

CUIDADO Y DESPROTECCION DE LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS SOCIOSANITARIOS (¿Todavía no usáis herramientas de protección en este trabajo de alto riesgo?).

GABRIEL ROLDAN INTXUSTA

Psicólogo y Psicoterapeuta.

Resumen

Estamos dedicados a atender y cuidar de otros, pero: ¿nos cuidamos nosotros en el trabajo? ¿Somos conscientes que podemos enfermar? En el texto se explorarán aspectos que tienen que ver con el desgaste y la pérdida de potencialidades profesionales de los equipos sociosanitarios y propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

Porque cuidarse y a quien corresponde la responsabilidad.

Una queja constante de los profesionales dedicados a la atención de cuidar, curar o enseñar es ¿Quién me cuida a mí?

En el trabajo la angustia, la urgencia, impotencia y el sufrimiento van a ser elementos emergentes cotidianos, que van a ir afectando a las personas que las atienden, y lo mismo, que en otros lugares de trabajo hay protocolos y medidas de seguridad para los trabajadores ante las situaciones de riesgo, en los centros deben desarrollarse mecanismos de prevención y protección que

permitan reconocer en las personas y los equipos el deterioro de la salud física y mental.

La propuesta que desarrollaré en este texto es que los cuidados de los equipos deben ser responsabilidad de las instituciones en las que estas desarrollan el trabajo, brindándoles los instrumentos necesarios para el apoyo psico-emocional que necesiten y que favorezcan el desarrollo teórico-técnico y los adecuados espacios de ventilación, formación y supervisión para que los profesionales puedan realizar su tarea.

Pero también los propios trabajadores deben asumir la co-responsabilidad para promover el esclarecimiento y elaboración de las complejas tareas que desarrollan y el cuidado de las relaciones en los equipos, con la institución y los usuarios. (Barenblit, Diez 1997). Ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo, aunque en nuestra fantasía siempre añoramos a que sea otro el que se haga cargo de nuestras necesidades y cuidados.

En las instituciones se asiste a pacientes con carencias en todos los aspectos, especialmente en el terreno afectivo relacional y los vínculos se verán afectados constantemente; este hecho dificulta tanto la relación en el campo terapéutico y educativo como en las actividades de rehabilitación y reinserción social.

La relación asistencial debe basarse en el respeto mutuo. Las decisiones deben ser voluntarias, y el camino a seguir debe consensuarse una y otra vez con el paciente. Esto en apariencia sencillo es de una complejidad enorme y no es fácil recomponerse emocionalmente de las adversidades, la frustración y la impotencia; en ocasiones, al borde de la vida y la muerte que suceden al usuario. Todo esto atraviesa al profesional pudiendo llegar a perder los papeles.

Las crisis aparecen constantemente y parte del trabajo consiste en abordarlas. Estos elementos emergentes son una oportunidad para favorecer los cambios y aprender de la experiencia; pero también comporta un desgaste en los equipos que necesitan de cuidado y apoyo para poder hacer su tarea sin caer en el desánimo o agotamiento.

Para García Badaracco, (1990) el trabajador dentro de la Institución, se ve obligado a recorrer uno de tres caminos posibles: 1) Al no poder tolerar la situación, tal como la está viviendo, tiene que tomar distancia, alejándose de los pacientes y de la participación. Si se trata de un enfermero puede poner distancia tornándose más represivo y puede desarrollar una tendencia a recluirse en el sector de enfermería. El médico puede también poner distancia emocio-

nal tornándose más “intelectual”, recurriendo cada vez más a utilizar defensas rígidas y desarrollando una tendencia a aumentar el uso de la medicación psiquiátrica. 2) La segunda posibilidad es enfermarse, contraindificándose con los pacientes, reclamando igual atención y haciendo responsable muchas veces a la Institución por haberle enfermado. 3) La tercera posibilidad es la de hacer un proceso de crecimiento y desarrollo que tiene semejanza con el proceso terapéutico de los pacientes. Lo denominaremos cambios necesarios para capacitarse profesionalmente y desarrollar cada vez más recursos propios para poder enfrentar las ansiedades de los pacientes, lo que simultáneamente constituye un crecimiento psicológico de su sí mismo. El no poder hacer este proceso puede llevar a pensar que el paciente es incurable. Uno se aferra a la idea de que lo que ocurre no tiene nada que ver con uno mismo, pone una mayor distancia entre la salud y la enfermedad, se vuelve paranoico con la institución, se puede aliar con otras personas que tienden a hacer compartimentos estancos atrincherándose; esto puede suceder en todos los niveles del equipo.

El equipo de trabajo como herramienta principal en las instituciones

Un aspecto fundamental para unas relaciones sanas en los equipos es la comunicación y de que manera se coordina y se compartimenta la información entre los distintos miembros.

Los problemas propios de la convivencia se presentan en cualquier grupo de personas reunidas por ende en cualquier institución. En las instituciones clínico-asistenciales hay dos variables que inciden de forma determinante en los problemas de la convivencia: una depende de la mayor o menor coherencia que exista en el equipo terapéutico en cuanto a su filosofía y metodología de trabajo; y la otra variable es que el contacto cotidiano con los pacientes desgasta y pone en movimiento mecanismos transferenciales y contratransferenciales poderosos que permanentemente desafían al equipo para que pueda cumplir exitosamente su misión fundamental, esto es, conservar la actitud psicoterapéutica en beneficio de los pacientes.

Se construyen espacios formales de reunión y coordinación, pero suelen surgir resistencias para mantenerlos “por falta de tiempo” ante las constantes demandas de los pacientes y los requerimientos burocráticos de las instituciones. Una dinámica que tiende a reproducirse es que se atiende primero lo urgente, que suele ser casi todo, y suele quedar poco tiempo para lo importante. Disponer del tiempo para hablar de cómo esta afectando el trabajo cotidiano

en los profesionales y sus relaciones interpersonales es una prioridad para mantener cohesionado a un equipo.

Dentro de la dinámica de la comunicación intragrupal, es importante, que los profesionales sepan tolerar las críticas y tengan una cierta humildad para aprender de los errores, lo cual a veces está reñido con el narcisismo de cada uno, que necesita además de reconocimiento y comentarios positivos. Si dentro de un equipo predomina la crítica en la comunicación, el miedo y el sentimiento paranoide aflora, y la confianza se resiente, creándose alianzas y subgrupos y el grupo tiende a fracturarse. Cuando no existe la seguridad para realizar críticas ni expresar reconocimientos, la incomunicación y el aislamiento se instala en el equipo, y la enfermedad invade el espacio de los profesionales.

El equipo precisa de medios y espacios de reunión y supervisión, donde ventilar la angustia, reconocer las limitaciones y coordinar las acciones, y si no los tienen, entonces se enfrentan a situaciones de impotencia, y se crean confrontaciones con el resto del equipo / os y los usuarios. Una pregunta frecuente en mi quehacer de supervisión es: ¿Cómo ayudar a los propios equipos a no verse superados por la incomunicación y la desconfianza?

Otra cuestión compleja en un equipo es armonizar las respuestas terapéuticas, entre distintos profesionales que aportan formaciones y titulaciones diferentes. Lo cual requiere de una meticulosa tarea de cooperación; así se podrán plasmar proyectos de intervenciones terapéuticas, y acciones efectivas desarrolladas por los distintos miembros en el que todos se sientan implicados.

Estas premisas implican la búsqueda de acuerdos que permitan encontrar consonancias entre la amplia diversidad de enfoques terapéuticos. Las distintas experiencias evidencian las dificultades en conseguir estos objetivos. Con frecuencia son motivo de fracturas y contradicciones en sus propósitos de confluir y potenciar en acciones complementarias, las intervenciones de varios profesionales, equipos y/o instituciones y hacen que se multipliquen las respuestas.

Un factor protector de primer orden ante el desgaste profesional es el sentimiento de “no estar solo ante el peligro”; pues es frecuente la sensación de inseguridad y fraccionamiento psíquico en aquellos equipos que están desestructurados. Cuando aumentan los conflictos dentro del equipo, y no se crean espacios que favorezcan la comunicación aumenta la desprotección y aparece como mecanismo de defensa que “cada uno vaya a lo suyo”, ante la desconfianza que generan los otros compañeros. En equipos fraccionados se dan a veces movimientos grupales en el sentido de librarse de las responsabilidades más difíciles

o comprometidas; como por ejemplo, adjudicar la atención de los pacientes más molestos o difíciles, a los profesionales con menos experiencia.

El fraccionamiento de los equipos produce un efecto de retroalimentación en los pacientes de las instituciones con personas ingresadas, que se sienten con temor y desprotegidos, lo cual determina un aumento de las transgresiones de las normas y actos de violencia (robos, agresiones,); así como un aumento de las descompensaciones. Los pacientes demandan inconscientemente que los miembros del equipo arreglen sus asuntos entre ellos o con la institución, para no estar secuestrados emocionalmente en su malestar, y se pongan a la tarea de hacerles caso de verdad, y estén atentos a sus necesidades brindándoles escucha, apoyo y seguridad. A veces ocurre como con los niños pequeños que cuando los padres tienen dificultades y falta comunicación entre ellos, lloran, se ponen pesados y realizan actos para llamar su atención.

La convivencia grupal dentro de las instituciones reaviva los fantasmas internalizados de todos sus participantes –abandono, competencia, rivalidad, envidia, poder, agresión, culpa, por citar algunos.- y en ocasiones se dan situaciones de abuso de poder o maltrato del equipo (o algunos de sus miembros) frente a los pacientes, en parte como respuesta a los sentimientos de inseguridad. Tales sentimientos, en gran medida, pueden superarse mediante un largo proceso de formación continuado y de supervisión (Roldán, 2001). Los problemas se acrecientan cuando no se puede contemplar la situación interna, se delega la responsabilidad de lo que este sucediendo y se pone la solución fuera. Por ejemplo a veces se demanda un guarda de seguridad en algunos centros para protegerse de la violencia de los pacientes a los profesionales, sin poder analizar y ver que está generando el sentimiento de miedo e inseguridad de los profesionales y hacerse cargo además de la hostilidad y agresividad de los profesionales hacia los pacientes.

En la práctica la percepción de seguridad tiene que ver en primer lugar, con las buenas relaciones en el equipo, y con el sentirse apoyado y respetado por el resto de los compañeros.

La percepción de apoyo entre los miembros de los equipos tiene fuertes elementos inconscientes, y las situaciones de gran tensión y de violencia crean un stress y un desgaste. En un servicio de atención se percibe cuando se da una situación peligrosa con un usuario y se nota la tensión. Son situaciones que se captan emocionalmente sin necesidad de hablarlo y la cobertura y apoyo del equipo al profesional expuesto a una situación de violencia es imprescindible.

Por ejemplo en un trabajo de supervisión en un centro de atención ambulatoria una administrativa relata que sufrió una agresión por parte de la pareja de un paciente “la conocía era conflictiva y no me sorprendió que me agrediese con el bolso y me amenazase por no atender con urgencia sus demandas. Lo que de verdad me dolió, es que mientras todo esto sucedía, y en la escena fue subiendo el tono de las voces de los usuarios, algunos compañeros abriesen las puertas de sus despachos, y no hiciesen otra cosa que volverlas a cerrar”.

Es importante la selección de personal para un funcionamiento adecuado de un equipo. Será necesario entonces seleccionar el personal en función, no solamente de su capacitación profesional académica, sino también del nivel de madurez alcanzado en su desarrollo psicoemocional.

No son adecuadas personas con poca capacidad de empatía que tengan dificultad en ponerse en el lugar del otro o que tengan dificultad de controlar sus impulsos ante circunstancias estresantes.

Factores favorecedores de conflictos con los usuarios son: los prejuicios, que por desgracia es bastante frecuente al pasarnos la información o desinformación de unos servicios a otros sobre todo con personas especialmente conflictivas .No escuchar; no tener en cuenta características de la relación interpersonal como la transferencia y la contratransferencia; el estrés; la desmotivación y no poder reconocer los signos precursores de la escalada de violencia (como por ejemplo el lenguaje no verbal), evitando que se produzcan situaciones de abuso de confianza .Es primordial no perder el autocontrol en las situaciones conflictivas ,manteniendo la calma, hablando en un tono de voz suave y con seguridad.

Ayuda bastante a evitar los conflictos el favorecer la expresión del malestar y la agresividad en las instituciones (no solo las reclamaciones), que permitan “sacar la mala leche de los usuarios pero además también de los trabajadores” creando espacios para el vaciaje emocional porque sino se hablan se actúan. También ayuda a disminuir la agresividad y la rabia que toda relación asistencial conlleva la negociación de los contratos terapéuticos para que la persona se sienta individualizada.

Otro punto importante se refiere a la dirección del centro. Una pregunta es ver si hay una dirección adecuada que cuide y ordene. Para Aron y Llanos (2004),el jefe que promueve ambientes protectores es aquel que demuestra preocupación por las necesidades de los profesionales; provee los recursos necesarios para realizar bien el trabajo; es sensible y flexible en

relación a temas familiares; es capaz de reconocer los aspectos positivos y demuestra confianza en el profesional, se interesa activamente en su trabajo; defiende la posición de los profesionales ante la institución, comunica claramente sus expectativas; adecua las tareas a cada profesional; es emocionalmente estable (calmado, buen humor); entrega ayuda técnica cuando se necesita; está disponible; es abierto y honesto, los profesionales confían en él o ella. Probablemente es pedir mucho.

Los/as directivos/as en muchos casos se encuentran en un “sándwich” entre los requerimientos institucionales y políticos, y las demandas de sus compañeros trabajadores, en un espacio difícil acompañado de la soledad. Necesitan apoyo y orientación y espacios de vaciaje emocional propios para no tener que atrincherarse detrás de montañas de papeles a rellenar y caras largas que tolerar. A mi modo de ver una comunicación abierta y flexible y un cuidado de la dirección es un buen antídoto para la arteriosclerosis institucional.

Para Kenberg (1996) es importante prevenir el fenómeno de la “paranoiagénesis” frecuente en las instituciones, y para ello los dirigentes deberían reunir cinco características: 1) mucha inteligencia 2) honestidad personal e impermeabilidad a los procesos políticos 3) capacidad para establecer y mantener relaciones objetivas profundas 4) un narcisismo sano 5) una actitud paranoide saludable, justificada y con capacidad de previsión en contraste con la ingenuidad.

También son muy importantes para hacer equipo los rituales de incorporación y de despedida de los profesionales. Una pregunta básica es ¿Cómo se acoge a los nuevos compañeros? .Hay que ver si se facilita la integración de los nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura grupal de la organización y permitiendo al resto de los profesionales hacer un espacio al recién llegado. Con los rituales de despedida, ya sea por partida voluntaria u obligada se facilita la elaboración de estas experiencias donde se han desarrollado vínculos intensos y contribuyen a mantener los climas laborales sanos.

Otros aspectos que tienen que ver con el desgaste y la pérdida de potencialidad de los profesionales.

Hay una incorporación de nuevas minorías étnicas como inmigrantes subsaharianos, magrebíes y latinoamericanos. Estamos abordando a personas con referentes culturales distintos, que pueden afectar al modo de entender las relaciones, la enfermedad y los valores. El respeto y una formación específica

para atender a poblaciones de otras culturas son necesarios, incorporando mediadores interculturales de las culturas de origen cuando sea necesario, que faciliten la comprensión y el conocimiento de las diferencias en la atención a estas personas.

Otra demanda que ha aparecido con intensidad, sobretodo por su trascendencia en lo social es la atención a menores .Son instituciones relativamente nuevas que han trascendido a la opinión publica mas por la conflictiva de los usuarios que por su hacer profesional. Los equipos tienen una gran rotación de trabajadores por las difíciles condiciones de trabajo ante situaciones de gran contención y violencia, que generan mucho desgaste profesional .Hace falta paciencia institucional y dotar a los equipos jóvenes del apoyo suficiente , la formación y supervisión adecuadas.

De los pacientes que más dificultades presentan a los profesionales en drogodependencias y salud mental destacaría 3 estructuras:

- Pacientes con trastornos límite de personalidad y con consumo de sustancias, con reiterados ingresos institucionales .Crean mucha impotencia en los equipos y nadie quiere tener .Presentan un largo recorrido como “consumidores crónicos de tratamientos” y van de centro en centro.
- Personas con un trastorno depresivo grave o distimicas que presentan un riesgo de cometer un acto suicida, y que producen un intenso agobio a los intervinientes por la gran responsabilidad que comporta atenderlos al paciente y a los familiares.
- Pacientes que han cometido actos violentos y que necesitan límites muy claros en la relación con normas claras y consensuadas. Falta tiempo y espacios de discusión para atender las diferentes percepciones de los profesionales de consensuar cuales van a ser las actuaciones por las continuas transgresiones a las normas, y crean conflictos en el grupo de pacientes por el “miedo a hablar” ante las amenazas.

Con todas las personas a las que se atiende es muy importante tener un diagnostico clínico operativo, que sea comprensible para todos los miembros del equipo. Que indague con el paciente y familiares la historia y las características de personalidad de cada sujeto y de pautas de cómo atenderlos, marque objetivos, estrategias de intervención y evalúe los resultados y oriente de cuales

puedan ser los desencadenantes de las crisis y que hacer. Para ello es necesario seguir aprendiendo en las sesiones de estudio de casos, reuniones de equipo y supervisiones clínicas.

En algunos centros hay un desequilibrio entre la demanda y los recursos para una actuación adecuada; entendidos como recursos en primer lugar los propios profesionales de los centros; pero además los conocimientos científico-técnicos adecuados y el apoyo instrumental para la tarea. Los programas de calidad implantados los últimos años han aportado metodología y organización de los servicios, pero han restado tiempo a la atención directa de los usuarios y a la reflexión de aspectos menos formales de la relación profesional-usuario.

Hay un sentimiento bastante importante de frustración e impotencia ante la tarea, de los profesionales y los equipos que actúan en este campo, y que afrontan cotidianamente una peculiar práctica clínica, donde se hace especialmente difícil evaluar los éxitos y los fracasos. Las interrupciones reiteradas de los tratamientos, el incumplimiento de los acuerdos, los agravios a los encuadres terapéuticos, forman parte del panorama habitual. Para dar cuenta de ello se requiere no sólo de altas dosis de tolerancia y prudencia en la implementación de las intervenciones profesionales, sino también disponer de equipos interdisciplinarios sólidamente formados (Barenblit y alt 1997).

Este es un trabajo con fuerte elemento vocacional y la pregunta es cual es el refuerzo. Algunos de los interrogantes que surgen en los profesionales son: ¿Vale lo que hago?, ¿Lo estoy haciendo bien? ¿A quién le importa?

Con el paso del tiempo ha ocurrido un proceso de institucionalización de aquellos equipos dinámicos que iniciaron las instituciones de Salud Mental en España en los años 80 y que permitieron el logro de muchos aspectos positivos, como una mayor profesionalización de las intervenciones, un amplio repertorio de experiencias, mayores recursos y una consolidación de las estructuras, pero por el contrario, ha traído consigo una solidificación de la metodología de trabajo, el envejecimiento de los equipos y una burocratización de las tareas que impide en muchos casos, continuar con el proceso de cambio continuo; “dejar posiciones ya conocidas por otras más inciertas que suponen más riesgo” O’ Donnell (1974).

Para Garcia Badaracco (1990) es necesario poner mucha libido en la realización de la tarea. No se puede trabajar con la sensación de que uno tiene que dar permanentemente sin recibir nada. Se trata más bien de descubrir, reconocer y cultivar, los factores que contribuyen dentro de la tarea para la

obtención de mayores gratificaciones y satisfacciones emocionales. El resultado terapéutico es posiblemente la fuente de gratificación más importante.

¿Cómo se hace todos los días, con respecto a la necesidad de gratificaciones adecuadas, para poder realimentar sanamente nuestras propias fuentes de libido necesaria para la tarea? Quizás esta realimentación hay que buscarla en el intercambio mismo con los pacientes y con los otros miembros del equipo, como un intercambio enriquecedor. Y también en el propio aprendizaje continuo de nuestro trabajo.

Bornout o desgaste emocional de los profesionales en el trabajo

Por desgracia, un fenómeno común a los equipos en las instituciones de ayuda es el síndrome de agotamiento o quemado (Majoor, 1986). Se caracteriza por un desgaste de la persona o por un agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, de fortaleza o de recursos y puede ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo. Son habituales las bajas laborales atribuibles al stress y depresión que sin embargo tienen su origen en un desgaste emocional, o son posteriores a algún hecho traumático (agresión de un paciente por ejemplo).

Freudenberg define el burnout como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (Freudenberg, (1974) No se trata de agotamiento por exceso de trabajo, es decir, no es algo que pueda curarse tomando unas vacaciones. No se trata sólo de cansancio, sino que es una especie de “erosión del espíritu”, que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros.

Aparecen señales como el sentimiento de fatiga, molestias físicas, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, falta de sueño o dificultad en dormir, pérdida de peso y respiración cortada (Freudinger, 80). El proceso de una persona quemada sufre un cambio. Se irrita con facilidad y se va volviendo paranoica; toma muchos riesgos o se vuelve rígido como resultado del desgaste. Para una persona exhausta, el cambio resulta amenazador. Otros indicios de este fenómeno son el desarrollo de una actitud cínica, vagar por todas partes, gastar más tiempo y hacer menos trabajo.

En cuanto a la estructura institucional, se observa un aumento de las horas dedicadas a la reunión del personal y, con ello, la disminución del tiempo de

contacto con pacientes, que es un factor terapéutico de primer orden (Kenberg, 1986), También se burocratizan las tareas y el proceso de atención.

El trabajo obliga al equipo a una continua situación de contacto con emergentes conflictivos. Las situaciones de crisis son un desgaste fuerte para los trabajadores que a larga deriva en una automatización de la estructura de relación paciente / equipo terapéutico y educativo que obliga a continuas revisiones. El trabajo puede hacer pensar al profesional que sus recursos están agotados, frustrándose y culpabilizando al paciente de su situación. Con el tiempo puede empeorarse toda su labor asistencial estableciéndose una dinámica asistencial patológica, en lo que se ha denominado “burnout syndrome”. Esto se manifiesta con expectativas críticas, negativas o fatalistas respecto a los resultados terapéuticos, ritualismo asistencial, activismo humanitario irracional y dinámica burocrática.

El desgaste se ve facilitado por dificultades originadas por los propios profesionales como deficiente formación, falta de interés y escasa motivación. Pueden aparecer actitudes poco adecuadas y nada receptivas como son actitudes pasivas, de inhibición, derivativa, paternalista y compasiva o represiva y de rechazo con desconfianza mutua. El burnout (cansancio emocional, pérdida de empatía, bajo rendimiento), se asocia también con baja satisfacción profesional, miedo a cometer errores, escasez de recursos extraprofesionales, menor preparación, junto con demandas y expectativas excesivas.

Una anécdota referida por un profesional de un Hospital Psiquiátrico ilustra el caso. A un profesional con burnout se le ha diagnosticado un trastorno depresivo que le impide ir a trabajar y está dispuesto a abandonar de modo brusco su trabajo. Se encuentra de baja laboral y después de varios meses de tratamiento es citado por un inspector de la mutua para evaluar su estado. Al referirle al inspector el lugar donde trabaja, le pregunta ¿Qué sucede en vuestra institución que venís tantos en la misma situación? Él le contesta. Es un lugar de trabajo muy abierto a exponernos emocionalmente al dolor de los otros; no tenemos muchos elementos de protección y encima hay varios trabajadores antiguos muy resistentes a realizar cambios.

Los tratamientos deben ser vistos, como un sistema de cambio continuo donde siempre es deseable la innovación y donde existe el peligro del “anclaje” del modelo por el cansancio del personal, así como por la necesidad de cumplir infinidad de respuestas dentro de un sistema amplio. La respuesta a la demanda de los usuarios vista como una problemática multicausal de factores físicos, psi-

cológicos y sociales, debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía administrativa que permita realizar los cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además, es necesaria una supervisión a los miembros del equipo que ayude a rescatarlos de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones desencadenando mecanismos defensivos intensos en pacientes, familiares y equipo que contribuyen a aumentar el malestar.

Cuidarse de uno mismo .Cuidado en el equipo y la institución

El cuidado es una responsabilidad personal de cada profesional y debe asumirlo como tal. Es muy importante la visualización de uno mismo como profesional de riesgo y el desarrollo de factores protectores.

Suele ser habitual en los profesionales dedicados a la atención un sentimiento de omnipotencia “puedo con todo”, mecanismos de defensa como la negación y puesta en el otro de la capacidad de enfermar. En ocasiones el miedo a no verse competente ante la complejidad de la psicopatología presente y las inseguridades a “no ser un buen profesional” pueden llevar a ocultar hechos traumáticos que puedan estar sucediéndole en el trabajo y no manifestar sentimientos como el miedo, la tensión o la inseguridad. Esto es un dolor que se acumula y puede cronificarse hasta llegar a enfermar.

El trabajo en contacto directo nos lleva a desarrollar el concepto de riesgo que es el primer paso para el cuidado: reconocerse como profesionales y como equipos en riesgo y dedicar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene el trabajo.

Abordar este tema en profesionales de ayuda, que están permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, supone un cambio para dirigir la mirada hacia uno mismo y hacia los grupos de trabajo, que son la herramienta fundamental en las relaciones de ayuda. La mayoría de los equipos e instrumentos de precisión no sólo tienen períodos de mantención periódica sino que están a cargo de personal técnico especializado que detecta el más mínimo error en su funcionamiento. Mientras más valiosas son las maquinarias, mayor es la inversión en su cuidado y mantención. A eso se refiere la responsabilidad por el autocuidado: exigir condiciones de trabajo que no impliquen ser tratados como

profesionales desechables y que sean acordes a la delicada tarea encomendada (Arón y Llanos 2004).

Estrategias de autocuidado.

Si bien el compromiso emocional con que cada miembro de los equipos vive los acontecimientos no es el mismo, sabemos que consciente o inconscientemente las emociones nos llegan, nos penetran y actúan dentro de nosotros. Los mecanismos de defensa que todos utilizamos dependerán fundamentalmente de los recursos propios genuinos que cada uno haya podido desarrollar a lo largo de su vida.

- Registro oportuno y visibilización de los malestares y poder expresarlos libremente. Los seres humanos aprendemos a silenciar estas señales postergando la satisfacción de necesidades básicas o invisibilizando las fuentes de dolor y malestar. Una estrategia importante de autocuidado se refiere a recobrar la capacidad de registrar oportunamente los malestares. Una gran cantidad de los trastornos que se describen como consecuencia del burnout se relacionan con no haber registrado oportunamente fuente de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos de tiempo que desembocan en lesiones o enfermedades. Recuperar la capacidad de registrar los malestares, tanto los físicos como los psicológicos es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado. Darse cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando debemos atender los dolores por una posición incómoda y relajarnos. Del mismo modo, ser capaz de registrar las molestias psicológicas oportunamente, lo que se relaciona con estrategias adecuadas de abordaje de conflictos.
- Permitirnos compartir con otros los sentimientos de tristeza, cansancio y agotamiento. Sucede con frecuencia que los profesionales tenemos resistencias a la hora de reconocer ciertos aspectos como el miedo, la impotencia, la desazón. Algo que nos puede ocurrir a todos. Por ejemplo después de un episodio violento sobretodo si ha sobrevenido una agresión, el impacto es tremendo para la persona que ha intervenido pero también para el resto de miembros. Las situaciones dolorosas y prolongadas silenciadas tienden a producir un tremendo malestar que pueda manifestarse en bajas laborales por stress, depresión, somatizaciones... Uno de los as-

pectos más inhabilitantes de la actividad profesional es el miedo a revivir el dolor de la situación traumática.

- Hay que darse tiempo y ha veces pedir ayuda profesional para elaborar las situaciones traumáticas que necesiten de buscar una salida de alivio .Además las circunstancias de vida de cada persona puede estar sometida a factores estresantes o dolorosos. Una importante responsabilidad es el cuidado de la salud propia y es recomendable una psicoterapia o un trabajo de conocimiento personal.
- Una distancia adecuada en la relación de ayuda “ni demasiado cerca, ni demasiado lejos” .Un motivo de desgaste suele ser la sobreimplicación en la vida de los pacientes o la proyección de expectativas y objetivos poco accesibles para realizarlos que suelen verse frustrados con frecuencia. La distancia, entendida no cómo algo físico entre profesional-paciente, sino como algo relacionado con las responsabilidades, con los límites y el lugar que ocupa cada uno en la tarea. Se pueden establecer relaciones acogedoras con los usuarios y saber captar donde están los límites de la relación de ayuda (que responsabilidad corresponde a cada cual) y el respeto mutuo .Esto requiere como condición aceptar nuestras propias limitaciones y las de nuestros pacientes, sin que esto deba significar a priori un sentimiento de frustración; solamente admitir que nuestra actitud debe ser plástica y requiere una buena dosis de paciencia y tolerancia y que muchas veces será necesario modificar la rigidez de nuestros propios esquemas. Lo que Jorge Barudy llama plasticidad estructural es hacer uso del potencial que el organismo humano posee para encontrar respuestas adecuadas a los desafíos que se presentan en el vivir de cada día aceptando los límites estructurales de cada uno y cada situación lo que popularmente denominamos “no pedir peras al olmo”.
- Hay que tener en cuenta las transferencias y contras transferencias entre profesionales y usuarios y la necesidad de espacios de vaciamiento y descompresión Se trata de compartir la pesada carga emocional del impacto que provocan contenidos muy fuertes en la persona que los escucha. Es frecuente que el impacto emocional de algunos eventos traumáticos sea tan fuerte que deje al profesional “atragantado”, pegado en esa situación, sin posibilidad de registrar o elaborar otros contenidos hasta que no se produzca el vaciamiento. El vaciamiento tiene un efecto de descompresión, que es necesaria para poder seguir trabajando.

- Necesidad de disponer de espacios personales de oxigenación, en que la persona pueda airearse, nutrirse, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo; como por ejemplo , caminar ,darse un baño , ir al cine, la lectura, la participación en grupos y otros
- También hay que contemplar y fomentar el ejercicio físico. Las tensiones del trabajo se acumulan en el cuerpo y la rigidez puede producir dolores musculares, dificultades para conciliar el sueño y cefaleas que pueden aliviarse dedicando espacios periódicamente para el cuidado del cuerpo, .El cuerpo no debe ser despreciado y el cuidado no se debe concentrar solo en la mente.
- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde. Evitando auto-responsabilizarse en exceso y no culpar a otros de los errores. Es un ejercicio muy importante de observación personal al que hay que dedicar algún tiempo diario y suelo denominar “perdonarse la vida” .Los profesionales se enfrentan a decisiones importantes de las personas que atienden y cada caso y situación son únicos. Es básico saber reconocer los errores, permitírsele sin flagelarse y aprender de ellos para las nuevas situaciones que van a surgir en el trabajo diario, donde una y otra vez suceden dificultades y hay que tomar decisiones. Un requisito para un abordaje adecuado de resolución de conflictos, es lo que permite la reparación, especialmente cuando ha habido daño como consecuencia del manejo inadecuado de conflictos. Saber pedir disculpas cuando somos conscientes que hemos cometido un error es básico para el respeto de nosotros mismos y los demás y un elemento de salud mental importante.
- Seguir formándose de modo continuado, recibiendo formación en aquellas perspectivas teóricas que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo. Recordemos que una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.

Generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo dentro de lo equipos

Se refiere a crear y asegurar condiciones de trabajo que transmitan un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo y las personas que los componen. Algunos de estos factores protectores se refieren a las condiciones mínimas de seguridad en relación al desempeño

laboral, otras se refieren a los estilos de liderazgo y a los estilos de supervisión en los lugares de trabajo.

Hay también una co-responsabilidad de todos los miembros de un equipo para cuidarse uno a otros, “hoy por ti mañana por mí”. Muchos episodios del trabajo están expuestos a la vista de los otros, sean pacientes o miembros del equipo y cada intervención terapéutica, educativa o socio-terapéutica es única para el momento y la situación. La opinión franca y sincera de los compañeros es una de las mejores herramientas para nuestra salud mental. Que nos señalen lo que no vemos, o nos cuesta aceptar, y apoyarnos en las incertidumbres es un buen factor de clima laboral, de soporte emocional y de crecimiento personal.

- El profesional debe tener una remuneración económica adecuada y sobre todo seguridad en el trabajo. Evitar la inestabilidad de los equipos y favorecer la cohesión.
- Asegurar a los trabajadores las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en su tarea por parte de las instituciones. Especialmente cuando se desempeñan en comunidades de alto riesgo social y con usuarios que pueden ser peligrosos
- Organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más contaminantes. Hacen falta espacios dentro de las instituciones ya sean en reuniones técnicas, supervisiones de casos o sesiones clínicas que permitan no llevarse los problemas a casa; porque ni es adecuado y además vulnera el acuerdo de confidencialidad Este vaciamiento más estructurado permite además la comunicación de ideas y el compartir modelos conceptuales que aseguran un mejor afianzamiento de los equipos de trabajo.
- Compartir la responsabilidad de las decisiones de riesgo que debe tomar cada miembro del equipo; por ejemplo en la exclusión de un paciente del tratamiento El desgaste que implica tomar la responsabilidad en este tipo de decisiones, sobre todo en aquellas que tienen alguna probabilidad de tener desenlaces de gran tensión, puede amortiguarse cuando es todo el equipo quien asume la responsabilidad por las consecuencias de la decisión.
- Horario limitado de trabajo y tiempos adecuados para la recuperación. La disponibilidad en cuanto al teléfono móvil, correo electrónico y otras tecnologías fuera del horario de trabajo debe limitarse por cuanto mu-

chas de las demandas laborales contienen angustia y urgencia que no permiten descansar adecuadamente.

- Hay que cuidar la dependencia al trabajo. Nadie es imprescindible y debe fomentarse la autonomía dentro de la institución. En sistemas muy jerarquizados el líder o director está sobrecargado y es necesario una delegación de responsabilidades.
- Estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumentan la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso en el interior de los equipos y tiende a silenciar los conflictos actuando las situaciones de desprotección y violencia.
- Criterios claros y consensuados entre todos y revisados periódicamente de los aspectos fundamentales del trabajo. El equipo debe tener una claridad sobre cómo actuar; no se puede transmitir el mensaje de que se está dispuesto a aguantar todo. Hay que situar las cosas, poniendo límites claros.
- Crear espacios de distensión en el equipo que permita relacionarse en otras áreas y temas. Por ejemplo hacer una parada y tomarse un tiempo para una infusión, pudiendo distenderse de la presión y hablar de otras cosas que no sea de trabajo. Espacios lúdicos compartidos: comidas o cenas de equipo, regalos de navidad...
- Retroalimentación de reconocimiento por parte de la dirección y la institución hacia los trabajadores. Con pequeños detalles y gestos se puede manifestar confianza, cariño y respeto y alientan en el desempeño de la tarea.
- Permitir pedir ayuda oportuna a supervisores o consultores externos para elaborar los temas que dificultan el avance del equipo con estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos.
- Espacios protegidos para la explicitación y resolución de los problemas surgidos en el interior de los equipos, desarrollando estrategias constructivas en las cuales puedan ventilarse los desacuerdos y desarrollo de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
- Formación y capacitación permanente del personal dentro de la propia institución aprovechando el aprendizaje que se presentan en la vida diaria de la institución. Seminarios clínicos, talleres de capacitación en habilidades y técnicas

- Apoyo de la institución para la formación externa en áreas propias de cada profesional. También una formación específica según los casos; para reconocer las características del usuario y el modo de relacionarse ante situaciones concretas.
- Crear espacios para pensar en lo que se está haciendo. Se dedica poco tiempo a ello, lo cual dificulta contextualizar y entender las situaciones que se están viviendo ayudando a buscar alternativas y promover los cambios oportunos.
- Promocionar el estudio y la presentación de trabajos en congresos de investigación y de reflexión metodológica de la tarea que se va realizando tratando de aunar trabajo práctico y marco teórico.
- Favorecer las relaciones vinculares con otros profesionales de otros servicios y redes, mediante Jornadas, Seminarios, visitas a los centros que favorezcan los procesos de derivación de pacientes y complementación de actuaciones con otras instancias. Por ejemplo con el sistema judicial tan ajeno al mundo socio-sanitario con el que se comparte la responsabilidad de muchos casos.
- Apoyo y supervisión a los profesionales que comienzan. El trabajo por la cantidad de estímulos continuos y el contacto directo con los pacientes supone un fuerte stress en las personas que se inician y es necesario cuidar y llevar la preparación del personal de forma progresiva, enseñando e informando, al mismo tiempo que se elimina la presión del trabajo diario. El personal encontrará respiro al estar en una situación de recibir más que dar durante todo el día.
- Cuando existe personal voluntario, deben ser protegidos cuidadosamente y puestos en programas de preparación dotándoles del soporte emocional necesario para afrontar aspectos que les puedan descompensar en las relaciones con los usuarios.
- En algunas instituciones se proponen trabajos rotativos con el objetivo de evitar el aburrimiento y la rutina. Un aspecto importante es como dar una salida laboral a personas que ya no están con la disposición anímica para seguir. Ayudar a desengancharse y ver que cuando el trabajo se convierte en sufrimiento se enferma y más que compensaciones hay que abrir una puerta que facilite la salida profesional.
- Transmitir confianza y esperanza en lo que estamos haciendo. Existe mucho dolor y desesperanza en algunos pacientes. Algunas personas

se encuentran en situaciones límite y la relación que mantienen con los profesionales, aún distando de ser la ideal, es la mejor que pueden tolerar. Es una responsabilidad enorme sostener esa relación y la esperanza es un importante componente de la moral comunitaria.

Un modelo integral de cuidado institucional contempla la necesidad de una supervisión clínica y de equipo como herramienta de intervención. La supervisión esta en relación con la formación continuada y el cuidado de los equipos. Cada equipo necesita de su propio espacio y tiempo. La participación de un profesional externo a la institución que ayude a los equipos a reconocer los elementos conflictivos del trabajo y facilite la comunicación entre sus miembros, aportando un plus de experiencia no es una tarea fácil. Hace falta una sintonía entre supervisor, equipo y dirección y la construcción de una estructura adecuada a las necesidades de cada institución.

Referencias bibliográficas

- ARON, A.M. y LLANOS, M.T. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, año 20 - nº 1-2, p 5-15.
- BARENBLIT V, DIAZ M. (1997) Supervisión en el campo de las drogodependencias, en AUTORES VARIOS, Supervisión clínica e institucional de drogodependencias, San Sebastián, AGIPAD.
- COMAS, D (2010) La Metodología de la Comunidad Terapéutica. Fundación Atenea Grupo GID.
- FREUDENBERG, H. (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30 (1) 159 Vol12 (1)
- FREUDENBERG, H.J. (1980) *Burn out: The high costs of high achievement*. New York: Anchor Press / Doubleday.
- GARCIA BADARACCO, J.E. (1990). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones.
- JONES, M. (1968). *Más allá de la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Ediciones Genitor.
- KENBERG, O.F. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Ediciones Manual Moderno.

- MAJOOR, B. (1986). "What is burn out?" En: KAPLAN & KOOYMAN (Eds.). *Proceedings of the ICCA 15th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence*, Rotterdam: Erasmus University, pp. 151-155.
- ROLDAN, G. (1992). "Institucionalización en drogodependencias; Las Comunidades Terapéuticas". *Revista Intervención Psicosocial*, n^o2, vol. 1, pp. 5-14.
- ROLDAN, G. (1994). "Droga, dependencia y grupo". *Clínica y Análisis grupal*, n^o67, vol. 16(3), pp. 349-361.
- ROLDAN, G. (2001). Treatment of drug addicts by a professional staff team using a Therapeutic Community and group psychotherapy. London: *Therapeutic Communities*, 22(1): 29-40.
- ROLDAN, G. (2002) "La función de la Comunidad Terapéutica, ayer y hoy." en ABEIJON, J, A y PANTOJA .L. (2002) *Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- ROLDAN, G. (2008). "El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención". *Revista Española de Drogodependencias*, n^o33, vol. (3), pp. 302-320.
- O'DONNELL, P. (1974). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrorru Editores.
- Varios autores (2005): *Inquietudes de los/las profesionales en la intervención en drogodependencias*. Comisión Técnica de Asistencia del Consejo Asesor De Drogodependencias del Gobierno Vasco.