

Relaciones afectivas en comunidad terapéutica

Mercedes Cervantes Sanjuan

Psicóloga. Directora
C.T. "La Coma" - ATRA asociación

Resumen

Una estructura de Comunidad Terapéutica (C.T.) significa trabajar en contacto directo y cotidiano durante muchas horas. Dicho método, fragiliza la frontera que existe en la relación entre profesional y residente y dificulta la labor del mantener los límites adecuados de dicha relación.

Las CC.TT. poco profesionalizadas, la escasa formación de los profesionales y el hecho de no tener espacios de debate en los equipos, contribuyen a que se den relaciones afectivas no deseables.

A pesar de que estas relaciones afectivas son un tema importante que puede causar verdaderos perjuicios, tanto al usuario, al profesional, como a la entidad, no suelen abordarse en los equipos, o si se hace, es cuando ya han sucedido.

En cuanto a relaciones afectivas entre residentes, tampoco se abordan de forma preventiva, por lo que, cuando suceden, casi siempre se resuelven con la "expulsión" de la C.T. de uno, o de los dos implicados.

En este artículo vamos a analizar algunos factores y a exponer algunas propuestas que pensamos ayudaran a prevenir relaciones "no deseadas" que puedan darse entre los usuarios de CC.TT., o entre los equipos y los usuarios.

Palabras Clave

Comunidad terapéutica, relaciones afectivas adecuadas, relaciones afectivas inadecuadas, responsabilidades, código ético.

Correspondencia a:
C/ Gran de Gracia, 239, 1º 1ª 08012 Barcelona
Tel. 93 237 68 24 móvil: 615 44 35 15
Fax 93 237 42 91
mcervantes@grupatra.org
ATRA asociación



Summary

One Therapeutic Community (C.T.) self structure, means work in a direct and quotidian contact during many hours. This method facilitates a weak relationship between the professional and the resident, furthermore, it makes difficult to maintain the adequate limits of the relationship.

For instance low professionalized CC.TT., the professional's lack of training, teams without spaces to debate, contribute to create not desirable affective relationships.

The affective relations within the Therapeutic Community context, although is an important subject and when it happens it causes real detriment to the resident, the professional, and to the association, it is not treated as a subject in the professional teams, or if it is treated, it is only after it has happened.

In reference to the affective relations between residents, neither are treated in a preventive form, therefore when they occur are often resolved with the "expulsion" of the C.T. of one or both residents implicated.

We will analyse in this article some of the factors and we will expose some proposals that we think could help to prevent "not desired" relationships between: residents of CC.TT. or between members of the professional teams and the residents.

Key Words

Therapeutic Community, appropriate relationships, inappropriate relationships, responsibilities, ethical code.

I. INTRODUCCIÓN

Este artículo es una reflexión acerca del tipo de relaciones afectivas que se establecen entre los pacientes, entre los profesionales, y/o entre ambos, durante el tiempo que dura un tratamiento en comunidad terapéutica (C.T.).

La CT apoya su estructura en un principio de autoridad que se basa en el afecto, en el respeto y en la conducción de los residentes, hacia una independencia de criterio, hacia la responsabilidad y el compromiso, además de una serie de normas que rigen su funcionamiento y explicitan el encuadre.

El profesional, en este ámbito comunitario de tratamiento, ha de entender que su rol terapéutico adquiere una dimensión más amplia, es también "referente", "modelo", "espejo" de las conductas del residente, para dar ayuda.

El residente, durante su tratamiento en CT, va encontrando un mundo diferente de formas de relación, de afectos y de emociones nuevas, y también encuentra normas y límites.

Como sondeo de la realidad se realizó una encuesta a 28 Comunidades Terapéuticas (CT), y se recogió la aportación de la experiencia de profesionales del sector.



Con independencia de la "escuela psicológica" que se profese, el establecimiento de relaciones afectivas, no parece aceptable en el ámbito de las relaciones profesionales entre los miembros de los equipos de comunidad terapéutica y los residentes en estos centros. No se trata de un problema de falsa moralidad o de una normativa que, como tantas otras necesarias en el entorno de CT, apliquemos a los residentes, sino de un límite necesario, ya que si se establecen relaciones de esta naturaleza, se altera sensiblemente el funcionamiento diario del recurso, amén de otras consecuencias y consideraciones.

A pesar de su importancia, es un tema que no suele abordarse, si no sucede, en los equipos de CT., en todo caso, se abordan las relaciones entre residentes, pero rara vez se produce una reflexión o análisis de las posibles relaciones entre profesionales y usuarios.

Incluso, en aquellos casos en los que la relación se había establecido en los meses posteriores a la salida del residente de la comunidad, hemos podido apreciar su influencia negativa en el quehacer profesional de los técnicos que han participado de alguna de estas situaciones.

Con todo el respeto y delicadeza que asuntos como éste requieren, no podemos dejar de plantearnos que cuando se producen, asumimos también el equipo como colectivo de intervinientes en el funcionamiento de la comunidad, una parte de responsabilidad del hecho. Por extensión ésta situación no dejará de afectar incluso a la entidad que gestiona el recurso.

Este es un tema, al que tenemos que perder el miedo de exponer y analizar en las reuniones de equipo, porque además de ser un tema normal y natural en la relación humana, también lo es, en la relación asistencial.

Las personas que forman los equipos de intervención, están sujetas a situaciones y vivencias personales que, si no se canalizan bien, pueden interaccionar con otras de los propios residentes, eliminando la objetividad del profesional.

En la interacción, la comunicación que se establece entre las personas, difícilmente es neutra, las propias características de la personalidad del residente suelen provocar en el profesional un "afecto" distinto, a veces en negativo (el retador, el cuestionador, el agresivo), a veces en positivo (el inteligente, el culto, el amable, el sincero...), lo que nos puede conducir hacia actuaciones más allá de la propia normativa. También solemos añadir un plus de emocionalidad, que en la mayoría de casos, aunque pueda estar muy controlada y contrarrestada por el trabajo en equipo, sin embargo existe. Así por ejemplo, podemos generar actuaciones más duras ante un paciente más "intolerante", o emplear más tiempo con aquel paciente más seductor, "culto" o más afín a nuestra personalidad.

De la misma manera, esta comunicación afectiva ocurre, aún con más motivo, en la relación entre los propios residentes.

Si entendemos que, a la salida de la Comunidad, uno de los temas que más puede llegar a desestabilizar a las personas (y por consiguiente suponer un riesgo de recaída), son las relaciones afectivas (ya sea por la euforia de un posible enamoramiento, por la inseguridad ante una nueva relación sexual, por la frustración de una relación que se acaba, etc.), otorgaremos a este tema dentro de CT toda la importancia y reflexión que merece. Así pues, las relaciones afectivas dentro de Comunidad pueden ser vistas como un problema o como una oportunidad. Si somos capaces de ayudar a la persona a manejar de manera adecuada



las relaciones afectivas que se van dando en su proceso, conseguiremos introducir cambios importantes en los esquemas inadecuados de relación (dependencias emocionales, etc.) que, a menudo, arrastran desde hace años las personas con dependencia a sustancias.

Las relaciones afectivas siempre existen en el encuadre terapéutico, precisamente porque son una herramienta constante y potente en el tratamiento, dándose mayores condiciones e intensidad en el marco de las CC.TT. por las propias características de éstas, y precisamente por ello se resisten a la normativa y al reglamento.

Si no se entienden las medidas que se apliquen al respecto, o si no se hace una buena aplicación de ellas, se puede caer en la penalización de las relaciones afectivas, o bien en la más absoluta permisividad; por lo tanto, hemos de huir de las soluciones simplistas y superficialmente conductuales.

Las relaciones **afectivas adecuadas**, positivas y deseables se dan siempre en el tratamiento, en la alegría de un alta terapéutica, en la relación derivada del prolongado tiempo en el programa, en la relación de confianza terapéutica, por lo que buena parte de los espacios, de los esfuerzos de los equipos y de los programas se dedican a su promoción y apoyo. (HHSS, trabajo educativo para la utilización del tiempo libre,...)

Pero también se dan relaciones **afectivas derivadas del “enamoramiento”** y relaciones **afectivas “de pareja” y/o “sexuales”**, que la mayoría de las veces se generan e intentan permanecer en la clandestinidad, con lo que ello comporta de riesgo de contagios, embarazos, y de no tomar medidas preventivas. No solamente existe la opinión unánime de que estas relaciones no son positivas ni

deseables en el contexto del tratamiento, sino de que son altamente distorsionadoras y deben evitarse; pero, paradójicamente, no se produce una intervención proporcional en relación a su importancia. Más paradójico es, si cabe, que cuando estas relaciones se dan entre miembros del equipo y residentes, aún menos previsión, espacios y esfuerzos de intervención se le dedican.

Podríamos entender que dentro del marco comunitario de CT, pueden darse relaciones afectivas entre residentes y entre profesionales-residentes.

- Las relaciones afectivas entre los residentes, son un tema importante y básico de trabajo en la CT. Se abordan tanto desde los espacios educativos, como desde los terapéuticos. Aún así, cuando se producen más allá de la simple relación de compañeros de tratamiento, son difíciles de trabajar; y a menudo terminan con la interrupción del programa de uno o de los dos implicados.

- Las relaciones afectivas entre profesional-residente, son las que suelen causar, cuando aparecen, mayor desconcierto, angustia, cuestionamientos, etc. en el seno del propio equipo, al mismo tiempo que mayores consecuencias negativas y quebranto de la relación asistencial por el simple hecho de su instauración.

A pesar de que los equipos de las CCTT tenemos claro nuestro rol profesional, y que a pesar de que la mayoría de los códigos deontológicos son claros y contundentes respecto a las relaciones entre profesional-paciente, se producen, aunque no sean frecuentes, relaciones emocionales más allá de lo profesional.

Es cierto que dentro de toda la amalgama de estilos de trabajo y técnicas disponibles, quizás la relación afectiva que el equipo de



la CT –en especial el equipo de educadores– crea con los residentes es una de las herramientas más importantes en la intervención con los mismos.

Trabajar en contacto directo y cotidiano muchas horas con el usuario facilita que la frontera entre el tú y yo sea frágil, pueda debilitarse e incluso romperse.

Entre las informaciones que utilizamos en la relación asistencial, los miembros del equipo, hemos de saber proteger la referente a nuestra vida privada. Las personas con las cuales trabajamos han de ver claro la diferencia de la información en un sentido y en otro. Mantener esta distancia es básico para realizar la tarea educativa y sitúa al usuario en su papel (“tú y yo no somos iguales” en el marco de la relación asistencial) lo cual, además, evita problemas serios. Se ha de hacer saber y educar; al usuario para que su relación con el equipo siempre se mantenga dentro de los límites estrictamente profesionales.

Algunas de las características del trabajo educativo en CT pueden dificultar el mantener los límites adecuados de esta relación, como son:

- Muchas horas en contacto directo con el usuario, bajo un techo común. La existencia de turnos de muchas horas (incluso de días) facilita que se pierdan los límites y se confunda la relación con los residentes. Cuando un profesional lleva 48hs en el centro se pierde la referencia clara de lo que es la realidad exterior y la propia de la CT.
- Demandas frecuentes de transmisión de muestras de afecto y estimación.
- Experiencias intensas, y límites del entorno, que favorecen la creación de vínculos especiales, tanto positivos como negativos.

- Frecuencia, en la población destinataria, de deficiencias afectivas de importancia que se pueden canalizar y pretender suplir mediante la relación con los profesionales.
- Durante el proceso de tratamiento en C.T., a menudo, en los primeros meses, se hacen conscientes emociones que durante el tiempo de consumo han estado dormidas y distorsionadas. Hay tendencia a magnificar.
- El carisma de algunos residentes puede generar especial atracción en miembros del equipo.
- El rol del educador -frecuentemente vivido como modelo- facilita sentimientos de atracción hacia el equipo.
- Expresión constante, por parte de los residentes, de emociones - ya sea de forma verbal o mediante otros canales- relacionadas con el equipo.
- La existencia de déficits afectivos no conscientes de los profesionales, (puede pasar que quien se dedica al trabajo social, tiene y utiliza el trabajo como instrumento para compensarlos).

Otros factores que influyen y aumentan la probabilidad de que aparezcan relaciones en C.T.:

- Comunidades Terapéuticas poco profesionalizadas que a menudo trabajan con profesionales muy jóvenes, recién graduados (o incluso sin formación específica) y que inician su intervención en la Comunidad sin disponer de un período previo de formación ni supervisión de equipo.
- En la misma línea, Comunidades Terapéuticas que no dispongan de espacios de reunión e equipo sistemáticas y que por sus bajas ratios de profesionalización los



equipos se vean obligados a trabajar en solitario y, por tanto, no dispongan del espacio necesario, ya sea formal o informal de poder compartir sus intervenciones del día a día con los otros miembros del equipo.

- Instituciones que no tengan incorporada la supervisión de equipo como una herramienta de trabajo habitual. Instituciones que no tengan una cultura de trabajo, que implica la consciencia de realizar un tipo de tarea de mucha implicación emocional, y, sobretodo, instituciones que carecen de la premisa "todos somos seres humanos y nos podemos equivocar" como base fundamental. Por ello es necesaria una actitud de revisión constante, actitud que dista mucho de la de equipos donde es difícil y no se facilita hablar de los errores.

2- MÉTODO

a) Sujeto:

Se enviaron cuestionarios a 28 CC.TT de todo el territorio español, de los cuales se recibieron 16 respuestas (57%). Todas ellas pertenecientes a UNAD. Todas ellas tenían algún convenio de colaboración con la red pública de sus respectivas Autonomías.

b) Material:

Se elaboró un pequeño cuestionario de 5 preguntas con dos o tres posibles respuestas sobre el abordaje que se realizaba de las relaciones afectivas en sus programas de tratamiento, debiéndose seleccionar la respuesta más adecuada a la realidad de cada centro.

1. ¿Abordáis el tema de relaciones afectivas y/o sexuales en vuestra C.T.?

- a) entre residentes
- b) entre miembros del equipo
- c) entre residentes-equipo

2. ¿Tenéis algún tipo de medida prevista o protocolo de actuación para esta/s situación/es?

- a) entre residentes
- b) entre miembros del equipo
- c) entre residentes-equipo

3. ¿Consideráis que las relaciones **entre residentes** es un hecho relevante, en caso de que se den, para el desarrollo del programa y sus objetivos de intervención?

- a) Si
- b) No

4. ¿Consideráis que las relaciones **entre miembros del equipo** es un hecho relevante, en caso de que se den, para el desarrollo del programa y sus objetivos de intervención?

- a) Si
- b) No

5. ¿Consideráis que las relaciones **entre miembros del equipo y residentes** es un hecho relevante, en caso de que se den, para el desarrollo del programa y sus objetivos de intervención?

- a) Si
- b) No



6. ¿El programa contempla el abordaje de las posibles relaciones afectivas y/o sexuales entre residentes?

- a) de forma sistemática
- b) sólo cuando se dan
- c) nunca

7. ¿El programa contempla el abordaje (pautas de actuación, protocolos, normas al respecto,...) de las posibles relaciones afectivas y/o sexuales entre miembros del equipo- usuarios?

- a) de forma sistemática
- b) sólo cuando se dan
- c) nunca

8. ¿Qué medidas se toman, o se deben de tomar?

- a) con los propios interesados
- b) con el grupo
- c) en el equipo
- d) en ambos

9. ¿Qué aspectos crees que son más importantes abordar en las CC.TT. sobre este tema?

c) Resultados:

1. Referente a la pregunta sobre si se abordaba el tema :

- a) 100% abordan las relaciones afectivas entre residentes
- b) 6,2% abordan las relaciones afectivas entre miembros del equipo
- c) 62% abordan las relaciones entre residentes-equipo

2. Referente a la pregunta sobre si se tomaban medidas:

- a) 88% toman medidas cuando suceden relaciones entre residentes
- b) 6,2% permite relaciones entre residentes
- c) 25% toman medidas cuando suceden entre equipo-residentes

3. Referente a la pregunta sobre si se consideraba relevante:

- a) 94% opinan que es relevante que sucedan entre residentes
- b) 50% opinan que es relevante que sucedan entre el equipo
- c) 100% opinan que es relevante entre equipo-residentes

4. Referente a la pregunta sobre si el programa incluía protocolos, pautas de actuación, etc. sobre el tema:

- a) 75% actúan "si se dan"
- b) 43% actúa sistemáticamente
- c) (no hubo respuestas) en :no actúan, ni hay protocolos

5. Referente a la pregunta sobre el tipo de medidas:

- a) 75% actúan con los usuarios individualmente
- b) 25% actúa a nivel grupal
- c) 25% actúa en todos los niveles(individual y grupal)

- En cuanto a las medidas tomadas con los usuarios, la mayoría, son de exclusión del programa de uno o de los dos implicados, bien por derivación a otra CT o por expulsión, si han llegado a tener relaciones sexuales.

Generalmente las intervenciones se dan en el plano individual.



En todos los cuestionarios recibidos se responde que se abordan las relaciones entre los residentes, que se considera que tienen relevancia para el tratamiento, que se toman medidas, pero tan solo el 43% lo tienen incorporado de forma sistemática en su programa terapéutico, y, además, el abordaje se hace "a posteriori" del hecho, no como elemento preventivo o educacional del programa.

- Si tomamos las relaciones afectivas entre residentes-equipo, el 100% creen que es un tema que tiene relevancia, el 62% lo abordan en sus centros, pero sólo el 25% toman medidas, el 0% de los que han contestado el cuestionario, lo tiene incorporado en su reglamento interno, de lo que podemos deducir que todavía estamos en la prehistoria. Es una "zona oscura" que seguimos sin afrontar adecuadamente en los equipos.

3- DISCUSIÓN

Todo posicionamiento educativo deberá empezar necesariamente por establecer un tipo de relación, para, posteriormente, pasar a otros aspectos. En cualquier caso, la relación afectiva del residente con el equipo siempre se mantendrá, pero sus características deben ser controladas por el profesional.

De ello se desprende la necesidad de establecer un marco emocional estable y la necesidad de instaurar pautas y conductas de buenas praxis entre los equipos para el trabajo positivo y el control de los procesos de las relaciones afectivas entre residentes y entre equipo y residentes

El establecimiento de este marco emocional estable ha de cumplir ciertas premisas para ser útil a nivel educativo:

- la relación que hay entre ambos (profesional- residente) ha de ser cualitativamente diferente; nunca bidireccional.

- Los sentimientos y las expectativas que genera el profesional en el usuario, no se han de producir en sentido opuesto (en el profesional). Para el técnico, la C.T., es un campo de intervención y no un espacio para "vivir o sentir".

- Por muy cercano que el residente se sienta a nivel emocional del profesional, éste no ha de perder nunca su rol ni dejar de hacer la función que tiene encomendada.

Si lo anterior no se cumple, y la relación va más allá de lo estrictamente profesional, pueden aparecer determinados fenómenos en la relación asistencial y en los propios equipos que representan inconvenientes graves y contraindicados en la tarea educativa:

- Desconcentración para las dos partes respecto a la tarea asistencial.

- Coloca a ambas partes en situación afectiva poco real y condicionada por el microsistema que representa la CT.

- Aparición de sentimiento de celos entre otros residentes.

- En el momento en que gana la relación, se pierde al profesional.

Nos preguntamos si, más allá de las directrices de la deontología y de la ética, ¿es posible la prevención, la modulación, la reconducción o, en definitiva, la instauración de pautas y conductas de "buena praxis" entre los equipos para el trabajo positivo y el control de los procesos de enamoramiento y/o de las relaciones afectivas que traspasen lo profesional, entre miembros del equipo y residentes?

Si a los miembros de los equipos —como técnicos, que somos, en las relaciones huma-



nas, y poseedores del conocimiento de técnicas y herramientas de detección, desarrollo y conducción de las relaciones—, nos es difícil a veces el autocontrol y la conducción adecuada de las relaciones afectivas (no deseables) cuando nos ocurren en el marco de la intervención profesional, es decir, en la C.T., en el plano de desigualdad profesional-paciente, ¿cómo podemos esperar que no se produzcan, y en su caso, se autocontrolen y autorregulen adecuadamente, dentro del complejo entre iguales, como es el de los residentes?.

4- CONCLUSIONES

- A la hora de establecer métodos o sistemas de abordaje, detección, intervención, etc. de esta fenomenología hay que tener siempre en cuenta algunos de los factores que confieren carácter distintivo a la propia realidad de las relaciones afectivas y a sus posibilidades de abordaje adecuado, en cada C.T., según:

- Las características del/los residente/s
- Las características del equipo, como tal, y de sus miembros en particular.
- Las características del equipamiento
- Las características del programa, los espacios, las "intensidades", etc.

Estos aspectos deberían condicionar no solo el establecimiento de los "límites" normativos al respecto (Códigos deontológicos y RR.RR.II. en cuanto al equipo; contrato terapéutico, normativa, etc. en cuanto a los residentes) sino, sobretudo, el articulado y el abanico amplio de intervenciones ya sean grupales o individuales a establecer en cada C.T. Para ello es aconsejable huir de "recetas únicas", o "importadas" y, en general, de cualquier esquema rígido. Más bien cada centro debería definir, en función de sus propias

características estructurales y humanas, qué iniciativas e intervenciones hacer:

- Ante la falta de referentes —y sobretudo de referentes probados respecto a estos temas— que presenta la realidad actual de las CC.TT. pensamos que, una vez perdidos los miedos, tabúes, etc. que puedan existir, hay que lanzarse a un proceso de reflexión entorno a las propias características y, poner inmediatamente en practica diferentes iniciativas, para poder, más adelante, realizar puestas en común y reflexiones con mayor profundidad, objetividad, y riqueza de datos, y sustentadas en una diversidad de experiencias, aciertos y desaciertos en el tema.

- El primer bloqueo que se ha de salvar para hablar del manejo de las relaciones afectivas, es la aceptación de que se produce el hecho. Creer que se es inmune ante este tema, es hacerse más vulnerable a que pase.

Una vez aceptado, nos podremos plantear protocolos para detectarlo, para prevenir una consecuencia no deseada, y su manejo (aquí entraría el código deontológico, código de límites, reglamentos,...)

Tenemos claro que, para llevar a la práctica el proceso de cambio personal de los residentes, necesitamos un programa lo más claro posible, que defina y cohesionese la intervención del equipo; marque objetivos e indicadores para evaluar los logros, etc. Entonces, me pregunto, ¿por qué en nuestros programas existen tantas carencias en cuanto al tratamiento de las relaciones afectivas y dejamos la intervención al "si sucede"?, y, añadiría: "a si sale a la luz"?

- Está claro que ante este tema tenemos una triple responsabilidad:

I. Responsabilidad del profesional —nos orientan los códigos deontológicos, la ética



profesional, el marco terapéutico, la claridad, la supervisión.

2. Responsabilidad del equipo –contamos con un programa terapéutico, normativa, sanciones, supervisión,...

3. responsabilidad de la Institución –exigir y contar con un manual de buenas praxis, contratos terapéuticos,...

- Si la mayoría coincidimos en que cuando se producen relaciones afectivas hay una interferencia en la convivencia, una interferencia importante en el programa de tratamiento en cuanto a objetivos, aislamientos, etc., parece que al centrarnos en las relaciones entre los usuarios, nuestra línea de actuación debería estar muy clara, pero observo que este es un tema que no queda claro ni en los programas ni en los equipos.

5- PROPUESTAS

En cuanto a las responsabilidades que cada uno, y jerárquicamente, tenemos sobre el tema, creo que deberíamos aportar algunas propuestas:

La primera y general es la de romper tabús y hablar claramente del tema.

• **En cuanto a la responsabilidad del profesional** para con los residentes, conducir el hablar sobre las relaciones afectivas tanto en espacios individuales como grupales.

Incorporar el tema en el manual de buenas praxis de los centros y equipos. Proponer más debate y concreción de las reglas generales de los códigos deontológicos respectivos en las diferentes realidades y praxis del quehacer profesional en nuestro ámbito.

Cada profesional debería conocer sus propias limitaciones y saber si es especialmente

vulnerable a un perfil determinado de usuario, para así, tener más herramientas y poder detectar la aparición de sentimientos que puedan derivar en una relación no adecuada.

• **En cuanto a la responsabilidad del equipo** dedicar espacios y tiempo para tratar el tema. Reuniones ordinarias y extraordinarias. Debatir sobre afinidades

• **En cuanto a la responsabilidad de la Institución**, definición y claridad respecto al tema, en referencia a los residentes, asegurarse que hay reglamentados distintos espacios de respuestas, manejo y control del mismo. Y ante los profesionales, la institución debería proporcionar espacios de equipo o jerárquicos con los distintos profesionales para abordar el tema, y generar protocolos de actuación que incluyan la atención, responsabilidad y conducta de los profesionales (no dejarlo solo al “saber hacer” de la ética profesional).

Disponer de espacios de supervisión externa en los que sea habitual hablar de las dificultades con las que el profesional se encuentra. Donde se revise con toda naturalidad con qué perfiles de usuarios cada profesional se “tiende a enganchar” tanto por encontrar especial dificultad de vinculación, como por todo lo contrario.

Una configuración de factores que ayudaría a proteger que las relaciones entre equipo y residentes prosperen sería:

• Disponer de **protocolos de actuación** para cuando un usuario exprese que se “ha enamorado” de una persona del equipo.

Sería muy adecuado que el centro tuviera incorporado un protocolo de este tipo y que, cuando un nuevo profesional se incorporase se le informara de la existencia de este.

Algunas pautas que este protocolo pudiera incorporar serían:



1. Cuando un profesional empiece a experimentar sentimientos no adecuados hacia un residente lo hablará con el equipo (bien sea directamente en reunión o con la/las personas que más facilidad tenga). En cualquier caso el tema tiene que ser tratado, con el máximo respeto y delicadeza pero sobretodo, con la tranquilidad de saber que el equipo le va a apoyar y pondrá en marcha las estrategias necesarias para prevenir que la relación pudiera prosperar (facilitar que dicho profesional ponga más distancia, que deje de ser un referente directo, etc.) En el caso que el profesional optara por seguir fomentando la relación de pareja con el usuario, el centro (en este caso la dirección del mismo y de la institución) debería tener un posicionamiento claro respecto a si es posible o no continuar la relación laboral.

2. Cuando cualquier miembro del equipo detecta que un usuario tiene un sentimiento especial hacia otra persona del equipo lo hablará con dicha persona.

3. Si tal información la recibe directamente el profesional afectado lo compartirá en la reunión de equipo a fin de que todo el mundo esté informado y pueda intervenir de manera adecuada ayudando al usuario a diferenciar sus sentimientos y a dejarle claro que se trata de una relación no adecuada.

4. En el caso que se de con su propio educador/terapeuta de referencia (como suele ser muy habitual por la especial vinculación que se da), se debería dar un margen temporal para ver si se trata de un sentimiento pasajero. En el caso que perdurase sería adecuado plantear un cambio de educador/terapeuta de referencia.

Estas intervenciones suelen ser asumidas con dificultad por el usuario implicado e inclu-

so pueden llevar a una crisis en el centro. No es extraño que el usuario plantee que abandona el proceso. Si el equipo profesional está cohesionado y actúa en la dirección adecuada, normalmente una intervención de este tipo ayuda a la persona a situarse en la realidad y deja claros los límites y el posicionamiento del equipo tanto para la persona afectada como para el resto del grupo, ayudando, así a los usuarios a no confundirse en la relación de ayuda.

- En el tema de relaciones entre residentes, un error común que cometemos los equipos es no realizar **una intervención preventiva**. Así como todos los equipos tenemos muy claro que para prevenir las recaídas hay que dedicar tiempo a hablar de ello, respecto a las relaciones afectivas, no solemos ser tan claros. Más bien lo frecuente es actuar como perseguidores punitivos cuando estas aparecen. Con ello lo único que se obtiene es la interrupción de los procesos.

Un planteamiento adecuado sería que, desde los diferentes espacios de intervención grupal: habilidades sociales, grupos de sentimientos, prevención de recaídas, se incluyera dentro del temario habitual espacios de reflexión sobre el establecimiento de relaciones afectivas y/o sexuales dentro del centro: ¿porque se dan con tanta frecuencia? (tratar el tema de la dependencia afectiva), ¿porque no se permiten?, consecuencias hacia las personas que se ven involucradas, etc.

Una vez más parece que, como todos los temas, todo aquello que se puede poner "encima de la mesa", entender, hablar sin miedo a la penalización, facilita su abordaje.

Últimamente se habla de las relaciones afectivas como una temática emergente en CC.TT. Creo que es ahora cuando nos



permitimos reflexionar sobre ello, cuando empieza a dejar de ser tabú el plantearlo. Lo realmente positivo es ver que los equipos hemos crecido lo suficiente para empezar a identificar el tema y abordarlo, empezar a tratarlo como una problemática más a plantear en los equipos, tenerlo en cuenta en los programas terapéuticos, y reconocer que sucede, o puede suceder.

6. BIBLIOGRAFÍA

- AUTORES VARIOS (2002). **Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD**, Madrid, UNAD.
- CERVANTES, M y CAÑELLAS, J. “*problemáticas emergentes en CCTT: relaciones afectivas en el marco de C.T.*”, en AUTORES VARIOS (2002). **Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD**, Madrid, UNAD.
- COMAS, D. (1994), **Criterios y normas para la homologación de Comunidades terapéuticas Profesionales para Toxicómanos**, Barcelona, APCTT.
- COMAS, D. (2002). **Comunidades terapéuticas en España: situación actual y propuestas funcionales**. Ministerio de Sanidad y Consumo.