

la **metodología**  
de la **comunidad terapéutica**



Fundación Atenea

<b>Lista de autores</b>	<b>6</b>
<b>Presentación</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo 1.</b> LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: UNA PERSPECTIVA METODOLÓGICA, por D.Comas	<b>13</b>
<b>Capítulo 2.</b> LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA TERAPIA SISTÉMICA. EL PENSAMIENTO SISTÉMICO EN EL TRABAJO RESIDENCIAL EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, por J.A. Abejón	<b>42</b>
<b>Capítulo 3.</b> LA COORDINACIÓN ENTRE LAS REDES GENERALES Y LOS CENTROS RESIDENCIALES, por I. Aguilar y A. Olivar	<b>64</b>
<b>Capítulo 4.</b> APRENDIENDO A TRABAJAR EN EQUIPO: COMPETENCIAS BÁSICAS PARA SER EFICACES, por I. Rodríguez	<b>86</b>
<b>Capítulo 5.</b> EL CUIDADO EN LOS EQUIPOS Y LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN, por G. Rodán	<b>138</b>
<b>Capítulo 6.</b> INDICACIÓN TERAPÉUTICA Y CLAVES DE LA DERIVACIÓN DESDE UN CENTRO AMBULATORIO, por P. Amaro, E. Martín y V. Chana	<b>168</b>
<b>Capítulo 7.</b> LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y OTROS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES: ASPECTOS GENERALES, por A. Olivar	<b>192</b>
<b>Capítulo 8.</b> COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y FAMILIA, por J. Gracia, C. Josa y B. Montesá	<b>222</b>
<b>Capítulo 9.</b> RELACIONES AFECTIVAS EN EL MARCO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA, por M. Cervantes	<b>248</b>
<b>Capítulo 10.</b> LA EVALUACIÓN EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, por A. Yúbero y J.C. Menéndez	<b>264</b>
<b>Capítulo 11.</b> LA INTERVENCIÓN EDUCATIVO-TERAPÉUTICA PARA MENORES CON PROBLEMAS DE DROGAS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES, por A. Apellaniz, M.Gomez, M <sup>o</sup> C. Moreno y L. Muñiz	<b>292</b>
<b>Capítulo 12.</b> LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN CENTROS RESIDENCIALES DE SALUD MENTAL, por M. Cervantes y J.A. Sales	<b>325</b>

# Capítulo 5

El cuidado en los equipos  
y los profesionales de la atención

## 1. INTRODUCCIÓN.

En las comunidades terapéuticas 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. Además frecuentemente, las intervenciones profesionales se desarrollan bajo la presión de un clima de urgencia y nos encontramos en muchas ocasiones que el trato directo con el usuario, la familia y los intervinientes en la atención (jueces, asistentes sociales, médicos, psicólogos, educadores...) provoca situaciones verdaderamente difíciles, cuando no abiertamente conflictivas, que una y otra vez acaban atrapando al profesional sin que este pueda lograr encontrar las claves para salir de las mismas.

Las crisis aparecen constantemente y parte del trabajo consiste en abordarlas y aprender de ellas. Todos estos factores provocan una tensión permanente que determina un desgaste y un agotamiento de las fuerzas en los profesionales y los equipos de atención que necesitan nutrirse de cuidados y apoyo para poder hacer su tarea sin caer en el desánimo o enfermar.

En el texto se explorarán aspectos que tienen que ver con el desgaste profesional y la pérdida de potencialidad de las comunidades terapéuticas y propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

## 2. POR QUÉ CUIDARSE Y A QUIÉN CORRESPONDE LA RESPONSABILIDAD.

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

Los cuidados de los equipos de atención deben ser responsabilidad de las instituciones en las que estos desarrollan el trabajo, brindándoles los instrumentos necesarios para el apoyo psico-emocional que

necesiten y que además favorezcan el desarrollo teórico-técnico y los adecuados espacios de ventilación, formación y supervisión. 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 población ( Barenblit, Díaz 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.

Los problemas que aparecen en una Comunidad terapéutica con las personas asistidas son multicausales, en la que intervienen aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares. Cada persona atendida es un sujeto único con una historia y sus particularidades.

La violencia es un componente de desgaste que aparece con frecuencia en la relación de ayuda. Entendiendo esta como un elemento de dolor, de alguien que está sufriendo y pretende dar una respuesta en ocasiones aprendida en la propia familia como modo de relacionarse en sus dificultades con los otros (son frecuentes en la historia infantil de los pacientes el maltrato o el abuso); sobre todo en personas con graves limitaciones de poder manifestar sus afectos con palabras en el ámbito de la relación social, y que actúan y ponen de manifiesto en la relación con los profesionales.

La relación asistencial debe basarse en el respeto mutuo. En la relación de ayuda 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 en situaciones límite que suceden al usuario. Todo esto atraviesa al profesional pudiendo llegar a perder los papeles.

Los centros de tratamiento han ido aceptando pacientes para los que no estaban preparadas y aumentando el número de plazas; lo que ha supuesto un fuerte stress para los equipos de trabajo que se han visto desbordados ante diversas situaciones como por ejemplo, pacientes con graves patologías psiquiátricas ( Roldán 2002). En algunos cen-

tros encontramos que los recursos son insuficientes para responder la demanda y la amplia complejidad de la psicopatología de las personas asistidas; entendidos como recursos en primer lugar los propios profesionales; pero además los conocimientos científico-técnicos adecuados y el apoyo instrumental para la tarea.

Las Comunidades Terapéuticas tienen mucho que ofrecer dentro del panorama asistencial actual más allá de los síntomas, Una tarea que tiene como objetivos la contención emocional de las personas asistidas, el aprendizaje social a través de la vida diaria en comunidad y la elaboración de las situaciones traumáticas, pero para ello debe reconocer lo que sabe hacer bien, limitando las intervenciones y pudiendo definir lo que se puede hacer y lo que no.

El trabajo en la comunidad terapéutica obliga al equipo a una continua situación de trabajo en contacto con emergentes grupales 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: "indefensión o desgaste profesional", o "síndrome de estar quemado" esto plantea que un objetivo permanente de la institución sea como mantener la ilusión en la tarea y crear el clima laboral adecuado en el equipo. Estas claves son básicas como también el abordar los fallos organizativos, los problemas internos de apatía, inseguridad y hostilidad, así como las dificultades prácticas ordinarias (Main 1946).

En el trabajo con pacientes 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.



### 3. CONTINENTE PARA CONTENER LAS SITUACIONES DE CRISIS.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización en una persona o sistema. Se caracteriza, principalmente, por la incapacidad para enfrentar una situación, utilizando los métodos que ya se conocen para resolver problemas. Nos empuja a cambiar pero no sabemos para donde y nos podemos preguntar que hacer. Hay pérdida del equilibrio emocional (de la forma acostumbrada de sentir y de expresar lo que se siente) y causa sufrimiento (dolor, tristeza, terror, inseguridad, enojo, rabia, impotencia...) porque las formas habituales en que el individuo resuelve sus problemas no funcionan. Las situaciones de crisis implican una ruptura de un equilibrio anterior y el proceso de búsqueda de un nuevo equilibrio. La crisis abarcan dos momentos: por un lado, el impacto de la situación traumática y por otro, el trabajo del yo para encontrar una salida. Las metas de la intervención en crisis son:

- Contención. Restablecer el equilibrio psicológico de las personas y así mejorar la capacidad de enfrentar la situación.
- Crecer y aprender debido a la crisis, integrando lo ocurrido
- Aprender nuevas formas de enfrentamiento de problemas, concebir la vida de diferente manera, a fin de poder plantear nuevas direcciones para el futuro.

Para Maxwell Jones (1968) las crisis son una situación intolerable que amenaza convertirse en un desastre o calamidad a menos que se tomen medidas organizativas y psicológicas. Cada crisis tiene su historia. La serie de hechos que le preceden y la resultante de la interacción de los roles de los participantes; forman la estructura en la que se desarrollará la crisis; y a menudo se intensifican por el bloqueo de la comunicación entre ellos.

El modelo que desarrolla Jones para la resolución de las crisis en comunidad terapéutica comprende 6 principios básicos: Confrontación cara a cara. Oportunidad. Liderazgo neutral capacitado. Comunicación abierta. Nivel apropiado de sentimiento. Actitudes de los participantes conducentes al crecimiento.

Las crisis y su contención son elementos permanentes y necesarios para el trabajo. Una premisa básica radica en que la comunidad debe mostrarse abierto al dolor emocional de los residentes creando un receptáculo para el exceso de ansiedad que no puede tolerar uno mismo y será el grupo quien en un clima de seguridad permita proporcionar alivio al dolor y con la experiencia y ayuda de todos favorecer el desarrollo de los aspectos más sanos de los individuos que participen del grupo. La Comunidad Terapéutica es un dispositivo de amplia exposición emocional. Exige del trabajador que participe activamente en la convivencia con el grupo las 24 horas. Aspectos cotidianos como comer, pasear, relacionarse, participar en grupos y asambleas, se realizan con los pacientes. Lo que ocurre en una CT tiene como objetivo el "aprendizaje social" y tiene que estar abierto a las críticas no sólo de otros miembros del equipo sino de los residentes (Ottenberg, 1991). Esto, unido a las características de los pacientes, determina que la CT sea un lugar de alto stress donde "siempre están apareciendo conflictos y parte de la filosofía es abordarlos directamente".

El cambio aparece como una necesidad en las crisis. Como adecuarse a los cambios y las problemáticas que van apareciendo es un interrogante cotidiano. Una de las principales causas del cambio en el comportamiento de las personas dentro de una CT es la implicación emotiva de otras personas, especialmente del equipo. No solo estar presente físicamente sino poner "el alma", que la persona asistida perciba que se tiene interés en ella en lo que le sucede y además que se transmita un elemento de esperanza; o sea el esfuerzo que vamos a desarrollar en la tarea pueda darnos unos resultados para el bienestar. Kooyman, (1993) dice que lo quieran o no, los miembros del equipo se convierten en figuras de "padres" de la nueva familia del residente), por lo que un miembro del equipo puede desempeñar el papel de padre o de madre en una CT. Tienen que ser conscientes de dicho fenómeno de transferencia. Lo que, sin embargo, no quiere decir que tengan que ocultar sus reacciones emotivas y que cuando éstas se expresan los residentes lo suelen interpretar como el interés que tanta falta le hace.

Para hacer cambios se necesitará seguridad y parte importante del esfuerzo del equipo va a ser construir una base segura (matriz grupal)



donde los residentes en la comunidad puedan sentirse en la confianza de poder manifestar abiertamente sus emociones y que puedan ser admitidas y toleradas por los miembros del equipo. El aprendizaje social y la cultura grupal deben animar a las personas a ser expuesto al cuestionamiento y a la crítica como modo de crecer y seguir aprendiendo.

#### **4. EL EQUIPO DE TRABAJO ES LA HERRAMIENTA PRINCIPAL DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.**

Para García Badaracco,(1990) cada miembro del equipo multidisciplinar ante la intensidad de las relaciones se ve obligado a recorrer uno de los 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. La monitora de limpieza puede encontrar la manera de “encerrarse en su papel”: limpia y evita otros intercambios. El médico puede también poner distancia emocional 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, contra identificándose con los pacientes, reclamando igual atención. Si bien forma parte del personal, toma el papel de paciente haciendo una regresión a través de la cual reclama un cuidado similar, haciendo responsable muchas veces a la Institución por haberle enfermado. Ahora esta última tendrá que hacerse cargo de él. 3) La tercera posibilidad es la de hacer un proceso de crecimiento y desarrollo que tiene semejanza con el proceso terapéutico de los pacientes. Si se trata de un miembro del personal lo denominaremos cambios necesarios para capacitarse profesionalmente y desarrollar cada vez más recursos y recursos para poder enfrentar las ansiedades y la locura 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 paranoide 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.

Un aspecto fundamental para unas relaciones sanas en los equipos es la comunicación y el como 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 y por ende en cualquier institución. En las instituciones como las Comunidades Terapéuticas hay dos variables que inciden en forma determinante sobre 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; 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 una cierta humildad para aprender de los errores pero a veces está reñida con el narcisismo de cada uno, que necesita además de reconocimiento y comentarios positivos; si predomina la crítica en la comunicación el miedo y el sentimiento paranoide aflora y la confianza se resiente en el grupo creándose alianzas y subgrupos y el equipo tiende a fracturarse. Cuando no existe la seguridad para realizar críticas ni

expresar reconocimiento 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?

Cada CCTT tiene una historia diferente y la estructura se compone de personas con diferentes profesiones y con formación diversa desde personal socio-sanitario como médicos, psicólogos, DUES, trabajadores sociales a educadores, monitores sin formación específica, cocineros, conductores, incluso ex-pacientes del propio programa que se hayan incorporado como trabajadores; todos comparten la misma tarea y tienen un rol importante para la rehabilitación y es necesario en la organización de los tratamientos tener en cuenta a todos los miembros del equipo para que estén todos implicados.

Esta cuestión plantea una complejidad en un equipo en el deseo de armonizar las respuestas terapéuticas., dado que la amplitud del marco teórico referencial debe articularse entre distintos profesionales que aportan formaciones y titulaciones tan diferenciadas entre ellos, incluso en algunos casos con escasa formación lo cual requiere de una meticulosa tarea de cooperación y potenciación; así se podrán plasmar proyectos de intervenciones terapéuticas y acciones efectivas desarrolladas por los distintos miembros de los equipos asistenciales 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. Ver si se pueden consensuar criterios entre las diferentes sensibilidades que aparecen en los miembros del equipo. 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 inter-

venciones de varios profesionales, equipos y/o instituciones y hacen que se multipliquen las respuestas.

Un factor protector de primer orden ante el desgaste "es el sentimiento de "no estar solo ante el peligro", pues es frecuente el sentimiento de inseguridad y fraccionamiento psíquico en equipos desestructurados. Cuando aumentan los conflictos dentro del equipo y no se crean espacios que favorezcan la comunicación para solucionarlos aumenta la desprotección y aparece como mecanismo de defensa que "cada uno vaya a lo suyo" ante la desconfianza que generan los otros. Esto produce un efecto de retroalimentación en los residentes de las instituciones con personas ingresadas que se sienten con temor y desprotegidos, lo que determina un aumento en las transgresiones de las normas y actos de violencia (robos, agresiones) y descompensaciones en los pacientes que 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 estar atentos a sus necesidades y dolor dándoles 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 realizar actos para llamar su atención. El problema se acrecienta cuando no se puede contemplar la situación interna y se pone la solución fuera. Por ejemplo se demanda un guarda de seguridad en centros que proteja de los usuarios a los profesionales, sin mirar para adentro para ver que esta generando el sentimiento de miedo e inseguridad de los profesionales y haciéndose cargo además de su hostilidad y agresividad.

En la practica la percepción de seguridad tiene que ver en primer lugar con las buenas relaciones en el equipo y 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 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. En equipos fraccionados se dan a veces movimientos grupales en el sentido de librarse de las responsabilidades más di-

fíciles o comprometidas y adjudicarlas a otros del propio equipo como por ejemplo adjudicar la atención de los pacientes más molestos o difíciles a los profesionales con menos experiencia.

Una demanda que ha aparecido con intensidad, sobretodo por su trascendencia en lo social es la atención a menores magrebíes .Son centros relativamente nuevos que han trascendido a la opinión pública mas por la conflictividad 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. Hace falta paciencia institucional y dotar a los equipos jóvenes del apoyo suficiente y la formación y supervisión adecuadas.

Respecto a la estructura psíquica de las personas atendidas en los centros destacaría en destacaría 3 tipos con trastornos que presentan más desgaste en los equipos:

- Personas con trastornos de personalidad borderline y con consumo de sustancias, con reiterados ingresos institucionales que crean mucha impotencia en los equipos y que nadie quiere tener por tener un recorrido cronificado y van de centro en centro como una patata caliente.
- Pacientes 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.
- Usuarios que han cometido actos violentos y que necesitan límites muy claros en la relación asistencial, con normas claras y consensuadas. Necesita mucho tiempo de atención y esfuerzos permanentes de contención 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 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 de pautas de cuales pueden ser los desenca-

denantes 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.

La convivencia grupal dentro de la Comunidad Terapéutica 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 residentes, 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).

Hay que tener en cuenta la importancia de la selección de personal y la estructura de personalidad de los profesionales a la hora de trabajar en 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. Los profesionales que se dedican a la atención tienen que asumir que el elemento de tensión es una constante cuando se establece una relación profesional-usuario. Otro asunto es el miedo que pueda generar determinados individuos u actuaciones profesionales.

Factores favorecedores de conflictos con los usuarios son prejuicios ante el paciente, que es bastante frecuente al pasarnos la información o desinformación de unos servicios a otros sobre todo con personas conflictivas; no escuchar; no tener en cuenta características de la relación interpersonal como la transferencia y la contratransferencia; estrés; desmotivación; no 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, la discreción, buscar estrategias y reformular las historias de los paciente.



Ayuda bastante a evitar los conflictos el favorecer la expresión del malestar (no solo las reclamaciones) y la agresividad en las instituciones que permitan crear espacios para la expresión de las emociones de malestar y la negociación de los contratos terapéuticos para que la persona se sienta individualizada y atendida.

Una de las preocupaciones más importantes a considerar es la formación y capacitación permanente del personal. Maxwell Jones era criticado por sus colegas del Hospital porque dedicaba mucho tiempo a ello. Desde mi experiencia profesional como director de la comunidad terapéutica Haize-Gain desde 1982 al 2001 probablemente haya sido una de las inversiones institucionalmente más rentables el cuidado y la formación del personal que permiten que las potencialidades de la matriz grupal desarrollen mayor capacidad para rescatar los elementos más creativos de todo el grupo y desarrollar mecanismos correctores de las anteriores situaciones vividas por los personas permitiendo explorar y aprender nuevos modos de sentir y actuar. Una gratificación constante es lo que podemos incorporar a nuestra vida de experiencia y conocimiento de nosotros mismos y de las relaciones con los demás a través del trabajo en una comunidad terapéutica.

Otra premisa es ver si hay una dirección adecuada que cuide y ordene. En relación al estilo de liderazgo 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.

Para Kenberg (1996) es importante prevenir el fenómeno de la paranoiagenesis 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 objétales 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 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. Al personal que deja el trabajo se le debe dar una despedida apropiada. Cuando un miembro del personal decide cambiar de trabajo, no se debe tomar como un fracaso o un abandono. El hecho de que la persona haya compartido momentos intensos dado mucho de sí mismos debe ser reconocido y deben recibir una buena despedida.

## **5. EL DESGASTE EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN EL TRABAJO Y BOURNOUT.**

Por desgracia, un fenómeno común al equipo de la CT y otras 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 o depresión que sin embargo tienen su origen en un desgaste emocional o 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 (Freudenberg, 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, 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 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 con baja satisfacción profesional secundaria al sistema, miedo a cometer errores, escasez de recursos extraprofesionales, menor preparación, junto con demandas y expectativas excesivas (Ochoa 1997).

Hay varios tipos de personal profesional y para-profesional que es más propensa a agotarse o a quemarse en la CT (De Leon, Beschner, 1976):

- Las personas entregadas y confiadas que quieren demasiado y que no reconocen las presiones que se ejercen sobre ellos y se creen capaces de dar más, redoblan sus esfuerzos para atender todas las demandas y no consiguen relajarse.
- Los profesionales motivados a trabajar por un sentimiento de culpa.

- Los ex-adictos con necesidad de probarse a sí mismos que tienen un sentido de arrogancia y una necesidad de demostrarse que no son tan malos como solían ser.
- Las personas con poca preparación y para las que la CT es el único medio de vida, y no tienen recursos, intereses, actividades, amigos o auto-definición fuera de la CT.
- La personalidad autoritaria, que siente que es el único que puede hacer algo bien y no puede delegar ninguna responsabilidad y trata de mantener todo bajo control. Esta persona llega a estar aislado y no tiene nadie a quién pedir ayuda o soporte.
- Los profesionales que “lo saben todo” y por ello establecen un sistema o proceso de no-comunicación entre ellos y la organización.
- Los profesionales que pierden su identidad .Suelen adoptar totalmente el lenguaje del residente, su vestido y estilo de vida. Se pierden y pierden su credibilidad con los administradores, la organización y los residentes. La obligación de realizar muchas funciones y de relacionarse simultáneamente con los residentes, otros profesionales y la comunidad, junto a la presión a la que están sometidos es una de las causas del “quemarse”.

Un aspecto que tiene relación con el sentimiento de los profesionales de frustración e impotencia ante la tarea se refiere al afrontar cotidianamente una peculiar práctica clínica donde se hace especialmente difícil evaluar los éxitos y los fracasos. Las interrupciones reiteradas, el incumplimiento de los acuerdos, los agravios a los encuadres terapéuticos, forman parte del panorama habitual (Barenblit y alt 1997).

También el trabajo en una comunidad terapéutica tiene un fuerte elemento vocacional. Algunos de los interrogantes que surgen en los profesionales son: ¿Vale lo que hago?, ¿Lo estoy haciendo bien? ¿A quién le importa? En los últimos años a habido una pérdida de prestigio social de trabajar con toxicómanos y otros emergentes sociales al tener el tema una menor relevancia y lo que antes podía entenderse por interés dada la alarma social generada puede vivirse en la actualidad como no es importante mi trabajo para nadie. Hay frecuentes quejas por parte de los profesionales de los centros con respecto a las instituciones de que la calidad se relaciona más con los números

que con los resultados de las personas.

Con el paso del tiempo suele ocurrir un proceso de institucionalización de aquellos equipos dinámicos que iniciaron las CCTT hace años y que ha permitido 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 García Badaracco (1990) es necesario poner mucha energía en la realización de la tarea. Las resistencias y las carencias de los pacientes pueden ser vencidas y superadas solamente con una actitud estable, permanente, persistente y perseverante, a través de la cual el paciente se sienta cuidado, protegido, sostenido y seguro y pueda entonces ir descubriendo dentro de él sus propias fuerzas y puedan ir despertándose sus propias ganas de vivir. Normalmente los pacientes y el personal sanitario se desmoralizan si aquéllos no mejoran. Una retroalimentación (*feedback*) de flujo regular durante el curso del tratamiento es otro factor importante de la conservación del sistema. (Karterud, 1998).

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. El propio enriquecimiento que significa ese aprendizaje.

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 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.

## **6. 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 el verse 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, un “puedo con todo” y mecanismos de defensa como la negación, poniendo en el otro 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 sucediendo en el trabajo.

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.



Es necesario generar condiciones "cuidadosas" y protectoras para el trabajo de los equipos. Para Arón y Llanos (2004) es prioritario abordar este tema en profesionales de ayuda, que están permanentemente orientados hacia las necesidades de otros y 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 revisión 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 mantenimiento. 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

## **7. CUIDARTE PARA CUIDAR.**

Si bien el compromiso emocional con que cada miembro de la Comunidad Terapéutica 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 yoicos genuinos que cada uno haya podido desarrollar a lo largo de su vida.

Es necesario un registro oportuno y darse cuenta 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. Del mismo modo, ser capaz de registrar las molestias psicológicas oportunamente, lo que se relaciona con estrategias adecuadas de abordaje de conflictos.

Una estrategia adecuada es permitirnos compartir con otros miembros del equipo los sentimientos de debilidad, cansancio y agotamiento y poder mostrar el miedo. 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, ansiedad y depresión. Uno de los aspectos más inhabilitantes de la actividad profesional es el miedo a revivir el dolor de la situación traumática. Si dejamos que el dolor se acumule podemos llegar a enfermar y somos malos enfermos y es frecuente encontrar resistencias a dejarse ayudar.

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 personal.

Un motivo de desgaste suele ser la sobre implicación en la vida de los pacientes o la proyección de expectativas y objetivos poco accesibles para realizarlos que suelen verse frustrados con frecuencia. Una distancia adecuada en la relación de ayuda, que sea "ni demasiado cerca, ni lejos" ayuda. La distancia, entendida no cómo algo físico entre profesional-usuario, 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 corresponde a cada cual) y el respeto mutuo. Esto requiere como condición prioritaria aceptar nuestras propias limitaciones y las de los 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.

Hay que tener en cuenta las transferencias y contranferencias entre profesionales y usuarios y la necesidad de espacios de vaciamiento y decompresión. 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.

Hay 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 la jardinería, la pesca, el montañismo, la lectura, la artesanía, la participación en grupos y otros (Aron y alt 2004).

También hay que contemplar y fomentar el ejercicio físico. Las tensiones del trabajo se acumulan en el cuerpo. La rigidez, dolores musculares, dificultades para conciliar el sueño, cefaleas son síntomas 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. Evitar auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros. Para abordar esto en formación con profesionales suelo realizar un ejercicio que denomino. "perdonarse la vida" .Los profesionales se enfrentan a decisiones importantes de las personas que atienden en un clima de urgencia y pueden cometerse errores. Es importante saber reconocerlos, permitírseles sin flagelarse y aprender para las nuevas situaciones que van a surgir en el trabajo diario donde una y otra vez van a surgir problemas y hay que tomar nuevas 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 y especialmente en el daño de las relaciones interprofesionales.

Seguir formándose continuamente. Es importante recibir 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.

## **8. PROPUESTAS PARA EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS.**

El cuidado de los equipos es responsabilidad de los niveles directivos y de las instituciones, 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. 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 de los episodios cotidianos de la vida en la comunidad terapéutica están expuestos a la vista de los otros, sean pacientes o miembros del equipo y cada intervención terapéutica, educativa o social es única para el momento y la situación. La opinión y el señalamiento de lo que no vemos, o nos cuesta ver por parte de los compañeros es una de las mejores herramientas para nuestra salud mental así como el apoyo y reconocimiento en los momentos de incertidumbre.

- El equipo que trabaja en este campo debe tener una remuneración económica adecuada y sobre todo seguridad laboral. Evitar la inestabilidad de los equipos y favorecer la cohesión; por ejemplo en las contrataciones del personal.
- Cobertura de las instituciones Asegurar a los profesionales

las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo. Especialmente cuando el trabajo se desempeña en comunidades de alto riesgo social y con usuarios que pueden ser peligrosos. Se detecta poco respaldo ante determinadas situaciones (Ej. poner una denuncia). La responsabilidad recae en el profesional directamente y no en la entidad como tal. Si uno no se siente protegido sin duda condicionará todas las posteriores intervenciones

- Compartir la responsabilidad de las decisiones de riesgo que debe tomar cada miembro del equipo por ejemplo exclusión de un paciente del tratamiento El desgaste que implica tomar la responsabilidad en este tipo de decisiones que tienen alguna probabilidad de tener desenlaces fatales, puede amortiguarse cuando es todo el equipo quien asume la responsabilidad por las consecuencias de la decisión
- Es necesario crear espacios para ir trabajando los problemas cotidianos, que oxigenen y ayuden a los equipos para continuar adelante. Organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más desestructurantes .No llevarse los problemas a casa; ni es adecuado y vulnera el acuerdo de confidencialidad.
- Generar espacios protegidos para la hablar y resolver 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.
- Horario limitado de trabajo y tiempos adecuados para la recuperación. No deben volver a la CT en sus días libres y la disponibilidad en cuanto al teléfono móvil fuera del trabajo debe limitarse por cuanto las llamadas van cargadas de angustia y urgencia que no permiten descansar.
- Hay que cuidar la dependencia del trabajo. Nadie es imprescindible y debe fomentarse la autonomía dentro de la institución. En sistemas muy jerarquizados, el líder o director esta sobrecargado y es necesario una delegación de responsabilidades. Las personas que trabajan en una comunidad terapéutica deben construir sus vidas y sus relaciones personales ajenas al centro.
- Criterios claros y consensuados entre todos y revisados periódicamente de los aspectos fundamentales del trabajo. El equipo no

debe 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 permitan relacionarse en otras áreas y temas. Por ejemplo hacer un descanso en la jornada laboral y tomarse un tiempo para poder distenderse de la presión y hablar de otras cosas que no sea de trabajo tomándose una infusión. Espacios lúdicos compartidos como comidas o cenas de equipo, regalos de navidad.
- 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
- Estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumenta la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso al interior de los equipos y tiende a silenciar los conflictos.
- 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
- 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 la patología del usuario y el modo de relacionarse ante situaciones concretas.
- Crear espacios para pensar y reflexionar en lo que se hace. Se dedica poco tiempo a ello y ayuda a contextualizar y entender las situaciones que se están viviendo y buscar alternativas y cambios.
- 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 practico 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 en una comunidad terapéutica 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 en estar en esta situación de recibir más que dar durante todo el día.
- Cuando existe personal voluntario, que es frecuente en muchos centros deben ser protegidos cuidadosamente y puestos en programas de preparación y darles el 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 trabajando en una comunidad terapéutica y sin embargo han creado unos sólidos vínculos de dependencia incluso fidelidad dentro de la institución. Ayudar a desengancharse de la comunidad y ver que cuando el trabajo se convierte en sufrimiento, y ofrece pocas compensaciones hay que abrir una puerta que facilite la salida.
- Transmitir confianza y esperanza en lo que estamos haciendo. Existe mucho dolor y desesperanza en algunos pacientes, son personas en situaciones límite y la relación que mantienen con los profesionales, aún distando de ser la ideal, es la mejor que han mantenido en su vida. Es una responsabilidad enorme sostener esa relación. La esperanza es un componente de la moral comunitaria.

## **9. UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN DE CUIDADO INSTITUCIONAL. LA SUPERVISIÓN CLÍNICA Y DEL EQUIPO.**

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 centro.

Este es un modelo con el que el autor del texto ha trabajado durante varios años con varios equipos de comunidades terapéuticas de una misma organización como consultor externo en encuentros mensuales de 8 horas de duración.

### **9.1. Objetivos generales de la supervisión:**

- Generar un espacio que favorezca la reflexión participativa en grupo, que estimule y aporte niveles de discusión más amplios sobre cada situación particular o individual, introduciendo la autocrítica como elemento impulsor de la tarea.
- Propiciar la creatividad del equipo en el diseño de modelos y estrategias educativas, terapéuticas e institucionales, eficaces para la resolución de los problemas planteados.
- Ayudar a desarrollar las potencialidades profesionales de los miembros del equipo.
- Favorecer la expresión y la integración de las ansiedades subyacentes del equipo de atención, y promover mecanismos de protección para detectar el malestar que produce el trabajo.

## DISTRIBUCIÓN DE CADA ENCUENTRO:

Reunión general	Taller estrategia	Taller funcionamiento	Consultoría dirección
3 h	2 h	2 h	1 h

### 9.2. Metodología:

Exposiciones de las situaciones y de los casos por parte de los miembros del equipo, y mediante técnicas activas facilitar la participación grupal (dinámicas de grupo, Rol playing...)

### 9.3. Descripción de los espacios de supervisión del equipo y del trabajo terapéutico, educativo y social:

#### 1. Reunión general.

Encuentro mensual de 3 horas con todos los miembros de cada centro.

Es un espacio de ventilación que pretende traer al grupo la carga emocional que comporta el trabajo; analizando mediante la participación activa de los miembros del equipo interdisciplinario las situaciones con las que se encuentra a la hora de hacer sus tareas. La intención es ayudar a entender las dificultades que se presentan en la relación asistencial para alcanzar las metas que se consideran posibles y pertinentes para cada paciente y para el grupo en cada etapa del proceso terapéutico:

- con el propio paciente y sus familiares.
- entre los propios miembros del equipo.
- con los medios disponibles.
- con los recursos de procedencia y derivación de los pacientes.

Evaluar la eficacia de la practica profesional terapéutica y formativa-educativa en el ámbito individual y grupal (procesos, estrategias de ejecución...) e ir valorando la adaptación del programa terapéutico a la realidad cambiante en cada momento.

El trabajo en comunidad terapéutica desde roles claramente diferenciados exige más que en cualquier otro dispositivo asistencial de acciones coordinadas en una misma dirección que requiere de una meticulosa tarea de cooperación y potenciación entre todos los miembros de un equipo, lo cual implica la búsqueda de acuerdos que permitan consonancias entre la amplia diversidad de enfoques educativos, terapéuticos y sociales y la sensibilidad propia de entenderlos por cada miembro del equipo.

## **2. Taller estrategia.**

Encuentro mensual de 2 horas para los miembros encargados de crear las estrategias y diseñar el trabajo terapéutico: Psicólogos, Médicos, Trabajador Social, D.U.E.

Mediante el análisis de casos se pretende visionar las situaciones que por sus características perturban el desarrollo de los procesos terapéutico y las dificultades con las que se encuentra el terapeuta. En las sesiones de trabajo se focaliza y privilegia el estudio del historial clínico, a partir de las entrevistas realizadas y de las sesiones de psicoterapia realizadas, buscando desbloquear la práctica y orientarla hacia metas terapéuticas para cada caso y situación.

Para ello es necesario ir revisando y completando un diagnostico operativo de cada paciente, desde una perspectiva individual, familiar y grupal que determine las alteraciones físicas, psíquicas y los problemas laborales o jurídicos pero que también permita orientar al resto del personal del centro sobre el posible comportamiento del paciente y el modo de abordarlo concretando los objetivos de las intervenciones terapéuticas y educativas más adecuadas para cada persona dentro de la comunidad terapéutica, incluso previendo un esbozo de reinserción social o en el caso de abandono o exclusión las posibles alternativas de derivación que al final permita evaluar la eficacia del tratamiento.

### **3. Taller funcionamiento.**

Encuentro mensual de 2 horas para los miembros de cada centro encargados del funcionamiento diario del centro: Educador, Maestro de taller, monitores-animadores, limpiador, guarda, cocinero, auxiliar-administrativo.

El equipo de los centros está compuesto de personas con diferentes formaciones. El peso en la convivencia cotidiana y del control de las normas suele recaer en los monitores y el personal de servicios; en algunos casos con menor preparación técnica y gran experiencia profesional, que en poco tiempo debe ir adaptándose a cambios rápidos en la demanda de los pacientes y en las características que presentan.

Es necesario una preparación y formación que permita reconocer los trastornos psíquicos de los individuos y capacitar para saber manejarse en las situaciones de relación con esta problemática y en especial a las intervenciones en crisis. Las crisis son episodios recurrentes que van a aparecer a lo largo del proceso de los pacientes y en la vida de la institución. En los últimos años el aumento de trastornos mentales entre los pacientes drogodependientes ha determinado el cambio de pautas de tratamiento, que sumadas a otras problemáticas adjuntas como el SIDA, la cronicación de los pacientes, las nuevas formas de consumo de drogas y el envejecimiento de la población toxicómana, sugieren nuevos enfoques de trabajo que permitan pensar en la Comunidad Terapéutica como un espacio flexible y abierto a pacientes muy diversos y estructuras de personalidad diferentes. Es muy importante la contención en situaciones de crisis y la capacitación de los miembros del personal para saber reconocer los episodios y poderlos abordar. Suelen ser situaciones estresantes para las personas del equipo, que suelen crear temores e impotencia, especialmente cuando hay riesgo de suicidio o explosiones de agresividad.

### **4. Consultoría y apoyo a la dirección.**

Espacio mensual de 1 hora para la persona /s que ostentan la dirección de los centros.

Es frecuente que las personas que detentan la máxima responsabilidad de la institución, sean las que cargan con el mayor peso de los conflictos cotidianos y más dificultades encuentren por él puesto que ocupan en buscar puntos de apoyo (ya que en muchos ocasiones no es posible hacerlo con los compañeros) para compartirlos, y encontrar orientación profesional y apoyo. La multiplicidad de problemas que comporta un centro de estas características genera un alto stress en la dirección.