); Walker, Reid, O' Neill y Brown (2009), Sundararajan Reddy (2005); Wahl, Cotton y Monroe (2008); Rehm y Allison (2009); Zabala, Vásquez y Whetsell (2006); Harris (2010); Kruger (2010) Clark (2004); June, Segal Klebey Coolidge (2008), Pentz (2002); Pierii y Stuiifbergen (2010); Lawson y Tomas (2007); Susan Tinley (2006); Simoni, Martone y Kervin (2002); Simoni y Ortiz (2003); Singleton (2004); Jaramillo, Ospina, Cabarcas y Humhreys (2005); Canaval, Gonzalez y Sanchez (2007); Madsen y Abell (2010); Greeff y Loubser (2008); Bell LaVerme, Burgess y Brock (2009), concuerdan en reconocer la relación existente entre espiritualidad y resiliencia, concediendo que la espiritualidad es un recurso eficaz para proteger, promover y/o potenciar la resiliencia en situaciones de crisis familiar. Concluyen que tanto la resiliencia como la espiritualidad, son recursos de empoderamiento personal y familiar, facilitadores al momento de enfrentar las crisis vitales.

Otros estudios, como el de Benson (2007), en la Universidad de Harvard, demostró que las personas que practican la oración en forma periódica, encuentran menor presión

arterial, disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria, lo que pudieron comprobar a través de dosajes de epinefrina, en personas que realizaban técnicas de meditación u oración. También utilizaron tecnología como el SPET (tomografía computarizada de emisión monofotónica, que utiliza rayos gamma.), para monitorear la actividad cerebral, en aquellas personas entrenadas en técnicas de meditación, en comparación con sujetos testigos. Hallaron que la meditación o la oración, son herramientas fundamentales para controlar el estrés y sus consecuencias orgánicas. Estas prácticas aumentan la capacidad de afrontamiento ante situaciones de estrés.

Por otro lado, en un estudio sobre Fatiga por Compasión (Bride, Radey y Figley, 2007), se propone el aumento de tres factores para la prevención: el afecto, el autocuidado y los recursos. Aún no es claro el equilibrio que debe lograrse entre fatiga por compasión y satisfacción de la pasión (Stamm, 2002). Bride, Radey y Figley (2007) propone tres elementos para la prevención de la Fatiga por Compasión: el afecto positivo, la satisfacción de servir al otro y el autocuidado en todas sus dimensiones: física, emocional y espiritual. Añade, los recursos personales y sistémicos; los recursos nuevamente en sus tres dimensiones (supervisión, meditación consciente, grupos de autoayuda, etc.), o inespecíficos generales (deporte, relaciones sociales y proyectos personales, salud, etc.). De esta manera, el balance entre satisfacción y fatiga ser factible de ser podrá alcanzada. Esto incluye prácticas conscientes de autocuidado inespecífico, autorreflexión y autoconciencia, conexión con el entorno y supervisión.

En un trabajo con adultos mayores, se estudió la gratitud existencial en relación con el bienestar psicológico: 27 participantes adultos mayores de entre 63 y 96 años de edad, usuarios de una residencia y centro de día para ancianos. Se destacó que la gratitud medida como actitud existencial, se relaciona significativamente con cuatro de las cinco dimensiones del bienestar psicológico. Esto se explica, a través de la relación entre Gratitud y estrategias

de afrontamiento positivas, demostrando que estimula la resiliencia psicológica y contribuye a mantener un estado de ánimo positivo, lo que incrementa los niveles de bienestar psicológico futuros. (Méndez, Desfilis, Barradas & Valero, 2014).

De igual modo, se observó cómo influye el perfil resiliente en las estrategias de afrontamiento y en los niveles de recuperación-estrés de los sujetos. La muestra, formada por 235 deportistas de competición con edades entre los 15 y los 35 años, de diferentes modalidades deportivas, fue evaluada en dos ocasiones. Al comienzo de la competencia, e inmediatamente después. Se registraron, a través de las versiones españolas, sus niveles de recuperación-estrés (RESTQ-Sport, Kellmann y Kallus, 2001), su perfil resiliente (Escala de Resiliencia, Wagnild y Young, 1993) y las estrategias de afrontamiento (ISCCS, Gaudreau y Blondin, 2002). Perfiles de resiliencia mayores, se relacionan de manera positiva con los procesos de estrés-recuperación. Por lo que se postuló que las personas con mayor resiliencia, pueden recuperarse más rápidamente luego de un evento estresante.

Marco Teórico:

Consideraciones epistemológicas

En el presente apartado, se indaga sobre los conceptos de Síndrome de Burnout o desgaste laboral y se expone el concepto de espiritualidad y autotrascendencia. Se realiza una breve introducción sobre algunas consideraciones epistemológicas referidas al hombre su realidad y trascendencia.

La postura epistemológica del presente trabajo, se sustenta en que el conocimiento está despojado de certezas y absolutismos. Se entiende que es autorreferencial, por lo tanto, hace referencia al sistema de creencias del ser humano e introduce el contexto social como una variable que también influye en el acto de conocimiento.

Desde una epistemología constructivista, Von Glasersfeld, E. (1996), no niega la posibilidad de conocer, sino que propone otros términos para explicar estos procesos:

“El constructivismo es una teoría del conocimiento activo, no una epistemología convencional que trata al conocimiento como una encarnación de la verdad que refleja al mundo en sí mismo, independiente del sujeto cognoscente” (p. 25).

Sobre esta base reconoce dos principios básicos: en un sentido, se entiende que el conocimiento no se recibe pasivamente, ni surge meramente de los sentidos, sino que es construido por el sujeto cognoscente; por otra parte, se concibe que la función de la cognición se orienta a la adaptación y sirve a la organización del mundo de la experiencia y, no al descubrimiento de una realidad ontológica y objetiva. A diferencia del *realismo*, se plantea que la *realidad* no puede ser conocida tal cual es.

“El constructivismo radical se presenta, por lo tanto, como un paradigma epistemológico contrapuesto al realismo, para el que la existencia de un mundo exterior al sujeto y, con influencia en éste resulta innegable. La alternativa constructivista, que se une con el idealismo filosófico tradicional, se postula presentando a su oponente realista, al mismo tiempo que proclama la grandilocuente pretensión de constituir una revolución mental respecto a los últimos dos mil quinientos años de historia de la humanidad (Glaserfeld, 1995, p.p.19-113).

Ceberio y Watzlawick (1998) sugieren que; "Nuestra epistemología rige nuestra observación, nos permite interpretar un hecho, emitir un juicio determinado acerca de algo o construir una hipótesis sobre determinada situación". (P.p. 76-77).

Se considera al ser humano como un sistema complejo, un ser en el que confluyen mente, cuerpo y espíritu en un contexto. Frankl (1988), plantea la existencia del hombre en relación a su entorno y al sentido de vida, aunque no tenga conocimiento del mismo. Esta búsqueda de sentido, es la que guiará gran parte de las acciones, dando sentido a su existencia y servirá para interrelacionarse y encontrar un significado al sacrificio.

En otras palabras, se propone una visión del ser humano, que entienda que el espíritu o mente, son una unidad. Se apunta a una mirada que logre ver las interacciones entre los elementos de este mundo, entendiendo que sólo somos la parte de un todo, siempre intrigados por esa “pauta” que une al mundo de lo viviente, incluyendo al ser humano. Siempre inspirados en la búsqueda del misterio de eso que llamamos mente, o en tal caso espíritu:

“Ese saber más amplio, que es el cemento que mantiene unido... el mundo biológico total en el que vivimos y en el que tenemos nuestro ser” (Bateson, p. 19, 1991).

Un hombre capaz de poder ver esas relaciones, una visión ecologista o una Ecología de la Mente, en la que lo sagrado será ese todo, esa unidad sagrada, en la que la parte, el

hombre, no puede acceder al conocimiento del todo, lo misterioso: “Unificar, y por tanto, santificar” (Bateson, P. 24, 1991).

En resumen, el ser percibido como una constelación de diferentes niveles de funcionamiento; un primer nivel el físico, el cuerpo, con sus necesidades, un nivel mental, referido a los pensamientos, un nivel emocional, como todo lo sentido en los diferentes momentos de la vida, un nivel relacional y por último el nivel espiritual, representado como el mundo de las aspiraciones más allá de lo material, de lo inmediato. La dimensión de lo misterioso, de lo inmensurable.

En adelante, se describe desde el punto de vista teórico y clínico el concepto de adicción y los diferentes tipos de adicciones, entendiendo a la drogadependencia como un subtipo de adicción. Por otro lado, será necesario un breve recorrido por la drogadependencia y las sustancias psicotóxicas, para culminar en las características específicas de la labor del cuidador en este ámbito de la rehabilitación de las adicciones. Concluyendo en la descripción de los desafíos y riesgos para la salud del cuidador en este ámbito de la clínica, entendiendo cuáles son las exigencias cotidianas que debe enfrentar. Exigencias derivadas de los tratamientos de rehabilitación de las adicciones, tratamientos con altos niveles de complejidad y exigencia.

Capítulo 1

El ámbito clínico de la rehabilitación de las adicciones

1.1.1 Historia del concepto sobre adicciones

Inicialmente en este capítulo, se hace referencia a las principales definiciones del concepto de adicción desde un breve recorrido histórico, para luego abocarse a la descripción de la compleja tarea de aquellos profesionales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, como así también técnicos, operadores terapéuticos, enfermeros, acompañantes terapéuticos y consejeros, que colaboran, acompañan y a su vez complementan la tarea de los profesionales.

En la historia de las instituciones que han marcado un modelo en el tratamiento de la rehabilitación de la drogadependencia, se pueden distinguir a Daytop, fundada en 1963 por Daniel Casriel (psiquiatra), junto a Monseñor William O'Brien en Nueva York. Sus accionar se basaba en la ayuda mutua piramidal, liderada por ex-adictos. Se hace hincapié en el trabajo con valores de vida, generando apego a la institución, al grupo y a la estrategia de autoayuda.

En este modelo, no había intervención de profesionales, solo trabajaban ex-adictos, aquellos que habían alcanzado niveles de recuperación que les otorgaba jerarquía con respecto al resto de sus compañeros. Los residentes de la Comunidad Terapéutica (CT) podían optar de forma voluntaria realizar el tratamiento, aceptando los principios metodológicos y las normas vigentes.

Al mismo tiempo, en Italia, Roma Mario Picchi fundaba el Progetto Uomo, un centro para tóxicodependientes en 1969. Su creación, tenía como objetivo integrar al adicto y su familia. Promovían el voluntariado y definían al Adicto como un ser libre de elección y responsable, humanizando el tratamiento. Este modelo trabajaba con operadores calificados para desempeñar la labor de terapeutas especialistas. Tenían una metodología conductista,

basada en la motivación y la adherencia al tratamiento, entrenando al sujeto en el control de sus impulsos (Rodríguez, 2009).

Igualmente, en Estados Unidos, se funda el programa Minnesota, creado en los años 40 en el Hospital Estatal Willmar, un programa para la atención del alcoholismo, pero al poco tiempo comenzaron también a tratar el abuso y la dependencia a las drogas. Orientado hacia la abstinencia y basado en el programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (A.A.), éste, fue incorporando progresivamente profesionales de la salud como psicólogos y psiquiatras.

Entre 1948 y 1950, fundaron tres centros pioneros de tratamiento de alcohólicos en el estado de Minnesota, con un modelo integral de atención al adicto y a su familia., considerando a la adicción como una enfermedad. No se responsabilizaba al enfermo por ello; sostenían que “el enfermo no es culpable”. Fueron los primeros en defender el tratamiento humanitario para los adictos, corriendo la mirada legalista, para pasar a ver la adicción como un problema sanitario (Rodríguez, 2009).

Desde Escocia, el Psiquiatra Maxwell Jones, intentó algo hasta el momento no realizado, integrar a las enfermeras y psiquiatras, a lo que él llamó Asamblea Mundial, para hablar con los pacientes en su propio lenguaje. Desmitificó la imagen de autoridad del profesional, escuchando a los pacientes y sus sugerencias. Trabajó con este dispositivo con ex-combatientes de la Segunda Guerra Mundial, e hizo hincapié en la idea de autoayuda. En este modelo de Comunidades Terapéuticas (CT), los propios pacientes asumen responsabilidades dentro del proceso terapéutico, consigo mismos y con los demás. Propuso principios como la toma de decisiones, el liderazgo y el aprendizaje social, mediante la interacción en el aquí y ahora.

Según Rodríguez (2009), las Comunidades Terapéuticas (CT) surgen como una forma de dar respuesta a un grupo de personas que no son incluidas en el sistema. Este tipo de

abordaje terapéutico, proponía programas de tratamientos más integrales, de orientación religiosa, focalizando en el crecimiento espiritual, en la recuperación física y mental de los pacientes.

En Argentina, el surgimiento de la casuística en esta problemática se remonta a la década del 80. En el año 1985 se funda el Fondo para la Investigación y Prevención de la Drogadicción (FIPRED), donde un grupo de psiquiatras, psicólogos y toxicólogos, abogados y algunos padres de familia, se reunieron con el propósito de dar respuesta a esta situación.

Los primeros esfuerzos estuvieron dirigidos a la prevención y a la capacitación de profesionales, convencidos de la etiología multifactorial de la problemática. Así, comenzaron a organizar mesas redondas, conferencias, abordando cuestiones clínicas, legales y los alcances del tratamiento psicoterapéutico e incluso el papel de las familias en el proceso de tratamiento. (Musacchio de Zan y Frágola, 2000).

En 1988 se publica “Los padres de la droga”, al cual le siguieron una serie de tres cuadernillos, con los primeros lineamientos de este grupo de pensadores, dirigido a un público diverso del campo de la salud, la educación y padres de familia.

Otro aporte fundamental fue el de Alcohólicos Anónimos (A.A), y Narcóticos Anónimos (NA), quienes tenían amplia experiencia en otros países y ayudaron en la recuperación de mucha gente, ofreciendo un tratamiento gratuito, coordinado por adictos en recuperación con muchos años de abstinencia. Este último fue un movimiento internacional de ayuda contra el alcoholismo fundado en 1935, por William Griffith Wilson y Bob Smith en Akron, Ohio en Estados Unidos. En la actualidad se calcula que hay alrededor de 116. 000 grupos y en Argentina, se calcula uno en cada barrio y en cada provincia, a los cuales pueden acudir por ayuda personas con adicción que tal vez no puedan acceder al sistema de salud privado.

También en la Argentina, se funda el Programa Andrés, liderado por Carlos Novelli que abre su primera comunidad terapéutica en la localidad de Diego Gaynor en la Provincia de Buenos Aires en el año 1982, teniendo su primera camada de graduados en el año 1986, los cuales serían los futuros directores de varias instituciones, aún muy conocidas como Viaje de Vuelta, Fundación Manantiales y San Carlos entre otras.

En 1991, se funda la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de tratamiento de adicciones (FONGA), su primer Presidente fue, Carlos Novelli. (Programa Andrés). Es interesante el recorrido que ha tenido esta especialidad en el país. Actualmente son numerosas las comunidades terapéuticas y los centros de rehabilitación que trabajan con diferentes modelos de atención y prevención de las adicciones.

Aún hoy, algunas de esas instituciones, están dirigidas por adictos recuperados. Durante esa época, los psiquiatras y los psicólogos, no tuvieron mucha participación en estas instituciones, ni en los grupos de NA y AA. Recién en la década del 90, comenzaron a integrarse de a poco en los equipos, ocupando un lugar fundamental, tanto en el control psicofarmacológico, como en la coordinación de las terapias de familia.

Cada uno de estos equipos, ha manejado una concepción en relación al concepto de adicción, así como también con respecto a la terapéutica con ciertas diferencias. Cada tratamiento, tiene sus reglas y sus instancias que responde al modelo que sustenta la visión que tienen de esta problemática. Como ejemplo, algunos postulan la recuperación del paciente adicto, mientras que otros, consideran al paciente en recuperación casi de por vida, nombrando al paciente que culmina su tratamiento como adicto en recuperación.

En adelante, se conceptualiza el concepto de adicción, especificando las particularidades de este trastorno de la salud mental, como así también las características del trabajo en la rehabilitación.

La adicción a las drogas es una problemática de las últimas décadas. Si bien las drogas existieron siempre, en la actualidad el consumo problemático de sustancias fue tomando mayor envergadura, y convirtiéndose en un fenómeno altamente preocupante. El estudio de los diferentes aspectos de la drogadicción se hace cada día más necesario, para poder encontrar modelos de tratamiento más acertados, ya que el adicto se va quedando relegado en una posición de pasividad e inevitable restricción de su libertad individual, dejando de ser un individuo apto para desarrollarse en su vida. (Musacchio de Zan y Frágola, 2000).

Por otro lado, en relación al consumo de drogas, se han generado conflictos éticos y legales, relacionados con situaciones como el tráfico de estupefacientes y la delincuencia. En Latinoamérica, países como Colombia, Perú y Bolivia, son grandes productores de drogas como la cocaína, representando casi el 90 % de la producción mundial. Otra grave complicación, ha sido el uso de jeringas en el consumo de heroína y cocaína, cuestión que ha aumentado el porcentaje de contagio del HIV.

Con respecto a las características de este tipo de pacientes, se puede distinguir que tienen conductas de riesgo de vida, presentando especial dificultad para ser abordados, ya que utilizan mecanismos de manipulación y uso sistemático de mentiras como intento de solucionar dificultades, o de sortear obstáculos. La negación y minimización del problema y la ausencia de voluntad para tratarse. Un sujeto altamente resistente, que en general no pide ayuda, la demanda viene de parte de su entorno familiar por lo general. Se muestra desconfiado, dificultando la construcción de una alianza terapéutica funcional, que permita el trabajo en la rehabilitación.

Con respecto a la definición, se presenta una pluralidad de posturas frente a este trastorno. Es un concepto que ha tenido un recorrido y una transformación a lo largo de los años, cambiando en relación a diferentes epistemológicas y a diferentes escuelas de psicología que la han abordado.

En primer lugar, el concepto de “adicción” por mucho tiempo se lo ha considerado como un sinónimo de drogadependencia, ya hace tiempo se entiende que la drogadependencia es una adicción más dentro de una larga lista de diferentes tipos de adicciones. La adicción no implica necesariamente el consumo de sustancias, habla de la relación que se establece con el objeto de consumo, que puede ser droga, el juego, la relación con una persona, o una actividad como el trabajo. Se observa esta distinción aún hoy en ciertas definiciones, por ejemplo:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adicción como:

Intoxicación crónica o periódica. Por consumo excesivo de drogas. Compulsión a continuar consumiendo. Tendencia al aumento de la dosis. Dependencia Psíquica y/o física. Perjuicios para sí y para la sociedad.

En segundo lugar, desde una óptica psicoanalítica, se considera que un adicto busca un estado de nirvana, dirigido por la pulsión de muerte, es un ser al que le cuesta asumir el riesgo de vivir, de crecer, siendo la dependencia lo que caracteriza su accionar. Para Yaria, (1990):

” La droga se incorpora en este mundo de eficacia que tiene su contrapartida en un nirvana, el cese de la estimulación de la vida”. La droga, ocupa un lugar de "objeto tapón" en la historia de una persona con carencias de todo tipo”. (p.145).

Otra definición de relevancia es la que propone Narcóticos Anónimos (NA). Refieren que es una enfermedad crónica y progresiva que arrastra a los adictos a lugares como; cárceles, hospitales y la muerte.

Ésta, pone cierto énfasis en el concepto de enfermedad, muy discutido desde el punto de vista teórico y por otro lado, muestra como el síntoma se puede amplificar en el tiempo. En este punto, coincide con la definición de la OMS, cuando se refiere al aspecto crónico y al incremento del tiempo. Pero AA siempre planteó que la adicción es anterior al consumo de

sustancias, por lo cual, en su conceptualización, estuvo desde el principio presente la idea de que la adicción no se restringe sólo al consumo de sustancias.

Por otro lado, plantea un punto sumamente importante, con respecto a la terapéutica. Una adicción, de no ser tratada, se perpetuará y amplificará en el tiempo, hasta que el sujeto entre en crisis, tanto sea por una pérdida importante, por un problema con la ley, o porque su cuerpo enferme. Hasta que ese momento no llegue, no entrará en un proceso de desequilibrio que rompa con esa homeostasis disfuncional, y lleve a la persona a pedir ayuda.

Ese punto de inflexión, de crisis, será diferente en cada persona, registrándose distintos niveles de tolerancia al dolor físico y emocional. Aquí es donde se marcarán las diferencias en relación al tiempo de consumo, la crisis y el pedido de ayuda, con el consecuente ingreso al tratamiento. Al mismo tiempo, abre posturas terapéuticas diferentes en relación a la intervención. Desde AA, se deberá aguardar hasta el momento de crisis, mientras que, desde otros modelos, se intervendrá para generar esa crisis de manera artificial, necesaria para que ese sujeto construya demanda propia de tratamiento.

Otro importante referente en la Argentina es el Dr. Kalina (2000), quien ha hecho hincapié en la importancia del sistema familiar en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, y se remite al origen etimológico de la palabra adicto a la antigua Roma para plantear su definición.

Hace referencia a una costumbre antigua en la que, ante la imposibilidad de pagar una deuda, el sujeto entregaba su vida a cambio, en condición de “adicto”, esclavo. Es decir, entregaba su vida para resolver su condición de deudor. Pagaba con su libertad, la deuda contraída. Era la manera en que el sujeto resolvía esa situación problemática. Posición en la que queda un adicto a las drogas, entregando su vida a cambio de la búsqueda de placer, seguridad, o recreación.

Kalina (2000) propone el concepto de familia psicotóxica, aquélla que por sus características favorece el desarrollo de síntomas de adicción y en sentido estricto, aquélla que presenta a uno o más miembros adictos. Desde el punto de vista etiológico, el autor sostiene que cuando se estudia cualquier familia, con uno o más hijos adictos, es fácil descubrir que esta estructura familiar se constituyó con base en un malentendido, una mentira o engaño entre dos, lo cual conforma un pacto ilusorio.

Este pacto consiste, en que el hombre que va a ser el marido, independientemente de si se casa o no, se coloca como una figura de “dador universal”. A su vez, la mujer-madre, generalmente con una personalidad histérica y melancólica, necesitada de afecto y estima, se dispone a ocupar un rol de “receptora universal”, conformando una unión narcisista producto de proyecciones masivas cruzadas (Kalina, 2000.p14).

En el mismo sentido, desde el aporte del modelo sistémico, se postula al síntoma como un emergente de una estructura familiar disfuncional. El síntoma, en este caso una adicción denuncia, comunica la disfuncionalidad de un sistema familiar, y el portador del síntoma o paciente identificado, el emergente de este sistema. Una mirada relacional, que conceptualiza la adicción de un integrante como patrimonio de todo el sistema familiar, por lo que ya no se habla de adicto, sino de un sistema familiar adicto, o de una familia psicotóxica.

Desde este paradigma, se conceptualiza la adicción como el emergente de un sistema familiar disfuncional (Fishman, 1993), e individualmente el síntoma como un intento de solución fallida frente a una dificultad (Watzlawick, 1976), entendiendo que el mismo intento de solución fallido, es lo que amplifica y perpetua el problema en el tiempo. En relación a esto, el tratamiento se enfocará en la construcción de nuevas alternativas de resolución y en la reorganización del sistema familiar, encontrando nuevas maneras de relación más funcionales.

Desde esta nueva mirada, se conceptualiza la adicción de manera relacional. Ciertamente el origen de la palabra adicción, proviene de latín, *addictus*, significa "apegado o adherido a una persona, una opinión" (RAE).

Por lo que se conceptualiza "la adicción como un tipo de relación establecida con un objeto. Una relación de apego de dependencia, de esclavitud, en la que el sujeto le *addicere*, le adjudica el poder al objeto, quedando así atrapado en una pauta de relación dependiente" (Perrone, 2010). El desafío del adicto será controlar la sustancia, o el objeto de su dependencia, pero caerá en una paradoja, ya que cuando se ha establecido una relación de dependencia, es difícil poder controlar a ese objeto del cual se es esclavo. Se construye entonces un juego de fuerzas, en el cual el mismo intento de control y resistencia inaugura la dependencia.

El sujeto desplaza la idea de poder, de poder ser, hacer, sentir al objeto de consumo, entendiendo que, a través de éste, podrá manipular su estado de ánimo y resolver las diferentes adversidades o dificultades que se le presenten en la vida. La creencia subyacente es que podrá evitar sufrir, aburrirse, o sentir malestar. Es un aprendizaje que construye un circuito que se repetirá, hasta que algún suceso genere una crisis, que rompa con esa homeostasis disfuncional.

Por otro lado, en relación a la etiología de las adicciones, algunos autores, (Musachio, et al, 2000), (Kalina, 2000), (Zieher, 2003) y (Washton, y Boundy, 1991), han postulado que: para contraer un síntoma como la drogadicción, es necesaria la concurrencia de por lo menos dos de los siguientes factores:

- Un agente exterior: la droga
- Un medio facilitador: un medio sociocultural

- Un ser humano, cuya estructura de carácter lo haga vulnerable, ya sea de manera permanente o momentánea, a causa de crisis sociales o psicológicas (Musachio, et al, 2000).

También existen otras hipótesis, que proponen además de estos aspectos, otros factores etiológicos como:

- Factores genéticos (Zieher, 2003).
- Los Rasgos de personalidad y el sistema de creencias (Washton, y Boundy, 1991).
- Rasgos característicos de la “Familia Psicotóxica” (Kalina, 2000).

Todas estas hipótesis aportan diferentes aspectos de un mismo problema. En la clínica se observa que cada paciente le otorga un valor a la situación, es decir, en algunos sujetos es más determinante la conflictiva familiar, en otros será la presión social y en algunos casos tendrá que ver con un componente individual.

Con respecto a la etiología se advierte, que la constelación de elementos que construyeron este proceso, es diferente en cada sujeto, y que cada elemento tiene diferente porcentaje de influencia. Una de las tareas iniciales, consiste en encontrar esas diferencias, para poder planificar un plan de tratamiento específico para ese individuo en particular.

Por consiguiente, analizando cada una de estas hipótesis, se pueden encontrar ciertos datos importantes. Con respecto a la droga, se entiende que siempre ha estado en la historia de la humanidad. El problema no es la sustancia, el problema es el sujeto que la consume. No todas las personas que consumen una sustancia se harán adictas a ella, aunque la misma tenga un poder adictivo. “La farmacodependencia no está definida por la dependencia física, sino por el comportamiento de búsqueda de la droga” (Zieher2003, p. 138), y este comportamiento, es aprendido.

La adicción es una pauta de conducta dependiente, que no sólo se da con una sustancia psicotóxica, sino que se puede establecer con diferentes tipos de objetos, personas, y actividades. No es la sustancia o la persona lo que define la adicción, sino el tipo de vínculo establecido, el nivel de dependencia.

Se distinguen diferentes niveles de relación con respecto al consumo de sustancias. No son lo mismo el uso, el abuso, que la dependencia. El uso, se define como el consumo esporádico y circunstancial de una droga, si bien se hace referencia al denominado “continuum del consumo”, el mismo no es una norma.

El abuso de sustancias, consiste en un patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes, relacionadas con el consumo repetido de sustancias. (...) El abuso implica un daño, o una amenaza de daño a la salud física, psicológica o social del sujeto involucrado. (APA1995, p. 225). Y por último la adicción implica una pauta recurrente, en la que el sujeto queda atrapado, dependiente de esa sustancia, de ese objeto, el objeto de la adicción.

Uno de los estándares más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV):

“La característica esencial de la dependencia de sustancias, consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”. Existe un patrón de repetida ingesta que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a la compulsión. (p. 218).

Con respecto a los factores genéticos en relación a la etiología, Dubrovsky postula: “El primer principio de la genética del desarrollo, refiere que cada organismo es el producto

único de la interacción entre genes y entorno en cada etapa de la vida”, ((Zieher, p. 5, 6, 2003).

Si bien lo genético tiene influencia en el devenir, no es una causa determinante. No se puede afirmar que porque un niño tenga un padre alcohólico, entonces necesariamente será un adicto en su futuro. En la clínica se observa, con respecto a este aspecto netamente biológico, las diferencias entre las personas con respecto a la resistencia al consumo, la diferencia con respecto a sus capacidades resilientes, a sus capacidades cognitivas y afectivas. Existe una vieja fórmula en el campo del trabajo de rehabilitación de las adicciones, que plantea:

DROGA + PERSONA = RESULTADO

Las personas, tienen diferentes grados de plasticidad neuronal, y de eso dependen ciertas diferencias importantes, como la resistencia al consumo de sustancias o el punto de crisis y pedido de ayuda. Sólo aquél que posee resistencia al consumo de una sustancia será capaz de continuar consumiendo y construir una adicción. Este aspecto, también determina la velocidad de recuperación de un sujeto ante diferentes estímulos, o en el caso de los tratamientos de recuperación del consumo de drogas, la posible reparación del deterioro producido por las sustancias. Por otro lado, el grado y la velocidad de deterioro de una persona en su carrera adictiva, teniendo también en cuenta, variables como el tipo de sustancia y la cantidad que ingiere.

Por consiguiente, el punto de quiebre, de crisis y el pedido de ayuda, que lo llevará a tomar conciencia de enfermedad y demanda de tratamiento, estará en parte influenciado por la especial vulnerabilidad que cada persona tiene ante el consumo de sustancias psicotóxicas, así como la resistencia de su entorno familiar ante el deterioro progresivo que observan en su familiar afectado. Es decir, el nivel de resistencia al dolor que tenga un sistema familiar

determinará la toma de conciencia y el pedido de ayuda o demanda de tratamiento. Es en este sentido en el que el aspecto genético estaría influenciando.

Cuanta mayor flexibilidad y creatividad en la construcción de alternativas de resolución de dificultades tenga una persona, menor será su necesidad de repetir el mismo tipo de respuesta, aunque los resultados fueran los mismos, como es el caso del consumo, como intento de solución fallida, como intento de automedicación.

Otro elemento a destacar, son los rasgos de personalidad adictiva, que están caracterizados por el extremismo, un pensamiento en blanco o negro, la baja tolerancia a la frustración, el pensamiento mágico, la anestesia emocional, impulsividad, límites disfuncionalmente interiorizados, dificultades en el manejo de la ansiedad, en general la acción reemplaza a la palabra, entre otros. Se piensa que estos rasgos son anteriores al consumo de sustancias (Narcóticos Anónimos, 1991), y se construyen a partir de un sistema de creencias. Un sistema de creencias adictivo que sustenta estas características de personalidad (Washton, et al, 1991).

En referencia al concepto de “Familia Psicotóxica”, desde el modelo Sistémico en psicoterapia, el síntoma es considerado el portavoz de un mal funcionamiento familiar. El síntoma lo porta el paciente identificado, en este caso el paciente adicto, pero las secuencias conductuales y el sistema de creencias que sostienen el síntoma en el tiempo, lo refuerza todo el sistema familiar (Ceberio, 1998).

Bajo este paradigma, más que la pregunta del ¿Por qué un sujeto es adicto?, se abrirá una gama infinita de preguntas acerca del para qué, cómo, cuándo y por qué un sujeto consume una sustancia, o construye una adicción.Cuál es el papel de la dinámica familiar en la construcción de ese síntoma, y cuáles serían los cambios que se deben lograr, para dejar de sostener ese síntoma en el tiempo.

Por último, y en referencia al contexto social, el análisis estaría centrado, no sólo en el individuo o la familia, sino en las personas, es decir en relación con los demás. El eje social está relacionado con el constructo social, con el sistema de creencias característico de un momento dado, una época determinada, con el grupo de referencia de cada individuo, el país, el barrio o la escuela a la que asistió.

Desde una lectura sistémica y construccionista, se puede plantear que la adicción de un miembro de la familia es la denuncia, a través de un síntoma, de la disfuncionalidad de todo el sistema familiar. Pero en este mismo sentido, la disfuncionalidad de las familias es el portavoz de la disfuncionalidad de un supra sistema, como es la sociedad. En estos tiempos, es prácticamente imposible que una célula, como la familia, pueda transmitir únicamente sus propios valores al sistema sin contaminación del contexto socio cultural.

El constructo social es invasivo, para lo cual se debe tener en cuenta la influencia y la toxicidad que esto produce en la crianza de los hijos. Por lo que se postula también, la existencia de una “Sociedad Psicotóxica”. Por lo tanto, un integrante de la familia con un síntoma como una adicción, estaría denunciando la disfuncionalidad no sólo de su familia, sino también de la sociedad a la que pertenece.

Todos estos factores por sí mismos, no son la causa de una adicción; plantear esto sería un reduccionismo. Se puede especular que, un sujeto inmerso en una sociedad psicotóxica, con rasgos de personalidad adictivos y una estructura familiar tóxica, al encontrarse con un agente exterior como la “droga”, puede generar un síntoma como es la drogadependencia.

Por lo tanto, cada una de estas hipótesis estará presente en mayor o menor grado en cada individuo y esto mismo determinará los objetivos del proceso terapéutico, haciendo más hincapié en la modificación de un aspecto o de otro, según sea la necesidad de cambio.

También se puede interpretar que, gracias a todos estos factores antes mencionados, se está frente a un terreno fértil, en el que prenderá con mayor facilidad este virus moderno, el virus de la adicción. Virus que, en estos últimos años, es más preocupante que cualquier otra enfermedad infectocontagiosa, no porque sea más peligrosa, sino porque se propaga con mucha rapidez, infectando a su paso un universo cada vez más amplio, sin respetar fronteras, diferencias culturales, económicas, o religiosas.

Igualmente, se debe tener en cuenta que cuando se habla de adicción, no sólo se hace referencia a drogadependencia; ésta es sólo una de las manifestaciones de este fenómeno. La adicción es un fenómeno mucho más profundo y estructural.

Las adicciones son tantas como objetos existan en este mundo, y en realidad es una sola. Una sola, en tanto que se trata de un mecanismo que se repite tanto en la drogadependencia, como en la codependencia, en la vigorexia, la obesidad, la ciberdependencia o la ludopatía.

Para resumir, la etiología de las adicciones es multicausal, en la que juegan un papel importante las características de personalidad, las características del entorno familiar, los aspectos biológicos y un agente exterior, cada vez más fuerte y epidémico, que es la “mentalidad consumista”. Mentalidad que se incorpora a las creencias de los sujetos y determina en algunos, una mirada especial con respecto al mundo, una mirada que tiñe la manera de actuar, de pensar, de sentir y por sobre todo de afrontar las dificultades.

Washton y Boundy (1991), se refieren a estas creencias como un conjunto de axiomas que dirigen las conductas y estructuran la personalidad adictiva. El perfil psicológico de una persona con conductas adictivas, se sustenta en este conjunto de creencias caracterizadas por:

- Yo debo ser perfecto
- Yo debería tener el control
- Yo debo tener lo que quiero

- La vida debería estar libre de dolor
- La vida debería estar libre de esfuerzo
- La imagen lo es todo
- Debo ser invulnerable

Ante este tipo de mandatos difíciles de llevar a cabo, los autores plantean que el sujeto connotara esta imposibilidad interpretando de forma distorsionada la imagen de sí mismo, con respecto a otro grupo de creencias igualmente erróneas.

- Yo no soy capaz
- Yo no tengo el control
- Los sentimientos me hacen vulnerable
- La imagen me da poder
- El tener es más importante que el ser
- Factores externos pueden darme ese poder

En este sistema de creencias, puede observarse cómo el poder se ha trasladado al mundo externo, al mundo materialista, en el cual el sujeto queda sin posibilidad de bucear en sus propios recursos. Washton y Boundy (1991), lo denominaron mentalidad del “Arreglo Fácil”.

Esta mentalidad lo llevará a la búsqueda, en el exterior, de la fuerza o poder que debería encontrar en su interior, construyéndose de esta forma la idea de que algo como una sustancia o cualquier otro tipo de objeto o persona, podrá aportar ese poder para manejar, por ejemplo, su estado de ánimo.

En suma, a través del entendimiento de este mecanismo, es posible entender las relaciones de apego, de esclavitud con las cosas o las personas, la dependencia, en resumen, la adicción.

1.1.2 La Drogadependencia

El consumo de drogas se ha extendido en la sociedad de modo exponencial en las últimas décadas. Ninguna región ha quedado inmune a este flagelo. Grimson (2012) refiere que en la década del 60, lo que comenzó como un movimiento llamado “Hipismo”, inauguró la costumbre del uso de drogas, que comenzaron prendiendo en algunos subgrupos como músicos, artistas y sectores intelectuales. En nuestro país, el ex Presidente Raul Alfonsín crea la Comisión Nacional de Drogas en 1985, ya que para esa época ya comenzaba a expandirse el problema del consumo de drogas en la Argentina. En el 2012 se registra que el 20% de los encuestados incurrieron en el consumo de drogas.

En relación a la drogadependencia, ésta se entiende como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, que conlleva un deterioro o malestar en todos los aspectos de la vida de un sujeto.

En general, todo consumidor ha atravesado por una carrera adictiva, que cumple con ciertas etapas características relativamente habituales, aun cuando dependa de la personalidad previa, del tipo de droga y del ambiente sociocultural en que se desarrolle.

Estas etapas conllevan ciertas discrepancias individuales, es decir, irán marcando la diferencia en la manera de relacionarse con la sustancia y dispondrá si el sujeto hace uso de la misma, abuso o estará en una relación de dependencia con ella.

Así como el uso de una sustancia se define por el uso esporádico de la misma, el abuso estaría marcado por el hábito de consumir para producir un efecto. Por ejemplo; el encuentro de los jóvenes para tomar alguna bebida alcohólica antes de ir a bailar, o aquél que consume aspirina cuando está cansado para poder tolerar todas las actividades que tiene durante el día. Por último, la dependencia física se define como: “un neuro estado adaptativo producido por

la administración repetida de una droga, que determina la necesidad de seguir administrando ésta” (Zeihher 2003, p 138).

El mecanismo por el cual se construye una adicción, tiene que ver con múltiples factores y con un circuito de recompensa, que genera la conducta de búsqueda de la droga o Craving, base de la dependencia a las sustancias. Esta conducta de búsqueda de la droga se construye a partir de un mecanismo de recompensa, de un refuerzo positivo, que puede ser cualquier estímulo que aumente la frecuencia del comportamiento que tiende a una nueva aplicación de ese comportamiento: “un estímulo puede ser una emoción positiva derivada del consumo de una droga, que genera que el sujeto busque consumir nuevamente para poder sentir nuevamente esa emoción” (Zeihher, p, 137).

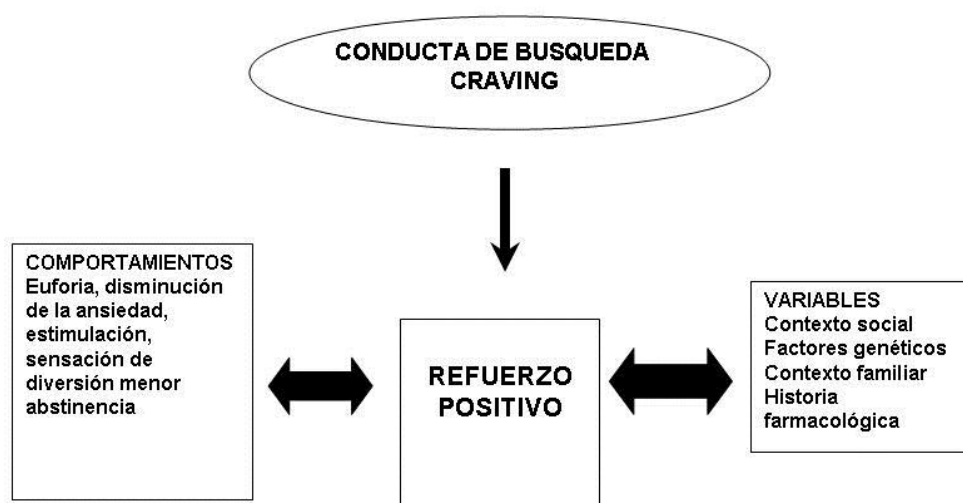


Figura 1: Factores que influyen en la conducta de búsqueda de la droga

El grado de craving en cada individuo, dependerá de las experiencias previas, del contexto social del que forma parte, del tipo de familia a la que pertenece y los mecanismos que median la memoria de cada individuo. Este mecanismo de refuerzo positivo, explica la necesidad compulsiva de consumo, la búsqueda de la droga, aunque la persona perciba los efectos de deterioro que le trae el consumo. También, el alto índice de recaídas y de recaídas tardías, en los pacientes que están realizando tratamientos de recuperación. Por ejemplo, cuando un paciente que ha culminado su tratamiento regresa a ver a sus compañeros de consumo, o vuelve a un lugar en donde ha consumido por muchos años es muy probable que, por la asociación en su memoria del consumo, se dispare el Craving, o la conducta de búsqueda de la droga y culmine recayendo en el consumo.

Cuando este mecanismo de recompensa se ha instalado en el sujeto, la vida de éste se restringe a la búsqueda de determinada sustancia. Es allí donde todos los aspectos de la vida de ese sujeto están capturados. Ya el consumo no se asocia con una determinada situación, sino que se da en la totalidad de las circunstancias de su vida. Un ejemplo de esto, sería ese grupo de “amigos” que se encontraban para compartir actividades y luego de un tiempo de consumo compartido sólo se encontrarán para ingerir determinada droga, convirtiéndose en compañeros de consumo, ya que la alianza entre ellos está determinada por una actividad en especial: “El consumo de drogas”.

En referencia a la progresión en el tiempo de este fenómeno, estos pasos pueden describirse de la siguiente forma:

1-Primer paso: El aprendizaje de la posibilidad de la modificación del estado de ánimo desde lo displacentero o lo normal, hacia lo placentero por medio de una sustancia. En este momento este pasaje del estado normal al placentero y viceversa, parece no tener consecuencias y depende más de la oferta que de la búsqueda activa.

2- Segundo paso: La decisión de sentir el cambio de ánimo por cuenta propia, es decir, ir voluntariamente en busca de la sustancia, en vez de esperar la oferta. Este paso es fundamental, ya que la búsqueda es activa y puede ir acompañado por el cambio de la sustancia o el aumento en la frecuencia y de la dosis.

3-Tercer paso: El sujeto pierde interés en todo aquello que interfiera con su intención de sentirse bien, eufórico y no sentir dolor. Aumenta su consumo, la frecuencia. Esta etapa puede acompañarse de actitudes violentas, mentiras, robos y entradas en las comisarías o causas penales. Aún el sujeto piensa que maneja el consumo, y que si quiere puede dejarlo.

4- Cuarto paso: En esta etapa la persona ya no logra sentir euforia, sólo anhela el sentirse normal como en otra época. Comienzan a percibir las pérdidas económicas, afectivas y laborales. Es común en esos momentos que se recurra a la administración endovenosa para conseguir más efecto, empeorando la situación, ya que es probable el contagio de HIV. Existen diferencias entre los consumidores, pero en general, esta última etapa se caracteriza por un gran dolor físico, psíquico y el deseo de terminar hasta con la vida.

Estas fases se repiten casi metódicamente en todos los casos, pero no todos los individuos tienen necesariamente que pasar por todas las etapas, de la misma manera.

Las sustancias productoras de farmacodependencia, en determinados pacientes no producen conducta de búsqueda de la droga, por ejemplo, en las personas medicadas con Morfina en procesos cancerosos (Zeihner, 2003). También se puede ejemplificar acerca de esto, con los procesos de experimentación con las sustancias, en una etapa de la adolescencia, sin que por eso se culmine construyendo una adicción.

Por lo que se concluye que no todas las personas, por consumir una sustancia, terminan dependiendo de ésta. Una de las diferencias será el grado de tolerancia que pueden tener ante las sustancias psicotrópicas. Para ir atravesando por estas diferentes etapas en la carrera adictiva, se requiere que el sujeto tenga tolerancia a las sustancias. Si un adolescente

comienza a consumir alcohol e incurre en sucesivas situaciones de intoxicación o coma alcohólico, difícilmente continúe consumiendo. Ésta es una diferencia esencial, que influenciará en quien puede construir una adicción y quién no.

En resumen, el fenómeno de las adicciones y en este sentido, de la drogodependencia, es sumamente complejo, en el que intervienen múltiples factores a tener en cuenta en la indicación de un determinado programa terapéutico. Las recaídas en el proceso, las resistencias con respecto a dejar de consumir, la dificultad en la conciencia de enfermedad, la escasa demanda propia de tratamiento y las estructuras familiares disfuncionales, recrean un escenario para los profesionales y los técnicos que trabajan en este ámbito, muy exigente, cuestión que se profundizará en adelante.

1.2.1 El Rol de los Profesionales y Técnicos, en el Ámbito de la rehabilitación de las Adicciones y el desgaste laboral

El agente de salud que se desarrolla en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones, está inmerso en una práctica profesional con ciertas características propias. En general trabajan integrados en un equipo multidisciplinario compuesto por: médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, operadores terapéuticos y acompañantes terapéuticos.

En estos equipos, coexisten diferentes agentes que se diferencian por su nivel de formación: Operadores socio terapéuticos en drogadependencia, Counselors en adicciones, psicólogos con Postgrados o Masters en adicciones, en conjunto con las otras profesiones antes nombradas.

Dentro del personal sanitario que se desarrolla en un centro de rehabilitación de las adicciones, se encuentra la figura del operador socio terapéutico. El operador, es un adicto

recuperado que se ha formado y capacitado para ejercer un rol dentro de estos tratamientos. Es quien participa en varias actividades tales como: coordinar grupos, talleres, dar coloquios individuales, entregar medicación a los pacientes prescripta por el médico tratante o psiquiatra, sostener las normas, supervisar tareas de convivencia y cumplir con funciones psico-educativas en general.

Es esperable que trabaje en conjunto con el equipo terapéutico, guiado por profesionales matriculados, que supervisaran sus tareas, aunque aún en la actualidad muchas instituciones dejan al operador solo frente al grupo de pacientes, sosteniendo la dinámica diaria de la comunidad terapéutica, cuestión que lo desgasta y lo exige, culminando muchas veces en recaídas en consumo del propio operador, quien en general es un adicto recuperado.

Es muy común en este ámbito de la salud mental, el desgaste profesional, ya que las largas jornadas laborales, las características específicas de los pacientes ya descriptos y la condición laboral, construyen el terreno fértil para generar estrés laboral.

En referencia al riesgo que puede sufrir un agente de salud en este ámbito de trabajo, Piñero, (2007) menciona ciertos fenómenos muy comunes en la figura del operador terapéutico, pero que también se dan en el equipo terapéutico en general. Entiende que estos, pueden llevar al cuidador a la sobreexigencia, desarrollando desgaste laboral:

1) Furor curandis-educandis: es la compulsión por tratar de recuperar a cualquier persona de su entorno, familiar, vecinos, amigos, acompañado de una actitud controladora y dependiente, desbalanceando su propia recuperación personal. El riesgo de los profesionales, es la necesidad compulsiva de brindarle demasiada información a los pacientes acerca de la enfermedad, lo cual implica un riesgo, ya que puede utilizar estos conocimientos de un modo defensivo para mantener su adicción.

2) Conductas codependientes: se caracteriza por el exagerado esfuerzo por la recuperación del paciente, haciendo fuerza por él. Los riesgos a los que se expone, generan el

desgaste, la postergación, la hiperactividad y desproporción, descuidándose a sí mismo y postergándose por el otro.

3) La omnipotencia: en la práctica suele suceder que el operador crea que la única intervención efectiva es la propia. Ésto descalifica al resto de los integrantes del equipo, generando conflictos entre compañeros y fisuras ante los pacientes.

4) Complacencia o inocencia: el paciente adicto es por definición manipulador, seductor y en general miente para sostener su enfermedad, por lo que el equipo terapéutico deberá sostener una actitud de “Empatía”, pero siempre directivo y poniendo límites constantemente, una gran exigencia para todo el equipo.

5) Abuso de confianza: puede generarse un exceso de identificación con el paciente, y el operador puede sobreinvolucrarse con el asistido, ya que en general comparten una historia similar. Ésto debe ser supervisado, y de no corregirse se debe derivar, en el caso de que sea un terapeuta, o apartarlo hasta solucionarlo, si se trata de un Counselor o un Operador, ya que están en la dinámica diaria.

6) Desgaste por Empatía y Burnout: se incluye dentro de estos riesgos que enfrentan los agentes sanitarios que desarrollan su actividad en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones. Estos se desarrollarán más adelante.

7) Síndrome del Portón: debido a las largas jornadas de trabajo, el operador se acostumbra a vivir en la Comunidad Terapéutica, que éste sea su estilo de vida, restringiendo otro tipo de actividades. Este mecanismo también se puede identificarse en profesionales de la salud, y en general culmina en un estado de desgaste general, o síndrome del quemado.

8) Sobreinvolucración: es característico el exceso de uso de anécdotas personales como ex adicto en las estrategias terapéuticas o sobreinvolucrarse en los relatos apológicos de los pacientes recién llegados.

9) Isomorfismos institucionales: se pueden registrar ciertas características propias del paciente adicto en el equipo terapéutico como: la baja tolerancia a la frustración, la omnipotencia, la negación. El trabajo con adictos requiere de paciencia y humildad. En general las recaídas de los pacientes muchas veces frustran al equipo terapéutico, pero son necesarias para trabajar la ilusión de control por parte de los pacientes, pero también por parte de los profesionales. (Piñero, 2007).

En otras palabras, las responsabilidades del agente de salud en este ámbito de trabajo, se caracterizan por la necesidad de tener que sostener una postura terapéutica con muchas exigencias, tales como:

- Devolver adecuadamente las proyecciones patológicas.
 - Comprender a fondo la problemática, debiendo capacitarse constantemente.
 - Lidar con los propios aspectos malos de la persona del terapeuta, evitando que el paciente adicto convierta al terapeuta.
-
- Tener que estar atento constantemente al vínculo y a la resonancia del terapeuta, para que el paciente no se sienta atacado.
 - La necesidad de tolerancia a la frustración como consecuencia de las características recaídas de los pacientes o los abandonos de tratamiento.
 - Las frustraciones de los pacientes y sus familiares muchas veces, se pueden transformar en agresión hacia los profesionales. (Coper, 1989).

Igualmente, un desafío importante con el que debe lidiar el profesional, son las familias. Es esperable y un mecanismo muy común, la negación de la enfermedad por parte de las familias, teniendo el terapeuta que realizar un trabajo minucioso en la toma de conciencia, tanto con el paciente como con su familia, para lograr el ingreso al tratamiento, el respeto de las normas y el trabajo para el logro del cambio.

Otro aspecto a resaltar, es la necesidad del trabajo interdisciplinario, interactuando y en comunicación para actuar estratégicamente en conjunto frente al paciente. Otra Exigencia, que demanda del agente de salud, relacionarse constantemente con los otros profesionales, para poder lograr trabajar en equipo. Si bien el trabajo en equipo es un aspecto que puede aliviar funciones, también inaugura conflictos, competencias y estrés para los agentes de salud. Dependerá en gran medida del coordinador del equipo y su calidad de dirección, que aporte mayor estrés o aliviane las funciones de todos logrando cooperación en las tareas.

Asimismo, el trabajo con patologías de riesgo de vida, en general presenta dificultades en la construcción de la alianza terapéutica, características de esta labor. El paciente adicto, es sumamente desconfiado y resistente al tratamiento, sumado al constante riesgo de vida. En algunas situaciones la poca contención y apoyo familiar, hace que estos pacientes sean casos altamente difíciles de tratar, hasta para un terapeuta entrenado. (Musacchio de Zan, 2000).

En este mismo sentido, Horowitz (1985), describe la difícil tarea de atender pacientes con patologías de riesgo como la adicción, llamándolos pacientes difíciles. Comenta que todos los terapeutas entienden que es un paciente difícil, ya que hay ciertas sensaciones que el terapeuta experimenta en la consulta. Estas sensaciones pueden ser: el aburrimiento, la frustración, deseos de que el paciente no asiste a la sesión. El terapeuta, frente a estos casos puede enfrentarse a tres dilemas:

- 1) El paciente que viene en busca de ayuda, pero tiene una necesidad de construir una relación dependiente con el terapeuta. Si el terapeuta accede, se recrea la dependencia original; si le exige autonomía, suele ocurrir que el paciente abandone rápidamente el tratamiento.

- 2) El paciente adicto tiene una tendencia a actuar, cuestión que el terapeuta deberá controlar, pero sin que la persona se sienta controlada y aumente su rebeldía.

3) El adicto constantemente tiene una necesidad de desafiar al terapeuta, para probar sus habilidades, sus capacidades. Si el terapeuta asume este desafío, intentando demostrarle su fuerza, este acrecentará ese desafío, o se mostrará colaborador pero inauténtico, intentando agradar al terapeuta.

En resumen, es realmente compleja la alianza terapéutica con un paciente adicto; exige de parte del terapeuta destreza, flexibilidad y gran entrenamiento. En las primeras etapas del tratamiento, el paciente no está en condiciones de aceptar intervenciones de cambio, ya que aún no tienen conciencia de enfermedad, es ego sintónico. El terapeuta deberá conservar una actitud de escucha, de apoyo, no condenar ni censurar, ofreciendo una imagen especular de sí mismos, de su parte sana, la que quiere recuperarse. (Musacchio de Zan, 2000).

Por otro lado, y con respecto a las organizaciones, los profesionales en estos ámbitos de trabajo, se enfrentan a estresores como: la escasez de personal, la sobrecarga laboral, los turnos rotativos de trabajo, el trato con pacientes sumamente problemáticos, el contacto directo con la enfermedad, el dolor y, en ocasiones la muerte. La falta de especificidad de tareas, lo que en ciertas oportunidades supone conflictos entre el personal, todo en su conjunto permite identificar diferentes niveles de estrés.

Los aspectos organizacionales, la rotación de personal, las deficiencias en la conducción, la coordinación del equipo de trabajo, el entorno social, la exigencia en el cambio de programas, capacitación, competencia profesional y la posibilidad de pérdida de estatus o prestigio profesional. Todas estas exigencias colaboran en elevar los niveles de estrés en estos agentes de salud. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Otro foco que complejiza esta labor, es la relación con este tipo de paciente, el cual conlleva una doble definición: la de enfermo y la de delincuente. Ser “dependiente” de una droga es visto como un trastorno mental o de personalidad, pero si además el consumidor es dependiente a una droga ilegal, se estará desviando de una norma social, lo que introduce la

dificultad de conjugar un imperativo de cura con un imperativo de control, propio de los dispositivos legales. El cuidador deberá cumplir con dos funciones altamente paradójales, ya que es necesaria la confianza del paciente para construir una alianza, pero al mismo tiempo ese sujeto sabe que el cuidador también es una agente de control. (Gaete, 2007).

En general, en la rehabilitación de las adicciones, no existe un tipo de tratamiento más adecuado para estos pacientes; las diversas necesidades de los mismos exigen un método flexible y personalizado. Algunos pacientes necesitan mayor atención en sus problemas psiquiátricos, otros en problemas de tipo familiares, problemas de desempleo y otros en diversos problemas sociales.

El tipo de pacientes y problemáticas con las que se trabajan, exigen a los técnicos y profesionales de la salud, estar constantemente conectados con otros recursos asistenciales, generando redes asistenciales necesarias: servicios sociales, laborales, educacionales, o jurídicos. Por otro lado, la labor de todos los actores asistenciales necesita estar coordinada, con una comunicación fluida, compartiendo un modelo e hipótesis de trabajo idealmente. (Nida, 1999).

Otro estresor importante es la presión asistencial: en general todos los casos son considerados urgentes, por el riesgo de vida que conllevan. La demanda de problemas por uso de drogas aumenta cada año y uno de las variables más importantes que determina la eficacia de los tratamientos, es la conciencia de enfermedad y la demanda propia de tratamiento por parte de los pacientes, al inicio y durante el proceso de tratamiento. Esto implica que el profesional esté atendiendo en la urgencia, teniendo que manejar tiempos en la inmediatez y lidiando con pacientes que no quieren realizar tratamiento.

Si a esta situación, se le suma la demanda de parte de los referentes familiares que exigen una recuperación inmediata, todo esto presupone una alta exigencia para el profesional

y todo el equipo tratante, que los podrá llevar a situaciones de máxima exigencia y estrés laboral. (Sánchez Hervas, 2004).

Algunos autores, (Atance Martínez, 1997; Pera y Serra, 2002), advierten que en estas condiciones de trabajo hay grandes posibilidades de encontrar burnout, un tipo de estrés laboral e institucional, generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, sobre todo cuando se trata de médicos, enfermeros, profesores. Plantean que su origen, está influenciado en el cómo estos individuos interpretan, mantienen y enfrenten estos estadios profesionales ante situaciones de crisis, que se relacionan con la práctica asistencial entre cliente/paciente.

En la rehabilitación de las adicciones, es altamente probable que cuando algo no sale como se esperaba, los referentes del tratamiento, familiares, se enojen con el equipo tratante, generando difíciles conflictos entre las partes. Es más fácil poner la culpa en el equipo tratante, que lidiar con el dolor y la angustia por el ser amado.

Según Olmedo (2001), en ocasiones las consecuencias en la salud física y emocional de las personas con síndrome de burnout, concluyen en el consumo de sustancias. Es a resaltar que esta complicación, sería muy grave en aquellos agentes que están asistiendo y más aún, en aquellos casos que trabajan en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones, ya que quedarían en evidencia ante sus pacientes, provocando potencialmente recaídas en los pacientes que están rehabilitándose justamente del consumo de sustancias.

Otros autores (Atance Martínez, 1997; Pera y Serra, 2002), sostienen que este síndrome, es un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, sobre todo cuando se trata de médicos, enfermeros, profesores. Plantean que su origen se relaciona, en cómo estos individuos interpretan, mantienen y enfrentan estos estadios profesionales, ante situaciones de crisis. En

este tipo de tratamientos al trabajar con conductas de riesgo, es característico trabajar en la urgencia, cuestión que expone constantemente al profesional a situaciones de estrés.

En general, este síndrome se relaciona con variables de trabajo, puestos relacionados con el trato con personas difíciles, ambigüedad, conflictos y sobrecarga del rol. Las consecuencias de este síndrome es el deterioro familiar, social y problemáticas individuales como dolores musculares, de cabeza, gastrointestinales, taquicardia, ataques de pánico, entre otros. Problemas psicológicos como: ansiedad, depresión, hostilidad, agresividad (Hernández, 2004). Razón por la cual, es habitual en este ámbito de la clínica, la deserción de agentes de la salud, luego de unos años de ejercicio.

Pardo Álvarez (2002), también refiere que los profesionales sanitarios, se enfrentan con un trabajo diario que conlleva numerosos riesgos de diversa índole y graves consecuencias para su salud, pero quizás el más peligroso sea el deterioro de la capacidad de los profesionales y el desgaste personal que este temido síndrome ocasiona, el desgaste profesional, síndrome de Burnout.

Visoso (2012), coincide con que las consecuencias del Síndrome de Burnout, produce en los profesionales que se ocupan del cuidado de otros, complejidades en su salud como: trastornos ansiosos o depresivos, consumo de sustancias, aparición de adicciones y trastornos cardiovasculares. El trabajo de los cuidadores, el estar en constante relación con los pacientes y las urgencias, concluyen en estados de estrés crónico, que aumenta el ausentismo laboral, deseos de abandonar el trabajo y disminución de la productividad y la eficacia laboral.

Al respecto, Miret, (2010) reseña ciertos factores que podrían proteger a los profesionales que trabajan en ámbitos laborales con altos índices de desgaste laboral, como es el campo de la rehabilitación de las adicciones entre otros. Considera que algunos factores psicológicos y psicopatológicos de los profesionales, generan que algunos sean más vulnerables que otros. La autoestima, la afectividad y el optimismo previenen el síndrome de

desgaste laboral. Del mismo modo que la satisfacción profesional, la institución en la que se desempeñan ejerce otro factor protector importantísimo.

En este punto, es necesario indagar acerca de los posibles mecanismos de afrontamiento del estrés, capacidad que le dará al profesional la posibilidad de evitar un estado de desgaste laboral crónico, o SB.

El afrontamiento del estrés depende más de las habilidades del sujeto, que de la situación estímulo externa. “No es el estímulo, sino la forma en que el sujeto la percibe” (Selye, 1978). Por lo tanto, es esto, lo que va a determinar el grado de impacto que todas las circunstancias antes descritas, puedan producir en el agente de salud. Algunos individuos podrán soportar largas jornadas y exigencias de trabajo, mientras que otros concluirán generando un cuadro de estrés crónico.

Diversos autores (Park & Folkman, 1997; Pearling & Schooler, 1978) han investigado en los mecanismos de afrontamiento, es decir la forma en que un sujeto afronta el estrés, para poder aumentar esta capacidad y lidiar con situaciones de la vida que deben resolver. Dentro de los mecanismos de afrontamiento del estrés, se resalta la regulación emocional, mecanismo por el cual un sujeto puede atravesar una situación en la que se disparan emociones negativas, puede repararlas y conservar una mirada y sus sentimientos positivos.

La necesidad de encontrar factores protectores ante el SB, viene unida a la necesidad de encontrar mejores condiciones en la calidad de vida laboral en las instituciones. Es perentorio, tener en cuenta los aspectos de bienestar y salud laboral, esto significa calidad de vida laboral y de estado de salud físico y mental de los profesionales. En este sentido, algunos autores, proponen que el Síndrome de Burnout, también puede interpretarse como un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al desgaste de la relación profesional-paciente, profesional-familia del paciente y profesional-organización. Un

mecanismo de afrontamiento disfuncional, que ocasiona un deterioro en la salud física y psíquica del profesional (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

En síntesis, se hace necesario en estos ámbitos laborales, encontrar herramientas que en la prevención del estrés laboral, encontrar formas de afrontar el estrés de modo asertivo. Poder garantizar la permanencia laboral de estos especialistas en el tiempo, ya que su labor es necesaria y ya es claro que es de alto riesgo para su salud.

Es forzoso que luego de años de ejercer y adquirir entrenamiento y experiencia, puedan continuar desarrollándose y no que concluyan abandonando por no poder regular el desgaste que ésto supone. Si bien se entiende que el trabajo en equipo, la supervisión, la terapia personal, siempre han sido aspectos protectores de los profesionales de la salud, es imperioso ahondar en otros factores protectores, que aumenten las posibilidades de resistir un ámbito de trabajo tan exigente como el de la rehabilitación de las adicciones, focalizando en el cuidado del cuidador.

En el siguiente capítulo se abordará la conceptualización del Síndrome de Burnout, como uno de los riesgos de la práctica profesional del ámbito de la salud mental. También se establecerá la diferencia con otros Síndromes a tener en cuenta en los cuidados del cuidador, para poder realizar luego aportaciones con respecto a la prevención del mismo.

Capítulo 2

Síndrome de Burnout

Para poder definir del concepto de “Estar Quemado” o “Síndrome de Burnout” (SB), o como también es llamado síndrome de “Desgaste laboral”, es necesario en principio tener en cuenta el concepto de “Estrés”. Es pertinente aclarar, que aunque estos conceptos están claramente relacionados, entre ambos existen una serie de diferencias fundamentales. Así, el estrés desaparece con el descanso, en contraposición al burnout que no remite con el reposo.

2.1.1 Delimitación Conceptual del Estrés

El estrés no es un concepto nuevo ya que ha estado presente desde la antigüedad. En el siglo XIV, el término estrés fue tomado del latín (*stringere*: tensar o estirar) y en inglés (*strain*: tensión) para describir la opresión, adversidad y la dificultad (Molina-Jiménez et al., 2008).

Después, en el siglo XV, el término fue empleado por la física para hacer referencia a la fuerza o presión extrema que se ejerce sobre estructuras mecánicas elásticas, donde dicha fuerza puede provocar un estado de tensión y llegar a deformarlas.

En el siglo XVII, el concepto se generaliza a la ingeniería y la arquitectura. A finales del siglo XIX, el fisiólogo francés Claude Bernard, observó que todos los organismos poseen un mecanismo de autorregulación, que permite mantener estable su medio interno ante cualquier presión del medio ambiente externo (Molina-Jiménez et al., 2008).

En el año 1914, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon conceptualizó el término estrés, como un síndrome de lucha-huida y empleó el término homeostasis para referirse a la tendencia que poseen la mayoría de los seres vivos para mantener un equilibrio fisiológico.

Más adelante, el endocrinólogo Hans Selye (1936), definió el estrés como una respuesta inespecífica a alguna amenaza, englobada en su denominado Síndrome General de Adaptación, definido como una respuesta fisiológica caracterizada por tres fases (Murcio Ramírez, 2007):

- Fase de alarma: el organismo responde al sentirse amenazado por determinadas circunstancias presentes en su medio ambiente. En el organismo, el cerebro es el órgano principal de respuesta al estrés, el cual desencadena una serie de respuestas fisiológicas con el objetivo de lograr la supervivencia.
- Fase de resistencia: cuando el organismo es sometido a amenazas prolongadas (agentes físicos, químicos, biológicos o sociales), puede adaptarse a dichas amenazas o puede ocurrir que el organismo pierda su capacidad de adaptación pasando a la siguiente fase.
- Fase de agotamiento: también conocida como cese de la respuesta de adaptación, lo que conduce a muchas patologías y eventualmente a la muerte.
- La principal crítica que se le hizo en su momento a Hans Selye fue, que éste se centró exclusivamente en las respuestas fisiológicas y no tuvo en cuenta que los efectos de los estresores también están mediados por factores psicológicos.

Esta crítica llevó a Lazarus y Folkman a elaborar su teoría transaccional del estrés en los años 80. En dicha teoría, no sólo se concede importancia a las respuestas fisiológicas desencadenadas ante un estresor, sino que también se tienen en cuenta numerosos

acontecimientos vitales, determinadas características del ambiente, así como valores personales (autoconcepto, afrontamiento, evaluación cognitiva de la situación), que actúan bien como estresores, o bien como amortiguadores de los efectos negativos del estrés sobre la salud (Martín, 2007). A lo largo de las décadas posteriores, el concepto de estrés se ha extendido mucho más allá de las fronteras de la fisiología.

Sobre la historia del concepto de estrés, López Mato (2008) comenta que Mason (1997), cuestiona la inespecificidad del estímulo; aclara que el estímulo depende de la interpretación psicológica previa de cada individuo, por lo que el estímulo es relativo según quien lo perciba, dependiendo de la interpretación, más que de la cualidad del estímulo mismo. Y por otro lado, Bohus desarrolla un esquema integrador biológico-cognitivo, señalando que la respuesta del individuo, depende por un lado de las características y duración de los estímulos estresores, y por otro de la posibilidad de predecir la situación. Hace hincapié en las estrategias de afrontamiento utilizadas por el sujeto y de los sistemas biológicos involucrados, dependiendo del estado en el momento de la respuesta.

Para López Mato (2008), el stress es un mecanismo fisiológico de homeostasis, en el que se producen diferentes niveles de respuestas, permitiendo la acomodación biológica ante un estímulo. Este estímulo puede ser: físico o psicológico, real o imaginario, interno o externo. Cuando dicha acomodación no se logra, se desarrolla una adaptación patológica, conocida como distrés.

Según Zeiher (2003), el estrés es un estado de desequilibrio, de caos, provocado por exigencias internas o ambientales, que exigirá al Sistema Nervioso Central (SNC) a reequilibrarse, es decir, flexibilizarse para poder continuar con su funcionamiento normal, luego de enfrentar situaciones que generen caos en el sistema. Esta posibilidad de

reequilibrarse, dependerá del nivel o de la capacidad resiliente de cada sujeto, o en otras palabras de su nivel de neuroplasticidad.

2.1.2 Mecanismos Fisiológicos del Estrés:

A continuación, se describen los mecanismos fisiológicos involucrados en el estrés, para poder distinguir en qué momento el individuo pierde la posibilidad de adaptación, de resistencia al estrés, para pasar a un estado patológico de desadaptación fisiológica al ambiente o distrés y los correlatos orgánicos de dicho estado.

López Mato (2008), sostiene que los factores ambientales pueden ser estresantes, pero el sujeto tiene la capacidad de amortiguar dichos estímulos a través de su evaluación cognitiva y simbólica. Si el estímulo es advertido como amenazante, se percibe el estrés y se activan los sistemas de aminoácidos rápidos. Si la percepción del estímulo continúa en intensidad, o en frecuencia, y la percepción continúa siendo amenazante, entonces se desencadenarán respuestas neuroquímicas de corto plazo. Si el estímulo continúa, lo harán respuestas neurohormonales de largo plazo. En esta etapa, también se añadieran respuestas conductuales, emocionales y cognitivas.

Los sistemas neuroanatómicos involucrados en la respuesta, se ocupan primero de medir las características del estresor y deciden la respuesta de afrontamiento de acuerdo con la activación de circuitos pre o neoformados que incluyen el procesamiento neurobiológico a la situación de amenaza, la cual presenta varios niveles:

- La recepción de miedo, amenaza o no familiaridad es cortical
- El filtro cuantitativo que es talámico
- El procesamiento instintivo conductual que es amigdalino

- El procesamiento instintivo mnésico que es hipocampal
- El procesamiento defensivo auto vivencial y cultural que es órbita frontal y cingular

La suma de todos los mecanismos anteriormente mencionados, produce una reacción que activa distintos procesos:

- En el núcleo parabrancúico, se activa la respiración disneica.
- En los núcleos trigémino-faciales, producen la expresión facial de miedo.
- En los núcleos estriados, desencadenan la respuesta de activación motora.
- En el hipotálamo lateral y sistema simpático dan hipertensión, taquicardia, sudoración, pilo erección, midriasis.
- En el sistema parasimpático, dan diarrea, bradicardia, úlceras y micción imperiosa.

Si estos circuitos actúan normalmente se modula la respuesta al estrés, logrando así, la acomodación. Pero si esta habilidad homeostática se ha perdido, cuestión que sucede en el estrés, se desencadenan las siguientes alteraciones:

- Falla de filtro talámico de inputs por agotamiento
- Falla de circuito hipocampo-amigdalino, por falta de evocación de respuesta placentera a estímulos similares
- Falla orbitaria por vivencias contra la ley gregaria
- Fallas cingulares por la ansiedad
- Fallas de circuito valorativo paralímbico

Estas fallas pueden superponerse, desencadenarse una en otra, o unirse para ayudar a la perpetuación de la alteración.

El eje cortico-límbico-hipotálamo-hipófisis adrenal (CLHPA), constituye un sistema de respuesta al afrontamiento, al aprendizaje y a la conducta emocional y por lo tanto, una respuesta ante cualquier estímulo. Dentro de las alteraciones descritas en el estrés, se detallan disfunciones de varios de sus componentes:

La hormona liberadora de corticotrofina (CRH) es el péptido principal mediador neuroendocrino de la respuesta hormonal y conductual ante el estrés. Se localiza en el Hipotálamo y en áreas límbicas relacionadas con la respuesta al estrés y las emociones.

Entre los efectos fisiológicos de su liberación, se identifican: efectos anorexígenos, ansiogénicos, disminución de la producción de ácido clorhídrico y del vaciamiento gástrico, disminución del deseo sexual, aumento de la agresión y disminución del sueño. (López Mato, 2008).

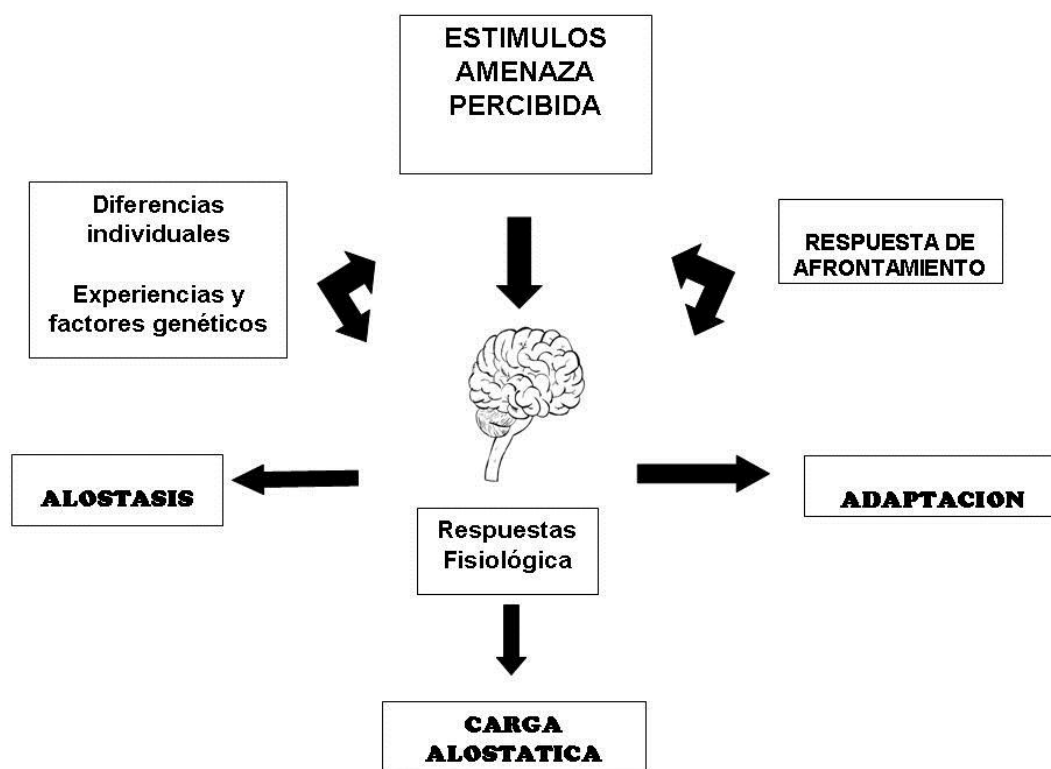
McEwem (1998), describió los mecanismos de adaptación que logran el equilibrio, la homeostasis, denominados “alostasis”. La carga “alostática” es el desgaste de los sistemas neuroendocrinos, que se producen como respuesta a las tensiones ante estímulos externos y a la necesidad de adaptación. Este proceso, no es el mismo en todos los individuos, no todos responderán de la misma forma ante los mismos estímulos, diferenciándose en la magnitud de la carga alostática. Se describen cuatro cargas alostáticas:

- La que está provocada por el estrés frecuente, que causa una respuesta física inmediata.

- La respuesta normal al estrés mantenida y constante, que da como resultado, una exposición constante a las hormonas del estrés (catecolaminas, adrenalina, noradrenalina y glucocorticoides).
- Cuando la respuesta física ante el estrés se prolonga en el tiempo
- La respuesta inadecuada ante el estrés

Desde esta perspectiva, las tensiones de la interacción con el medio generan un desgaste en la salud. Cada vez que una persona se enfrenta a una situación que genera tensión, pone en juego la homeostasis y esto, deja una carga residual llamada “alostática”, lo que implica un peligro potencial para la salud. “En las necesidades de adaptarnos, producimos un desgaste en nuestros sistemas neuroendocrinos que denomino carga Alostática”. (McEwem, 1998, p.43).

Figura 2: Carga Alostática. (López Mato, 2008)



Asimismo, los mecanismos homeostáticos son los encargados de mantener la estabilidad del organismo, a través de la doble innervación del simpático y el parasimpático y dentro de estos mecanismos se encuentran los alostáticos, generando una descarga del sistema simpático y la inhibición del parasimpático. Se aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumenta el flujo sanguíneo en la musculatura y la capacidad respiratoria, se asegura la perfusión sanguínea en algunos órganos que intervienen en el ataque y la fuga, preparando al cuerpo para responder ante el estímulo amenazante.

En consecuencia, los órganos que más se pueden afectar son; el corazón, los pulmones, el cerebro, los músculos y por otro lado, se detiene el funcionamiento de otros órganos no necesarios para esa situación como el aparato digestivo o la piel.

Tanto la respuesta ante el estrés crónico, como ante el estrés agudo, va a depender de la salud del individuo, de la capacidad de adaptación que posea y la percepción que tenga del estímulo agresor, cuestión que estará influenciada en gran medida por la historia de cada persona. (Maffeis, 2005).

Con respecto al estrés crónico, es esperable que un individuo presente, a mayores niveles de estrés cotidiano, menor funcionamiento cognitivo básico. Según Fernández (2010), el eje hormonal también muestra correlaciones directas significativas e inversas, es decir, a medida que aumentan los niveles de estrés aportados por el cortisol/DHEAs, disminuyen los niveles de funcionamiento cognitivo básico.

Al hablar de las funciones cognitivas, Robles (2006), explica que su impacto modifica la capacidad simbólica de mediar con el estímulo estresor, por lo que influenciará en la capacidad de adaptación al medio. El rendimiento cognitivo implica procesos mentales que interactúan con el medio ambiente, facilitando de esa manera la adaptación y asimilación a la

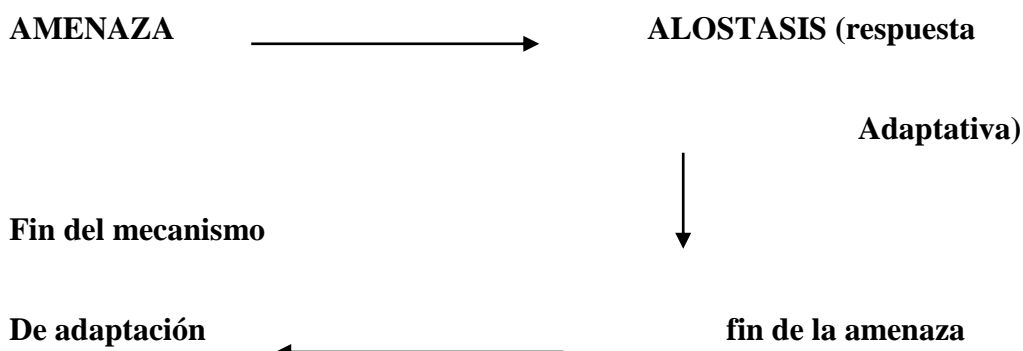
realidad. Pero cuando estas capacidades se ven afectadas por el mismo estrés cotidiano, se hace difícil que ese mismo sistema tenga la capacidad necesaria para reequilibrarse.

En situaciones normales los cortico-esteroides estimulan la cognición, pero ante situaciones de estrés crónico, el exceso de estos, especialmente los glucocorticoides, pasan a ser tóxicos deteriorando la cognición por atrofia y muerte de neuronas hipocampales, con su correlato clínico: dismnias, desatención y fallas de aprendizaje. (López Mato, 2008).

De esta manera, pareciera que el sujeto quedaría atrapado en un circuito autopertuante, en el cual, ante más niveles de estrés, más deterioro de las funciones cognitivas. Y, a mayor deterioro de las funciones cognitivas, menores capacidades para lidiar exitosamente ante situaciones de estrés.

De esta manera el sujeto tendrá menores posibilidades de afrontamiento del estrés, pudiendo percibir en mayor medida los estímulos como amenazantes, cuestión que lo imposibilitaría para poder activar los mecanismos necesarios para reacomodarse y reequilibrarse ante situaciones de tensión física o emocional, condición por la cual el sujeto quedaría instalado en un estado de estrés crónico, con una carga alostática residual, comprometiendo su salud psico-física.

Respuesta física ante el estrés



Ante una situación de amenaza, el sujeto podrá reaccionar de diversas maneras, como se ha señalado anteriormente, dependiendo de sus capacidades psico-físicas:

- Respuesta adaptativa y recuperación del equilibrio
- Estrés reiterado y diverso: respuesta con incrementos anormales, prolongando la respuesta y aumentando la posibilidad de carga alostática.
- Falta de adaptación: Determinando exposición prolongada a hormonas de estrés
- Incapacidad de finalizar la respuesta después que el estímulo terminó: aumento de la carga alostática, toxicidad, distrés
- Respuesta inadecuada de un sistema, genera incremento de otro sistema con influencias recíprocas. Si el cortisol no aumenta en respuesta al estrés, la secreción de citosinas inflamatorias aumenta (Mc Ewen, 1998).

2.2.1 Historia del Concepto del Síndrome de Burnout

El concepto de “estar quemado” o “Síndrome de Burnout” surge en 1974, a partir del investigador americano Freudenberger como consecuencia de la observación de voluntarios que trabajaban con él, en una institución de cuidados alternativos de salud.

Al poco tiempo de empezar a trabajar, estas personas experimentaban cansancio emocional junto con una pérdida de motivación, compromiso laboral y una variedad de síntomas, tanto físicos como mentales. Comenzó así, su estudio sobre esta vulnerabilidad de los profesionales de la salud en situaciones estresantes y describió el proceso que lleva a la condición de “quemarse”, proceso en el que la dedicación, el compromiso laboral y el interés

de los trabajadores por los pacientes se agota, la dedicación es reemplazada por apatía y la consideración por cinismo (Freudenberger, 1974).

Por su parte Edelwich y Brodsky (1980), definen este síndrome como una pérdida progresiva de energía, motivos e idealismo de las personas que trabajan en el ámbito de la salud, como resultado de las condiciones de trabajo. Señala cuatro etapas: Entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía, mecanismo de defensa ante la frustración. (Maffei, 2006).

Al mismo tiempo, Maslach y Jackson (1981), en una investigación en psicología social, estudiaron las formas de afrontamiento con la activación emocional en el trabajo y comenzó a aplicar el término *Burnout* para referirse inicialmente a la identidad profesional y a la conducta laboral inadecuada de la gente. Una vez que Maslach y sus colaboradores adoptaron éste término, descubrieron que sus entrevistados lo identificaban inmediatamente. De esta manera describe el Síndrome de Burnout, conformado por tres factores:

- 1) Agotamiento emocional y desgaste físico, el sujeto siente que se ha quedado sin energía, que ha llegado a su límite;
- 2) Despersonalización, se altera la relación con los pacientes o personas a quien asiste, el trato se vuelve más distante o indiferente;
- 3) Baja autoestima, falta de realización personal, desmotivación y sensación de fracaso profesional. El individuo tiene una baja en su rendimiento profesional y, altera aspectos de su vida familiar, así como aspectos de su individualidad.

En cuanto al desgaste laboral Maslach y Jackson, (1981) refieren que es una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y

emocional, una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación hacia las tareas que realiza.

Otros autores, por su parte Pines, Aronson & Kafry (1981), definen este síndrome como un agotamiento emocional, físico y mental, producido por largas jornadas de trabajo, por situaciones que lo afectan emocionalmente, generalmente relacionados con trabajadores del ámbito del servicio de salud.

Periman y Hartman (1982), señalaron que el SB es el fracaso y agotamiento de la respuesta ante situaciones de estrés crónico, produciendo una actitud inadecuada ante los clientes/pacientes o alumnos y hacia sí mismo, asociado con síntomas físicos y emocionales, producido por la influencia negativa del trabajo y por la organización en la que la persona se desarrolla (Meffeis, 2005)

Por su parte, Moreno y Oliver (1993), señalan que el síndrome de Burnout es consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a este. El agente de salud indefectiblemente estará sujeto a situaciones de estrés, toma de decisiones y a enfrentar crisis de los pacientes/ clientes, pero no es el problema que enfrenta, sino la forma en que lo afronta lo que producirá diferentes niveles de estrés.

El síndrome de quemarse o SB por el trabajo, se define como una respuesta al estrés laboral prolongado, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional. La persona tiene la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esto le ocurre con frecuencia a los profesionales de la salud y en general, a profesionales que se desarrollan en organizaciones de servicios de salud, que trabajan en contacto directo con el cliente - pacientes de la organización. (Gil Monte, 2000).

El Modelo Integral de Estrés y del Trabajo sostiene que, el estrés laboral es una respuesta adaptativa mediada entre las características individuales y una situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y psicológicas. El modelo sustenta que estos factores no afectan a todas las personas por igual, entiende que el problema del estrés laboral, se comprende desde el concepto exclusivo de vulnerabilidad. La presencia de altos niveles de estrés y el mal uso de mecanismos pertinentes, aumenta la probabilidad de la aparición del Síndrome, en médicos. (Blandin, 2005).

El estrés laboral es considerado como una de las enfermedades con mayores repercusiones del siglo XXI. Ésto se debe a que los cambios sociales, culturales y la modalidad del sector empresarial cada vez es más exigente y competitiva, requiere que las personas centren todos sus esfuerzos en la productividad.

En consecuencia, se registran: excesiva jornada laboral, conflictos en las relaciones interpersonales y la exigencia en la promoción y el éxito profesional. La falta de apoyo desde la empresa para enfrentar estos factores amenazantes, aumenta las posibilidades de tener mayor dificultad en la resolución de problemas y por consiguiente mayores niveles de estrés crónico. (González, 2006).

Si bien es un problema generalizado en diferentes ámbitos, se observó que aquellas personas que trabajan en puestos directivos en Instituciones, están más propensas a padecer estrés crónico. Según señala Newstrom (2011), para un directivo es más complicado ya que esta persona debe tener la habilidad de responder, atender y contemplar diferentes necesidades. En cuanto a la toma de decisiones, dependerá del uso de la lógica racional para dar mejores lineamientos a dichos fundamentos. Sin embargo, también es importante tener en cuenta los agentes externos, como internos, dado que involucran las capacidades y las habilidades emocionales de aquél que lidera esa decisión.

En referencia al del Síndrome de Burnout, se debe poder realizar un diagnóstico diferencial de otros Síndromes:

1. Síndrome de Desgaste por Empatía, SDPE: En general, la percepción del sufrimiento ajeno genera en forma espontánea empatía hacia el que sufre, se siente compasión. Cuando el trabajo profesional consiste en compartir de manera prolongada historias y experiencias penosas de otras personas, se está expuesto a una situación de desgaste emocional potencialmente patógena (Figley, 1995), designado estrés traumático secundario (en adelante ETS). El ETS es una forma de denominar los efectos negativos producto del contacto directo con el sufrimiento ajeno (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004). Se entiende que efectos de la exposición secundaria a eventos traumáticos, son equivalentes a los efectos de la exposición directa, incluyendo la misma sintomatología. La única diferencia, es que quien padece esta sintomatología es el profesional que ha atendido a la víctima directa. (Centry, 2003)

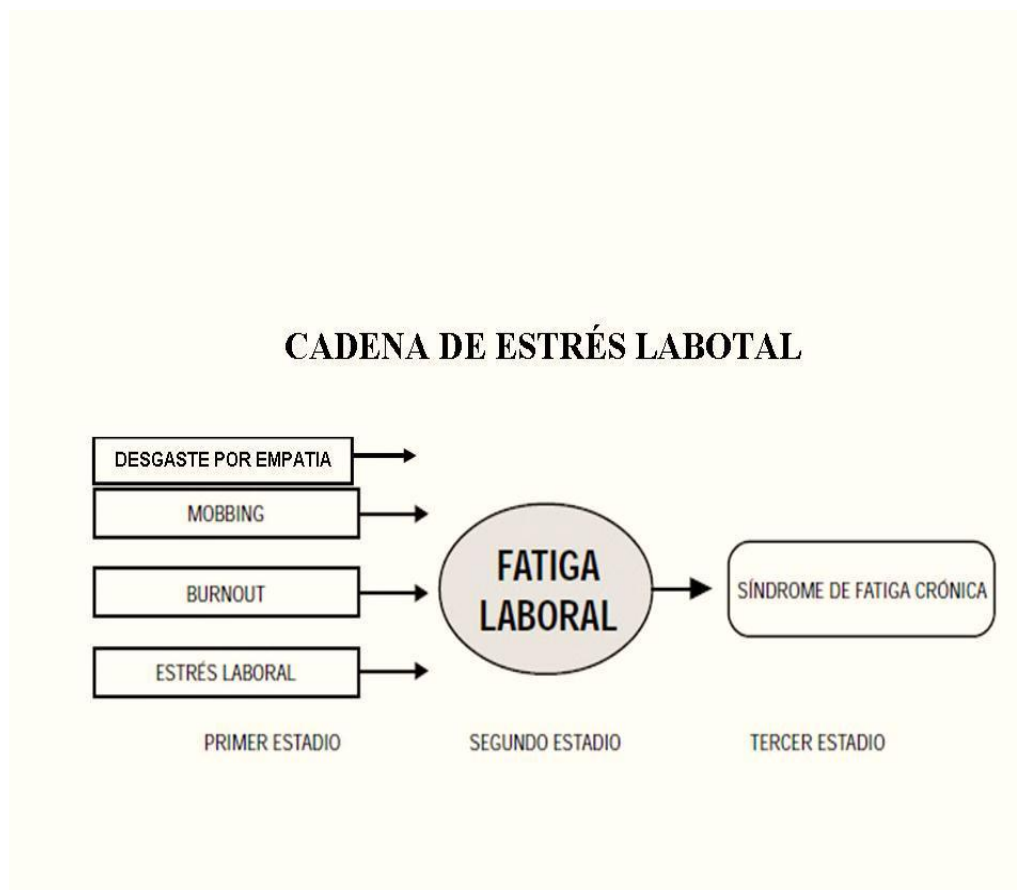
2. El Mobbing: se considera como una forma de estrés laboral que presenta una característica particular; se relaciona con las relaciones disfuncionales u hostiles en el ámbito laboral, más que con la tarea en sí o las disfunciones organizacionales. Es el continuo y deliberado maltrato verbal y moral que recibe un trabajador por parte de otro u otros. Los síntomas característicos son, ansiedad, baja autoestima, apatía, sentimientos de fracaso, distorsiones cognitivas, adicciones, conductas de aislamiento, patología psicosomática (dolores, trastornos funcionales y orgánicos), inadaptación social, hipersensibilidad a la crítica y paranoia (Mansilla, 2003)

3. Síndrome de Fatiga Crónica (SFC): el estrés laboral provoca distintos tipos de fatiga. Si estos factores estresantes, perseveran durante un tiempo prolongado, la fatiga puede devenir en lo que se ha dado en llamar síndrome de fatiga crónica. Se considera que su etiología es multifactorial y se asocia con problemas autoinmunes. Se ha señalado que podría

ser una variante atípica de un trastorno psiquiátrico, asociado con depresión mayor y trastornos de ansiedad. Una de las características esenciales es su asociación con un compromiso del sistema inmune (manifestaciones alérgicas como laringitis y bronquitis). También podría existir una disfunción hipotalámica, disminución del cortisol basal. También se ha sugerido un aumento de la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos. Incluso se ha postulado como causa primaria una alteración del sueño (Mansilla, 2003)

En relación a la secuencia progresiva en la cadena de estrés en el área laboral, se considera que la persistencia del estrés es acumulativa y puede atravesar tres estadios (Figura 2) Mobbing o Síndrome de Burn-out o Estrés Laboral. 2. Fatiga Laboral: de la que puede recuperarse con descanso o cambio de trabajo. 3. Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) de la que no se recupera ni con tiempo de descanso ni con cambio de trabajo.

Figura 3: Secuencia de estrés laboral



En resumen, estos desajustes del área laboral, tanto del desgaste por empatía, el acoso psicológico o Mobbing, el síndrome de desgaste profesional o Síndrome de Burn-out y el estrés laboral provocan, con el tiempo Fatiga Laboral. Si los estresores que generan este desgaste, perseveran durante mucho tiempo, la fatiga laboral podría devenir en el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), cuestión mucho más difícil de revertir para el trabajador.

En el próximo punto se hace referencia al síndrome de Burnout en el ámbito del trabajo asistencial específico, como es el trabajo en la rehabilitación de las adicciones, sus particularidades y los factores que pudieran desencadenar el desgaste laboral. Entendiendo que el agente especializado en adicciones, se enfrenta a problemas y a la búsqueda de sus soluciones, al dolor emocional y al riesgo de vida del paciente, exigiéndole generar estrategias de resolución y de afrontamiento del estrés continuamente.

2.2.2 Síndrome de Burnout en el Ámbito de la Rehabilitación de las Adicciones

El agente de salud que se desarrolla en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones, está inmerso en una práctica profesional con ciertas características propias del ámbito y por lo general trabajan integrados en un equipo multidisciplinario compuesto por: médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, operadores terapéuticos y acompañantes terapéuticos. En estos equipos coexisten diferentes agentes que se diferencian por su nivel de formación: Operadores socio terapéuticos en drogodependencia, Counselor en adicción, psicólogos con Postgrados o Masters en adicción, en conjunto con las otras profesiones antes nombradas.

Dentro del personal sanitario que trabaja en un centro de rehabilitación de las adicciones, se encuentran la figura del operador socio terapéutico. El operador, es un adicto recuperado que se ha formado, capacitado para ejercer un rol dentro de estos tratamientos, como se ha señalado anteriormente.

El operador socio terapéutico enfrenta diferentes desafíos en la práctica cotidiana, en gran parte debido la cercanía a su propio tratamiento personal. No todos dejan pasar el tiempo suficiente, entre culminar su tratamiento personal y comenzar a ocupar un rol terapéutico en una institución. Dentro de los riesgos más comunes se pueden enumerar: la compulsión por tratar de recuperar a cualquier persona de su entorno, el exagerado esfuerzo por la recuperación del paciente, haciendo fuerza por él, creer que la única intervención efectiva es la propia, descalificando al resto de los integrantes del equipo, generando conflictos entre compañeros y fisuras frente a los pacientes. También es muy común un exceso de “Empatía” con el paciente por identificación con la propia historia, y por último el desgaste por Empatía, Síndrome Burnout o el Síndrome del Portón (Piñero, 2007).

Algunas de las exigencias de este ámbito de trabajo, es la necesidad de una postura terapéutica obligatoria para poder desarrollarse, entre ellas se puede destacar: devolver adecuadamente las proyecciones patológicas, comprender a fondo la problemática, capacitarse constantemente, lidiar con los aspectos malos de la propia personalidad del terapeuta y tener que estar atento constantemente al vínculo y a la resonancia del terapeuta, para que el paciente no se sienta atacado, ni juzgado por el terapeuta o el equipo en general. Se puede señalar también, el tener que lidiar en general con familias que niegan la enfermedad de sus hijos, obligando al terapeuta a realizar un trabajo minucioso en la toma de conciencia, tanto con el paciente como con su familia. (Coper, 1989).

Al presentan graves patologías, estos pacientes dificultan la construcción de alianza terapéutica. Esto demanda la destreza, flexibilidad y gran entrenamiento por parte del

terapeuta. El riesgo de vida que presentan y en algunas situaciones, la poca contención y apoyo familiar, se constituye en un desafío de gran complejidad y un foco de estrés hasta para un terapeuta altamente entrenado. (Musacchio de Zan, 2000).

Pacientes dificultosos (Horowitz, 1985) de tratar, que exigen de parte de los profesionales de la salud un entrenamiento constante, con la consecuente exposición a la frustración en relación a los resultados. Bajo estas condiciones, existen ciertos errores muy comunes para el terapeuta, como cuando el paciente espera un terapeuta que lo cuide. Si el terapeuta accede, se recrea la dependencia original, si le exige autonomía rápidamente el paciente abandona el tratamiento, lo cual frustra al terapeuta. Acatar el desafío de estos pacientes, lo llevan nuevamente al fracaso. Si el terapeuta acepta ese desafío, e intentar demostrar su destreza al paciente, sobre exigiendo sus funciones, el paciente en general, abandonará el tratamiento o redoblará la apuesta concluyendo en una escalada de poder con el terapeuta.

En relación al quehacer profesional, el cuidador se enfrenta a desafíos constantes, a riesgos de diversas índoles. Pardo Álvarez (2002), refiere que existe el riesgo de enfrentarse a graves consecuencias para la salud, distinguiendo el deterioro de la capacidad de los profesionales como el más importante, consecuencia del desgaste personal que ocasiona el estrés prolongado o síndrome de burnout, con síntomas como la despersonalización, la baja autoestima profesional y el agotamiento emocional.

Las secuelas características de este síndrome, pueden ser ciertos síntomas como el deterioro familiar y social, y síntomas físicos como: dolores musculares, de cabeza, gastrointestinales, taquicardia, ataques de pánico, entre otros. Además, problemas psicológicos como: ansiedad, depresión, hostilidad, agresividad (Hernández, 2004).

Pedrero Pérez, Puerta Gracia, Lagares Robias, Saez Maldonado & Garcia Barquero (2004) coinciden en que el trabajo en el ámbito de la rehabilitación de la drogodependencia,

es específicamente desgastante, encontrando una diferencia en relación a otros profesionales sanitarios, evidenciándose una elevada despersonalización y una extremada baja realización profesional. Ésto, como consecuencia de los grandes requerimientos y los resultados limitados de la labor de estos profesionales. También los autores aclaran, que el Síndrome de Burnout se puede considerar un intento de afrontamiento ante el estrés producido por las altas exigencias de la labor, entendiendo que ésta sería una estrategia de afrontamiento deficitaria. Advierten que la condición marginal de esta especialidad, por muchos años fuera de la red asistencial, genera malestar en los profesionales, colaborando en la baja consideración, para un ámbito de trabajo que cuenta con muchos elementos de especificidad, cuestión que aumenta la frustración y por lo tanto la baja autoestima profesional.

En esta línea de análisis, el trabajo de los cuidadores, por estar en constante relación con los pacientes y con las urgencias, concluyen en estados de estrés crónico, que aumenta el ausentismo laboral, deseos de abandonar el trabajo y disminución de la productividad y la eficacia laboral. Moreno y Oliver (1993) señalan que el síndrome de burnout, es consecuencia de afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a éste.

Barquero (2009) refiere que, en el caso del trabajo de los técnicos de drogodependencias, los estudios realizados sobre calidad de vida profesional han sido escasos. Siendo una población que está sometida a importantes estresores laborales, hay pocos estudios que investiguen sobre esto. Postula que los estresores laborales, están relacionados fundamentalmente con la carga emocional de la tarea, el tipo de pacientes que deben abordar, la necesidad de un trabajo en equipo, exigencias en la comunicación, el ponerse de acuerdo, articular intervenciones conjuntas y la necesidad de manejar un modelo teórico-clínico acorde. También se resaltan, algunos otros requerimientos en la labor como:

- Altos niveles de frustración, ya que el porcentaje de recaídas en estos pacientes es alto

- Los niveles de dificultad del tratamiento, la contratrasferencia muchas veces difícil de manejar (De las Cuevas, 2003).

- Las características de la personalidad adictiva: la dependencia, la pasividad, la poca diferenciación y el temor al rechazo, la dificultad de expresar emociones, la impulsividad, la negación y la proyección, hacen de estos tratamientos una tarea realmente difícil, que puede llegar a ser emocionalmente agotadora para el profesional. Concluyen planteando que, los profesionales de drogodependencias muestran peores indicadores de calidad de vida profesional que el resto de trabajadores de la salud.

En referencia a los Agentes Comunitarios de Salud, que trabajan con problemáticas de situación de calle y en la prevención de la drogadependencia, muchas veces reciben poca capacitación para desarrollar su labor y un pobre acompañamiento por parte de la dirección, por lo que están expuestos a altos niveles de estrés. Ésto aumenta el riesgo de sufrir enfermedades por el trabajo. Se observa, en estos trabajos, una falta de medios y recursos para llevar a cabo la tarea, lo que provoca la sensación de impotencia y frustración, que puede promover la aparición de trastornos mentales. (Vilela et al., 2010).

Es un trabajo con una alta demanda, bajo control de riesgos para cuidador. También, presentan bajo apoyo social, presentándose como un factor de riesgo para las enfermedades mentales del agente comunitario, sobre todo luego de los primeros 5 años de trabajo (Ramalho de Farias, Jackson Coelho, Jacques & Cavalcante, 2015).

En este mismo sentido, desde el rol del trabajador social, indispensable en la vinculación con las familias de origen, o su participación en la reinserción de los pacientes al ámbito familiar, laboral o educacional, también se registran altos niveles de estrés sostenido. Toda esta labor, en la que se intenta abordar esta problemática en la complejidad del contexto, y en el marco de los derechos humanos, se vuelve una labor altamente compleja. La población se caracteriza por ser parte de familias de bajos y/o escasos recursos, en situación

de vulnerabilidad y precariedad, en ocasiones, cuentan con la figura de un curador quien los representa. En general a la hora de la externación, es complejo pensar ese proceso, ya se dificulta el ordenamiento y sostenimiento en la vida social fuera de la internación. En general se debe a cuestiones económicas y el escaso apoyo familiar, presentando un alto índice de recaídas y poco sostenimiento de los logros alcanzados. (Papa, 2016). Todas estas características del trabajo social, generan altas exigencias y resultados relativos, generando altos índices de frustración.

Un trabajo complejo, que como ya se ha planteado, aumentan las probabilidades de generar desgaste laboral, y por ende de contraer el Síndrome de Burnout. Silva (2014) se refiere a estas dificultades que afronta el trabajador de la salud y afirma que en la esfera del trabajo con “los chicos de la Calle”, las exigencias y los obstáculos más comunes son:

- La inestabilidad de los programas y organizaciones de protección y restitución de derechos.
- La precarización laboral de los trabajadores
- La escasez de recursos económicos, de personal e institucionales que limitan las estrategias y el desgaste que ello genera en los agentes que las llevan adelante.
- La dificultad de estos chicos para encontrar sentido a su existencia, producto de las condiciones de inestabilidad y marginalidad, pueden llevar al cuidador al riesgo de generar isomorfismos, tiñendo su mirada colocada en el déficit, y por lo tanto la sensación de carencia de sentido en sus acciones.

En conclusión, el trabajo con poblaciones en situación de vulnerabilidad social, requieren de un esfuerzo y una exigencia para el cuidador, que puede culminar en ocasiones, en estados de frustración, desesperanza, pérdida del sentido, que agotarán sus fuerzas con el riesgo de abandonar sus tareas.

El tiempo que debe invertir el agente de salud en este tipo de trabajos es alto, por la demanda de los pacientes y sus familias, y generalmente excede el encuentro en los espacios terapéuticos. Con respecto al tiempo de trabajo y la salud, puede tener un efecto adverso sobre la salud física del trabajador, así como sobre la salud mental (Sparks, Cooper, Fried, & Shirom, 1997; Spurgeon, Harrington, & Cooper, 1997; van der Hulst, 2003). Un concepto relacionado es el de "pobreza de tiempo" (Vickery, 1977), es decir, una situación que se caracteriza por no tener suficiente tiempo para participar en actividades de ocio, educativas o en actividades que mejoran su bienestar psicológico (Kalenkoski, Hamrick, & Andrews, 2010).

Además del tiempo, los seis factores que más sobresalen en relación a la carga laboral son: presión en el trabajo, carga mental, carga emocional, falta de autonomía, falta de apoyo social de los compañeros y pobre apoyo social de los superiores (Zoer, Ruitenburg, Botje, Frings, Dresen y Sluiter, 2011). Por otro lado, desde el modelo de desequilibrio esfuerzo - recompensa (Siegrist, 1995), se presenta una pobre esperanza del retorno. Las expectativas de los trabajadores, de que el esfuerzo invertido retorne en igual magnitud, son sumamente frustrantes debido a las características del ámbito de trabajo. (Sánchez, 2016)

En referencia a estos aspectos del desgaste laboral, es muy común la falta de tiempo, por las exigencias de trabajar con síntomas que implican un riesgo de vida, la demanda del paciente y sus familias. Los altos índices de recaída y las características anteriormente enumeradas en este trabajo, hacen que el porcentaje de desgaste laboral sea alto, teniendo que encontrar herramientas para que estos profesionales puedan cambiar de actitud (De las Cuevas, 2003), afrontar la tensión emocional, la frustración y en ocasiones el pobre apoyo de sus superiores, o de las instituciones en las que se desarrollan.

La vulnerabilidad, la presencia de altos niveles de SB y el mal uso de mecanismos de afrontamiento, aumenta la probabilidad de aparición del Síndrome. (Blandin, 2005). Por lo

que se hace necesario, encontrar factores protectores ante el SB por el trabajo, preocuparse más por la baja calidad de vida laboral que ofrecen las instituciones y considerar los aspectos de bienestar y salud laboral como altamente importantes. Entendiendo que, una calidad laboral deficitaria y el estado de salud física y mental deteriorado en los profesionales, conlleva también a repercusiones negativas sobre la organización y la eficiencia terapéutica de las mismas (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

Ante estas evidencias, se resalta la necesidad de indagar en posibles elementos que puedan contribuir a la prevención de estos síndromes de desgaste profesional, y poder establecer relaciones entre estrés en el trabajo y los estilos de afrontamiento asertivos o disfuncionales. Así, resulta necesario investigar en la función que ocupa la espiritualidad, encontrando correlaciones que evidencien a ésta como un mecanismo de afrontamiento asertivo ante el desgaste laboral.

En el próximo capítulo se abordará la espiritualidad, como posible mecanismo de afrontamiento del estrés, en un intento de aportar diferentes herramientas que puedan ayudar a los profesionales de la salud. Se desarrollará previamente el concepto, para luego proponer pensarlo, como un factor protector de la salud psíquica y el afrontamiento del estrés laboral.

Capítulo 3

La Espiritualidad

La espiritualidad es un concepto, que siempre ha despertado interés para el hombre. Ha tomado diferentes formas y ha sido representado con diferentes símbolos, pero siempre formó parte de la búsqueda de respuestas para el hombre. Es patrimonio de la humanidad, es universal, aunque en las diferentes regiones se ha simbolizado de maneras diversas. En algunas épocas fue representado en forma de “Tótem” o figura que representaba la relación entre el hombre y el animal, encarnando el vínculo entre el ser humano y la naturaleza, en otras se lo ha vinculado con deidades o religiones específicas. (Gutiérrez, 2007).

El concepto de espiritualidad fue cambiando en las diferentes épocas históricas, adoptando distintas definiciones, pero siempre llamó la atención del hombre y acompañó la historia de la humanidad de alguna manera.

Etimológicamente, la palabra espiritualidad surge en Occidente con el cristianismo a inicios del primer milenio. Su origen en latín es *espiritualitas* que proviene del sustantivo *spiritual* (espíritu) etéreo, no material. (Príncipe, 1983). Inicialmente fue relacionada con la práctica de una religión, un concepto que por largo tiempo fue patrimonio de la teología, pero en la actualidad gana terreno en el campo de la medicina y la psicología. Es considerada una dimensión importante del ser, entendiendo que su estudio se hace cada día más importante.

Si bien en la historia este concepto fue tomando matices diferentes, en estos últimos años se verá cómo ciertos autores fueron otorgándole mayor envergadura en el campo de la salud, y sobre todo en el campo de la prevención y la promoción del bienestar psicológico.

Se hace necesario hacer un recorrido histórico acerca de este concepto, para lograr arribar a la conceptualización actual, y así poder plantear los beneficios en el campo de la salud mental específicamente, y su relación con un concepto de Resiliencia.

3.1.1 Historia y Definición del Concepto de Espiritualidad

Desde la prehistoria, la espiritualidad es un concepto que se ha comprendido de diferentes maneras. Ciertos autores refieren que el comportamiento religioso habría aparecido durante el período Paleolítico (30 mil años atrás); pero los rituales de duelo, se habrían desarrollado en el período del Medio Paleolítico (cerca de 300 mil años atrás), coincidiendo con la aparición del Homo Neanderthalensis y el Homo Sapiens. Suponen que el comportamiento religioso, podría haber sido una combinación de rituales, mitología, pensamiento mágico y animismo (Leroi-Gourhan & Michelson, 1986). Otros, consideran que las primeras apariciones de experiencias religiosas o espirituales datan de mucho tiempo atrás, es decir, en el período del Bajo Paleolítico (cerca de más de 300 mil años), junto a la presencia de los pre-Homo Sapiens (Harrod, 2011), sosteniéndose en los hallazgos relacionados con la creación de “tótems”, con diferentes representaciones (hombre-animal, hombre-vegetal o elementos inanimados). Éstos, a su vez, también rendían culto hacia los ancestros y a la creencia en la que los hombres se reencarnaban en animales u otros seres animados en sus próximas vidas (Gutiérrez, 2007).

Asimismo, la existencia de los “chamanes”, en las culturas precolombinas o los “machis” en la cultura mapuche, considerados intermediarios entre el mundo material y el sobrenatural o espiritual, basados en la creencia de que todas las cosas (vivas o no) poseen un

espíritu sobrenatural que las anima o habita. Con relación a la cultura mapuche, en la zona patagónica de la Argentina y zona central de Chile, el “machi” era el encargado de la curación natural. Era considerado un ser humano especial, con capacidades de comunicación con los espíritus creadores y los “ngen” o espíritus protectores. Harrod (2010) afirma que la conciencia espiritual ha evolucionado junto al desarrollo cerebral en la evolución del hombre, sobre todo en las zonas relacionadas con el lenguaje y el pensamiento simbólico, generando cambios a lo largo de la historia en la manera de conceptualizar la espiritualidad (Okutsu, 2012).

Es así, que uso del concepto de espiritualidad surge a comienzos del primer milenio en el occidente cristiano. Espiritualidad y teología formaban una unidad. La espiritualidad fue concebida para esa época como sinónimo de “religión” y ligada directamente a ritos y rituales compartidos, a reglas y dogmas. Indicaba la realidad y la actividad que no provenía de la naturaleza, sino de la gracia del Espíritu Santo. A fines del siglo XII y durante el XIII, la Iglesia Católica adquirió un carácter más científico. La Teología se dividió en tres ramas: Dogmática, Moral y Espiritual. Por el siglo XX, se incluyeron las escuelas espirituales y dentro del campo de la psicología de la religión, se comenzó el abordaje científico del comportamiento espiritual-religioso (Okutsu, 2012).

Pero, espiritualidad y religión necesariamente no son sinónimos y sus caminos en la historia se distanciaron, siendo definidos individualmente y diferenciándose en su sentido y en la función o el lugar que tienen para el hombre.

La dimensión espiritual, fue un constructo escasamente abordado durante algunos años. Cuando en el siglo XVII, se inicia la separación entre la idea de cuerpo y alma como parte de la misma unidad, dejan el concepto de espiritualidad a disciplinas como la teología o la filosofía. Esta época fue caracterizada por una visión mecanicista de la ciencia, que Galileo había enunciado y que Descartes asumió como aplicable a los seres vivientes. Esta visión,

inauguró un paradigma biologicista, racional y positivo. En ese contexto, la idea de espiritualidad quedó confinada al campo de la teología, ya que predominaba el criterio de evidencia y la búsqueda de una realidad objetiva.

Sin embargo, existe un resurgimiento de la espiritualidad, muy posiblemente debido a la crisis económica, política, cultural y social por la que se atraviesa a nivel mundial, generando transformaciones en la mirada y en los paradigmas de pensamiento (Boff & Betto, 2002; Mardones, 1999; Salomon, 2003; Tacey, 2004; Universidad Bolivariana, 2004; Yetzen, 2004). El sociólogo y teólogo Mardones (1999), afirma que estas transformaciones sociales, resaltan una sociedad marcada por la incertidumbre, la inseguridad, la desesperanza y la impotencia. Esto tal vez, ha impulsado a la sociedad a buscar respuestas encontrando en la espiritualidad, una dimensión que otorga sentido y significado a las experiencias y ofrece alivio a la incertidumbre (Marinez, 2012).

En las últimas décadas, son cada vez más los estudios académicos que se han interesado en su abordaje. En el ámbito de la salud, este concepto ha ido ganando protagonismo y las investigaciones que la vinculan con la salud y la resiliencia son cada vez más. Dentro de los avances se destaca el intento por definir este concepto, que pueda hacer más viable su utilización en el campo de la psicología. Se han identificado cuatro acepciones de esta noción (Goris, 2013) y (Sessana, 2007):

1. La espiritualidad como sistema religioso de creencias y valores (espiritualidad = religión).
2. La espiritualidad en el sentido de la vida, propósito y conexión con los demás.
3. La espiritualidad como sistemas de valores y creencias no religiosas.
4. La espiritualidad como un fenómeno metafísico o trascendente.

En el caso de la espiritualidad entendida como una creencia religiosa, está relegada a la práctica de una religión específica, contenida dentro de ciertos dogmas y creencias. En su segunda acepción, se relaciona con la conexión con los otros, el significado de la vida, preguntas relacionadas con el propósito de la vida de cada uno, con la búsqueda personal, en la que no hay dogmas, ni rituales generales.

Como sistema de valores, se refiere a la moral propia, el esquema de valores y creencias que será una construcción personal. Y finalmente, como fenómeno metafísico o trascendente, son creencias relacionadas con la trascendencia, la experiencia inmaterial, la conexión existencial o sobrenatural, lo que trasciende a lo material.

En relación con la espiritualidad como sistema de valores, se haya la clasificación de fortalezas y virtudes humanas de Peterson y Seligman (2004), quienes consideran a la espiritualidad como una fortaleza del carácter. Éstos, conciben la espiritualidad o la religiosidad como un conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente de la vida; la creencia de un propósito y significado último del universo y del propio lugar en él. Estas creencias son estables y brindan información acerca de las atribuciones que realizan las personas, y las formas en que se interrelacionan con otros.

Coincidentemente, Nava (2005) afirma que la espiritualidad no se restringe a la experiencia religiosa, es la experiencia directa de lo trascendente. También la espiritualidad trasciende al aparato psíquico, pueden cambiar las emociones y pensamientos, pero la esencia es permanente. La espiritualidad es universalidad, no es personal ya que la persona solo es la máscara es el Ego.

Por lo tanto, la espiritualidad sería un sistema de creencias, que involucra una búsqueda personal de significado y propósito, que abarca una conciencia de conexión y relación con los demás y es auto-trascendente.

Desde un enfoque de la espiritualidad en relación al sentido de la vida, es un sujeto conectado con sí mismo y con los demás, en sintonía con el contexto que lo rodea. Se podría considerar como un sujeto abierto a adaptarse a su entorno, sin perder su sintonía personal, su diálogo interno. La manera en que un ser humano encuentra significado, esperanza y paz interior. (Delgado, 2005).

Es entonces, la experiencia única de los individuos que influencia su pensamiento y sus percepciones acerca de la salud, la familia y la vida; se refiere a las creencias acerca del significado de la vida, que puede encontrarse a través de la relación con el yo interno y las relaciones armoniosas con las otras personas y con la naturaleza.

La Espiritualidad da sentido a la vida y puede ser un recurso de afrontamiento importante que permite a las personas con enfermedades crónicas, manejar tal condición. Desde el campo de la enfermería han observado, cómo aquellas personas con un sentido de trascendencia o una capacidad espiritual desarrollada, pueden afrontar mejores situaciones como la enfermedad o la muerte. Por otro lado, también sus cuidadores, en la medida que tienen desarrollada esta capacidad, tendrán mayores capacidades para acompañar estos procesos, poder superarlo y ayudar el paciente a hacerlo. (Parsian, 2009).

Díaz Heredia, (2012), también sostiene que la espiritualidad es un concepto complejo, que puede ser abordado desde diferentes puntos de vista, que excede a la religiosidad.

Por lo tanto, es un término amplio que involucra múltiples significados; uno de éstos es el relacionado con la experiencia personal con lo trascendental y sacro; es el esfuerzo del individuo para construir el significado personal en un contexto específico. Considera la auto trascendencia como parte del concepto de espiritualidad.

Así, por su parte, la trascendencia es la capacidad interior de conocimiento y fortaleza de sí mismo, que está presente siempre en toda persona y es considerada una potencialidad. Este concepto, es la base teórica de la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1986); es decir, el

objeto es medir la capacidad referida a la búsqueda personal de significado y propósito, que abarca una conciencia de conexión, relación con los demás y que es auto-trascendente.

En tanto, la espiritualidad sería una variable moderadora y amortiguadora frente a eventos traumáticos de la vida, como ser el hecho de padecer una enfermedad, y puede promover el bienestar psicológico.

De igual modo, la trascendencia se considera como la capacidad de transformar las condiciones de vida de un ser humano, o de una comunidad. Es la aptitud que tienen los sujetos de trascender sus posibilidades vitales; es decir, de rebasar los límites de su acción individual, de sus intereses egoístas para volverlos colectivos, crear nuevos modos de impactar en su entorno, pensando en un bienestar común.

Es la facultad de transformación de condiciones de vidas individuales o colectivas, López Pulgarín cuestiona afirmando que: “En el escenario de la modernidad, el tiempo se construye como un recurso asociado a la idea de “planear” la trayectoria vital de manera consciente y programática, con el ánimo de mejorar las condiciones de existencia. Desde el punto de vista sociológico, la noción proyecto de vida es un producto de las sociedades modernas” (López Pulgarín, 2015, p. 183).

Si bien se reconoce la necesidad del hombre de planear e intentar controlar el devenir de su vida, se entiende que los sujetos trascendentes, son seres humanos que han sido capaces de superar condiciones y situaciones adversas. Personas capaces de no visualizarse a sí mismas como víctimas, sino como personas exitosas, que han sido capaces de recuperarse ante la adversidad en diferentes momentos de su vida, no como una forma de control, sino con un objetivo más elevado, el crecimiento y la auto superación. Esto se relaciona con ciertas características propias de la personalidad.

Se halla una relación entre la Autotrascendencia y la estructura de personalidad. García (2005), indagó en la estructura factorial del modelo de Cattell, quien a través del

cuestionario 16PF, comparó los resultados con otros enfoques teóricos de la personalidad, como el modelo de Eysenck y de Cloninger. En el Modelo de personalidad de Catell, de cinco factores, “Apertura a la experiencia”, comparte características con la sub-dimensión Auto-trascendencia de Cloninger (1994), en cuanto a creatividad e inspiración artística. Mientras que “Autocontrol”, lo hace con los aspectos de moralidad y construcción de metas en la vida. Este último concepto, se relaciona directamente con el concepto de proyecto de vida.

Resulta interesante observar, cómo en todas las escalas de personalidad está presente el componente que Cloninger (1994) define como Auto-Trascendencia (ST), es decir, como una sub-dimensión de los rasgos de carácter, mediada por procesos cerebrales complejos, determinados por subsistemas subcorticales, sobre todo en el lóbulo frontal. Estos rasgos de carácter, están influenciados por la educación y el entorno sociocultural, mientras que los rasgos del temperamento son netamente psicobiológicos. Tanto proyecto de vida, como auto trascendencia, son una parte de los rasgos de personalidad de un sujeto, que podrán estar presentes en diferentes intensidades, y se pueden medir cuantitativamente a través de estas escalas de personalidad.

La Logoterapia, conocida como un Sistema de Psicoterapia Existencial, con un enfoque tridimensional (Cuerpo-Mente-Espíritu), también conceptualiza lo “espiritual” sin connotación religiosa, refiriendo que lo “espiritual” es lo que hay de humano en el hombre (Frankl, 2001). Plantea que el ser humano cuando se centra en su núcleo existencial, se individualiza e integra lo somático, lo psíquico y lo espiritual, logrando así un sentido de unidad. El logro de un proyecto de vida, dota de sentido su existencia. Es lo que le permite al hombre trascender a lo inmediato, las circunstancias, y la adversidad.

Frankl, influenciado por antecedentes como Max Scheler, introdujo conceptos como Inconsciente Espiritual, Auto trascendencia (Capacidad de salir de uno mismo), búsqueda de sentido y proyecto de vida, y Auto-distanciamiento (Capacidad de oposición del espíritu). Se

conceptualiza el ser del hombre como “un ser en la vida y mediante la vida”, (Heidegger,1921/1922); es un ser ahí (el Dasein), un ser en el mundo en busca de su sentido. El hombre es siendo, decidiendo, enfrentando las crisis de la vida: la angustia, el sufrimiento, el azar y la muerte. No es evitando, más bien pudiendo lidiar con los conflictos, que el ser se fortalece, crece y avanza (Yarom, 1993).

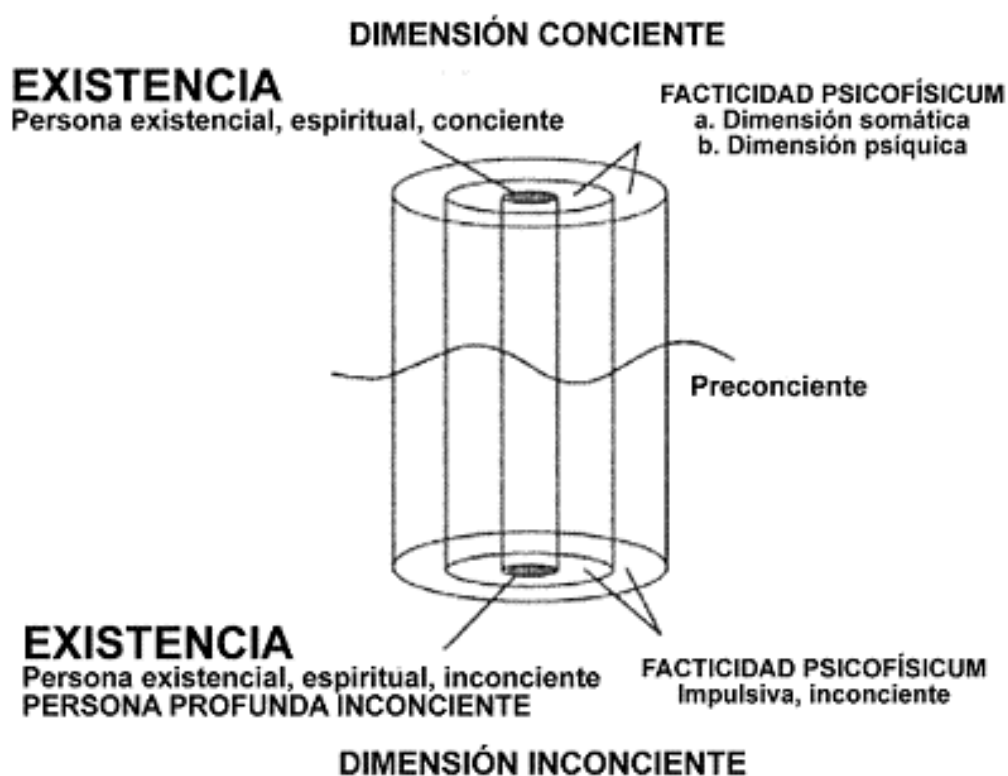


Figura 4: El enfoque tridimensional de la Psicoterapia Existencial (Cuerpo-Mente-Espíritu)
Fuente: <http://logoterapiahoy.com/logoterapia.htm>

Evidencia la necesidad de una comprensión tridimensional de la realidad humana, en la que la dimensión espiritual, la dimensión Noética de la persona, es la fuerza que moviliza. Los pilares de este Inconsciente Espiritual, son la libertad de voluntad, de sentido y de sentido de la vida o proyecto de vida. Se entiende que la dimensión espiritual, es la fuerza que moviliza. Los pilares de este Inconsciente Espiritual, son la libertad de voluntad, de sentido y de sentido de la vida o proyecto de vida.

Es el Überwelt (la dimensión espiritual, el misterio), este es inconsciente en el sentido de que no es posible acceder. Se podría relacionar con el concepto de unidad, de totalidad, coincidiendo con la postura de Bateson (1994), cuando postula el concepto de Unidad Sagrada. Es el Supra sentido, eso a lo que el hombre no accede desde su comprensión, ya que es parte del orden de lo misterioso, de lo inmensurable como también ha planteado la filosofía Vedanta en su época.

Otra coincidencia con las propuestas de Bateson, es uno de los antecedentes de la Logoterapia que influenciaron a Frankl, Buber, quien refería que la vida esta inextricablemente unida a la injusticia, especialmente la vida en comunidad. Frente a esta realidad el ser humano debe distinguir entre la cantidad mínima de maldad que necesita para sobrevivir y el máximo bien que debe llevar a cabo con el fin de mantener su humanidad. Un concepto que se relaciona directamente con la unidad sagrada, en la que se integra lo sacro y lo impuro. En la Psicología Existencial y en la Logoterapia parece haber algunas coincidencias con ciertos autores representantes de la Psicología Sistémica, como Satir y Bateson.

Así, desde la psicología sistémica, Virginia Satir (1987, p 298) refiere que la espiritualidad es una fuerza que nos trasciende: *“es una fuerza de la que provienen todos los seres vivos, y en la que el hombre no ha tenido incidencia”*. Es lo que trasciende a la existencia humana, pero que nos liga, nos mantiene conectados.

También, Cloe Madanes (1997, p: 207) resalta un área importante en la psicoterapia, la ética y la espiritualidad, otorgándole un papel fundamental a la ética y la moralidad en el trabajo con familias. Incorpora metáforas que incluyan el trabajo en la compasión y la emocionalidad. (Morera & Fernández, 2016):

“La terapia es el arte de encontrar el ángel de la esperanza en medio del terror, la desesperación y la locura” (Madianes, 1997, p. 13).

En resumen, espiritualidad y auto trascendencia son fortalezas que pueden estar presentes en diferentes intensidades en cada sujeto, parte de su carácter, estando en relación directa con la cultura, con el contexto y el entorno familiar al que se pertenece. La misma, se verá canalizada a través de diferentes expresiones, la creatividad, el arte o la conexión con la naturaleza; el bien común, la compasión, el sentido del humor, o con la conexión con los valores y principios personales, logrando coherencia interna.

Es en este sentido, es que la espiritualidad no puede ser monopolizada por ninguna religión, sino que se trata de algo propio de los humanos. Cuando un sujeto logra conectarse con su espiritualidad, se enriquece su visión del mundo, lograr una visión sistémica, ecológica de los demás, de su misión, de los obstáculos de la vida, logrando congruencia, fuerza y sentido a sus acciones.

En otras palabras, es un tipo de pensamiento que concibe que el espíritu o mente, están en relación directa con el cuerpo, no se pueden separar, son una unidad. “la epistemología es un asunto de relaciones” (Bateson & Bateson, P.13, 1994). Un modo de pensamiento que ve las interacciones entre los elementos de este mundo, entendiendo que sólo somos la parte de una todo. Siempre intrigados por esa “pauta” que une al mundo de lo viviente, incluyendo al ser humano. Siempre inspirados por entender “el misterio” de eso que llamamos mente, o en tal caso espíritu. “Ese saber más amplio, que es el cemento que mantiene unido el mundo biológico total en el que vivimos y en el que tenemos nuestro ser” (Bateson, p. 19, 1991).

Ser conscientes de la relación entre Mente y Naturaleza, es la Unidad Sagrada: “ser consciente de la naturaleza de lo Sagrado o de la naturaleza de la belleza...” (Bateson, 1991, p 21).

Para Bateson, ésto es haber podido entrar en el corazón de la epistemología, como expresó al respecto, un hombre capaz de poder ver las relaciones, una epistemología ecologista, o una Ecología de la Mente, en la que lo sagrado será ese todo, esa Unidad

Sagrada a la que la parte, el hombre la parte, no puede acceder, porque pertenece al orden de lo Misterioso.

En conclusión, la espiritualidad es un camino de búsqueda, el intento de entendimiento de esa pauta que liga el todo, entendiendo que se camina en el sendero de lo misterioso, de secuencias divergentes, del caos al que nunca se va a poder lograr acceder totalmente. Pero sí se podrá ampliar la capacidad del ser, la capacidad de mantenerse conectado pudiendo observar las relaciones, pudiendo integrar las diferentes partes o dimensiones del ser. “Unificar, y por tanto, santificar” (Bateson, 1991 p. 24).

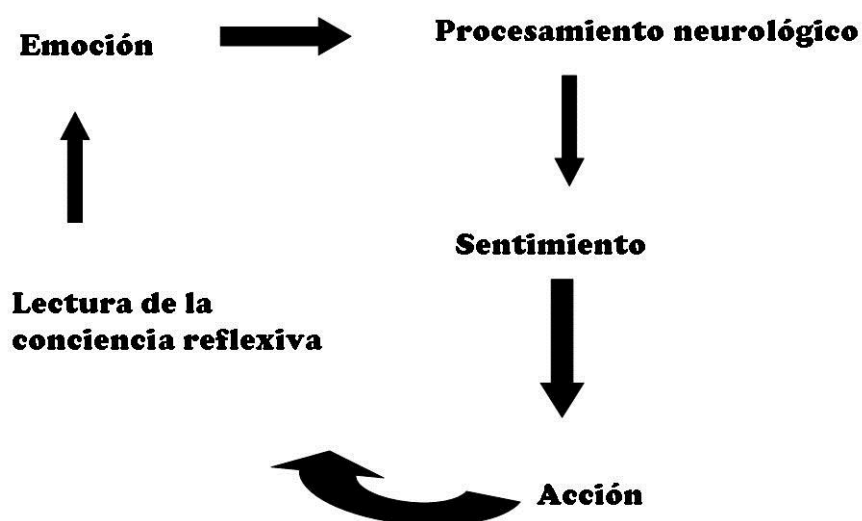
En base a estas definiciones, se procederá a proponer la espiritualidad como un camino de búsqueda, como una potencialidad, como una capacidad que le otorga fortaleza al hombre. Le permite trascender a sus condiciones de vida, pudiendo enfrentar dificultades, pérdidas, adversidad, y poder salir fortalecido enriquecido de estas crisis vitales. Se identifica la espiritualidad como un factor protector ante el estrés, la tensión emocional, las dolencias físicas o psíquicas. Pero previo a ello, se profundizará acerca de los aportes de las neurociencias en relación a este concepto, para poder encontrar mayores sustentos en la relación entre espíritu, cuerpo.

3.1.2 Espiritualidad y Neurociencias

La neurociencia implica el estudio de diferentes niveles, desde las moléculas hasta los organismos y su interacción con el medio. Desde un enfoque multidisciplinario, estudia e investiga al ser humano, buscando procedimientos válidos para la terapéutica de diferentes disfunciones.

Entiende al cerebro, como la interrelación de millones de neuronas que interactúan y que se comunican entre sí, formando un sistema colectivo. Al mismo tiempo, este sistema

colectivo responde a la interacción con el entorno, formando redes neuronales dinámicas, que se reflejan en la conciencia reflexiva y la creatividad. En este sentido, el sentimiento (feeling), por ejemplo, es la lectura que el cerebro hace de la emoción, a través de la conciencia reflexiva:



Estos niveles, se repiten en todas las actividades mentales que procesa el cerebro. La conciencia reflexiva, o la conciencia de sí, es la capacidad que el hombre tiene de leer su mente, de tomar conciencia de lo que siente, piensa y de lo que se quiere realizar, enfocando la atención a dichos objetivos.

Esta capacidad de conocerse a sí mismo, brinda la posibilidad en la interacción social, de poder conocer lo que sienten o piensan los demás por inferencia, generando la conciencia moral y empatía. En el caso de los profesionales de la salud, esta conciencia moral es la base para la Ética Biomédica, pudiendo ponerse en el lugar del paciente, intentando suponer qué es lo que siente o piensa, en resumen, ser empático. (Zeihher, 2003).

El conjunto de redes o circuitos neuronales es lo que permite el nivel cognitivo, el procesamiento de cantidad de información, actuando sobre la salida psicológica o motora del individuo, así como en la lectura que el mismo hace de pensamientos, acciones y sentimientos, gracias a la consciencia reflexiva, que producirá nuevas reacciones neurofisiológicas.

En este sentido, se abre la pregunta acerca del papel de la espiritualidad a nivel cerebral, de qué manera la consciencia reflexiva procesa la idea de trascendencia; evidentemente sentimientos y pensamientos más complejos, más elaborados, pero que el cerebro también es responsable de procesar.

Partiendo de la afirmación de que tanto la espiritualidad, como la religión, se refieren a las creencias o prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendental, no material de la vida, Koenig (2011) afirma que estas creencias tiñen las atribuciones, las percepciones y los significados influyendo en la manera que el hombre se relaciona con los otros y con su entorno.

Se postula la “sed espiritual” como un sistema de búsqueda, un anhelo/deseo/inquietud, que está vinculado a la actividad de un neurotransmisor, la Dopamina (DA). En este sentido el Neurofisiólogo Panskepp (1998), advierte que: “Los deseos del corazón humano son infinitos. Es absurdo atribuirlos todos a un sistema cerebral único. Pero todos ellos llegan a un punto muerto de ciertos sistemas cerebrales, tales como el circuito de la dopamina (DA)... Estos circuitos parecen ser los principales contribuyentes a nuestros sentimientos de compromiso y entusiasmo... también cuando perseguimos los intereses cognitivos que dan significados existenciales positivos a nuestra vida... buscando cimas espirituales y perspectivas filosóficas.” (Panskepp, 1998, p.144).

Este sistema Dopaminérgico, es considerado el motor de la motivación. Este sistema, impulsa la búsqueda de sensaciones, de satisfacción, de curiosidad y de placer. Pero también, es responsable de otras operaciones más complejas:

“En presencia de una corteza cerebral lo suficientemente compleja, se presenta la búsqueda de mayor significado en la vida” denominado el Sistema de Búsqueda o Seeking System (Alarcón, Huber y Panskepp, p. 145, 2007).

Pareciera ser que el mismo circuito de recompensa involucrado, por ejemplo, en las adicciones, es el responsable de la búsqueda de sentido en la vida, en la búsqueda del proyecto de vida, de la trascendencia y en conclusión, de la espiritualidad en el hombre. Por lo que se podría especular, que si una persona pudiera reencaminar su camino de búsqueda en la dimensión espiritual, podría saciar su sed, su anhelo. Que el hombre que no pueda encontrar sentido a su existencia queda esclavo de sus anhelos sin posibilidad de saciarlos.

El Seeking System o sistema de búsqueda, es una excitación psíquica, parecida al sentimiento de búsqueda de recompensa, que comprende también la sed de conocimiento. Inicialmente, este sistema de búsqueda, aparentemente se experimenta sin contenido cognitivo. Es decir, el deseo o anhelo se experimenta sin un fin determinado.

Poco a poco, este circuito cerebral desarrolla conexiones de mayor complejidad, participando así en la creación de ideas y creencias más abstractas (Granqvist, 2006b; McNamara, Durso, Brown & Harris, 2006; Ostow, 2007). Se destaca entonces, la función de la Dopamina en el desarrollo de la espiritualidad:

“Efectivamente, la capacidad de creer en lo espiritual puede depender de la cantidad de dopamina que es depositada en los lóbulos frontales; los niveles bajos de dopamina pueden crear un sesgo hacia el escepticismo y la falta de fe. Por otro lado, niveles muy altos de dopamina pueden crear un sesgo a tener creencias en lo paranormal” (Newberg & Waldman, 2009; p.56).

Harrod (2010) afirma que la conciencia espiritual evolucionó junto con el desarrollo cerebral, sobre todo en las zonas relacionadas con el lenguaje y el pensamiento simbólico. Para algunos autores, la teología doctrinal y las creencias son procesadas en el hemisferio izquierdo del cerebro (Joy, 1967). La espiritualidad (Alper, 2009) sería una capacidad filogenética, que permite no sólo la adaptación sino la supervivencia de la especie humana. Se consideran los efectos positivos en el sistema nervioso central, similares en las personas que practican meditación (Giuffre & Foy Di Geronimo, 1999), entendiendo que la espiritualidad, es benéfica para el funcionamiento cerebral, ya que lo fortalece y lo regula (Okutsu, 2012).

También, desde el campo de la neurociencia, Fayard (2013) desarrolla un ensayo, en el que resume las investigaciones realizadas en este campo y plantea que la fe o las creencias religiosas, están conectadas con circuitos cerebrales en aquellos sujetos que le confieren atribuciones de sentido a la idea de Dios. Refiere que algunos investigadores (Harris, Sheth, & Cohen, 2007) coinciden en que la pre corteza ventromedial, se activa en los sujetos cuando se les realizan preguntas relacionadas con sus creencias religiosas (Harris et al., 2009), y que la activación cerebral involucrada en las creencias religiosas coincide con aquéllas relacionadas con la Teoría-de-Mente, mientras que cuando se los cuestiona acerca de algo ordinario, la activación descansa primariamente en circuitos de la memoria.

Las tareas cognitivas relacionadas con la activación de Teoría de la Mente incluyen: el razonamiento social sutil, el análisis de la percepción de engaño (asociado con la corteza prefrontal medial); las atribuciones cognitivas, metas y resultados (corteza prefrontal dorsolateral); la representación de las acciones y metas posibles de otras personas (región frontal inferior) y la empatía o decodificación de los estados mentales del otro (corteza orbitomedial prefrontal derecha). Así también, la organización de la experiencia somato sensorial conectada a acciones, objetivos e intenciones percibidos en las otras personas (lóbulos parietales, corteza somatosensorial y cerebelo). (Fayard, p. 27 y 28, 2013).

La Teoría-de-Mente (Theory-of-Mind), es entendida como la capacidad de entender las creencias, deseos e intenciones de otros individuos tanto como las de uno mismo (Premack & Woodruff, 1978). Esta teoría, estudia el puente que vincula las experiencias internas con experiencias externas, como resonancia, sintonía emocional y empatía, las cuales activan regiones del cerebro a lo largo del surco temporal superior, cíngulo anterior, la amígdala y la corteza motora y el sistema nervioso autónomo (Gallese *et al.*, 2004; Legrand & Iacoboni, 2007).

Por último, y en relación a las prácticas posibles de la espiritualidad y su relación con el funcionamiento del sistema nervioso, Benson (2007) de la Universidad de Harvard, halló que las personas que practican meditación o la oración en forma periódica, tienen ciertos beneficios para su cuerpo como: menor presión arterial, disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria, comprobado a través de dosajes de epinefrina. Utilizaron tecnología como el SPET (tomografía por resonancia de positrones) para monitorear la actividad cerebral, en aquellas personas entrenadas en técnicas de meditación y demostraron que la meditación o la oración son herramientas fundamentales para el control del estrés y sus consecuencias orgánicas.

Estas prácticas aumentan la capacidad de afrontamiento ante situaciones de estrés, desarrollando capacidades de resistencia y resiliencia para el organismo, y benefician la tarea de adaptarse al entorno y superar las dificultades que le presenta la vida misma.

Estudios realizados en relación a la neurobiología de la resiliencia, encuentran que el cortisol es una sustancia poco favorable para el desarrollo de la resiliencia, mientras que la Testosterona, favorece la cognición y el pensamiento asertivo. Sin embargo, se observó que sujetos con bajas situaciones de estrés, tenían menor tasa de testosterona, presentando un menor pensamiento creativo o pensamiento lateral o de búsqueda de soluciones. Por lo que

parece ser que el poder enfrentar situaciones de estrés, garantiza un elevado nivel de testosterona y aumento del pensamiento creativo o pensamiento lateral (Guala, 2005).

En relación a las prácticas relacionadas con la espiritualidad y el logro en el manejo del estrés, existe una nueva disciplina de las neurociencias, llamada Neuroteología, que busca interpretar el cerebro en relación con fenómenos espirituales (Biello, 2007). Hay diversos investigadores interesados por esta temática,: Jordan Grafman del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, Orrin Devinsky (2008), Medical Center de Nueva York y Jonhstone (2008), neurólogo de la Universidad de Missouri en Estados Unidos.

Johnstone (2008) realizó un estudio en el que se vinculó la trascendencia espiritual con una reducción del funcionamiento del lóbulo parietal derecho del cerebro, llegando a la conclusión de que están vinculados a una baja actividad en el lóbulo frontal: “Hemos descubierto una base neuropsicológica de la espiritualidad” (Silva, p, 20, 2015).

En otro estudio sobre el concepto de “neuronas divinas” en la corteza parietal, científicos de la Universidad de Udine (Italia) investigaron los sentimientos de auto-trascendencia y espiritualidad en pacientes con tumores cerebrales. Los mismos, mostraron que los pacientes con tumores en la corteza parietal, presentaban un nivel de religiosidad superior al resto, pudiendo relacionarlo con la supuesta ubicación de la espiritualidad en el sistema nervioso (Silva, 2015).

En relación al cerebro en el momento en que un sujeto medita u ora, se encuentra que:

“Hay una amplia red de estructuras implicadas: el lóbulo frontal, que ayuda a focalizar la mente en la oración; el sistema límbico, que permite experimentar emociones poderosas; y los lóbulos parietales, involucrados en el sentido de nosotros y en su orientación en el espacio y el tiempo”. (Silva, p, 21, 2015).

También, Newberg (2009) llegó a ciertas conclusiones tras escanear cerebros de monjas rezando y de budistas meditando y encontró cambios percibidos en el cerebro en

estado de meditación: la activación de las cortezas orbitofrontal, parietal y cingulada anterior, y los núcleos caudados del estriado. Y, en relación a los neurotransmisores involucrados, también encontraron que la Dopamina está relacionada con la experiencia espiritual, el placer y el bienestar. Se postuló que algunos meditadores expertos, tienen la corteza cerebral más gruesa de lo normal, pudiendo confirmar que la espiritualidad modifica y beneficia el funcionamiento del Sistema Nervioso (Silva, 2015).

En adelante se ahondará, en la espiritualidad como un elemento que contribuye a la prevención del estrés, al bienestar psicológico, a la salud física y mental en general. Pudiendo proponer la espiritualidad, como un poderoso elemento en la prevención del estrés en general y el estrés laboral en especial.

3.2.1 Espiritualidad como Factor Protector ante el Estrés

Se ha planteado que las respuestas ante el estrés, están influenciadas por ciertas características individuales, pero es necesario comprender y describir esas diferencias tales que logran que un individuo tenga mayor resistencia al estrés, como así también mejores maneras de afrontar y resolver las situaciones problemáticas que se le presentan.

A tales fines, en adelante se hará un breve recorrido del concepto de afrontamiento del estrés, para poder entender el mecanismo de regulación del estrés y los posibles aspectos individuales que puedan contribuir a mejorar esa regulación.

3.2.2 Mecanismos de Afrontamiento del Estrés

Este concepto fue estudiado en diferentes épocas por diferentes autores; en sus inicios desde un modelo médico, luego desde la psicología del Yo, para luego abrirse paso desde la psicología cognitiva.

Hasta la fecha, diferentes modelos intentaron explicar las respuestas adaptativas de un sujeto frente a diferentes eventos críticos, con el fin de encontrar mejores mecanismos de adaptación y de resistencia al estrés. A nivel fisiológico, en los años treinta y cuarenta, se planteaban que la supervivencia dependía en general de la habilidad de poder predecir y controlar el medio ambiente con el fin de impedir, escapar de, o dominar a los agentes nocivos. Desde una mirada psicoanalítica en 1937, definían el afrontamiento como: el conjunto de pensamientos y actos reflexivos que buscan solucionar un problema y, por tanto, reducen el estrés, considerando esta habilidad, como una muestra de un Yo maduro, adulto. (Park & Folkman, 1997; Pearling & Schooler, 1978).

En esta misma línea, Lazarus y Launier (1978), definieron el afrontamiento como el esfuerzo intrapsíquico orientado a la acción, con el fin de poder dar respuesta a las demandas internas y ambientales que en determinadas ocasiones exceden los recursos personales. Ya en el año 1986, desde una mirada más cognitiva, Lazarus y Folkman (1986), definen la capacidad de afrontamiento como: los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes ante los recursos del individuo.

Asimismo, se considera que la amenaza será evaluada por el sujeto de diferente manera, según la etapa de la vida en la que se encuentre, dando lugar a distintas formas de afrontamiento. Las creencias, los valores, las normas sociales, caracterizan a las personas, brindándoles una especial capacidad de manejar situaciones o niveles de estrés, como así también aceptar o descartar aquello que sobrepasa los recursos del sujeto. Esta habilidad forma parte de los rasgos de personalidad.

Estas capacidades o mecanismos pueden dividirse en afrontamiento dirigido a la emoción y afrontamiento dirigido al problema:

- En el primero, el individuo nota que no puede hacer frente a la situación, por lo que se enfoca en un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional. Estos son: la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos. Las reevaluaciones cognitivas, son las formas de afrontamiento que buscan cambiar el significado de la situación, sin cambiarla objetivamente.
- El segundo, se dirige al problema, sobretodo en condiciones en las que el individuo evalúa que las situaciones son factibles de ser resueltas. Estas estrategias están dirigidas a la definición del problema, a la solución en función de costo-beneficio (Lazarus & Folkman, 1986).

Aguir y Muñoz (2002) hallaron que dentro de la población de profesionales de la salud, se evidencia una tendencia a utilizar estrategias emocionales como: la desconexión conductual, la búsqueda de apoyo social y de apoyo emocional en la familia, pero también, el consumo de fármacos y tabacos, o la desconexión mental como mecanismos no asertivos. Estos esfuerzos, son mecanismos para hacer frente a situaciones desbordantes, que se les presenta en la clínica todos los días. Se da una relación positiva entre salud, apoyo social y alta autoestima, por lo que se propone a ésta última, como ente amortiguador sobre los efectos negativos del estrés. (Marcías, 2013).

Estos “mecanismos de afrontamiento” o “Moderadores de la experiencia del estrés” (Torres, 1999), se refieren a las capacidades individuales de cada persona, de hacer frente a una situación altamente estresante. Estos moderadores, modifican tanto la manera en que la persona percibe, como la forma que resuelve las dificultades.

Dentro de estos recursos personales se encuentran: las características de personalidad, la capacidad de afrontamiento, la respuesta afectiva (positiva o negativa), las actitudes frente a la vida (pesimismo VS. Optimismo), la fortaleza personal “Hardiness”, el control y la

Resiliencia individual (Walsh, 1998) y su relación con la especial vulnerabilidad psicológica que cada sujeto tiene, sin dejar de tener en cuenta el apoyo o la red social.

Entendiendo que los estímulos estresores son relativos a la significación que la persona les otorga, la capacidad de afrontamiento junto con ciertas fortalezas, le darán al sujeto la posibilidad de contrarrestar o de percibir las situaciones conflictivas menos amenazantes y más fácil de resolverlas.

Otro elemento fundamental en materia de prevención del estrés, es el concepto de “Sentido de Coherencia” (SOC) (Antonovsky, 1987), este prioriza los factores adaptativos y de bienestar por sobre las vulnerabilidades y debilidades del sujeto. Los estresores en este contexto pierden relevancia, ya que se consideran omnipresentes. El SOC es un rasgo de la personalidad, es una orientación disposicional general, una habilidad para elegir el estilo de afrontamiento que mejor se ajusta a la situación.

Una persona con SOC percibe que la situación problema es inteligible, que tiene recursos para manejarla y el reto que esto supone es importante para la persona, y para su crecimiento individual. (Torres, 2001).

Con respecto a la atención del cuidador, como toda persona que está al cuidado de otra persona que presenta algún padecimiento, se evidencia que los mecanismos de afrontamiento en los psicólogos clínicos, moderan el desgaste laboral (específicamente estrés traumático secundario y depresión). De las prácticas de autocuidado por parte de los psicólogos clínicos se identifican: realizar actividades ligadas a la psicología diferentes a la psicoterapia, facilitar la espontaneidad en el trabajo, supervisar los casos, dialogar con los compañeros de trabajo, recrearse con los compañeros de trabajo, familia y amigos, practicar deporte, incluirse en actividades de crecimiento espiritual, alimentarse sanamente y trabajar en un espacio físico adecuado. (Olivares, 2007).

En efecto, el autocuidado ha sido definido por diferentes autores como: el proceso por el cual el terapeuta interviene en la prevención y tratamiento de su propia salud (Figley, 2002; Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Saakvitne & Pearlman, 1996). De este modo, el autocuidado es considerado como uno de los factores que propician los afectos positivos y los recursos físicos, intelectuales y sociales en el psicólogo clínico (Radey & Figley, 2007) y, por otro lado, como un factor de prevención del desgaste laboral en la práctica de la psicología clínica.

Para Pearlman y Saakvitne (1995), las estrategias de autocuidado de los terapeutas deben estar centradas en la construcción de “actividades sanadoras”, es decir, actividades que moderen el impacto del estrés laboral. Dentro de estas actividades se resaltan: utilizar el sentido del humor dentro del ambiente laboral (Moran, 2002) y adquirir experiencia profesional (Rosenbloom, Pratt & Pearlman, 1999), la mantención de una adecuada condición salarial (Santana & Farkas), y un espacio físico adecuado para realizar psicoterapia. (Guerra, Rodríguez, Morales & Betta; 2008).

Al mismo tiempo, se resalta el sentido del humor como un mecanismo de afrontamiento ante el estrés y la adversidad, centrado en las emociones. (Kuiper, Martin y Olinger, 1993; Kuiper, McKenzie y Belanger, 1995; Lefcourt, Davidson, Shepherd, Phillips, Prkachin y Mills, 1995). Abel (2002,) por su lado, localizó que personas con alto sentido del humor perciben menos estrés y reportan menos ansiedad, así como también poseían sentimientos de realización personal más altos Cockburn (1996). El Humor de Mejoramiento personal (HuMej) es expresado como una visión humorística de la vida y como un mecanismo para enfrentar el estrés; mientras que el Humor Afiliativo (HuAfi) sería la tendencia a compartir con otros la capacidad de hacer chistes, introduciendo lo cómico, permitiendo el mantenimiento de las relaciones interpersonales y permitiendo la evitación de conflictos (D'Anello, D'Orazio, Barreat Montero & Escalante, 2009).

En resumen, existen diferentes herramientas que favorecen la regulación individual en respuesta a acontecimientos estresantes. Son variados y en general tienen que ver con el cuidado personal, los espacios personales y el crecimiento espiritual entre otros. Es en este punto donde se ahondará en los aportes de estos últimos años en el campo de la salud, para poder plantear la espiritualidad como un factor protector en la regulación del estrés y del desgaste del cuidador.

3.2.3 Los Factores Protectores de la Espiritualidad

Uno de los factores protectores ante situaciones de tensión emocional (situaciones de estrés), planteados en estos últimos años, es la espiritualidad, entendiendo que ésta, está relacionada con la honestidad, la solidaridad, la compasión, la creatividad, la paciencia reflexiva y el proyecto de vida. Éstas, son algunas de las capacidades espirituales de un sujeto, que se construyen en factores protectores ante la adversidad, disminuyendo la tensión emocional y favoreciendo el afrontamiento del estrés. (Velazquez, 2001).

De igual modo, la Psicología positiva supone que la bondad y excelencia humana son tan auténticas como los trastornos y el malestar. En esta línea teórica, han centrado su mirada en el estudio de las fortalezas y virtudes que favorecen el fortalecimiento del hombre, en donde es clave la clasificación presentada en el manual “Character Strengths and Virtues. A handbook and classification”, elaborado por Peterson y Seligman (2004).

“Las fortalezas proporcionan la explicación para esta estabilidad de la vida bien vivida” (Matinez, pp. 249, 2006). Las virtudes son las características centrales del carácter. Sabiduría, coraje, humanidad, justicia y templanza son valores universales reconocidos por diversas culturas.

Las fortalezas son los aspectos psicológicos, las formas distinguibles en las que se manifiesta la virtud. La clasificación propone 6 virtudes que comprenden 24 fortalezas:

Sabiduría y conocimiento: creatividad, curiosidad, mentalidad abierta, amor por el conocimiento y perspectiva. Coraje: valentía, perseverancia, vitalidad y autenticidad. Humanidad: amabilidad, inteligencia social y amor. Justicia: capacidad de trabajar en equipo, equidad y liderazgo. Templanza: Autorregulación, prudencia, perdón y modestia, y Transcendencia: Apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad.

“La espiritualidad, fortaleza prototípica, se define como la creencia y el compromiso con los aspectos trascendentales de la vida, llámese divino, sagrado, ideal o universal” (Matinez, pp. 250, 2006).

Las virtudes trascendentes amortiguan el dolor, como el sentido del humor que se relaciona con el buen estado de ánimo y amortigua los efectos del estrés (Martin, 1996, 2001; Ruch y Köhler, 1998).

En resumen, desde la psicología positiva, se propone a las virtudes trascendentes, entre ellas la espiritualidad, como fortalezas que proporcionan un marco moral claro, ayudan a construir significado y ofrecen un sentido de propósito, esperanza y apoyo emocional, aumentando el bienestar del hombre y amortiguando los efectos del estrés.

Al respecto, Campagne, (2004), plantea que la salud se concibe como el logro de la armonía entre cuerpo y mente; el logro de un estado de coherencia interna. Y en este sentido propone la meditación, como una práctica de disuasión de pensamiento repetitivo o de reorientación cognitiva y de armonización. Una técnica que colabora con el manejo del estrés y la búsqueda de armonía y bienestar.

También para Aguilar (2006) la meditación es una herramienta que provee armonía al hombre y es entendida como un estado acrítico de auto observación. O sea, se observa el pensamiento sin pensar, el sentimiento sin involucrarse en él y se observa cualquier contenido cognoscitivo, sensorial, emocional, fisiológico o conductual de manera pasiva. Es una técnica

milenaria que disminuye los niveles de estrés de las personas, colaborando en el logro de la armonía y el desarrollo de la propia espiritualidad.

La meditación se popularizó en el mundo occidental, particularmente por la emigración de maestros del Budismo Zen, iniciada en 1940 y maestros del Budismo tibetano, a partir de 1950. Fue importante el trabajo del maestro hindú, Majariki Maheh Yogui, quien occidentalizó y promovió una forma de meditación que actualmente se conoce como la meditación trascendental.

Los psicofisiólogos encontraron coincidencias con el Hatha Yoga; “El balance y el equilibrio del cuerpo y su comunión con la mente, es la clave de la salud y el bienestar”. El vocablo “Zen” proviene del sánscrito “dhyana” que significa meditación y, luego se transformó en chino “chann, para luego derivar en “zenna” o ZEN en japonés. “Meditación que ilumina”, sería una traducción aceptable en el idioma castellano, aunque es difícil establecer una traducción literal (Vogelman, 1967).

La meditación, la oración o el mindfulness, son prácticas relacionadas con la espiritualidad, que aumentan la conexión, la conciencia reflexiva, fortaleciendo al sujeto. Sería un error considerar que una es más beneficiosa que la otra, y mucho menos entender que por practicar una de estos tipos de meditación una persona ha desarrollado su espiritualidad o que define la capacidad o la intensidad espiritual de una persona.

En efecto, Jaramillo (2005), define la espiritualidad como el conocimiento de sí mismo, la conexión con un ser supremo o con un propósito superior, encontrando que la espiritualidad contribuye con la capacidad resiliente de las personas, disminuyendo los síntomas derivados de ciertas experiencias traumáticas en la vida. Ésta puede desarrollarse a través de diversas prácticas, entre ellas la meditación.

Desde otras posturas, la Logoterapia propone el concepto de inconsciente espiritual (Frankl, 1999), la voz de la trascendencia, inconsciente pero reinterpretada por la conciencia.

Es una instancia extrahumana que resuena en la persona. Por lo tanto, debe ser encontrada por la persona, guiada por su conciencia, ejerciendo su libertad de poder elegir. Son muchas las variantes en que un sujeto se conecta con su espiritualidad y el logro de la armonía y la búsqueda de bienestar, es un camino de búsqueda personal que guía y le da sentido a las acciones, pero que es personal y se construye con el tiempo. No depende de una actividad en particular.

Pérez Jauregui (2009) considera que el sentido de la vida, es lo que le da dirección al sujeto y diferencia por un lado, el proyecto de vida sobreadaptado, en el que prevalece el entorno en relación al ser y el proyecto de vida inadaptado, en el que el sujeto busca la libertad y la autonomía, cerrándose a la influencia del mundo por miedo por angustia. En este sentido, la salud psíquica se encontraría en medio de estas dos polaridades, que le da coherencia al ser arrojado al mundo en búsqueda del sentido de su existencia.

Este sentido, es que le provee salud y direccionalidad a sus conductas, a su existencia, sin dejar de tener en cuenta que la salud se concibe como una integración dialógica, entre el sujeto y el mundo, una co-construcción, creativa y enriquecedora, con las diversas modalidades del “ser- y estar-en el mundo-con los otros, con momentos de estabilidad y de desequilibrio.

Al respecto Trujillo (2011) asegura que en los últimos años, la espiritualidad ha tenido una importante autoridad en el campo de la salud. Se ha planteado su influencia en las emociones y en el comportamiento humano. Así también, otros autores han postulado el afrontamiento religioso (Connor-Smith y Flaschbart, 2007), la relación con el sentido de la vida y el bienestar, el afecto positivo y la sensación de felicidad (Adler y Fagley, 2005; Ho, Cheung y Cheung, 2010; Krok, 2008; Pan, Fu Keung, Lai y Joubert, 2008; Pan, Wong, Joubert y Chan, 2008; Peterson, Park y Seligman, 2005; Vella-Brodrick, Park y Peterson, 2009). Aseguran que el sentido de la vida en el ámbito de la psicoterapia, ya no es patrimonio

sólo de las terapias Existencialistas o de la Logoterapia, sino que es una herramienta terapéutica que se acerca más a la búsqueda de coherencia interna, autenticidad y del bienestar psicológico que está presente como herramienta terapéutico en diversas escuelas de psicología y en otros campos de la salud..

Autores como Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega (2011), relacionan la espiritualidad con la capacidad de resiliencia de una persona. Postulan que el término resiliencia en el campo de la medicina, primero fue utilizado para expresar la capacidad de un hueso de reponerse de una fractura (Machuca, 2002), pero luego, el término fue utilizado por las ciencias sociales, para referirse a la capacidad de un individuo de reponerse a pesar de situaciones de vida de alto riesgo, adversas o traumáticas.

Así, Joshanloo (2011) postula que la actividad religiosa es un estilo de afrontamiento del estrés relacionado con estrategias centradas en la emoción, entendiendo estos factores como productoras de crecimiento y fortaleza para el individuo (Becerra, 2013). Al mismo tiempo, desde el ámbito de la clínica y el cuidado de los cuidadores, proponen la autoconciencia y el autocuidado como grandes protectores del desgaste emocional en el cuidador o del desgaste laboral en los profesionales de la salud (Barreto, 2014).

Se hace evidente la relación altamente significativa entre el desarrollo sano del sentido del yo de la persona, la construcción de objetivos en la vida y la salud. Es decir, la búsqueda de un camino en la vida, la construcción de valores e ideales de vida adulta, genera mayor optimismo y pensamientos positivos. Darle valor a las cosas sencillas de la vida, poder ver el lado positivo de una situación presente, es lo que amplía la capacidad de afrontamiento en el sujeto, coincidiendo así, con los planteos de otros autores y líneas teóricas (Quinceno & Vinnacia, 2014).

En relación al cuidado del profesional específicamente, Greig Undurraga y Marinez (2009) proponen que como parte de la formación del residente de medicina, la inclusión de

técnicas de prevención del SB Síndrome de Burnout, entendiendo que dentro de éstas, es importantísimo tener en cuenta factores protectores que dependen del ámbito ocupacional, pero también tareas que el propio individuo pueda desarrollar para su autocuidado. En relación a éstas, enumeran una serie de técnicas de prevención entre las cuales se pueden destacar:

- Hacerse cargo de uno mismo y de su cuidado personal.
- Registro oportuno de los malestares
- Vaciamiento y descompresión de los contenidos de fuerte impacto emocional
- Manutención de áreas libres de contaminación: hacer actividades placenteras
- No contaminar los espacios personales, pareja, hijos y amigos
- Formación profesional
- Evitar auto responsabilizarse en exceso y no culpar a otros
- Desarrollo de la espiritualidad: Confiar y creer en algo superior a uno mismo.

También, Zwack y Schweitzer (2013) sostienen que la espiritualidad es una de las diversas estrategias de resistencia para hacer frente a los factores de estrés relacionados con el trabajo. En esta misma línea, autores como Anandarajah y Roseman (2013) declaran que el autocuidado espiritual, podría contribuir a la mejora de la atención del paciente, ser compasivo y ayudar a " inmunizar " a los médicos contra el desgaste por compasión.

Doolittle y colaboradores (2013) llegaron a la conclusión de que las estrategias de afrontamiento espirituales pueden tener un beneficio protector para los médicos. Refirieron, que junto con otras técnicas de afrontamiento, la espiritualidad puede ser un factor importante en la mitigación de los efectos del agotamiento en el profesional de la salud, frente a las exigencias cotidianas del que hacer del cuidador. Concluyen, que las estrategias de afrontamiento espirituales, pueden tener un beneficio protector para los médicos:

"junto con otras técnicas de afrontamiento, la espiritualidad puede ser un factor importante en la mitigación de los efectos del agotamiento." (Büssing, Lötze, Glöckler & Heusser, P.2, 2015).

Por otro lado, Stickle (2015) amplía el uso de la dimensión espiritual y propone un nuevo paradigma en la práctica clínica, un enfoque que integra tanto el pensamiento del nuevo paradigma, como la espiritualidad en la relación terapéutica. También, resalta la eficacia de la oración, las prácticas de meditación, la energía sutil y la intuición en la práctica cotidiana del profesional. La creación de una relación terapéutica funcional con los pacientes, en donde puedan hablar y compartir su espiritualidad con los médicos. La necesidad de un cambio de paradigma en la práctica médica:

“Un cambio de paradigma es un proceso revolucionario, no evolucionario (Kuhn, 1962). Por su propia naturaleza, “un cambio de paradigma reta las creencias científicas predominantes” (p. 147). “Comencé a hacer un cambio de paradigma al incluir la intuición como un método válido para experimentar el material clínico” entendiéndolo como la esencia de la capacidad de estar presente sin juzgar, tener autenticidad y adaptabilidad a la hora de la terapia. David Brooks la describe, planteando que los mejores terapeutas, son “héroes de incertidumbre” (Stickle, p.148, 2015).

En esta misma línea, y desde la psicología Sistémica, Virginia Satir (1988), resalta dentro del arte de construir la alianza terapéutica con los pacientes, el “hacer contacto con el espíritu de sus pacientes” como un elemento importante, un enfoque que resalta la importancia del cuidado de los pacientes y del cuidado del terapeuta. Por su lado, Swann (1987) llama a esto, conversar con “el alma suprema, o el ego trascendente”.

Interesados en la prevención del desgaste en cuidadores, Córdoba y Poches (2016), proponen la resiliencia como una variable protectora ante el rol del cuidador e identifican por un lado el apoyo social como factor protector de desgaste profesional, y por otro lado, la

resiliencia como un elemento protector ante la depresión de los cuidadores. Proponen a ésta como un posible elemento fundamental en la fortaleza del profesional y previene el desgaste profesional en cuidadores.

En un informe sobre desgaste profesional (Vicario, 2016), se sugiere que es necesaria la prevención del desgaste en médicos, debiendo promover su propio bienestar mediante la diferenciación entre las responsabilidades personales y profesionales para establecer sus prioridades. Plantea que se requiere de auto-conciencia, ajustar los límites, y el replanteamiento. Propone la formación en la reducción del estrés para los profesionales de la salud, basado en la atención plena (mindfulness), que implica tomar conciencia de sí mismo, centrarse en el presente, la no intencionalidad y acciones con aceptación y sin enjuiciar. También resalta la importancia de desarrollar hábitos que promuevan la resiliencia.

Cada autor presenta diferentes conceptualizaciones acerca de esta temática, pero coinciden en que la práctica clínica está tomando un rumbo diferente que busca respuestas y recursos, con el objetivo de que el ser humano sea más capaz de afrontar las diferentes vicisitudes que le va presentando la vida, resaltando la dimensión espiritual como recurso válido en el espacio de la psicoterapia y también del cuidado del profesional.

En síntesis; la espiritualidad en estos últimos años, se presenta como un elemento importante en la búsqueda de la salud mental, el equilibrio personal y profesional en el desgaste cotidiano. Desde diferentes Modelos de psicoterapia, surge como una herramienta para la clínica y para el cuidado del agente de la salud. Se relatan sus beneficios para el bienestar psicológico, la capacidad de afrontamiento del estrés y se la relaciona directamente con la resiliencia.

Se puede entonces, establecer una relación entre la espiritualidad, la trascendencia, los pensamientos positivos, la tendencia al optimismo y las capacidades de afrontamiento del estrés. Se resalta la necesidad de esclarecer la forma en que la espiritualidad logra expandir o

fortalecer las capacidades del sujeto, la posibilidad de superar la adversidad, el estrés, la pérdida, la enfermedad o el desgaste laboral, objetivo de esta investigación.

En el próximo capítulo, se presentará el concepto de resiliencia y el papel que juega la espiritualidad en la capacidad que le otorga al sujeto en el afrontamiento de las vicisitudes de la vida y poder fortalecerse ante esas crisis, restableciendo su equilibrio, su coherencia interna, y regresar a un estado de salud y armonía interna.

Capítulo 4

La Resiliencia

El estudio de la resiliencia en el campo de la salud, se considera un emergente en la búsqueda de capacidades humanas, de factores protectores para poder resistir las dificultades que impone el mismo vivir. El dolor y la adversidad, son elementos que están presentes en la vida de cada mujer y cada hombre, pero no todas las personas lo pueden afrontar de la misma manera. Es desde esta necesidad de comprender las diferencias individuales, que surgen propuestas teóricas e investigaciones para poder responder a la pregunta acerca del por qué algunos sujetos tienen más capacidades que otros para sobrellevar las crisis vitales, o las tragedias vitales que han tenido que sobrevivir.

4.1.1 La Historia y Definición del Concepto de Resiliencia

El término resiliencia, en el campo de la salud mental, emerge como una necesidad de responder a la pregunta acerca de cómo algunos sujetos, tienen la capacidad para afrontar el dolor y las vicisitudes de la vida y otros no tanto. Nace de la necesidad de promover el potencial humano y dejar viejos lineamientos que sólo resaltan el impacto del daño luego de una crisis vital, y sus consecuencias a futuro, más que focalizar en las herramientas o las potencialidades con las que el sujeto podría enfrentarlas.

Así, el enfoque sobre la resiliencia, permite enfocarse más en el potencial del individuo, de la familia o de la comunidad y lograr un mayor bienestar. Tampoco se plantea a la persona resiliente como un ser invulnerable, sino más bien, la posibilidad de lograr psicoinmunidad

relativa en condiciones adversas. Este término no se origina ni en el campo de la psicología, ni en el campo de la medicina; proviene de otras disciplinas y luego es aplicada en estos terrenos.

Un breve recorrido histórico del concepto de resiliencia, desde diferentes autores, refleja y ofrece una comprensión de este concepto y su utilización en la prevención de la salud psíquica y física.

La palabra “resiliencia” tiene su origen en el término latino “resilio” que significa “volver atrás”. El término resiliencia se empleó originalmente en el campo de la física, donde se relaciona con la resistencia que tiene un metal cuando es sometido a altas presiones, recobrando su forma original. Más adelante, el término fue adaptado al campo de las Ciencias Sociales para describir a las personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de adversidad, se desarrollaban sanas y exitosas.

En el año 1983, Príncipe denomina a este fenómeno como “Resilience o Resiliency” cuyo significado es: resistencia de los cuerpos a los choques con habilidad para recuperarse o ajustarse nuevamente.

El interés por este concepto, dentro del campo de las ciencias humanas, se inició con la psicología, cuando comenzaron a preguntarse por qué algunos niños que provenían de familias pobres y disfuncionales, con algún miembro alcohólico o violento, podían desarrollarse sanamente, alcanzando una buena calidad de vida y otros no. Diversos autores, durante los años 70, observaron las diferencias en la respuesta de los niños y niñas expuestos a experiencias adversas, individuales, familiares o ambientales. Se percataron de que un grupo de niños/as logró sobreponerse a esas situaciones, sin sufrir secuelas psicosociales graves. (Rodríguez, Fernández, Pérez & Noriega, 2011).

También, en el campo del estudio con poblaciones sometidas a la desigualdad social y pobreza, este concepto cobró mucha relevancia y ha sido definido por varios autores, entre ellos Vanistendael (1994), quien propone que la Resiliencia es la capacidad de proteger la

propia integridad bajo presión, la capacidad de construir un conductismo vital positivo a pesar de las situaciones difíciles. La resiliencia es el resultado de la interacción entre el niño y el ambiente en cada etapa de la vida.

La resiliencia no es una cualidad que se conserva por sí misma en el tiempo, depende de muchos factores como: la constitución genética, la edad, el contexto social, el género y componentes familiares, entre otros. Promover la resiliencia, apunta a mejorar la calidad de vida de una población. (Kotliarenco, 1996).

Asimismo, la capacidad resiliente fue definida por Richardson (1990), como el proceso de lidiar con un acontecimiento disociador, estresante, de un modo que proporciona al individuo destrezas protectoras y defensivas adicionales previas al acontecimiento amenazador. Wolin (1993), describe la resiliencia como la capacidad de sobreponerse, de soportar las penas y de enmendarse a uno mismo.

Igualmente, Infante (2003), identifica tres componentes en el concepto de resiliencia y la noción de adversidad, trauma y riesgo:

- Adaptación positiva o superación de la adversidad
- La relación entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que intervienen en el desarrollo humano.
- En los adultos, la reflexión, el humor y los vínculos familiares, las expresiones culturales y creencias religiosas; el sentido de pertenencia y participación comunitaria.

Asimismo, desde el punto de vista neurofisiológico, la resiliencia se diferencia de la resistencia, en el sentido de que la resistencia, sería la medida de cuánto cambia un sistema bajo el efecto de una perturbación, cuán flexible es. Mientras que la resiliencia, es una medida de la capacidad de recuperación luego de la perturbación, la crisis o el cambio. Los sistemas biológicos tienden a adaptarse, a recuperarse. Cuanto más flexible es un sistema que logra

adaptarse, ser plástico, más resiliente será. Esta capacidad es la propiedad fundamental de los tejidos nerviosos; de ahí que la neuroplasticidad es el motor de la resiliencia (Zeiger, 2003).

De igual modo, Ospina, Jaramillo & Uribe (2005), afirman que la adaptación al estrés, o la resiliencia, estarían condicionadas por la edad y el género, los factores familiares y sociales. Esta capacidad se desarrolla en cada etapa de la vida, condicionada por ciertos elementos, entre los que se destacan los siguientes:

- En los niños, una actitud reflexiva y receptividad hacia los demás
- Sentido del humor, creatividad y tolerancia a las frustraciones
- Participación en un grupo religioso como refuerzo social a la crianza familiar
- Firmes creencias religiosas que proporcionan estabilidad y sentido a sus vidas
- En los jóvenes, apertura a oportunidades de participación; valores espirituales o trascendentes como la honestidad, la solidaridad y la compasión, la creatividad y la estética.

Un tiempo después, Higgins (1994), sintetiza anteriores definiciones y postula que es el proceso de auto-encauzarse y crecer. El valor de la resiliencia radica en el beneficio que una persona obtiene por haber atravesado una situación de estrés o trauma y salir fortalecido. Se proponen ciertos aspectos del individuo que aumentan la capacidad resiliente. Entre éstos se señalan: iniciativa, independencia, humor, creatividad y sociabilidad. (Maffei, 2006).

También ha sido definida como la capacidad personal para sobreponerse a las presiones y dificultades, (Trujillo, 2006), soportar retos perturbadores en la vida y recuperarse de la adversidad (Greeff y Loubser, 2008). De la misma forma, alude a la posibilidad de enfrentarse a situaciones adversas, pudiendo adaptarse y restaurar el equilibrio, evitando el efecto deteriorante del estrés (Canaval, González y Sánchez, 2007).

Por su parte, Cyrulnik Boris (2004) plantea que la resiliencia es la posibilidad de una reanudación de un nuevo desarrollo, después de un trauma psíquico. Agrega que no estamos hablando de resiliencia, si no hay desarrollo de la recuperación. La limitación es orgánica; cuando un niño se ha aislado durante demasiado tiempo, vemos que el cerebro se altera y no segrega oxitocina, que es el neurotransmisor que permite experimentar los placeres simples de la vida. En su lugar, segrega una gran cantidad de colecistoquinina, una sustancia que el autor considera una especie de veneno para el alma.

Se presenta un límite psicológico a la recuperación, cuando una persona es atacada y ha quedado sólo con su agresión, no hay recuperación posible del desarrollo. Plante la necesidad de una figura como los tutores del desarrollo o de la Resiliencia, que le brinden esta capacidad de recuperación. Esas figuras importantes en la vida de un niño que acompañan su desarrollo ofreciendo modelos de identificación positivos.

En resumen, la resiliencia se considera una capacidad humana universal, que posibilita hacer frente a la adversidad, superarla e incluso ser transformado por ella. En referencia al proceso evolutivo, el autor considera que se trata de una capacidad que evoluciona de acuerdo con cada etapa del ciclo vital.

No obstante, surge otro enfoque de vertiente Interaccional y Ecológico, basado en el modelo de Bronfenbrenner, desde el cual se considera la resiliencia como un proceso dinámico dentro del cual el ambiente, la sociedad o la familia, influyen en una relación recíproca que permite adaptarse y funcionar apropiadamente. Desde esta perspectiva, los procesos de interacción cobran relevancia, entendiendo la responsabilidad compartida entre el sujeto, la familia y el contexto social (Barrera, 2007).

Por su parte, Masten (2001), define la resiliencia como el fenómeno por el cual la persona puede salir airosa y obtener consecuencias favorables, aún frente a serias amenazas para la adaptación y el desarrollo. Una capacidad innata, un fenómeno cotidiano (*ordinary*

magic) entre personas que enfrentan situaciones adversas, que surge de procesos adaptativos normales del ser humano. La resiliencia, junto con el sentido de coherencia, constituyen conceptos representativos de los enfoques salutogénicos, y se proponen como inherentes a la naturaleza humana.

En este sentido, el aporte de Antonovsky (1987), con el modelo Salutogénico, formula el concepto Sentido de Coherencia (SOC), considerando a éste como un rasgo específico de la personalidad, como una “orientación disposicional generalizada”. Una habilidad para seleccionar el estilo de afrontamiento que mejor se ajuste a determinada situación. También aclara en sus postulados, que la patogénesis y la salutogénesis se complementan, porque ciertos aspectos psicopatológicos, pueden estar acompañados de otros aspectos positivos. Por lo que aconseja abandonar las dicotomías que clasifican a las personas como sanas o enfermas, para pasar a investigar en herramientas que fortalezcan al sujeto, a enfrentar el suceso adverso y lograr un mejor manejo del estrés. Se describe a las personas con SOC, como aquellas que tienen ciertas características distintivas, a continuación:

- **Comprensibilidad:** la capacidad que tiene un sujeto de percibir la realidad externa de manera ordenada y consistente, pudiendo ordenar situaciones caóticas.
- **Manejabilidad:** es la percepción que el sujeto tienen de sí mismo, la confianza en sus recursos para afrontar determinadas situaciones estresantes o difíciles.
- **Significatividad:** es el componente principal, es un elemento dinámico, motivacional, que conduce a la persona a poder encontrar los recursos necesarios para enfrentar las situaciones de adversidad, sintiendo que los estímulos tienen un “Sentido”. Desde esta postura se puede interpretar la situación como un “reto”, no como una amenaza.

Para Antonovsky (1987), una persona con alto Sentido de Coherencia experimenta menos emociones negativas, tales como depresión y ansiedad, pudiendo hacer frente a los

estímulos estresantes de un modo más elaborado, redundando en mayor percepción subjetiva del bienestar psicológico.

En relación al sentido de coherencia interna y los tutores de resiliencia, se podría inducir que un estado interno de coherencia, podría funcionar como un propio tutor de resiliencia; esa conciencia de sí, esa capacidad de reflexión que construye un yo capaz de ser tutor de sí mismo. Un tipo de maestro interno, seguramente alimentado también de imágenes de referentes externos de la historia, capaz de ofrecer la solución, la salida, la palabra justa para afrontar una situación de adversidad.

Richardson (2002) plantea que el concepto de resiliencialidad, debe definirse como una metateoría orientada a las profesiones de ayuda y/o servicio social, individual o comunitario. Una teoría situada en la búsqueda de recursos, no en los problemas y el déficit, permitiendo a los profesionales explorar otros aspectos y recursos, como por ejemplo los de índole espiritual, que pueden fortalecer a las personas en situaciones adversas.

En esta línea de pensamiento, Ceberio (2008) plantea que:

“El resiliente, de alguna manera, revierte su desvalorización. Apela a sus recursos personales. Encuentra dentro de sí sus valores, su fuerza, su espíritu de lucha” (pp.66).

En otros términos, la resiliencia es entendida como un proceso dinámico con características propias en cada etapa de la vida, no es algo dado, ya que está en interacción constante con el entorno que rodea al sujeto y las decisiones que va tomando en cada etapa. Por ende, sería más correcto decir “estar resiliente” en lugar de “ser resiliente”, ya que es el resultado de la interacción con el entorno y con las decisiones y posturas que un sujeto adopta en cada momento de su vida.

Igualmente, se entiende que es una capacidad que se puede ampliar, que fluctúa en el tiempo y que la espiritualidad puede tener una influencia benéfica, en el sentido de que pudiera ampliar el estar resiliente en una persona. Resiliencia y la espiritualidad parecen estar

íntimamente relacionadas, por lo que en el próximo apartado, se profundizará en esta relación, así como en el concepto de resiliencia espiritual, y sus beneficios para la salud y el manejo del estrés.

4.2.1 Tutores de Resiliencia

En una entrevista a Cyrunlnk (2004) le preguntaron: ¿"El siglo XXI será espiritual o no lo hará; Usted qué piensa?" El autor responde, haciendo una clara distinción entre espiritualidad y religión, explicando que, en este siglo, coexisten seres sumamente materialistas, pero también vemos aparecer la espiritualidad como característica de la condición humana. La espiritualidad, como una dimensión de la persona que logra un redimiendo supremo.

Para Cyrunlnk (2004), la resiliencia es la posibilidad de una reanudación del desarrollo, después de un trauma psíquico. Así, aclara que existe un límite psicológico:

“cuando una persona es atacada y queda sola con su agresión, no hay recuperación posible, ya que no hay un tutor de desarrollo, o un tutor de Resiliencia que le brinde esta capacidad de recuperación. Todos los seres humanos experimentan pruebas en la vida. Algunos se dejan abatir, todos son heridos y algunos se reconstruyen a pesar de ello. Esa es la definición de la resiliencia” (Cyrunlnk, 2003, p. 2)

De igual manera, Ceberio, desde un modelo de pensamiento Sistémico, entiende que:

“los sistémicos debemos reconocer que la categorización resiliencia, ha logrado sintetizar lo que explicábamos con numerosas palabras, que el dolor debe atravesarse, pero que de cada experiencia el sujeto podrá aprender y fortalecerse. Deben atravesarla, deben aprender a vivirla en la versión de su relato a posteriori, como una situación dolorosa pero de aprendizaje” (Ceberio, 2008, p. 66).

En otros términos, es la posibilidad de reformular, contar un cuento diferente, en el que el sujeto puede connotar positivamente sus recursos personales y los de su entorno. Es una crisis entendida como una oportunidad de cambio. Es un ser que comprende que cuenta con sí mismo en una realidad muchas veces cruel y dolorosa, pero que al lograr atravesarla, podrá superarse y fortalecerse.

El resiliente, no sólo restablece su equilibrio y armonía previos, sino que logra revertir su desvalorización:

“De esta manera, alguien que se siente cisne o princesa goza de buena o elevada autoestima, en donde se siente pleno consigo mismo, se valoriza y se acepta” (Ceberio, p.66, 2208).

La autoestima, no sólo sugiere sentirse bien con uno mismo, sino también la capacidad de dar y compartir con los demás. Un sentimiento que emerge de la valoración personal. Esta seguridad, brinda la capacidad de toma de dediciones y resoluciones asertivas. Esta confianza en sí mismo, disminuye el nivel de ansiedad ante circunstancias difíciles de sortear.

“Las nutriciones amorosas relacionales, son el pilar fundamental para la buena autoestima”; “La psicoterapia, tal como la hemos identificado –un catalizador de resiliencia-, intenta fabricar... recursos para superar los obstáculos y así construir un tránsito por la vida que los haga encontrar con el bienestar, con el amor y con la felicidad” (Ceberio, p.67, 2208).

Es la psicoterapia, un espacio en el que se debe generar un modelo funcional de relaciones interpersonales, que valide y devuelva confianza y seguridad a ese ser humano que sufre. En esta línea, se plantea el concepto de “Tutores de desarrollo”. Éstos son quienes acompañan y guían el desarrollo del niño, con conductas cotidianas, en relación a la nutrición física y emocional.

Estos tutores serán lo suficientemente eficaces en la medida que hayan tenido en sus propias historias, apego seguro con sus propios tutores. Cuando estas condiciones son

favorables, este niño se desarrollará en un contexto que le brindará seguridad, pero cuando no sea así, estará en un estado de vulnerabilidad emocional.

Cuando un niño ha absorbido algo de este apego seguro en sus primeros años, se considera que podrá sobreponerse, y tener mejores mecanismos de afrontamiento ante el trauma o el estrés.

El autor, ejemplifica con el terremoto de Haití, con 250.000 muertos, que la capacidad para sobreponerse ante esto, exigirá encontrar, en algunos casos, nuevos “Tutores de Resiliencia”. Estos tutores no habituales, le darán la posibilidad de recobrar una nueva armonía existencial. Podrán ser tutores explícitos, aquéllos que se ofrecen para ayudar al afectado como los profesionales de la salud, o un sacerdote; o implícitos, personas del entorno, a los cuales el afectado se dirige en busca de apoyo (Puig & Rubio, 2015).

En efecto, Cyrulnik (2003) considera que el primer factor es la adquisición de recursos internos. Durante los primeros meses o años de vida, el hecho de haber sido amado, da confianza en el sí mismo. Cuando se recibe un golpe, se sufre, pero se mantiene la esperanza de reconstruirse. Estos tutores de resiliencia, son aquellas personas que en la vida adulta continuarán guiando.

El autor continúa preguntándose al respecto, “¿Por qué en situaciones de fracaso algunas personas se reconstruyen, y por qué a la inversa, en situaciones privilegiadas, algunos pasan toda su vida sufriendo?”. Al respecto encuentra que, existen tres fuerzas que posibilitan esta reconstrucción: primer factor es la adquisición de recursos internos, gracias a los tutores de los primeros años, que garantizaron un aprendizaje afectivo.

El segundo, es la significación que se le atribuye al hecho. Y por último, los recursos externos alrededor de la persona herida, el apoyo afectivo sensato:

“si no hay alrededor mío alguien que me ame... una familia, una mujer, un hombre, amigos... y no tengo ninguna oportunidad de retomar mi vida, si no le doy sentido a la violencia insensata”. (Cyrulnik, p.2, 2003).

Es la posibilidad que se tendrá de ver el dolor, el desamparo o el trauma, pero poder distinguir el cómo reconstruir lo dañado, más que ocuparse de encontrar las posibilidades infinitas de consecuencias en el desarrollo patológico de ese sujeto. Desde esta concepción, se hace hincapié en un modelo que se apoya en las capacidades del hombre, más que en sus debilidades, incapacidades o sus aspectos patológicos.

“Cuando un alma está herida, el medio más seguro para no someterse a la herida es transformarla en belleza, en poesía, en filosofía, en compromiso político, en altruismo” (Cyrulnik, p.4, 2003).

Se puede especular que si estos referentes importantes a los que se recurre por apoyo, mueren, podrían continuar representados por imágenes internas, tutores internos que acompañan al sujeto en las diferentes etapas de la vida. Poder recurrir internamente, imaginando qué hubieran aconsejado, qué hubieran dicho o hecho, puede ser una herramienta de apoyo para ese ser vivo. Estos tutores, una vez incorporados, podrán acompañar el desarrollo de una persona en su adultez e incluso en su vejez.

De ello resulta necesario admitir, que un tutor de resiliencia no necesariamente debe ser un ser viviente, un ser material. Un sujeto se podrá conectar con el recuerdo de un tutor de desarrollo, de igual modo, que podrá conectarse con una idea, un valor o elementos inmateriales como el sentido de la vida, la autotranscendencia, la espiritualidad. Éstos, podrían cumplir con esta función:

“La cultura judeocristiana durante siglos, pensó que el dolor tenía una función redentora...”, “Si sufres estás bien, te vas a redimir, mientras que las culturas árabes

lo entienden diferente: no aceptan eso y trabajan mucho el fenómeno de resiliencia. No hay que aceptar esa idea, de dejarse llevar al sufrimiento” (Cyrulnik, 2003, p.5).

De igual modo, si bien en algunas religiones se hizo culto al dolor, desde otros aspectos de la espiritualidad se resaltan las fortalezas, entendiendo la espiritualidad como un factor que refuerza la capacidad resiliente de un hombre.

"Los caminos cenagosos hacen más deseable el alba espiritual y más tenaz la exigencia de un ideal". Explica, "El sufrimiento no es bueno para la vida, pero ya que lo recibimos, podemos hacer algo bueno, a pesar del sufrimiento” (Cyrulnik, p.5, 2003).

En efecto, es la posibilidad de darle sentido a un suceso, al dolor o la pérdida, transformando plomo en oro. Esta metamorfosis, puede hacerse a través de la poesía, la música, el arte, la comunicación con los demás, la conexión con el entorno. Es una manera de conectarse con nuestra conciencia reflexiva, de curar el alma rota.

No obstante, esto será posible, solo si la persona tiene recuerdos de tutores de desarrollo válidos, haber podido encontrar un sentido, una razón, el para qué seguir adelante, para qué reconstruir esa ciudad, o convertir su dolor en oro. Si el ser no encuentra un sentido a su existencia, es difícil que encuentre la fuerza para reconstruirse ante al dolor.

En suma, el espíritu humano ocupa un lugar importante, tanto sea en la búsqueda de sentido, como en la posibilidad de ser un recurso interno propio, donde construir un “Tutor de Resiliencia Interno”. Ese rincón del ser, que puede proveer apoyo, auto consuelo, conciencia reflexiva, conexión con el todo, capacidad creativa, conciencia ecológica o compasión. De igual modo, el buen humor transformará el dolor en la alegría de sentirse vivo. La capacidad de contactarse con la música, la poesía, el arte o cualquier práctica del espíritu, que colabore en la reconstrucción o mantenimiento de la armonía interna tendrá la potencia de salvar el alma humana.

En adelante, se planteará un tipo de resiliencia, la Resiliencia Espiritual. Esta resiliencia conlleva la capacidad del ser humano de poder construir su “Tutor de Resiliencia Interno”, dador de apoyo emocional, al que podrá recurrir ante situaciones adversas en la que no se posea apoyo social eficiente.

4.3.1 Resiliencia Espiritual

La espiritualidad como fuente de resiliencia, invita a investigar en el concepto de resiliencia espiritual, como un subtipo de resiliencia, proveniente de la dimensión espiritual de la personalidad, y que pueda presentarse como un recurso que pudiera ampliar el estar resiliente. En efecto, se puede deducir que la autotranscendencia, el sentido en la vida, o el sentido de coherencia interna, pueden funcionar como tutores de resiliencia que le aportarán a la persona la fortaleza y la capacidad de afrontamiento, para sobrellevar situaciones adversas. En conclusión, funcionar como “Tutores de Resiliencia Interno”.

El concepto de “Resiliencia Espiritual”, es una construcción que deriva de la relación entre el concepto de resiliencia y espiritualidad, en el intento de la búsqueda de razones, ante la pregunta: por qué o cómo una persona tiene diferentes niveles de resiliencia que otra, diríamos que existen personas que, por una predisposición natural, o por una elección personal buscan en la dimensión espiritual de su personalidad, una fuente de resiliencia.

Diferentes autores, Ramela, Varela, (2002), (Barreto, 2014), Pierrakos (1974) y Jung C.G. (1961), Ramela, Varela, (2002), Torres, (1999), Flash, (1997), Dugal, (2009), comienzan a investigar en esta línea, entendiendo a la espiritualidad como un factor protector, un factor resiliente de la personalidad. En adelante, se abordará este concepto, desde el aporte de diferentes autores, para intentar esclarecer esta pregunta.

Dugal, (2009), postula el concepto de resiliencia espiritual, como la capacidad de reponerse a situaciones estresantes o a la adversidad, sin presentar síntomas psicopatológicos, o verse disminuidas en alguna de sus capacidades vitales:

- Espirituales: el poder amar, perdonar o servir a los demás
- Mentales: el poder pensar de forma racional, objetiva y equilibrada,
- Corporales: funcionar saludablemente.

Todas estas capacidades no se verán disminuidas, sino por el contrario, el sujeto saldrá fortalecido ante la adversidad, reponiéndose, y aprendiendo del suceso traumático.

Leonardo Balderrain (2000) por su parte, desde una visión humanística-religiosa, refiere que la espiritualidad acompaña al sujeto a transitar de la agitación a la armonía, del anhelo a la plenitud. Desde este punto de vista, los cognitivistas refieren que el modo humano de "ser en el mundo" consiste en buscar y crear significados. Por lo tanto, un enfoque ontológico de la personalidad y de la psicopatología, debe incluir una "ciencia del significado personal". Una búsqueda del sentido de lo que le acontece al ser en este mundo (Ramela, Varela, 2002).

Años atrás, Nietzsche bosquejaba: "Quien tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo". Si bien no se plantea un súper hombre que puede resistir cualquier cosa, se deduce que un ser que tenga una razón por la que vivir, su espíritu dará batalla a la adversidad, encontrando recursos internos para superarla y fortalecerse ante las desventuras de la vida. Podrá encontrar apoyos internos que aumenten virtudes como su templanza, compasión o justicia, su fortaleza y la prudencia de enriquecer su espíritu más que empobrecerlo.

Igualmente, Frankl (2001) refiere: "Uno de los postulados básicos de la logoterapia estriba en que el interés principal del hombre no es encontrar el placer o evitar el dolor, sino

encontrar un sentido a la vida, razón por la cual el hombre está dispuesto incluso a sufrir a condición de que ese sufrimiento tenga un sentido” (p.158).

En otras palabras, la posibilidad de encontrar sentido a ese dolor, es lo que le permite sobreponerse y salir fortalecido de esa situación. Es su capacidad de trascender lo inmediato, lo material, las circunstancias que le han tocado vivir, y sentirse protagonista, no víctima de la situación, pudiendo resolver y ampliar sus capacidades y fortalezas personales.

El sentido de la trascendencia y por ende de la espiritualidad, está presente en el hombre en un intento por compensar lo que en el pensamiento de Heidegger se postula como ese ser “nostálgico”, arrojado al mundo en busca del sentido de su existencia, su “Dasein”.

El Jesuita Anthony de Melo decía: “cuando se abandonan las ilusiones, el corazón deja de estar obstruido y busca, hay transformación”. Desde una perspectiva religiosa, se escucha la voz de Dios, desde una mirada diferente, se origina una búsqueda en el sujeto por encontrar una guía a su existencia (Kotliarenco, 1996).

A su vez, Atehortúa (2002), afirma que la resiliencia posee siete factores que la caracterizan: Introspección, Independencia, Relaciones de confianza y solidaridad, Iniciativa, Humor, Creatividad y Moralidad, como la capacidad de dar sentido trascendente a los actos, además de dar y desear a otros el bien propio.

Mientras que Jiménez y Arguedas (2004) señalan que existen ocho rasgos para el enfoque de resiliencia: Intereses especiales, Metas, Motivación para el logro, Aspiraciones educativas, Optimismo, Persistencia, Fe y espiritualidad, y por último Sentido de propósito.

De igual modo, David Elkins, identifica valores espirituales tales como: dimensión trascendental, sentido de vida, misión en la vida, sacralidad de la vida, satisfacción fundamental, altruismo, idealismo, realismo, y frutos de su espiritualidad.

En resumen, diversos autores (Martinez, 2012), (Krippner y Welch, 1992), (Jiménez y Arguedas, 2004) coinciden en que la espiritualidad, la trascendencia o la búsqueda del sentido

en la vida, están presentes en las capacidades que integran la resiliencia, actúan como factores protectores, ya que le otorgan un sentido, a lo que ese ser está transitando, y al mismo tiempo se constituyen como un mecanismo de afrontamiento, pudiendo cumplir la función, como se planteó anteriormente, de ser ese Tutor de resiliencia Interno.

De igual modo, Becerra (2013) propuso la actividad religiosa como un estilo de afrontamiento del estrés, relacionado con estrategias centradas en la emoción. Destacó la capacidad de reinterpretar positivamente las circunstancias desfavorables, como productoras de crecimiento para el individuo. Esta capacidad de reinterpretar positivamente, está sumamente relacionada con el poder encontrar el sentido en la adversidad, lo que permite entenderla como una oportunidad de crecimiento. La base fundamental de la resiliencia.

Asimismo, Mardones (1999) afirma que las consecuencias de una cultura fragmentada y materialista, propicia el vacío existencial, lo que contribuye a una falta de sentido y de malestar espiritual, que empuja a los seres humanos a buscar cierta satisfacción en nuevos espacios espirituales, donde la religiosidad tiene funciones compensatorias y tranquilizantes, que permiten vivir con algún sentido y sensación de protección, favoreciendo un mayor bienestar psicológico.

Por otro lado, Snider (2007), ex profesor en la Academia Militar de los Estados Unidos, sostiene que la sociedad estadounidense tiene un creciente interés en la espiritualidad humana, tanto individual como institucional, dotando de importancia a la necesidad de sentido en la vida de un sujeto, cuando debe enfrentarse ante situaciones de sufrimiento, de dolor o de estrés emocional. Resalta el creciente interés de la Academia para rediseñar el Sistema *Cadet Líder de Desarrollo* (CLD), incluyendo lo espiritual en su programa. Éste, en colaboración con Patrick Sweeney y Sean Hannah (2007), describe esta espiritualidad humana como:

“El dominio del espíritu humano, la fuerza animadora vital dentro de los seres vivos; la parte de un ser humano asociado con mente, voluntad y sentimientos y la naturaleza esencial de la persona. “ (Dugal, 2009, p.p.14)

En resumen, Snider, 2007, Patrick Sweeney y Sean Hannah, 2007 & Dugal (2009) sostienen que el dominio del espíritu humano, es posiblemente la forma en la que los cadetes y soldados buscan significado y propósito a sus vidas. También logran darle sentido al dolor, y así poder superarlo.

Por su parte, Magher (2007), sostiene que la adversidad y el sufrimiento en combate, lo llevaron a reconocer que los individuos resilientes documentan el poder de su espiritualidad, en la superación de los retos de la vida, mientras que ayuda a trascender a las experiencias traumáticas. Una de las piezas fundamentales de la resiliencia.

El Ejército reconoce que, a través de la espiritualidad, el soldado necesita en su preparación para el combate, así como para su recuperación, de la dimensión espiritual, ya que " El alma en guerra se distorsiona característicamente a lo largo de todas sus funciones esenciales" (Dugal, 2009, p.p.8)

Asimismo, Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega, (2011), revelan la relación entre espiritualidad y resiliencia: la resiliencia es la capacidad de adaptación y recuperación ante situaciones adversas, y la espiritualidad la cualidad que impulsa al ser humano a trascender la adversidad otorgando sentido, significado.

Por su parte, López Pulgarín (2015, p.190) propone que la espiritualidad, es un factor resiliente: la persona actúa motivada por valores como la fe y el amor hacia los demás. No es una actitud de contemplación mística. Es un ser humano capaz de atravesar situaciones difíciles y poder superarlas; es un sujeto-constructor-activo, que puede trascender la tragedia que le ha tocado vivir.

De hecho, se encuentran coincidencias entre diferentes ámbitos y líneas teóricas diversas, que apuntan a relacionar directamente el poder del espíritu humano, como una fuerza vital que fortalece y aumenta el bienestar del hombre, haciéndolo más resiliente.

Por su parte, Tick (2005) psicólogo líder y experto en el trauma de la guerra, sostiene que la guerra obliga al verdadero “yo” a huir. Volver a una inocencia anterior ya no es una opción, para el soldado que ha experimentado una muerte “psicoespiritual”. En estos esfuerzos de curación, se debe incluir a las dimensiones morales y espirituales.

“El estrés, aunque la aflicción que hoy llamamos post-traumático, ha tenido muchos nombres a través de los siglos. Es siempre el resultado de la forma en que la guerra invade y transforma nuestro espíritu: estar roto o "estrés postraumático.” la realidad es que muchos soldados regresan del combate como un “undiagnosible”, una herida invisible (Dugal, 2009, p.p.15).

En efecto, Shay's (2002) propone un “diálogo centrado en el espíritu”, con el objetivo de ayudar al soldado a buscar el sentido de su terrible experiencia. Su investigación propone que la dimensión espiritual es necesaria en la tarea de descubrir el propósito del sufrimiento y el dolor, para poder sobrellevarlo y recuperarse del estar roto, o el estrés postraumático secundario a la batalla (Dugal, 2009).

Al respecto, la American Psychological Asociación (APA, 2008), afirma que desde 1980, la eficacia de la terapia de exposición con veteranos de Vietnam reafirmo la necesidad de combatir el trauma a través del dialogo-espiritual, un dialogo centrado en el espíritu del soldado, para combatir el trauma.

Aseguran, que es de vital importancia, para quienes se dedican a intervenciones “spirit-centric.” o “Centrado en el espíritu”, el diálogo para reconocer los síntomas tales como: la desconfianza y el miedo, el rechazo y la traición, la futilidad, la alienación el distanciamiento, la pérdida y el dolor, la culpa y la vergüenza.

El objetivo de esta intervención terapéutica, consiste en apoyar a los soldados traumatizados en su camino hacia la curación. Los beneficios inmediatos en relación con un diálogo centrado en el espíritu son dos:

1. El reconocimiento oficial del espíritu del soldado, entre los máximos responsables del Ejército.
2. La posibilidad de implementar antiguas ceremonias de purificación después de la batalla. (Dugal, 2009).

El reconocimiento de la dimensión espiritual del soldado provoca en éste, el inicio en el proceso de curación, ya que lo habilita a poder hablar de su alma rota con el profesional que le dará lugar a esto en el proceso terapéutico.

Este modelo, busca desarrollar y promover la resiliencia espiritual y consta de tres niveles:

- La creación de conciencia de sí mismo y el espíritu humano,
- La sensibilización de los recursos para cultivar el espíritu humano
- La construcción del espíritu humano en los demás.

El profesional deberá poder abordar temas relacionados con la espiritualidad del paciente, respetando la forma especial en que cada uno la vive, sea desde la religión, la filosofía de vida o la construcción individual que cada uno pudo realizar. El poder trabajar en la construcción de esa conciencia de sí, o la capacidad de reflexión, y las prácticas espirituales individuales, favorecerán y fortalecerán su resiliencia espiritual.

En este sentido, la espiritualidad se presenta como un recurso vital para el desarrollo humano, una fuente de lucha que puede conducir al crecimiento y provee de fortaleza y resiliencia al sujeto (Pargament, Kenneth, Sweeney Y Patrick, 2011).

Apreciado bajo el enfoque de la Psicología positiva, se proponen virtudes trascendentes como la “gratitud”. Steindl-Rast (2004), diferencia la gratitud personal o

thankfulness, de la gratitud transpersonal *gratefulness*, como gratuita al universo, podría ser un “sentimiento activo de agradecimiento” que tiene la cualidad de elevar la alegría y el espíritu (McCraty y Childre, 2004).

La gratitud, se considera una actitud existencial, y se relaciona con el bienestar psicológico, estimula la resiliencia psicológica y contribuye a mantener un estado de ánimo positivo, lo que incrementa los niveles de bienestar psicológico futuro y la capacidad resiliente (Méndez, Desfilis, Barradas, & Valero, 2014).

El objeto de la “gratitud”, ha sido descrito de varias formas: beneficio valioso y gratuito, (McCullough et al., 2001), beneficio personal inmerecido, material o inmaterial, emocional o espiritual (Emmons y McCullough, 2003), experiencias gratificantes, las buenas obras y las buenas personas (Seligman, 2011) y cosas positivas en el mundo (Wood et al., 2010).

En general todos estos autores relacionan la gratitud con experiencias positivas, y los registros de personas altamente resilientes demuestran que la emoción que más amortigua los efectos negativos de la adversidad y que aumentan la capacidad de afrontamiento, es la gratitud. (Fredrickson, Tugade, Waughy Larkin, 2003).

Al respecto, Peterson y Seligman (2003), también han trabajado con veteranos de guerra y en sus estrategias terapéuticas, una de las más importantes era ampliar la capacidad de gratitud, para generar efectos beneficiosos en personas con Estrés Postraumático (Kashdan, Uswatte y Julian, 2006).

Son variadas las investigaciones y autores estadounidenses que coinciden en la relación entre Resiliencia y Espiritualidad (APA, 2008), Dugal, (2009), Flach, (1997), Jacob, (1997), Pargament, Kenneth, Sweeney Y Patrick, (2011), Tick, (2008), Rogers, (2009), Shay, (2002), Walsh, (1999), (Snider, 2007), así como en la necesidad de ampliar las estrategias de

afrontamiento ante el estrés, con estrategias centradas en la espiritualidad, o el diálogo centrado en el espíritu.

Ciertamente, el método de Diálogo centrado en el espíritu, tiene como objetivo promover la resiliencia espiritual, generando conciencia de sí, y conciencia en relación con los otros, aceptando el espíritu humano como un elemento fundamental. Se entiende, que los beneficios del Diálogo Centrado en el Espíritu, o la Psicoterapia con orientación espiritual, favorecen la capacidad de resiliencia espiritual del humano, brindan la oportunidad de lidiar con el trauma espiritual, “el estar roto” (Dugal, 2009), y posibilitan la reparación del daño producido.

También el estado de gratitud, como otras virtudes trascendentes (Martinez, 2006), contribuirían en la misma línea, aumentando la conciencia de sí y del otro, del entorno y del mundo, logrando un ser conectado con su espíritu y el de los demás.

En resumen, la resiliencia espiritual sería entonces, la capacidad de adaptación y recuperación ante situaciones adversas, basada en la capacidad de trascender la adversidad otorgándole sentido, significado, conservando conciencia de sí y del otro, logrando estar en estado de gratitud y coherencia interna. Es la posibilidad de trascender lo material, las circunstancias que se presentan, pudiendo darle sentido y posibilitando el aprendizaje y el crecimiento personal, recuperando esa alma rota, gracias a las capacidades del espíritu humano.

La integración del sufrimiento a la narrativa existencial personal, puede proveer gratitud, a pesar de las circunstancias adversas. En tal narrativa existencial, la capacidad para encontrar el sentido a la vida y a las circunstancias adversas, puede suponer la apreciación del sufrimiento como valioso, fortaleciendo al sujeto y ofreciéndole circunstancias de aprendizaje y crecimiento personal.

En segundo término, esta “Resiliencia Espiritual” podría ampliarse a través de un trabajo en psicoterapia, donde el foco del dialogo terapeuta-paciente, pudiera ampliarse a otra dimensión, entendiendo que debe ser co-construida en la relación terapéutica. En ciertos casos, para el paciente será una religión determinada, la búsqueda de la “coherencia interna”, ampliar el “sentimiento de gratitud”, en un dialogo filosófico, y para otros el camino de la búsqueda de sentido y la necesidad de trascendencia en su vida.

La espiritualidad puede ser vivida a través de diferentes prácticas, ya que es solo una manifestación externa, un instrumento para externalizar la dimensión espiritual del ser.

A través de un “dialogo centrado en el espíritu”, se podría acompañar a la persona a encontrar la forma de canalizar, desarrollar el significado a su experiencia, a fin de que pueda lograr una vida más armónica, curar sus heridas o enfrentar una enfermedad con mayor bienestar psicológico y aumentar su resiliencia espiritual

En conclusión, se entiende a la “Resiliencia Espiritual” como la capacidad del sujeto de reparar el trauma espiritual, el “estar roto” y fortalecerse, encontrando la forma de recuperar el sentido de la vida, la coherencia interna, el estado de gratitud. También se entiende, que esta capacidad puede ampliarse como toda capacidad humana, utilizando una herramienta como el “dialogo centrado en el espíritu”, o podríamos llamarlo un “Dialogo Psico espiritual”.

4.3.2 La Resiliencia Espiritual en la Prevención del SB

Entendiendo la Resiliencia Espiritual como la capacidad del sujeto de reparar el trauma espiritual, el “estar roto” y fortalecerse encontrando la forma de recuperar el sentido en la vida, la coherencia interna, se podrá avanzar en la relación que se pretende establecer con la prevención de Síndrome de Burnout en profesionales y técnicos que trabajan en el

ámbito de la rehabilitación de las adicciones, entendiéndose que se podrá hacer extensivo a todas las especialidades que involucren el cuidado de otro.

Es importante destacar, en la prevención de este síndrome, que se deben distinguir aspectos que interactúan en el cuidador como la organización y la calidad de vida en el trabajo, la posibilidad del trabajo en equipo, pero también y fundamentalmente los relacionados con las capacidades del sujeto ante el afrontamiento y resolución de elementos estresores en la práctica diaria.

Ya se han presentado numerosas investigaciones que relacionan la espiritualidad con la prevención del SB, planteando las técnicas de meditación en el logro de la armonía y de coherencia interna (Campagne, 2004). Las prácticas de disuasión de pensamiento repetitivo o de reorientación cognitiva y de armonización, como la meditación (Aguilar, 2006), favorecen la capacidad de resiliencia espiritual del humano, la cual le brinda la oportunidad de lidiar con el trauma espiritual, “el estar roto” (Dugal, 2009), y posibilita la reparación del daño producido.

Igualmente, Antonovsky (1987) plantea el Sentido de Coherencia interna, como fuente de protección ante emociones negativas, tales como depresión y ansiedad, pudiendo hacer frente a los estímulos estresantes de un modo más elaborado, redundando en mayor percepción subjetiva de bienestar Psicológico.

De igual modo, y en relación al sentido de coherencia interna, y los tutores de resiliencia, se planteó que un estado interno de coherencia, propicia el propio tutor de resiliencia, esa conciencia de sí, esa capacidad de reflexión que construye un yo capaz de ser tutor de sí mismo, ampliando la capacidad de resistir y ser resiliente ante la adversidad, y el estrés en general.

También se ha señalado la importancia de la autotrascendencia, como un elemento de la espiritualidad, que se relaciona directamente con el bienestar psicológico y el bienestar social (Joshani, 2011).

La actividad religiosa como un estilo de afrontamiento del estrés, relacionada con estrategias centradas en la emoción; (Becerra, 2013) y la autoconciencia y el autocuidado como grandes protectores del desgaste emocional en el cuidador, o del desgaste laboral (Barreto, 2014). La técnica de la atención plena (mindfulness), para reducir el estrés y el agotamiento del médico (Vicario, 2016).

En efecto, se plantea la resiliencia espiritual, como la capacidad de poder hacer frente al desgaste laboral, independientemente de las condiciones laborales, entendiendo que el sujeto es capaz de atravesar por las crisis y rearmarse, restablecer su equilibrio interno, haciendo hincapié en un modelo que se apoya en las virtudes y fortalezas del hombre, más que en sus debilidades, incapacidades. Proponiendo dejar de identificar las condiciones adversas como la causa de la disfunción. No son los estímulos en sí, los que fundamentan la pérdida de equilibrio del sujeto, sino las interpretaciones que él hace de ellos.

Por tal razón, es que se propone la resiliencia espiritual como una capacidad que se puede desarrollar, ampliar y que puede colaborar en la prevención del Burnout, en los cuidados del cuidador, objeto de investigación en estos años, y específicamente en torno al Síndrome de Burnout y el Afrontamiento (Arias, 2015).

Dentro de los recursos personales que se pretenderá ampliar, se encuentran: la capacidad de afrontamiento, la respuesta afectiva (positiva o negativa), las actitudes frente a la vida (pesimismo VS. Optimismo), la fortaleza personal “Hardiness”, el control y la Resiliencia individual (Walsh, 1998). También, las estrategias de autocuidado de los terapeutas, centradas en la construcción de “actividades sanadoras”, es decir, actividades que moderen el impacto del estrés laboral (Pearlman & Saakvitne, 1995), entre ellas: utilizar el

sentido del humor dentro del ambiente laboral (Moran, 2002), el desarrollo de la espiritualidad que disminuyen los síntomas derivados del estrés (Jaramillo, 2005), (Trujillo, 2011), y ampliar las capacidades de afrontamiento del sujeto a través del humor, el optimismo y la gratitud (Quinceno & Vinnacia, 2014).

En síntesis, se distingue la capacidad de afrontamiento y la resiliencia, como capacidades factibles de desarrollarse a través de técnicas variadas y aspectos de la persona que aumentan esa capacidad de ser resiliente.

Es en este sentido que entre las herramientas que se han presentado a lo largo de este trabajo, se destaca el “Diálogo Psicoespiritual” como una herramienta capaz de ampliar las virtudes y fortalezas antes mencionadas. Un dialogo que se co-construye con el paciente/cliente y es capaz de fundar ese tutor de resiliencia interno, el espíritu humano, dador de fortaleza, de capacidad de afrontamiento y resolución, encontrando la forma de bucear en su interior para hallar el apoyo y la nutrición emocional, que en ciertas circunstancias no se logra encontrar en el entorno de la persona.

En esencia, es lograr contart el cuento de la propia vida, sin colocarse en una lugar de víctima, sin referentes, sino protagonista de una batalla que librará con sus capacidades personales. esto, le permitirá a su vez crecimiento personal y trascendencia en la vida, que retornará hacia sí mismo, como un círculo virtuoso en el cual, a medida que sea capaz de afrontar mayores dificultades, sus capacidades se verán amplificadas y su tutor de resiliencia interna o su resiliencia espiritual, consolidados.

En el próximo capítulo se presentará el marco metodológico de la presente investigación, en busca de datos cuantitativos en la muestra de profesionales y técnicos seleccionados, con el objeto de establecer coincidencias que apoyen el planteo teórico desarrollado hasta el momento.

Capítulo 5

Marco Metodológico

5.1.1 Planteo del Problema

El trabajo en la atención de la salud mental, puede ser una fuente de enfermedades tanto físicas como mentales. Los trabajadores de la salud se exponen permanentemente a riesgos biológicos como psicológicos, que están relacionados con la organización y el tipo de trabajo. Trabajar con los aspectos emocionales más intensos de los pacientes, así como aquellos que presentan riesgo, tales como: trastornos límite de personalidad, adicciones, abuso sexual y violencia, con frecuencia afecta la tolerancia a la frustración por parte del profesional. El estrés laboral crónico, que significa estar bajo esas circunstancias, puede llegar a ser extenuante y conducir a la presencia de signos del síndrome de estrés profesional. (De las Cuevas, 2003).

La problemática de los altos niveles de burnout entre los profesionales de la salud (Barquero, 2009), y sobre todo en el área de la rehabilitación de las adicciones, lleva a la preocupación y a tenerlo en cuenta, para así poder encontrar estrategias de prevención, que disminuyan los niveles de desgaste laboral en estos agentes de salud.

En este sentido, es oportuno investigar sobre las herramientas posibles para el cuidado de los profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) y técnicos (operadores socio terapéuticos y acompañantes terapéuticos) que desarrollan su actividad

laboral en la práctica profesional de la rehabilitación de las adicciones, proponiendo la espiritualidad, como un factor protector en la prevención del desgaste profesional.

El objetivo, es ofrecer datos actualizados que puedan servir para ampliar el conocimiento y proveer estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral, siendo el objetivo la búsqueda de herramientas útiles para el cuidado de los profesionales y técnicos, con el fin de mejorar su calidad de vida profesional y personal.

A tales fines, se debe establecer el papel de la espiritualidad en la capacidad de afrontamiento del sujeto y de esta manera proponer su importancia como factor protector ante el síndrome de Burnout.

De acuerdo a lo dicho anteriormente es pertinente plantear la pregunta de investigación:

¿Cuáles es la relación entre la espiritualidad y los niveles de síndrome de Burnout, en una muestra de profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) y técnicos (operadores socio terapéuticos y acompañantes terapéuticos) que se desarrollan en el área de la rehabilitación de las adicciones, en la actualidad.

5.1.2 Objetivo General

En esta sección se desarrolla brevemente el tipo de investigación las variables y la relación entre ellas. El objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre la espiritualidad y los niveles de síndrome de Burnout, en una muestra de profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) y técnicos (operadores socio terapéuticos y acompañantes terapéuticos) que trabajan en el área de la rehabilitación de las adicciones.

Objetivos específicos

1. Explorar en los niveles de espiritualidad de los participantes, con la toma de los instrumentos: el Cuestionario de Espiritualidad y la Escala de Auto trascendencia
2. Conocer los niveles de desgaste laboral en los participantes, para tal objetivo se utilizará El cuestionario de Maslach Burnout Inventory
3. Analizar la relación entre la espiritualidad y los niveles de Burnout, estableciendo la relación entre ambas variables.

5.2.1 Hipótesis

“La espiritualidad presenta una relación negativa con respecto del Síndrome de Burnout en profesionales y técnicos que trabajan en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones”

Con el objetivo de encontrar relaciones entre el grado de espiritualidad, la capacidad de auto trascendencia de los profesionales y técnicos adictólogos, y su especial resistencia ante el desgaste laboral. Se pronostica que la dimensión espiritual de la personalidad, puede ejercer un efecto protector, un efecto de refrigeración de reacciones, permitiendo que la persona pueda detectar herramientas de afrontamiento ante el estrés, y contrarrestar las circunstancias que supone el trabajo en estos ámbitos de la salud mental, con pacientes tan complejos como aquellos que padecen un trastorno por consumo de sustancias.

La hipótesis planteada, intenta organizar la presente investigación, buscando la correlación entre estas variables, para poder generalizar el conocimiento y así poder pronosticar y descubrir herramientas en la prevención del Síndrome de Burnout en los agentes de salud que trabajan con este tipo de pacientes.

El objetivo último, será aplicar estos hallazgos en la creación de programas de prevención del burnout en instituciones que trabajen con pacientes con problemáticas de adicción.

5.2.2 Diseño

El diseño de investigación, es cuantitativo, no experimental, de tipo transversal correlacional (Sampieri, 2010). Con este diseño es posible examinar, comparar y analizar las posibles relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Las relaciones pueden ser establecidas en términos correlacionales, es decir, si los cambios en una variable existen, generan un cambio en la otra variable.

Por otro lado es no experimental, ya que no se realizara manipulación de variables, solo se observara la relación entre ellas a través de herramientas de medición en el campo.

Es una investigación de campo, se realiza una recolección de datos, en un punto en el tiempo, en una muestra de profesionales y técnicos que trabajan en la recuperación de pacientes con adicciones, ya que coinciden con las especificaciones propuestas.

Se pretende encontrar mayor conocimiento o explicaciones de los fenómenos que se observan, para poder obtener resultados que se puedan utilizar en la resolución de la problemática del Brunout profesional.

5.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Para poder delimitar las características demográfica la población o muestra” n”, se realizaran preguntas demográficas, entre ellas género, edad, nivel de estudios, estado civil, zona en la que reside, función dentro de la institución y antigüedad en la labor que realiza.

Con el fin de establecer la relación entre la espiritualidad, y prevención del desgaste profesional, y cuantificar estos conceptos, utilizaremos tres escalas con formato Likert auto administrables, que a continuación de describirán. Entre los elementos de evaluación, contamos con:

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1997)

Dicho cuestionario, consta de 22 ítems divididos en tres subescalas:

- Agotamiento emocional (AE): evalúa la vivencia de estar exhausto, representa el componente de estrés individual. Las causas principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo. Algunos ítems p.e.: 1-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo, 3-Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana cuando tengo que ir a trabajar.
- Despersonalización (DP): actitudes de frialdad o distanciamiento emocional, la apatía en el trabajo, algunos de los ítems, p.e.: 15-Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
- Realización personal (RP): evalúa el sentimiento de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo, carencia de recursos de trabajo, así como por la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente. Algunos de los ítems, p.e.: 4- Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes, 9- Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.

Emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem de cada escala, que van desde “nunca” (0) hasta (6)

“diariamente” En la presente investigación se utilizará la versión en castellano, con un *Alpha de Cronbach* de 0.73 y 0.89

El Cuestionario de Espiritualidad versión castellano (Díaz Heredia, 2012)

Originalmente desarrollado por Nasrin Parsian y Trisha Dunning (2009); este instrumento se enfoca en el concepto de identidad interior, sentido de la vida y conexión con las personas. El instrumento final cuenta con 29 ítems y utiliza una escala de Likert de cuatro puntos, que van desde: muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), en acuerdo (3), muy de acuerdo (4). Las subescalas que componen el instrumento son:

- Autoconciencia: con algunos ítems como p.e.: 1- Creo que soy una persona valiosa, 4- Tengo una actitud positiva hacia mí misma
- Creencias espirituales en la vida: con algunos ítems como p.e.: 12- Mi espiritualidad me ayuda a decidir quién soy, 14- Mi espiritualidad está integrada en mi vida
- Prácticas espirituales: con ítems como: 15- Medito para alcanzar la paz interior, 18- Trato de vivir en armonía con la naturaleza.
- Necesidades espirituales: dentro de los cuales podemos citar: 21- Busco la belleza en la vida

La misma está validada en versión castellano. El significado del concepto de espiritualidad fue cambiando en el tiempo. Existen escalas y cuestionarios que pretenden medirlo de diversas maneras. Aquí utilizaremos este cuestionario por su cualidad de tener una visión humanista y no religiosa. En cuanto a la consistencia de la prueba, fue soportada por el resultado del *Alpha de Cronbach*, cuyo valor 0.88 es considerado apropiado para un instrumento

La Escala de Autotrascendencia versión castellano (Díaz Heredia, 2012)

La escala de autotrascendencia (Self Transcendence Scale, STS) fue diseñada por Pamela Reed (1986), con el objeto de medir cómo las personas expanden sus límites personales de diferentes formas. El instrumento tiene 15 ítems con escala de cuatro puntos. El puntaje final se obtiene al dividir el total sobre el número de ítems, y el valor resultante varía entre 15 y 60 e indica el nivel de autotrascendencia; a mayor número, mayor trascendencia.

Algunos de sus ítems son: -Me ajusto a los cambios en mis capacidades físicas, - Comparto mi experiencia o mi sabiduría con los otros, -Encuentro significado a mis experiencias pasadas.

Se distinguen dos tipos de trascendencia: la transpersonal y la intrapersonal. La transpersonal se refiere al sentido de conexión con Dios y la intrapersonal se enfoca en la potencialidad del ser. Ha sido denominada como el conocimiento interior o fuerza interior que siempre está presente.

La validación en versión castellano de la escala de Autotrascendencia tiene un coeficiente de validación ($\alpha=0.802$) con una varianza explicada por un factor 36.18.

5.4.1 Participantes

La muestra o población universo, es el conjunto de los profesionales y técnicos que concordaban con las especificaciones de la población objetivo.

Estos instrumentos de autoadministración, serán tomados a un grupo de 153 profesionales y técnicos que trabajan en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones. La muestra se compone de diferentes actores, entre los cuales contamos con profesionales como: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y Técnicos como: acompañantes

terapéuticos y operadores socio terapéutico que trabajan en Comunidad Terapéutica o centros ambulatorios de rehabilitación de las adicciones, de ambos sexos, que desarrollan su actividad en la Argentina entre los años 2013 y 2016.

La elección de 153 participantes, la basamos en el concepto de que la distribución de muestras de 100 o más elementos que sirven al propósito de hacer estadística inferencial (generalizar de la muestra al universo), llamado teorema del límite central. Se define *Distribución normal*: a la distribución en forma de campana, que se logra generalmente con muestras de 100 o más integrantes, y es útil cuando se hacen inferencias de tipo estadístico. (Sampieri, 2010)

5.4.2 Procedimiento

La administración de las escalas se hizo en forma personalizada, en formato papel auto administrable, a aquellas personas o instituciones que geográficamente sean accesibles, y en formato digital auto administrable al resto, para poder llegar a mayor cantidad de participantes, debido a la especificidad de la población elegida.

Esta última opción, se hará de la siguiente manera: por medio de un mail se le solicita al participante que acceda a un sitio web, donde se localiza el cuestionario, el cual se contesta en el momento. Según, Mertens (2005) una tasa de devolución de cuestionarios cumplimentados por correo electrónico o de manera electrónica por encima de 50% es muy favorable en las investigaciones. (Sampieri, 2010)

En la presente investigación, han participado diferentes Asociaciones, Fundaciones y organismos públicos dedicados a la rehabilitación de las adicciones, colaborando con la toma de las tres Escalas elegidas, a sus equipos Terapéuticos. Entre ellos, se resalta la participación del Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut, Secretaria de atención a las adicciones, la Fundación Manantiales, La Escuela Sistémica Argentina, Casa Faro y Fundación Dasein entre

otras. También se recibió aportes de profesionales especialistas en adicciones que trabajan en forma independiente.

En el caso de la administración personalizada, se les presentó a los participantes las escalas, para que pudieran autocompletarlas. En el caso de algunas Fundaciones, se le entregó al Director de la institución, y éste completó el procedimiento con su equipo, para luego entregar las escalas completadas.

En el caso del formato electrónico, se contactó a la persona vía mail o telefónicamente, se le solicitó la colaboración, y luego se le envió el Link de ingreso al formulario por algún medio, como mail o Messenger, para que pudieran ingresar.

Al completar todos los datos del formulario electrónico de servicio de Google, automáticamente los datos se reúnen en una planilla Excel, a la que tienen acceso sólo la investigadora.

A todos, se les solicitó que completen con sus datos personales, datos demográficos y años de ejercicio profesional en el ámbito de las adicciones. Así como también, firmar el consentimiento informado, garantizándoles la confidencialidad de los datos recabados. En el caso de la Fundación Manantiales, la Institución entregó una carta de consentimiento, reservando sólo los nombres de los profesionales que realizaron las escalas.

Al cumplirse con la administración de las Escalas a la muestra propuesta, se procedió a hacer la transferencia de los datos, los cuadros de análisis, y a realizar el análisis final, para poder establecer relaciones entre las variables.

En adelante se presentarán los resultados obtenidos, para luego establecer las relaciones posibles entre las diferentes variables seleccionadas.

Capítulo 6

Resultados

Para la consecución de los objetivos propuestos, a continuación, se analizaron las tres pruebas métricas que fueron utilizadas para evaluar las variables de interés. En primer lugar, se analizaron las propiedades psicométricas de la escala de autotrascendencia, luego de la escala de espiritualidad, para finalmente estudiar el inventario de burnout. Una vez demostrada la validez y confiabilidad de las técnicas, se procedió a analizar las relaciones entre los constructos.

6.1 Análisis de las propiedades psicométricas de las escalas

El objetivo será analizar las características estadísticas descriptivas de los ítems que componen las tres escalas que se utilizaron en el estudio. A continuación, se informa la media, la desviación típica, la correlación de los ítems, el alfa de Cronbach, y si fue necesario eliminar algún elemento de las escalas.

6.1.1 Análisis de la escala de Autotrascendencia

En primer lugar, se analizaron los estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala de autotrascendencia. A continuación, se informa la media, la desviación típica, la correlación ítem-total, el alfa de Cronbach si se elimina el elemento, la asimetría y la curtosis para cada uno de ellos (Tabla 1)

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la escala de Auto trascendencia

		Medi	Desv.	Correl	Alfa	Asime	Curto
	a		Típ.	ación	de Cronbach	tría	sis
				elemento-	si se elimina		
				total	el elemento		
				corregida			
A1	E	3,09	,909	,519	,831	-,658	-,491
A2	E	3,41	,729	,439	,835	-1,314	1,924
A3	E	3,36	,742	,516	,831	-,993	,547
A4	E	3,29	,715	,605	,827	-,601	-,427
A5	E	3,22	,754	,470	,834	-,860	,689
A6	E	3,44	,689	,518	,832	-1,095	,908
A7	E	3,37	,926	,579	,827	-1,308	,598
A8	E	3,50	,691	,665	,824	-1,284	1,258

A9	E	3,75	,567	,458	,835	-2,627	7,625
A10	E	3,01	,850	,359	,840	-,866	,472
A11	E	3,13	,897	,456	,835	-,654	-,582
A12	E	3,12	1,013	,476	,834	-,867	-,433
A13	E	3,23	,767	,497	,832	-,687	-,142
A14	E	3,13	,840	,458	,834	-,716	-,095
A15	E	2,93	,984	,205	,852	-,445	-,913

A partir de la información recolectada, se procedió a eliminar el ítem 9 debido a que presenta un exceso de curtosis. Asimismo, fueron descartados los ítems 10 y 15 por presentar bajos niveles de correlación ítem-total ($< .40$).

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio, con los 12 ítems restantes ($KMO = .783$; $Bartlett < .001$) el cual presentó una estructura de dos factores, un primer factor que estaba compuesto por 9 ítems y un segundo compuesto por 3 (ítems 6, 12 y 13), ya que presentaban saturaciones similares en ambos factores. Debido a que la estructura original de la escala es unidimensional, se procedió a eliminar los tres ítems que componían a la segunda dimensión del constructo, arribando a una escala final para evaluar la auto

trascendencia, compuesta por 9 ítems y con niveles de consistencia interna adecuados ($\alpha = .81$).

Luego de arribar a una escala valida y confiable para evaluar la autotrascendencia, se procedió a analizar el cuestionario de espiritualidad.

6.1.2 Análisis del Cuestionario de Espiritualidad

Se procedió a analizar el cuestionario de espiritualidad a partir del análisis de ítems, la consistencia interna de cada factor y el análisis factorial exploratorio ($KMO = .895$; Bartlett $< .001$) (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis factorial del cuestionario de espiritualidad, consistencia interna y análisis descriptivo de los ítems.

	1	2	3	r i-total	Alf-i
Auto-conciencia ($\alpha = ,871$)					
CE4	,773	,209	,028	,691	,848
CE8	,754	,229	,145	,714	,846
CE7	,751	,048	,218	,675	,850
CE1	,677	,156	,053	,567	,861
CE5	,675	-,010	,248	,593	,859
CE10	,661	,208	,351	,679	,849

CE6	,655	,096	,009	,512	,867
CE9	,492	,316	,452	,579	,860
CE13	,179	,916	,153	,876	,882
Importancia de las creencias espirituales ($\alpha = ,918$)					
CE11	,152	,892	,215	,862	,885
CE14	,262	,855	,105	,823	,894
CE12	,119	,851	,285	,814	,895
CE16	,093	,648	,356	,619	,941
Necesidades espirituales ($\alpha = ,730$)					
CE29	,060	,220	,796	,537	,663
CE21	,214	,216	,764	,602	,581
CE23	,274	,336	,591	,524	,677

El porcentaje de varianza total explicada fue de 64, 59%, desglosado en un primer factor que explicó el 25,15%, un segundo factor que dio cuenta de un 24,95% y un tercero que explicó un 14,48%. Todos los indicadores testeados dan cuenta de propiedades psicométricas adecuadas, tanto en la saturación ítem-factor, como en la correlación ítem-total y el alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

Posteriormente, se procedió a analizar la escala de burnout para completar los análisis de validez y confiabilidad de las técnicas.

6.1.3. Análisis de la Escala MBI

Se procedió a analizar el cuestionario burnout a partir del análisis de ítems, la consistencia interna de cada factor y el análisis factorial exploratorio (KMO = .828; Bartlett < .001) (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis factorial del cuestionario de espiritualidad, consistencia interna y análisis descriptivo de los ítems.

	1	2	3	r i-total	Alf-i
Realización personal ($\alpha = ,780$)					
MB	,726	-,298	-,061	,591	,739
12					
18	,700	-,036	-,214	,601	,740
19	,697	-,056	-,085	,545	,752
17	,695	-,014	-,254	,587	,740
21	,560	-,178	-,170	,477	,770
17	,522	-,107	-,119	,440	,777

Cansancio emocional ($\alpha = ,821$)						
1	MBI	-,139	,783	,149	,666	,735
3	MBI	-,214	,778	,062	,666	,731
2	MBI	,209	,750	,118	,491	,787
14	MBI	-,094	,695	,142	,569	,797
8	MBI	-,397	,612	,323	,619	,746
6	MBI	-,347	,581	-,065	,480	,793
Despersonalización ($\alpha = ,650$)						
10	MBI	-,234	,030	,734	,480	,557
11	MBI	-,456	-,051	,687	,560	,491
22	MBI	,025	,283	,597	,269	,692
5	MBI	-,275	,219	,587	,483	,576

El porcentaje de varianza total explicada fue de 53,71%, desglosado en un primer factor que explicó el 20,67%, un segundo factor que dio cuenta de un 20,27% y un tercero que explicó un 12,77%. Todos los indicadores testeados dan cuenta de propiedades psicométricas adecuadas, tanto en la saturación ítem-factor, como en la correlación ítem-total y el alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

Finalmente, luego de obtener evidencia de confiabilidad y validez de todas las técnicas utilizadas en este estudio se procedió a analizar las relaciones entre las variables para dar cuenta de los objetivos propuestos.

6.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra

El recorte de población elegida, fue un grupo de 150 profesionales y técnicos que trabajan en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones. La muestra se compone de diferentes actores, entre los cuales contamos con profesionales como: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y Técnicos como: acompañantes terapéuticos y operadores socio terapéutico que trabajan en Comunidad Terapéutica o centros ambulatorios de rehabilitación de las adicciones, de ambos sexos, que desarrollan su actividad en la Argentina entre los años 2013 y 2016.

Criterios de Inclusión:

- Trabajar en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones
- Ser un agente de salud, psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeros, acompañantes terapéuticos, operadores terapéuticos o auxiliares.
- Ejercer en la Argentina

6.2.2 Distribución Demográfica

La distribución de la muestra según género, señala que el 70,6 % (108) son mujeres y el 29,4 % (45) varones, de las personas que realizaron las escalas.

La edad presentó una media de 40,26 años con un desvío de 10,83. Por lo que inferimos que en su mayoría la muestra presenta una población de adultos en edad media.

En relación a nivel académico de la muestra, de los 153 encuestados, el 61,4 % (94) son profesionales, entre ellos psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros, mientras que el 38,6% (59) son Técnicos como acompañantes terapéuticos, operadores socio terapéuticos y auxiliares.

Con respecto a los años de ejercicio profesional, la media se ubica en 9 años de antigüedad en su mayoría

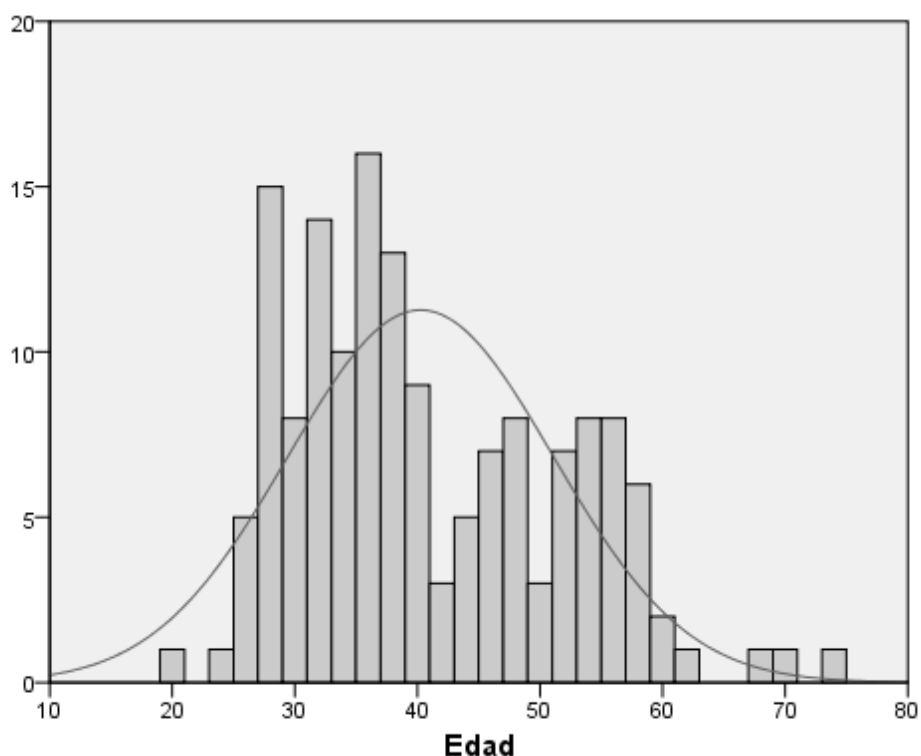
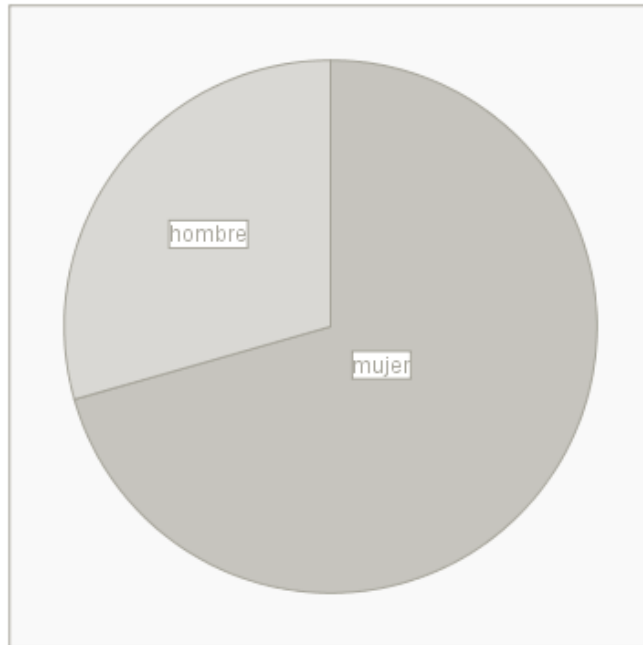
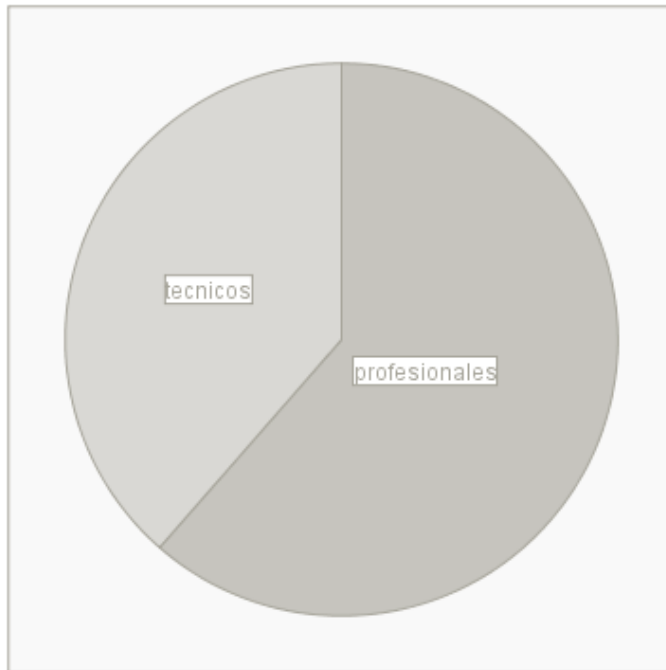


Tabla: 1 edad**Tabla 5: Porcentaje de edades**



6.3 Inferencias

Objetivo 1

- Analizar los índices de Burnout en la población recorte.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero, definen el síndrome. Esta escala mide la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Los resultados de cada sub escala: Sub escala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Subescala de realización personal:

evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

En la muestra analizada no se evidencia elevada presencia de Síndrome de Burnout

Resultados obtenidos:

En la muestra analizada, en general no se evidencia elevada presencia de Síndrome de Burnout, con una media de años de trabajo de 9,01.

Con respecto a los niveles de Cansancio emocional son bajos, con una media = 19,65, **bajos** niveles de Despersonalización media =de 5,73 y altos niveles de Realización personal con una media= 39,47

Objetivo 2

- Medir el grado de espiritualidad de la población elegida

Medición de la Autotrascendencia.

La escala de autotrascendencia (Díaz Heredia, 2012), que tiene como objeto medir cómo las personas expanden sus límites personales de diferentes formas. El instrumento consta de 15 ítems con escala de Likert de cuatro puntos. El puntaje mínimo es de 15 y el máximo es de y 60

El resultado en la población analizada es de 48,62, lo que muestra un nivel de auto trascendencia media. Con valores parecidos registrados en la muestra de Diaz Heredia (2012) con una media de en la población analizada es de 47,77.

Medición de la Espiritualidad

Este instrumento se enfoca en el concepto de identidad interior sentido de la vida y conexión de las personas. El puntaje mínimo es de 46, y el puntaje máximo es de 116.

Los resultados en la población analizada, determina que la media, en referencia al nivel de espiritualidad de medio alto: 91,24. Lo cual presenta resultados similares a los obtenidos por el estudio de Díaz Heredia (2012), realizado en Colombia, que registró una media de 93,42.

Objetivo 3

Relaciones entre las variables propuestas

Para conocer las relaciones entre las diferentes dimensiones de las variables utilizadas, se realizaron una serie de correlaciones a través del estadístico r de Pearson (Tabla 7)

Tabla 7. Relaciones entre las dimensiones de la espiritualidad, la autotrascendencia y el burnout

	1	2	3	4	5	6	7
1. MBI_CE	-	,364**	,391**	,345**	,249**	,265**	,115
2. MBI_DE		-	,511**	,212**	,270**	,122	,180*
3. MBI_RP			-	,414**	,279**	,231**	,189*
4. EA_Total				-	,559**	,402**	,424**

5. CE_AC						-	, 439**	, 496**
6. CE_ICE							-	, 560**
7. CE-NE								-
**. $p < .01$; *. $p < .05$								

Como se puede observar en la Tabla 7, casi todas las relaciones entre las dimensiones resultaron significativas. En particular, se destacan las relaciones medias y negativas entre auto trascendencia y cansancio emocional CE ($r = -.345$; $p < .01$) y el desgaste emocional DE ($r = .212$; $p < .01$), mientras que la relación es positiva entre autotrascendencia y la realización personal RP ($r = .414$; $p < .01$), mientras que la relación es negativa y baja con la despersonalización DE ($r = -.212$; $p < .01$).

Asimismo, la autotrascendencia se relaciona de manera positiva con las tres dimensiones de la espiritualidad: autoconciencia AC ($r = .559$; $p < .01$), creencias espirituales CE ($r = .402$; $p < .01$) y necesidades espirituales NE ($r = .424$; $p < .01$).

En relación a los resultados presentados, se encontraron concordancias con las investigaciones previas, y se halló que a mayores niveles de autotrascendencia y espiritualidad, menores niveles de desgaste laboral, y mayores niveles de realización personal. Por otro lado, la relación positiva entre autotrascendencia y espiritualidad, estaría evidenciando la propuesta del presente trabajo, que plantea la autotrascendencia como una dimensión de la espiritualidad. En adelante se procederá al análisis y discusión de los resultados, pudiendo encontrar semejanzas o diferencias con investigaciones previas.

Capítulo 7

Discusión y conclusiones

En este capítulo se contrastarán los resultados de investigación con los hallazgos de otras investigaciones. Se exponen algunas de las conclusiones y recomendaciones más destacadas, así como se pone en evidencia las limitaciones del presente estudio y que se considera relevante para tener en cuenta en futuras investigaciones.

7.1.1 Discusión de los Resultados

Con una muestra de 153 Profesionales y técnicos del ámbito de la clínica de las adicciones, se exploró en los efectos protectores que las variables espiritualidad y auto trascendencia, tienen sobre el desgaste laboral o Síndrome de Burnout. Se examinó la posibilidad de proponer la espiritualidad como herramienta de prevención de este síndrome, con el objetivo de realizar un aporte al campo del trabajo de los cuidadores de la salud.

Se les aplicaron encuestas para medir sus niveles de estrés y sus los niveles de espiritualidad y de autotrascendencia. Los resultados y relaciones con otras investigaciones son:

Con respecto a los niveles de Burnout de los profesionales y técnicos de la presente muestra, es importante resaltar, ante todo, que en general no se han evidenciado niveles de Síndrome de Burnout. Si bien, la muestra presenta un promedio de 40,26 años de edad y 9,01 años de trabajo, no se registran niveles de Burnout,. En este sentido, no se registran coincidencias con otras investigaciones, que postulan que: más de 5 años de años de antigüedad laboral o

una edad promedio igual o superior a 41-50 años son factores predisponentes de mayor estrés laboral. (Zhu, 2006), (Lozada Balderrama, 2010) y (Venezuela Salvador, 2014).

El Síndrome de Burnout, es la manifestación de altos niveles de estrés laboral, que se ven reflejados en elevados niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos niveles de Realización Personal.

En la presente muestra, no se hallan niveles significativos de burnout. Por el contrario, se observan altos niveles de Realización Personal = 39,47 (puntuación máxima 48), bajos niveles de Cansancio emocional = 19,65 (puntuación máxima 54) y niveles medio de Despersonalización = 5,73 (puntuación máxima 30).

Estos resultados ponen de manifiesto, que puntajes altos en realización profesional, producen bajos niveles de Cansancio Emocional y por lo tanto bajos niveles de burnout. Este último resultado, coincide con estudios previos como el de Roncallo (2010).

Por otro lado, los resultados arrojan niveles medio altos de autotrascendencia y de espiritualidad, poniendo en evidencia la creciente presencia de la dimensión espiritualidad entre la población de los cuidadores de la salud. Tal vez estos resultados, apoyen lo propuesto por otros estudios, que resaltan que la presencia de mayores niveles de espiritualidad pudiera ocasionar sistemas más compasivos de atención y profesionales con menores índices de desgaste laboral. (Meisenhelder & Chandler, 2002); (Silberfarb, Anderson, & Rundle, 1991); (Koenig, George & Siegler, 1988).

También, los resultados reflejan que la autotrascendencia se relaciona de manera positiva con las tres dimensiones de la espiritualidad: autoconciencia AC ($r = .559$; $p < .01$), creencias espirituales CE ($r = .402$; $p < .01$) y necesidades espirituales NE ($r = .424$; $p < .01$), coincidiendo con la propuesta inicial, en la que se postula la autotrascendencia como una dimensión de la espiritualidad, relacionada con la búsqueda de sentido y misión en la vida.

Por lo que en el presente trabajo, espiritualidad y autotrascendencia están íntimamente ligadas como se propuso desde el inicio.

Este último resultado, coincide con investigaciones previas, que han advertido que la dimensión espiritualidad, está asociada con un mayor sentido de la vida y también con menores niveles de estrés (Oñate, Resett, Sanabria & Menghi, 2015).

Al mismo tiempo, también se registran altos niveles de sentimientos de autoeficiencia y realización profesional= 39, 47 (puntuación máxima 48), con una relación positiva entre autotrascendencia y la realización personal RP ($r = .414$; $p < .01$). Estos resultados, permiten especular que la presencia de fortalezas internas como la espiritualidad, parecen ser un factor protector ante el Síndrome de Burnout. En este punto se registran coincidencias con trabajos previos, que también han planteado esta relación. (Zamora, 2004) y (Olivares, 2007).

A modo de conclusión, los resultados en general indican que las variables espiritualidad y auto trascendencia, juegan un papel importante en relación al estrés y por consiguiente al desgaste laboral. Se encontraron relaciones medias y negativas entre auto trascendencia y Cansancio Emocional y Despersonalización, dato que apoya el planteo inicial de este trabajo y es sumamente relevante para la prevención del síndrome de burnout.

Con base en los resultados obtenidos, se puede especular que la espiritualidad constituye una fuente de fortaleza para contrarrestar la adversidad. Que esta, fortaleza puede contrapesar las amenazas a las que muchas veces se expone el agente de salud en la atención de pacientes graves.

En este sentido, la autotrascendencia, en esta muestra, presenta una relación positiva con Realización Personal, por lo que se puede observar que en el desarrollo del sentido de la vida, los profesionales de la salud, podrán tener mayores posibilidades de afrontar el estrés, encontrado satisfacción en su labor cotidiana. En tanto, en el proceso de la despersonalización se produce lo contrario: deshumanización y endurecimiento afectivo. Lo que explica, que

personas que tienen mayores niveles de autotranscendencia logran tener menores niveles de Despersonalización, coincidiendo con Alesciuk (2015).

Al mismo tiempo, se observa que, a mayores niveles de Realización Personal o sentimientos de autoeficiencia, se producen menores niveles de Desgaste Laboral o vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Los sentimientos de autoeficacia, parecen funcionar como una barrera protectora ante el desgaste laboral. Resultados que concuerdan con Barreto (2014), quien evidencio que la satisfacción por Compasión, disminuye el Cansancio por compasión, o el desgaste por empatía.

En este sentido, se encuentran coincidencias que apoyan estudios previos, en los que se postula la autotranscendencia como un mecanismo de afrontamiento centrado en la reinterpretación positiva y que los cuidadores con altos índices de Resiliencia, obtienen mayores niveles de eficacia, compromiso laboral y expresan menores niveles de agotamiento emocional y cinismo (de Lucena Carvalho, Contador, Ramos Campos, Fernández Calvo & Hernández Martín, 2006); (Córdoba y Poches, 2016).

Otro resultado a destacar, es la relación positiva entre espiritualidad y realización personal en la presente muestra. Resultado que invita a reflexionar, pudiendo concluir que la espiritualidad, específicamente en relación al sentido de vida, cumple una función protectora ante el estrés y el desgaste laboral, en concordancia con la hipótesis planteada inicialmente.

Se propone como un mecanismo de afrontamiento positivo ante el agotamiento emocional y la despersonalización propios del desgaste en los profesionales de la salud, aviniendo con otras investigaciones (Büssing, Lötze, Glöckler & Heusser, 2015), (Espinosa et al, 2009).

En efecto, se observa que la espiritualidad es una dimensión de la personalidad capaz de neutralizar los estresores, un enfriamiento en las reacciones, que posibilita promover el propio bienestar del profesional y disminuir los niveles de estrés.

La espiritualidad, en su dimensión autotrascendencia es un factor fundamental en la mitigación de los efectos del agotamiento, y una estrategia de afrontamiento que puede tener un beneficio protector para los agentes de salud, como ya lo habían observado anteriormente (Doolittle, Windish & Seelig, 2013).

La autotrascendencia, como una dimensión de la espiritualidad, se relacionan negativamente con el desgaste laboral, lo cual implica, que aunque un profesional del ámbito de la rehabilitación de las adicciones, se encuentre en un ámbito laboral con altos índices de estrés, cuando tiene elevados niveles de Auto trascendencia y de Espiritualidad, tiene mayores posibilidades de sentir realización profesional, actuando como un aspecto protector del desgaste emocional siendo un elemento importante en el cuidado del cuidador.

En conclusión, los datos obtenidos permiten evidenciar, que a pesar de las situaciones cotidianas de desgaste laboral que manejan los colaboradores asistenciales, ciertas fortalezas como la espiritualidad y la autotrascendencia aumentan los niveles de Realización Personal y bajan los niveles de Despersonalización.

En relación a los resultados encontrados, se entiende que es necesario el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, entre ellos ampliar la dimensión espiritual de la personalidad, para que el personal sanitario cuente con fortalezas que sirvan de barrera protectora y tenga menos posibilidades de adoptar posturas de frialdad y distanciamiento que despersonalizan al cuidador, como mecanismos de protección ante el estrés, producto de la atención de pacientes con patologías graves como las adicciones.

7.2.1 Limitaciones y Preguntas para futuras investigaciones

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, si bien los resultados encontrados coinciden con la propuesta original, se considera oportuno en próximas investigaciones

continuar analizando la relación entre espiritualidad, afrontamiento del estrés y resiliencia, ya que en la presente investigación, sólo se planteó desde un punto de vista teórico, pero no se investigó dicha relación, en el estudio de campo.

Se propone a futuro, continuar indagando en la relación entre edad, años de ejercicio profesional y niveles de desgaste laboral. Parece oportuno en adelante profundizar en este punto, ya que en la presente investigación no se hizo foco en estas variables.

Con respecto a las escalas utilizadas, se sugiere continuar utilizando la Escala de Espiritualidad, para poder ajustarla mejor a nuestra cultura, ya que del análisis de porcentaje de varianza total explicada fue de 64, 59%, desglosado en un primer factor que explicó el 25,15%, un segundo factor que dio cuenta de un 24,95% y un tercero que explicó un 14,48%., se abre la propuesta de pulir el tercer factor: necesidades espirituales.

Por otro lado y en concordancia con la epistemología que rige este trabajo, también se abren numerosos interrogantes en relación a la relatividad de los resultados, ya que se entiende que los mismos, pudieran variar dependiendo del momento y el contexto en que los participantes realizaron las escalas, suponiendo que el ser humano es dinámico y que sus respuestas pudieran ser diferentes en otras etapas de sus vidas, al igual que en contextos culturales diferentes. Son numerosos los interrogantes que quedan abiertos y que invitan a continuar investigando en esta línea.

Si bien se pudo observar que el espíritu humano ocupa un lugar importante en las fortalezas internas que sirven para afrontar las vicisitudes de la vida, y es un recurso para aumentar la capacidad resiliente, se abre la pregunta acerca de si la espiritualidad pudiera funcionar como un “Tutor de Resiliencia Interno”. Ese rincón del ser que puede proveer apoyo, auto consuelo, conciencia reflexiva, el buen Humor, la gratitud y la compasión, así como la capacidad para contactarse con cualquier práctica del espíritu que colabore en la reconstrucción o el mantenimiento de la armonía interna (Flach, 1997).

Igualmente, se deja abierta la reflexión, conjeturando que la capacidad de trascendencia, el sentido de la vida, o el sentido de coherencia interna, en resumen la dimensión espiritual de la personalidad, podría ser el tutor de resiliencia interna, que pudiera aportar capacidad de afrontamiento y regulación emocional, necesaria para sobrellevar situaciones de adversidad, así como en cuadros clínicos que presenten desregulación emocional.

Tal vez promover la resiliencia espiritual a través del “Dialogo Psicoespiritual”, pueda brindar la posibilidad de que el sujeto se sienta protagonista de una batalla que libraré con sus capacidades personales. Esto le permitiría el crecimiento personal y trascendencia en la vida, que retornará hacia sí mismo como un círculo virtuoso en el cual, a medida que sea capaz de afrontar mayores dificultades, sus capacidades se verán amplificadas y su tutor de resiliencia interno consolidado. Sin embargo, habrá que continuar profundizando e investigando en esta línea.

Por último, se abre la pregunta acerca de si el “Dialogo Psicoespiritual”, pudiera funcionar como una intervención terapéutica en sí misma, para construir ese tutor de resiliencia interna, el espíritu humano, dador de fortaleza, de capacidad de afrontamiento y resolución, encontrando la forma de bucear en su interior para hallar el apoyo y la nutrición emocional necesaria para aliviar la tensión o el dolor.

7.3.1 Una Propuesta: Cuidando al Cuidador

Respecto a las implicancias prácticas de esta investigación, en relación al cuidado del profesional, se propone como parte de su formación, incluir técnicas de prevención del SB Síndrome de Burnout, con el objetivo de ampliar los factores protectores del agente de la salud mental. Desarrollar el autocuidado, la autoconciencia y los mecanismos de

afrontamiento positivos, pudiendo enumerar a manera de una posible propuesta, una serie de herramientas, entre las cuales se destacan:

- Evaluar y desarrollar el cuidado personal.
- Auto registro de los emociones negativas y niveles de estrés
- Vaciamiento de los contenidos de fuerte impacto emocional, a través de técnicas como la meditación o el Mindfulness
- Manutención de áreas libres de contaminación: practicar actividades que propicien la autoconciencia y la trascendencia. Pudiendo ser tareas comunitarias o solidarias
- No contaminar los espacios personales, pareja, hijos y amigos con las actividades o preocupaciones laborales.
- Formación y supervisión profesional, para ampliar las herramientas clínicas, pudiendo incluirse la técnica del Dialogo Centrado en el Espíritu
- Evitar auto responsabilizarse por la falta de logros en los pacientes, y evitar sentirse protagonistas de sus éxitos.
- Tener en cuenta la importancia del trabajo en equipo, como afrontamiento centrado en el apoyo social, para lidiar con el estrés laboral.
- Desarrollo de la espiritualidad: Confiar y creer en la Unidad Sagrada, que en cada uno se verá simbolizada de diferentes formas
- Ampliar la capacidad de auto aceptación y la autoestima
- Ampliar los mecanismos de afrontamiento de tipo reinterpretación positiva, encontrando sentido al dolor
- Aceptación de los límites biológicos, ampliando el corporal, a través de actividades de trabajo corporal como el Yoga o la bioenergética.

- Trabajar en la búsqueda de sentido, la creatividad, el humor y la capacidad de compasión, como elementos esenciales de la espiritualidad, que acompañen la labor del cuidador.
- La búsqueda de apoyo social, familiar y el sentido de pertenencia.
- Construir, por medio de la reflexión, del dialogo espiritual, Tutores de Resiliencia internos, como el sentido de la vida, la autotranscendencia y la espiritualidad.
- Ampliar la Resiliencia Espiritual de los agentes de salud, para poder atravesar por las diversas situaciones difíciles en las que los coloca el desempeño profesional.

Sólo a modo de una posible propuesta, se cree que estos elementos deberían estar incluidos en un plan de prevención del desgaste laboral para profesionales y técnicos que trabajen en el ámbito de la rehabilitación de las adicciones, y al mismo tiempo, se especula oportuno hacerlo extensivo al resto de los agentes de la salud mental, quienes también deben lidiar cotidianamente con altos niveles de estrés, producto de estar constantemente expuestos al dolor y sufrimiento humano.

Se considera que dentro de la capacitación del profesional de la salud, es necesario incluir técnicas de afrontamiento del estrés y gerencia de emociones, para que pueda garantizar permanencia del ejercicio profesional en el tiempo. Se entiende que en el momento en que se superan los niveles de resistencia al estrés, los mismos comienzan con desgaste laboral crónico y a discontinuar sus funciones, o hasta a abandonar su tarea por la presencia de padecimiento físico o psíquico incapacitante.

Así, el Síndrome de Burnout, es consecuencia del afrontamiento incorrecto ante el trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a éste, ya que el agente de salud indefectiblemente está ligado a situaciones de estrés, toma de decisiones, dolor emocional de

sus pacientes, pérdidas o la muerte. Pero, no es el problema que enfrenta sino la forma en que lo afronta, lo que producirá diferentes niveles de estrés en éste.

Ampliar la capacidad de reinterpretar positivamente ante el dolor y la adversidad en el profesional de la salud, supone un beneficio en la prevención de este síndrome. Por lo que se estima, que desarrollando la dimensión espiritual de la personalidad, el profesional tendrá la oportunidad de afrontar estas situaciones pudiendo transformarlas en experiencias de crecimiento y desarrollo personal.

El objetivo es fortalecer el SER del profesional de la salud y el de sus pacientes, ya que a partir de su propio fortalecimiento, será capaz de guiarlos en este camino de búsqueda de sus propios Tutores de Resiliencia internos, que fortificarán la Resiliencia Espiritual del cuidador, pero también del paciente o cliente.

Lista de Abreviaturas y Glosario

- CESQT: Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.
- CIE: Clave internacional de enfermedades.
- DA: Dopamina
- THC: Marihuana
- ETS: Estrés traumático secundario
- MBI: Maslach Burnout Inventory.
- OIT: Organización internacional del trabajo.
- OMS: Organización mundial de la salud.
- PI : Paciente Identificado
- SDpE: Síndrome de desgaste por empatía
- SFC: Síndrome de fatiga crónica
- SQT: Síndrome de quemarse por el trabajo.
- SB : Síndrome de Burnout
- SOC: Sentido de Coherencia
- CT Comunidad Terapéutica

Homeostasis: Estabilidad de los sistemas fisiológicos que mantienen la vida: pH, temperatura, glucemia, gases en sangre. Mantenedos dentro de un rango óptimo de acuerdo al momento que se vive.

Allostasis: Mantener la estabilidad a través de cambios. Proceso que mantiene la homeostasis a medida que las circunstancias ambientales y las etapas de la historia de

vida cambian. Esto significa que los “puntos de ajuste” y otros rangos de control también cambian. Mediadores primarios de alostásis: hormonas del eje HHA, catecolaminas, citocinas.

Estado alostático: Actividad alterada y persistente de los mediadores primarios: desbalance resultante de la producción excesiva de algunos mediadores e inadecuada de otros. Ejemplos: hipertensión, alteraciones en ritmo de cortisol en depresión mayor, elevación crónica de citocinas inflamatorias y cortisol bajo en el Síndrome De Fatiga Crónica. El estado alostático puede mantenerse por períodos limitados si la ingesta de alimentos o la energía almacenada, puede satisfacer la demanda energética de los mecanismos homeostáticos. Si el desbalance se prolonga demasiado, y no se pueden mantener reservas adecuadas de energía, aparecen síntomas de sobrecarga alostática.

-Carga y sobrecarga alostática: Es el resultado acumulado de un estado alostático. Dentro de ciertos límites representan respuestas adaptativas ante demandas cambiantes. Si un evento impredecible (enfermedad, conflicto humano, interacciones sociales) impone una carga adicional, la carga alostática puede aumentar dramáticamente.

Referencias:

- Aguilar, G. & Musso, A. (2008). La meditación como proceso cognitivo-conductual. *Suma Psicológica*, Vol. 15 N° 1: 241-258, marzo, Bogotá
- Alexander, V., Tatum, B., Auth, C., Takos, D., Whittmore, S. & Fidaleo, R. (2012). A study of mindfulness practices and cognitive therapy: Effects on depression and self-efficacy. *International Journal of Psychology and Counseling*, 4, 9, 115-122
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de psicología clínica*, Vol. XXIV
- Anandarajah G., Roseman J. (2013). A qualitative study of physicians' views on compassionate patient care and spirituality: medicine as a spiritual practice? *Rhode Island Medical Journal*. 2013; 97:17–22.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey- Bass.
- APA.(2008).Exposure Therapy Helps PTSD Victims Overcome Trauma's Debilitating Effects. Recuperado <http://www.psychologymatters.org/keane.html>
- Arias, W., Masías, A. & Justo, O. (2014). Felicidad, síndrome de burnout y estilos de afrontamiento en una empresa privada. *Av. psicol.* 22(1) 2014 Enero – Julio
- Arias, W. L. (2015). *Síndrome de burnout y afrontamiento*. Lima: Adrus Editores. 102 págs. ISBN: 978-612-4200-38-0.
- Aron, A. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas familiares*. 20 Nro 1

- Atance-Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71 (3):293-303.
- Blandin, J., & Martínez, D. (2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su Relación en la Aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 5 1(104), 12-15.
- Barquero, I. (2009). *Professional Life Quality and Burnout Among Substance Abuse Technicians: A Comparative Analysis with other Professional Groups*. *Med. Secur. trab.* (Online), vol.55, n.217. Wagener, SAGE Publications.
- Barquero, I., Gálvez Herrer, M. & Rodríguez Muñoz, A. (2009). Calidad de Vida Profesional y Burnout en Técnicos de Drogodependencias: Análisis Comparativo con otros Grupos Profesionales. *Med Secur Trab* (Internet) 2009; 55 (217): 12-26
- Barrera, Z. (2007). Incidencia de la Religión en el factor de Resiliencia en un joven víctima de desplazamiento, egresado de AMCAF. (Tesis de grado), Universidad de Pamplona, Colombia
- Barreto, P. (2014). Cuidar bien, Cuidarse bien. III Jornada de Humanización y Ética en Atención Primaria. *fml*. 18 Supl 2:31p
- Barrett, B., Hayney, M. & Muller, D. (2012). Meditation or exercise for preventing acute respiratory infection: a randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine*. 10, 4, 337–346.
- Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A., & Benito, E. (2015). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22(1), 25-32.

- Bateson, G. (1991). *Unidad sagrada, Pasos posteriores hacia una ecología de la mente*. Gedisa. Barcelona
- Bateson, G. & Bateson, C. (1994). *El temor a los angeles*. Gedisa. Barcelona
- Benison, S.; Barger, A.; Wolfe, E. (1991). Walter B. Cannon and the mystery of shock: a study of anglo-american co-operation in World War I, *Medical History*, 35, 217-249.
- Benson, H. (1976). *The relaxation response*. Nueva York: Avon Books.
- Benson, H.; Klemchuk, H. & Graham, J. (1974). The usefulness of the relaxation response in the therapy of headaches. *Headache*, 13, 49-52.
- Benson H. (2007). *The Harvard Medical School Guide to lowering your Blood Pressure*, recuperado de www.mbmi.org/benson/cv.asp
- Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima*, (Tesis de magíster en Psicología). Escuela de psicología, Universidad Católica, Perú.
- Berciano, Modesto (1992). ¿Qué es realmente el Dasein en la filosofía de Heidegger?, *Thémata. Revista de Filosofía*. Número 10, 1992, págs. 435-450.
- Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davidson. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Neuroscience, Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007 Jul 3; 104(27): 11483–11488. Published online 2007 Jun 27. doi: 10.1073/pnas.0606552104, *PMCID: PMC1903340*

- Burguillos Peña, A. (2015). La inteligencia emocional y el sentido de coherencia en la percepción de la salud de los docentes universitarios. (Tesis de maestría). Universidad de Huelva
- Büssing, A., Lötze, D., Glöckler, M., & Heusser, P. (2015). Influence of spirituality on cool down reactions, work engagement, and life satisfaction in anthroposophic health care professionals. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015.
- Campagne, D. (2004). Teoría y filosofía de la meditación. *C. Med. Psicosom*, N° 69 / 70 – Madrid
- Campos Vilaca, I. (2012). Espiritualidad organizacional y capital psicológico, el papel del liderazgo autentico. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España.
- Canaval, G., González, M., & Sánchez, M. (2007). Espiritualidad y Resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38(4), 72-78.
- Campagne, D. (2004). Teoría y filosofía de la meditación. *C. Med. Psicosom*, N° 69 / 70 – Madrid
- Campos Vilaca, I. (2012). Espiritualidad organizacional y capital psicológico, el papel del liderazgo autentico. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España. <http://dehesa.unex.es/handle/10662/327>
- Carrigton, P. (1977). *Freedom in meditation*. Nueva York, Doubleday/Ancho
- Castillo, Amador-Velázquez, Rodríguez-García. (2015). Afrontamiento y Logoterapia en Pacientes Terminales y Cuidadores Primarios. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad* Vol. 6, No. 1 (Sept-Dic) 2015.

- Chaves E., Carvalho E., Beijo L., Goyatá S. & Pillon S. (2011). Eficacia de diferentes instrumentos para la atribución del diagnóstico de enfermería: sufrimiento espiritual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Jul.-Ago. 2011 [Acceso: 17-09-12]; 19(4):[09
- Ceberio, M. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona, Herder.
- Ceberio, M. (2008). Resiliencia: los superhéroes también buscan reconocimiento. *Ciencias Psicológicas* 2008; II (1): 65-75. Prensa Médica Latinoamericana 2008 - ISSN 1688-4094
- Chen, Y., Yang, X., Wang, L. & Zhang, Z. (2012). A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. *Nurse Education Today*, Wold Wide www.sciencedirect.com
- Chung, L, Wong, F. & Chan M. (2007). Relationship of nurse's spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *J Adv Nurs*, 58(2):158-70.
- Cloninger, C.R. (1994). The Genetic Structure of Personality and Learning: A Phylogenetic Model. *Clinical Genetic*, 46, 124-137.
- Cloninger, C., Svrakic, & Przybeck, T. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C., Przybeck, T.; Svrakic, & Wetzel, R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use*. St. Louis (Missouri): Center of psychobiology of Personality.
- Córdoba, A., & Poches, P. (2016). Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33-46.

- Craigie, M., Marsh, A. & Nathan, P. (2008). Mindfulnessbased cognitive therapy for generalized anxiety disorder: Apreliminary evaluation. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. Wold Wide Web:
<http://dx.doi.org/10.1017/s135246580800458x>
- Cyrulnik, B. (2003). Esta entrevista al Neuropsiquiatra Francés, Boris, fue grabada en Santiago de Chile. Recuperado: <http://www.unabellezanueva.org/>
- Cyrulnik, B. (2007). De cuerpo y alma. Barcelona, Gedisa.
- Daubenmier, J; Kristeller, J & Hecht, F. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese. Revista de Enfermería. Journal of Obesity. Wold Wide Web
- Dawkins, (2006). El espejismo de Dios. Reino Unido, Bantam Press
- D'Anello Koch, S., D'Orazio, A. K., Barreat Montero, Y., & Escalante, G. (2009). Incidencia del sentido de humor y la personalidad sobre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) en docentes. Educere, 13(45), 439-446.
- De las Cuevas C. (2003). Burnout en los profesionales de atención a las drogodependencias .Trastornos Adictivos; 5 (2): 107-13.
- Delgado C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. Nursing Science Quarterly, 18, 157-162
- De Pablo Ocampo, J. (2014). Rehabilitar en psiquiatría ¿quema al personal de enfermería? Revista electrónica trimestral de enfermería, Nro: 36, revistas.um.es
- De Lucena Carvalho, V. A. M., Contador, I., Campos, F. R., Calvo, B. F., & Martín, L. H. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. Psicothema, 18(4), 791-796.
- Descartes, R. (2011). Discurso del método. Madrid, Alianza editorial

- Des Champs, C. (2010). Didáctica e intervenciones y asistencia de las adicciones de la provincia de Buenos: una experiencia de redes. Ajayu: Organo de Difusión Científica del Departamento de Psicología
- Diaz Heredia, P. (2012). Promoción de salud: auto trascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol (Tesis doctoral). Universidad de Bogota, D.C.
- Doolittle B. R., M Windish D., Seelig C. B. (2013). Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *The Journal of Graduate Medical Education*. 2013; 5:257–261.
- DSM-IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.
- Dugal, M. (2009). Affirming The Soldier's Spirit Through Intentional Dialogue, The U.S. Army War College is accredited by the Commission on Higher Education of the Middle State Association of Colleges and Schools, 3624 Market Street, Philadelphia, PA 19104, (215) 662-5606
- Ellis, M., Vinson, D. & Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients. *Journal of Family Practice*, 48(2), 105
- Esguerra, G., Espinosa, J. & Contreras. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. F. Revista *Diversitas- Perspectiva en psicología* Vol. 5, No 1, Bogota, Colombia
- Estrada, C. (2009). Consideraciones identitarias para una psicología fundada en la epistemología compleja. *International Journal of Psychological Research*, vol. 2, núm. 2, 2009, pp. 158-166, Universidad de San Buenaventura, Colombia

- Eugene T. G. (1978-1979). Revisión de Existencial de Psicología y psiquiatría: Heidegger y Psicología. Vol. XVI, los números, 1,2 y 3 Avances en Medición, 3, 53-72
- Fayard, C. (2013). Cultura, neurociencia y espiritualidad: abordaje neuropsico-espiritual en psicoterapia. Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador. Diciembre 2013, número 54: 20-31, ISSN: 2218-3345
- Fernández Álvarez, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H.; Kirszman, D. y Nieto, M. T. (1994). Psicoterapia integrativa de base cognitivo-constructivista. En A. Sánchez Bodas (Ed.), Psicoterapias en Argentina (pp. 237-261). Buenos Aires: Holos.
- Fernández Álvarez, H. (2005). Herramientas de Psicología Positiva en la Clínica. 30º Congreso Interamericano de Psicología: "Hacia una Psicología Sin Fronteras. Buenos Aires (Argentina), 26 al 30 de junio de 2005. Mimeo.
- Fernandez, E. (2010). Predictores emocionales y cognitivos de bajo rendimiento, un enfoque biospicoeducativo. Malaga
- Fernandes de Araújo, L., Teva, I & Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. Revista Terapia Psicológica 2015, Vol. 33, Nº 3, 257-276 Copyright 2015 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184
- Figley, C. (1995). Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized (Routledge Psychosocial Stress Series): 9780876307595: Medicine & Health Science Books @ Amazon.com. (T. & Francis, Ed.) (1a ed.).

- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–41. doi:10.1002/jclp.10090
- Figley, C. (2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience (c). Retrieved November 20, 2014, from <http://figley.blogspot.com.es/>
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. London: Routledge.
- Figuroa, M. I., & Cohen, S. (2006). Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés. En adolescentes. *Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Flach, F. (1997). *Resilience: Discovering a New Strength at Times of Stress*. London: Hatherleigh press, 1997, 47.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Fehmi, L. y Fritz, G. (1980). Open focus: The attentional foundation of health and well. being. *Somatics*, 24-30.
- Figley, C. (1995) *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized*. BR NY and London.
- Figley, Ch. Edit. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. Routledge.
- Frankl, V. (1999). *La presencia ignorada de Dios*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona, Herder.
- Frankl, V. (2001) [Original: 1979]. *El hombre en busca de sentido*, (21ª ed.). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial*. Herder. Barcelona, España
- Frona, W. (1999). *Spiritual Resources in Family Therapy*. New York: Guilford Press, 1999.
- Gaete, T. (2007). Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas. Vol. XVI N°2: Pág. 53-77. Chile

- Gancedo, M. (2006). Virtudes y fortalezas: el revés de la trama. *Psicodebate*, 7, 67-80. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gainza, I., Nogué, S., Martínez Velasco, C., Hoffman, R. S., Burillo-Putze, G., Dueñas, A. & Pinillos, M. A. (2003). Intoxicación por drogas. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 26, pp. 99-128). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- García Mendez G. (2005). Estructura factorial del modelo de Cattell en una muestra colombiana y su relación con el modelo de cinco factores. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia
- García Rivera, B., Maldonado, So. & Ramírez, C. (2015). ¿Quiénes son los que sufren mayor agotamiento profesional en el sector de salud? *Revista Internacional de administración y finanzas* V8, Nro. 2. BRG Rivera
- García Secades, X., Salguero del Valle, A., Molinero González, O., De la Vega Marcos, R., Ruiz Barquín, R., & Márquez Rosa, S. (2015). El papel del perfil resiliente y las estrategias de afrontamiento sobre el estrés-recuperación del deportista de competición. *Kronos*, 14(1).
- Gentry, J. E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2(2), 4-17.
- Gil-Monte, P. (2001). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. *Salud Pública de México*, en prensa.

- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3):679-689.
- Gil-Monte, P., Peiró, J. & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4(1):165-179.
- Girard G. (2007). Espiritualidad: ¿Promueve Resiliencia? en *Adolescencia y Resiliencia*. Munist M., Suarez Ojeda E., Krauskopf, D. & Silber T. Editorial Paidós. Buenos Aires, Capítulo 8
- González, G. (2006). Agentes activadores del estrés generados por la exigencia de las tareas, en el área administrativa y financiera del centro dermatológico Federico Lleras Acosta. (Tesis Doctoral) Bogota: D.C.
- Goleman, D., (2000). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Vergara
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas*. Barcelona: Cairos
- Goldratt, E. (2009). *La decisión: cómo elegir la mejor opción*. Buenos Aires: Granica.
- Goris, A. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *ENE, Rev de enfermería, Valencia* 7(1).
- Greig Undurraga, D., & Fuentes Martínez, X. (2009). Burnout o Agotamiento en la Práctica Diaria de la Medicina. *Revista chilena de cardiología*, 28(4), 403-407.
- Grimson, W. (2012). Enfoque del consumo de drogas en nuestro país. *Revista de psiquiatría forense, sexología y praxis*. Asociación Argentina de Psiquiatría. Año 19 Vol 8 Nro 1 año 2012

- Guajardo, H. & Kushner, D. (2006). Manual terapéutico para la rehabilitación de los trastornos adictivos, Chile: Akadia
- Guala, S. (2005). De la perturbación psíquica a la adaptación: neurobiología de la Resiliencia. En: Moizeszowicz, J. (2005) Psicofarmacología psicodinámica IV: actualizaciones 2005 / Julio Moizeszowicz - 1a ed. - Buenos Aires
- Guerra C., Rodríguez K., Morales G. & Betta, R. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínico. PSYKHE 2008, Vol.17, N° 2, 67-78. ISSN 0717-0297. Chile
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A. y Juárez, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos anónimos. Salud mental, 30 (4), 62-68
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout". En: Farber, B. A. (Ed.), "Stress and burnout in the human services professions. New York: Pergamon Press.
- Harrod, J. (2011). A Trans-Species Definition of Religion. Equinox Publishing Ltd. 10.1558/jsrnc.v5i3.327.JSRNC. Recuperado en: <http://www.originsnet.org>
- Hawthorne, D., Youngblut, J. & Brooten, D. (2011). Psychometric evaluation of the Spanish and English versions of the spiritual coping strategies scale. Journal of nursing measurement, 19(1), 46.
- Hernandez, Z. (2004) Burnout y afrontamiento. 325 Int J Clin Health Psychol, Vol. 4, N° 2
- Horowitz, Mardi & Marmar, C. (1985). *The Therapeutic alliance whit difficult patients*. En Annual Rebiw, Vol. 4, Am. Psychiatric Press, Washington

- Infante, F. (2003). La resiliencia como proceso: Una revisión de la literatura reciente. En: Melillo, A. y Suarez, E.N. (Comps). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós. Pp. 31-54.
- Jaramillo, D., Ospina D, Cabarcas, G., y Humphreys J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. Salud pública. 7(3), 281-292.
- Jaramillo-Vélez, D. E., Ospina-Muñoz, D., Cabarcas-Iglesias, G., & Humphreys, J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. Rev Salud Publica, 7, 281-292.
- Jiménez, F. & Arguedas, I. (2004). Rasgos del sentido de la vida del enfoque de la resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. Revista electronica Actualidades educativas en educación, 002(4), 1-28
- Johnstone, B. (2008). Support for a neuropsychological model of spirituality in persons with traumatic brain injury. USA Zygon, Volume 43, Number 4, pp. 861-874(14).
- Joshanloo, M. (2011). Investigation of the Contribution of Spirituality and Religiousness to Hedonic and Eudaimonic Well-Being in Iranian Young Adults. En: Journal of Happiness Studies. Vol. 12, N° 6, p. 915-930.
- Kahneman, D. (1973). Attention and Effort. Eglewood Cliffs, N.J.: Prentice- Hall.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós
- Kalina, E., & Kovadloff, S. (1987). “La droga: máscara del miedo”. Madrid: Fundamentos.
- Kalina, E. (2000). Adicciones. Buenos Aires: Paidós
- Kalina Eduardo. (2000). Adolescencia y drogadicción. Buenos Aires: Nueva Visión

- Kaplan, D. y Kaplan, H. (2005). School related stress in early adolescence and academic performance three years later: The conditional influence of self-expectations. *Social Psychology of Education*.
- Koenig, H., McCullough, M. y Larson, D. (2000). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H., George, L. K., & Siegler, I. C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28(3), 303-310.
- Krippner, S., & Welch, P. (1992). *Spiritual dimensions of healing*. New York: Irvington Publishers.
- Kotliarenco, M. y otros, (1996). *Resiliencia, construyendo en la adversidad*. Chile: Ceanim
- Krippner, S., & Welch, P. (1992). *Spiritual dimensions of healing*. New York: Irvington Publishers.
- Lama, D. & Ekman, P. (2008). *Emotional awareness: Overcoming the obstacles to psychological balance and compassion*. Macmillan.
- Laso, A. (2007). La formación de profesionales en drogodependencias". *Revista española del tercer sector*, (7), 227-232.
- Lazarus, R.; Folkman, (1984) S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
- LeDoux, J. (1993). Emotional memory systems in the brain. *Behavioural and Brain research* And *Scientific American*, Junio 1994
- Lengacher, C. Reich, R., Kip, K., Barta, M., Ramesar, S., Paterson, C., & Park, J. (2014). Influence of Mindfulness-Based Stress Reduction on Telomerase

Activity in Women with Breast Cancer” (BC). Biological Research for Nursing. Doi: 10. 1177.

Lewin, D. (2015). Holistic Factors that Influence Counselor Wellbeing in a High Stress Environment. Counselor Education Capstone Counselor Education. Spring 5-15-2015 Paper 8

LEY N° 26.657. Ley nacional de salud mental y adicciones. Argentina

Llorens, E. (2007). Espiritualidad Cristiana. Revista Vitral No. 78 * año XIII marzo - abril de 2007

Lozada Balderrama, V. (2010). Síndrome de quemarse por el trabajo en un Hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. (Tesis de Maestría en Ciencias en salud ocupacional e higiene) Escuela Nacional de medicina y homeopatía.

Lopez Mato, A. (2008). Psiconeuroinmunoendocrinología III. Buenos Aires: Sciens

López Pulgarín, s. (2015). Sujetos trascendentes y círculos del amor. En: Espiritualidad y trabajo social, controversias y oportunidades. Universidad de Puerto Rico ISBN 978-0-692-46792-3

Lozada Balderrama, V. (2010). Síndrome de quemarse por el trabajo en un Hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. (Tesis de Maestría en Ciencias en salud ocupacional e higiene). Escuela Nacional de medicina y homeopatía. México.

Lopez Mato, A. (2008), “*Psiconeuroinmunoendocrinología*”. Sciens, Buenos Aires

Macías, M., Madariaga, M., Orozco, Amarís, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés. Psicología desde el caribe issn 0123-417x (impreso) issn 2011-7485 Vol. 30, n.º 1, enero-abril 2013

- Maffeis, A. (2005). Experiencia en docentes de la provincia de San Juan, estrés crónico y resiliencia”. (Tesis de magíster en Psiconeuroinmunoendocrinología). Insittuto Favaloro, Buenos Aires
- Meagher, L. (2007). *Moving A Nation to Care: Post-Traumatic Stress Disorder and America’s Returning Troops*. Brooklyn: Ig Publishing, 2007, 20
- Mansilla, F. (2003). El Síndrome de Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 19-30.
- Mardones, J. (1999). *Nueva espiritualidad, sociedad moderna y cristianismo*. Cuaderno de fe y cultura. Universidad Iberoamericana. México
- Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en humanidades*, (18), 55-69.
- Maturana, H. (2002). *La Objetividad: un argumento para obligar*. Madrid: Dolmen
- Martinez, M. (2006). The scientific study of the transcendental strengths from the Positive Psychology perspective. *Clínica y Salud*, vol. 17, núm. 3, 2006, pp. 245-258
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España
- Martinez, N. (2012). *Resiliencia y espiritualidad en situaciones de crisis familiar*”, desde una perspectiva teórica y empírica. (Tesis de maestría). Universidad de Bio Bio, Chillan, Chile. Page 17
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of ocupattional behavior*, 2,92,113
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory: Research edition*. El Inventario Maslach de Burnout: Edición de investigación. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

- Maslach, C. y Jackson, S. (1997). Manual M.B.I. inventario Burnout de Maslach.
España: Tea ediciones
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development.
American Psychologist, 56, 227-238.
- Mayer, J. & Salovey, P.(1997). What is emotional intelligence, personal intelligence in Person, C. &MEP. Seligman (Eds.). Character strengths and virtues. American Psychological Associations. Wasingntog DC
- Mc Ewen, B. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *Revista New England journal of medicine* . Inglaterra
- Medina Rodríguez, L. (2015). Innovación y gestión del conocimiento; síndromes laborales necesarios de extinguir. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* Vol. 6, Núm. 11 Julio - Diciembre 2015 RIDE ISSN 2007 – 7467
- Meisenhelder, J. & Chandler, N. (2002). Spirituality and health outcomes in the elderly. *Journal of religion and health*, 41(3), 243-252.
- Melody Beattie. (1992). Más allá de la codependencia. España: Promesa
- Méndez, A. G., Desfilis, E. S., Barradas, M. L. M., & Valero, M. G. B. (2014). Gratitude existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y Salud*, 24(2), 279-286.
- Millanao Martínez, L. (2015). Musicoterapia para la prevención de la salud laboral: experiencia músico terapéutica con funcionarias de un hospital público”.
Santiago, Chile
- Miller, W. R. (Ed.). (2000). Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. Washington, DC: American Psychological Association.

- Minuchin, S. (1974). Familias y terapia familiar. Buenos Aires: Gesica
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1984). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós
- Miret, C., & Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33(Suplemento 1), 193.
- Morin, E. (1984). Ciencia con consciencia. Barcelona: Anthropos
- Morera, I. C., & Fernández, G. C. (2016). La espiritualidad, una dimensión impostergable en la intervención terapéutica. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 1(14).
- Moscoso, M. (2015). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona*, (17), 53-70. revistas.ulima.edu.pe
- Moscoso, M. S. (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Revista Liberabit*, 15, 2, 143-152.
- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en mindfulness: una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Revista Persona*, 13, 11-29
- Musacchio de Zan, A. & Fragola, A. (2012). Drogadicción. Buenos Aires: Paidos
- Navas C. & Villegas H. (2007). Saberes compartidos. Espiritualidad y salud Cuadrenillo hispanoamericanos de psicología, Vol. 11 No. 2, 24-49
- NA. (2002). Estar juntos la vos de NA. Informe de la conferencia CSM 2002
- Nava, R. (2005). Educación y espiritualidad. La educación como práctica de la espiritualidad. Ed. Fundación holística, Guadalajara
- Narcoticos Anonimos. (1972). El libro azul. Buenos Aires: NA

- Nava, R. (2005). Educación y espiritualidad. La educación como práctica de la espiritualidad. Guadalajara: Fundación holística
- Newstrom, J. (2011). Comportamiento Humano en el Trabajo. Mexico DF: McGraw Hill.
- Ocampo, J., Valdez-Medina, J., González-Arratia, N., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L. & García-Fabela, R. (2011). Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama. Revista Argentina de Clinica Psicológica XX, Fundación Aigle, Buenos Aires
- Okutsu, S. (2012). Bienestar espiritual y religiosidad: su relación con la personalidad y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de mama. Un estudio Exploratorio. (Tesis de Maestría) U. Favaloro. Buenos Aires
- Olivares, R., Morales M., Rodríguez U. & Guerra Vio, G. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. Pensamiento Psicológico, Vol. 3, N°9, 2007, pp. 9-19. Chile
- Olmedo M, Santed M, Jiménez R & Gómez M, (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. Psiquis. Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología, 22, 117-129.
- Olmedo M., (2003). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. International Journal of Clinical and Health Psychology, España
- Oñate, M., Resett, S., Sanabria, M. & Menghi, M., CONICET (2015). Multidimensionalidad de la religiosidad y la espiritualidad. Facultad de Psicología Revista electronica: Universidad de Buenos Aires. ISSN 1667-6750

- Orrin Devinsky, (2008). *Spirituality and religion in epilepsy*. NY USA, *Epilepsy & Behavior*.
- Papa, M. (2016). *La complejidad del contexto y la problematización de la práctica*, margen N° 79 – enero 2016 *Sistematización de la Práctica de Trabajo Social en Salud Mental*, Buenos Aires
- Pargament, Kenneth I., Sweeney & Patrick J.(2011). *Building spiritual fitness in the Army: An innovative approach to a vital aspect of human development*. *American Psychologist*, Vol 66(1), Jan 2011, 58-64.
- Parsian, N. (2009). *Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: a psychometric process*. *Global journal of health science*, 1(1), P2.
- Panksepp, J. (1998). *The foundation of human and animal emotions*. *Affective neuroscience*: New York: Oxford University Press.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The Archeology of Mind; Neuroevolutionary origins of human emotion*. New York: W.W. Norton & Company
- Pedrero Pérez, E., Puerta Gracia, C., Lagares Robias, A., Saez Maldonado, A. & Garcia Barquero (2004). *Estudio de burnout en profesionales de drogodependencias*. *Revista Trastornos Adictivos* 2004; 6(1):5-15; España
- Pera, G., Serra-Prat, M. (2002). *Prevalencia del síndrome del quemado y Estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital Comarcal*. *Gac Sanit*, 16(6):480-6. Recuperado el 13 de enero de 2004, de
- Peres Jauregui, I., (2009). *Proyecto de vida, la pregunta por el sentido en nuestra existencia cotidiana*. *Psicoteca*, Buenos Aires
- Pérez, P. (2004). *Estudio de burnout en profesionales de drogodependencias*. *Revista Trastornos Adictivos*; España.

- Pérez- Zapata, D. & Zurita, R. (2014). Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud publica en Chile” *Salud & Sociedad* | V. 5 | No. 2 | PP. 172 – 180 | MAYO - AGOSTO | 2014 | ISSN 0718-7475 |
- Perrone, M. (2011). De la esclavitud a la templanza. En: Ceberio, M. & Serebrinsky, H. (Eds) “Dentro y fuera de la caja negra”, Buenos Aires: Psicolibro.
- Pines, Aronson. & Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto.
- Principe, W. (1983). Toward defining spirituality” *Studies en Religion*. 12(2), 127141
- Pines, Aronson. & Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto.
- Piñero, J. (2007). Los riesgos en la función del operador. Universidad de Miami (Koubek Center) Trabajo para acceder al Certificate in Counseling in the Treatment of Addiction - Level 1
- Ponce, L., Gavotti, G., Ferreyra, L., Flores, Eynard, H. (2015). Medicina basada en la evidencia. Publicaciones Hospital Privado de Córdoba S.A. Programa Andres. (s.f.) Recuperado: <http://www.programaandres.org.ar/inscripciones>
- Puchalski, C., Vitillo, R., Hull, K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656.
- Puentes, M. (2006). *Detrás de la droga*. Buenos Aires: Lugar.
- Puig, G., & Rubio, J. L. (2015). *Tutores de resiliencia: Dame un punto de apoyo y moveré MI mundo*. Barcelona: Gedisa.

- Quiceno, J. & Vinnacia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychological Therapy*, 12(2), 155-170.
- Ramalho de Farias, M., Jackson Coelho, S., Jacques, A. & Cavalcante, M. (2015). Factores psicosociales y trabajo en profesionales de salud en una ciudad del nordeste de Brasil. En: *Efectos psicosociales de la crisis laboral y la precarización del trabajo*. Primera edición: 2015 ISBN: 978-607-28-0542-2
- Ramella, G. G., & Varela, D. (2002). Espiritualidad y auto trascendencia. Explorando esta dimensión de la Personalidad con el TCI de CR Cloninger. *Psiquiatria.com*, 6(2).
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-Klinik
- Reboiras, F. & Grzona, E. (2015). Prácticas meditativas para la reducción del estrés El bienestar como competencia de los profesionales de la salud. *Rev. Hosp. Ital. Buenos Aires* 2015; 35(1): 00-00.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero López-Lena, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad” *Anales de psicología*, 23(1), 125-136.
- Richards, P. & Bergin, A. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58, (3), 233- 246.
- Roca P. (2001). Un estudio del síndrome de Burnout y su relación con el sentido de coherencia, *Revista Cubana de Psicología* Vol.18, Nro. Cuba
- Rodríguez, A. (2009). Theoretical and methodological aspects of therapeutic communities for drug dependency care: its beginnings. *Cuadernos de la*

- Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy, (37), 317-327).
- Roncallo, M. (2010). Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados en el personal que labora en instituciones psiquiátricas". (Tesis Doctoral). Barranquilla
- Rosenkranz, M., Davidson, R., MacCoon, D., Sheridan, J., Kalin, N. &Lutz, A. (2013). A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation, *Brain, Behavior, and Immunity*. 27,174-184.
- Ramos, F. (1999). El síndrome de burnout. Madrid: UNED-Klinik
- Reboiras, F. & Grzona, E. (2015). Prácticas meditativas para la reducción del estrés El bienestar como competencia de los profesionales de la salud. *Rev. Hosp. Ital. Buenos Aires* 2015; 35(1): 00-00.
- Salgado-Lévano, A. (2015). Formación universitaria en psicología de la religión y la espiritualidad: ¿Necesidad o utopía? [RIDU]: Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria Dic. 2015 - Año 9 - Nro.2 | LIMA (PERÚ) ISSN: 2223 – 2516 442-1885-1-PB.pdf
- Sampieri, R. (2010). Metodología de la investigación. México: Mac Grau Hi Educación.
- Sánchez H, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. Abril, nº 87, 2004 Papeles del Psicólogo ISSN 0214 – 7823, Valencia
- San Martín Barra, E. (2012). Resiliencia y espiritualidad en situaciones de crisis familiar. Facultad de Educación y Humanidades de la Universidad de Bio Bio, Chile

- Sedronar. (2011). Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados. Área de investigaciones Observatorio Argentino de Drogas, Buenos Aires
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Sessana, L., Finnell, D. & Jezewski, M. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. A Concept Analysis. *Journal of Holistic Nursing*
- Shafranske, E. & Malony, H. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(1), 72-78
- Santiago, J. (2007). Estudio exploratorio sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral. *Anales de psicología*, 23(1), 137-146.
- Shirom A. (1989). Burnout in work organization. En L. Cooper & I. Robertson, (Editors). *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester: John Wiley
- Silva, R. (2014). *Los chicos en la calle: llegar, vivir y salir de la interperie urbana*. Desidades, número 6. año 3 . Marzo 2015 Buenos Aires
- Shay, J. (2002). *Combat Trauma and the Trials of Homecoming. Odysseus in America* New York: Scribner, 2002, 152.
- Shirom A. (1989). Burnout in work organization. En L. Cooper & I. Robertson, (Editors). *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester: John Wiley
- Silberfarb, P. M., Anderson, K. M., Rundle, A. C., Holland, J. C., Cooper, M. R., & McIntyre, O. R. (1991). Mood and clinical status in patients with multiple myeloma. *Journal of Clinical Oncology*, 9(12), 2219-2224.
- Silva, M. (2015). Does God change the brain of a believer? *Journal of Technological Possibilism*, 4(6), 19-23.

- Sperry, L. & Shafranske, E. (Eds.). (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Stickle, M. (2015). *Nuevo paradigma de la práctica clínica*, en: *Espiritualidad y trabajo social, controversias y oportunidades*. Universidad de Puerto Rico ISBN 978-0-692-46792-3
- Steinglass P. (1997). *La familia alcohólica*. Madrid: Gedisa
- Stroebe, C. (1982). *The quieting reflex*. Nueva York: Putman's Sons.
- Valenzuela Salvador, A. (2014). *Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco*. Chorrillos: Surco
- Valenzuela Salvador, A. (2014). *Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco*. Chorrillos: Surco. cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/240
- Torres, O. (1999). *Síndrome de 'Burnout' y Sentido de Coherencia*. (Trabajo de Diplomatura). Universidad de la Habana
- Thomaé, M., Ayala, E., Sphan, M., & Storti, M. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Clínica*, 10(14), 15.
- Valero, G. (2014). *Psicología de la gratitud Integración de la Psicología Positiva y Humanista*. Sociedad Latina de Comunicación Social – edición no venal - La Laguna (Tenerife), Creative Commons, México
- Vásquez, J. & Zegarra, C. (2014) *Espiritualidad, religiosidad y calidad de vida en estudiantes universitarios*". *Rev. Psicol. Arequipa* 2014, 4(1), 55-66 / Recibido: 30-01-14 / Aceptado: 26-02-14 ISSN 2221-786X versión impresa / ISSN 2307-4159 versión electrónica

- Velázquez, J. (2001). Ensayo sobre resiliencia. Recuperado: www.uco.edu.co/UCO/humanismo/articulo_ensayoresiliencia.doc
- Vicario Hidalgo, M. (2016). Síndrome de desgaste profesional. *Revista Pediatría Integral*, Vol XX Nro 1 En-Feb 2016 curso VI
- Visoso, S.; Sanchez, R. & Montiel, B. (2012). Síndrome de Burnout en la facultad de odontología de la universidad autónoma del estado de México: un estudio comparativo. *Int. J. Odontostomat.*, 6(2):129-138,
- Vogelman, D. (1967). *El zen y la crisis del hombre*. Buenos Aires: Paidós
- Von Glasersfeld, E. (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. vol. 1, Pakman, Marcelo (compilador). España: Gedisa
- Volker, G. (2006). *Filosofía de la Psicología*. Barcelona: Herder
- Von Glasersfeld, E. (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. vol. 1, Pakman, Marcelo (compilador). España: Gedisa
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience* Guilford Press Variables salugénicas y su relación con los sucesos de vida Salutogenic variables and its relations with life events. ANALÍA BRIZZIO¹, ALEJANDRA CARRERA RIDEP · N° 23 · Vol. 1 · 2007 · 83 – 99
- Washton, A. & Boundy D. (1991). *Querer no es poder*. Ibérica: Paidós
- Wagner, M. & King, M. (2005). Existential needs of people with psychotic disorders in Porto Alegre Brazil, *BR J Psychiatry*, 186: 141 – 145 bjp.rcpsych.org/content/186/2/141
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada*. España: Gedisa
- Wink, P. & Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psycho-social functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*

- Yaria, J. (1990). *Toxicodependencias: asistencia y prevención*. Buenos Aires: Nadir
- Yaron, K. (1993) publicado inicialmente en *Prospects: the quarterly review of comparative education* (Paris, UNESCO: International Bureau of Education), vol. XXIII, no. 1/2, 1993, p. 135-146 Fuente: UNESCO - Pensadores en Educación. Traducción del original en inglés por Alberto de Zunzunegui
- Zamora, G., Castejón, E., & Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Zieher L. (2003). *Psiconeurofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas*. Argentina: Ursino.
- Zinnbauer, B. & Pargament, K. (2000). Working with the sacred: four approaches to religious and spiritual issues in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 78, 162-171
- Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., Lan, Y. & Wu, S. (2006). Occupational stress and job burnout in doctors. *Sichuan da xue xue bao. Yi xue ban Journal of Sichuan University. Medical science edition*, 37(2), 281-3.