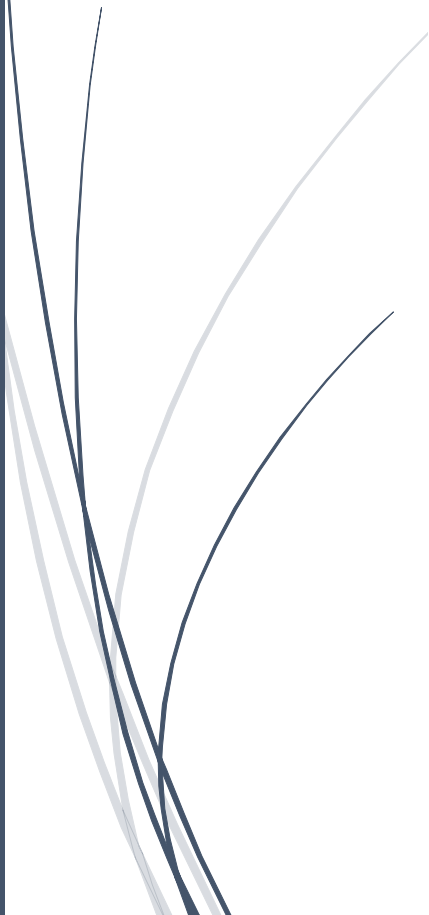


# FAMILIA Y TRABAJO EN EQUIPO



# ÍNDICE

## ***FAMILIA***

- **Introducción. Encuadre histórico**
- **Conceptos básicos**
- **Evaluación de la Familia**
- **Modelo de intervención con la familia en adicciones**
- **El modelo sistémico**
- **La codependencia**
- **El síndrome del cuidador**
- **Eficacia de las intervenciones familiares en drogodependencias**
- **Bibliografía**

## ***TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR***

- **Introducción**
- **Objetivo general del módulo**
- **"El equipo del trabajo"**
  - \* Diferencias entre equipo de trabajo y grupo de personas.
  - \* Concepto de interdisciplinariedad, multidisciplinariedad y pluridisciplinariedad.
  - \* Ámbitos que nos interesan de la aplicación de los equipos de trabajo.
- **Etapas del desarrollo interdisciplinar**
  - \* Detectar la necesidad (objetivo común)
  - \* Definir el proceso que resuelve la necesidad
  - \* Realizar y presentar el plan de acción
  - \* Crear el equipo interdisciplinar que resuelva y ejecute el plan de acción.
- **Herramientas que nos puedan ayudar en la consolidación del equipo.**
  - \* Dafo
  - \* La comunicación dentro del equipo
- **Ideas, reflexiones y elementos que pueden ayudar a enriquecer un equipo**
  - \* Algunos requisitos imprescindibles para el trabajo en equipo.
  - \* La empatía como pilar básico y fundamental del trabajo en equipo.
  - \* Conclusiones del trabajo en equipo.

---

# FAMILIA

## INTRODUCCIÓN - ENCUADRE HISTÓRICO

La relación entre familia y consumo de drogas ha sido objeto de numerosas investigaciones, existiendo en la actualidad un gran apoyo empírico que nos permite determinar aquellos aspectos familiares que juegan un papel relevante en el consumo así como su influencia en la evolución del trastorno adictivo y en el tratamiento del mismo.

La presencia de un consumidor en la familia supone una fuente de estrés importante, afectando al funcionamiento familiar y al de algunos (sino todos) sus miembros. Las áreas más directamente afectadas por el abuso de drogas en la familia (Washton, 1995; Scottish Executive, 2002) suelen ser:

- Económicas. Deudas contraídas por el familiar.
- Sociales. Tendencia al aislamiento de familia y amigos, reducción de actividades de ocio; miedo al rechazo; ocultación de la problemática.
- Físicas y Psicológicas. Cambios de humor, irritabilidad, culpa, preocupación, miedo, confusión, sintomatología ansioso-depresiva, trastornos de ansiedad, alteración de los patrones de sueño, estrés, úlceras, hipertensión, cefaleas, pérdida del apetito y/o compulsión por la comida.
- Intrafamiliares. Discusiones frecuentes, incremento de la tensión familiar, deterioro de la comunicación familiar, quebranto de la cohesión familiar y en casos extremos, ruptura del núcleo familiar.

---

Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de evidencia empírica a favor de la participación de la familia en el proceso, la intervención con familias en sus diferentes modelos de tratamiento es un enfoque relativamente reciente. Hasta la década de los 50 del pasado siglo XX, el predominio de las corrientes psicoanalíticas implicaba un consenso general con respecto a la primacía del trabajo con el paciente individual. Durante años, los terapeutas se resistieron a la idea de tratar a las familias de sus pacientes por la creencia de que la inclusión de la familia impedía la correcta salvaguarda de la intimidad del paciente, además de desvirtuar la relación terapéutica (Coletti,1987). La visión predominante era que los problemas de conducta son manifestaciones de trastornos individuales, y por tanto requerían de terapias centradas únicamente en el individuo.

En el campo de las adicciones, también las primeras aportaciones sobre tratamientos (aunque escasas y centradas principalmente en el alcoholismo) provenían del psicoanálisis. Por ello, de la misma manera, las dependencias eran abordadas como aspectos intrínsecos del sujeto y requerían de tratamientos exclusivamente individuales.

En este contexto, y como respuesta a las limitaciones del tratamiento individual, comienza a desarrollarse el movimiento de la terapia familiar. Las figuras que lograron una mayor influencia en el desarrollo del campo de la terapia familiar en sus orígenes no fueron psicólogos ni psiquiatras, sino otros científicos provenientes de las ciencias, como el biólogo **Ludwing Von Bertalanffy**, quien en 1947 propuso la **Teoría General de Sistemas**. Asimismo, la *cibernética* se constituye como la disciplina fundamental que impulsó el surgimiento de la terapia familiar, cuyo mayor representante fue **Norbert Wiener**. Otras aportaciones teóricas básicas provienen de la **Teoría de la Comunicación Humana**.

---

El proceso de conformación de la terapia familiar fue gradual. Es en el año 1957, durante el Congreso de la Asociación Ortopsiquiátrica en E.U.A, cuando la Terapia Familiar se define como tal, y muchos autores consideran esta como la fecha de su nacimiento oficial.

A finales de la década de los 50 aparecen los estudios sobre comunicación realizados por el grupo de **Bateson**: “La Teoría del Doble Vínculo en la Esquizofrenia” (1956), la Fundación del **Mental Research Institute** (MRI), en Palo Alto Cal., por **Don D, Jackson y Colb.**, uno de los primeros centros con un programa de formación en terapia familiar desde otra “mirada epistemológica”. Se inicia una nueva corriente de pensamiento que otorga gran importancia al entorno familiar y a las intervenciones terapéuticas destinadas a cambiar interacciones disfuncionales intrafamiliares.

Durante los años 60 se expande esta corriente y la experimentación con los distintos enfoques de intervención terapéutica (todos derivados del modelo sistémico). Aparecen diferentes escuelas o modelos, pero en el campo de las adicciones, a pesar de introducir el componente familiar en los programas de tratamiento, en general la tendencia es a tratar a la familia por separado del miembro adicto.

No es hasta casi la década de los 80 cuando aparecen los primeros trabajos de investigación sobre intervenciones familiares en adicciones. **Cancrini** (1982) desarrolla los primeros estudios en Europa donde se demuestra la influencia de los factores familiares en las dependencias. Aparece en esos años el programa de investigación “**Addicts and Families Project**”, tomando como referencia el trabajo de **Minuchin y Haley**, que supone una de las aportaciones más significativas en la investigación sobre terapia familiar en adicciones. También en 1982, **Staton y Todd** son pioneros en la descripción de la familia típica del adicto y sobre todo en el desarrollo de estrategias de tratamiento.

---

---

Durante todo este periodo, hablar de terapia familiar era hablar de Terapia Sistémica. Sin embargo en las últimas décadas, las intervenciones familiares se han ido diversificando, incorporando estrategias cognitivo-conductuales y/o de otras tendencias.

Actualmente se sabe que el consumo de drogas se inicia y se mantiene como resultado de múltiples factores que interactúan: el individuo, sus iguales, su familia, su comunidad.... Los factores familiares (psicopatología de los padres, conflictos intrafamiliares, déficits parentales, etc.) son fuertes predictores del inicio de consumo de drogas (Tabler y Komro 2010). Se ha evidenciado que los conflictos familiares, el bajo apoyo familiar y el estrés de los padres están relacionados con un aumento de la probabilidad de recaída. Asimismo la investigación ha demostrado la importancia del papel protector de las familias.

Otro factor a destacar que ha influido en el gran desarrollo de las intervenciones familiares en las últimas décadas son las actuales tendencias de tratamiento en dependencias, que priman las intervenciones de tipo ambulatorio, lo cual implica que el paciente pasa la mayor parte de su tiempo en su entorno habitual (incluida su familia).

La introducción de la intervención con familias (en sus diferentes modalidades) en los programas terapéuticos en el campo de las adicciones ha demostrado su eficacia en diversos ámbitos, como la reducción del abandono en procesos de desintoxicación, la mejora en el compromiso de los pacientes con el tratamiento y en la reincorporación social de los mismos, así como otros aspectos que comentaremos ampliamente más adelante.

---

## CONCEPTOS BÁSICO

1.- **Familia:** La familia representa el grupo primario de pertenencia del individuo, así como su primer agente socializador. Está considerada como el grupo básico de la sociedad, presente en todas las culturas. Resulta difícil encontrar definiciones de lo que es la familia, aunque algunos autores proponen que el núcleo de la idea de familia es la existencia de una implicación emocional duradera.

La familia es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto. Implica un proyecto vital común, sentimientos de pertenencia a un grupo, compromiso personal entre sus miembros e intensas relaciones de intimidad, afectividad, reciprocidad y dependencia. La familia es más que la suma de sus miembros, pues forma una unidad que se asienta en la historia de generaciones previas; es decir, va más allá de los lazos biológicos y legales.

La persona nace y crece en una familia, se socializa y aprende a ver el mundo tal y como le enseñan las personas de su entorno inmediato, recibe afecto de ésta, que además cubre sus necesidades básicas. Inicialmente el individuo interpreta el mundo a través de su familia; parte de lo que sea de adulto dependerá de ella.

El consumo de sustancias origina graves consecuencias a nivel económico, laboral, físico-psicológico, social e intrafamiliar (Washton, 1995; EIU, 2002). Dentro de este último ámbito, es frecuente observar que las familias presentan dificultades respecto a cómo afrontar la situación de consumo, cómo afrontar determinados estados físico-psicológicos derivados del mismo, cómo adecuarse a las nuevas situaciones surgidas, etc. En la práctica clínica, datos recientes muestran el alto índice de demandas de tratamiento promovidas

---

---

por los propios familiares a causa de los mencionados problemas. La literatura reciente evidencia la relevancia del papel de la familia cuando el consumidor aún no es consciente del problema, demostrando como determinadas actitudes familiares (sobreimplicación, actitudes codependientes, estrés familiar y otras) podrían perjudicar el avance del adicto en su proceso de cambio, presionándole en ocasiones para iniciar el tratamiento sin estar aún preparado. Dada la naturaleza del trastorno adictivo (ver modelo de cambio de Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992), es frecuente que muchos pacientes no acudan a tratamiento (al no tener conciencia del problema) o tengan frecuentes recaídas, sin embargo el consumo provoca un grave impacto en la familia y las consecuencias son tales que llevan al propio familiar a implicarse en la resolución del problema, solicitando tratamiento especializado para conocer cómo resolverlo, para afrontar determinados estados ansioso-depresivos derivados de la situación, etc.

Las estructuras familiares en nuestra cultura se han ido tornando más complejas; y aunque la familia nuclear tradicional (una pareja con hijos) sigue siendo la más frecuente, han aparecido formas alternativas de convivencia familiar, como las familias monoparentales, las parejas sin hijos o las familias reconstituidas o combinadas (con hijos de parejas anteriores) Así, cuando un miembro de la familia abusa de sustancias, el efecto en la familia podrá variar dependiendo, entre otros muchos factores, de la estructura familiar, y por lo tanto, dadas las nuevas dinámicas familiares, será importante identificar el mapa de necesidades de estas nuevas formas de interacción familiar para que los programas terapéuticos tengan en cuenta sus particularidades y se adapten a ellas.



---

Brooks y Rice (1997) identifican cuatro características de la familia que son fundamentales para la terapia familiar:

- Las familias poseen lo que llaman *no-sumabilidad*, es decir que la familia como un todo es mayor y diferente a la suma de sus miembros.
- La conducta de sus miembros individuales está interrelacionada mediante el proceso de *causalidad circular*, lo que supone que si un miembro de la familia cambia su conducta, los otros también lo harán como consecuencia, lo que a su vez provocará cambios en el miembro inicial.
- Cada familia tiene un patrón de *características de comunicación* propio.
- Las familias se esfuerzan por alcanzar la *homeostasis*, es decir intentan autorregularse para alcanzar el equilibrio.

Para fines prácticos, la familia puede definirse basándonos en las conexiones emocionales del individuo, de manera que éste identifique a las personas que él considera que deben incluirse en la terapia. Los terapeutas no deben determinar quienes componen la familia del paciente. Las preguntas para determinar quienes serán parte de la intervención terapéutica deben ser: "¿Quién es importante para usted?", "¿A quién considera su familia?".

**Reilly** (1992) describe algunos patrones de interacción característicos de las familias en las que uno de sus miembros abusa de sustancias y que pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento del problema:

---

- Negativismo: La comunicación está muy deteriorada entre los miembros de la familia, y abundan las quejas, críticas y otras expresiones de desagrado. El ánimo de la familia es pesimista y se tienden a pasar por alto los aspectos positivos.

- Inconsistencia paterna: Las reglas se establecen de forma errática, son inconsistentes y es difícil para los hijos predecir la respuesta que los padres tendrán ante su comportamiento. Esto lleva a confusión y dificultades para discernir los límites entre lo correcto y lo incorrecto.

- Ira mal expresada: relacionado con las alteraciones de la comunicación, afecta tanto a la familia como al drogodependiente.

- Automedicación: las dificultades para el manejo de la ansiedad y/o en general del malestar emocional pueden llevar a abusar de psicofármacos.

- Expectativas poco realistas: tanto por exceso (esperar demasiado) como por defecto (esperar muy poco).

La familia de la persona que consume sustancias psicoactivas posee un registro histórico del proceso que se requirió para consolidar la adicción. Escuchar a los miembros de la familia es de vital importancia para llegar a una comprensión contextual de las fuentes primarias que participaron en la gestación del consumo.

2.- **Terapia familiar:**(cuando se utiliza el término terapia familiar generalmente se está haciendo referencia a intervenciones desde el paradigma sistémico; en este apartado nos referiremos al concepto de intervención con familias independientemente del modelo teórico del que se parta).

---

La terapia familiar aborda a la familia como un grupo de relaciones más que como un grupo de individuos. Es decir, describe lo que ocurre entre las personas y no dentro de éstas. La unidad de tratamiento es la familia y/o el individuo en el contexto del sistema familiar.

La familia se concibe como un sistema, y como en cualquier sistema las partes están relacionadas entre sí. Por tanto, un cambio en cualquiera de las partes de sistema producirá cambios en el resto. La terapia familiar procura usar las fortalezas y los recursos de la familia para desarrollar maneras de vivir sin drogas.

Las intervenciones terapéuticas en familias con problemas relacionados con las drogas han ido modificando su metodología, debido a que al modelo sistémico original del que partían se han ido incorporando estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias. La generalización de intervenciones basadas en orientaciones cognitivo-conductuales en el contexto familiar ha propiciado un progresivo alejamiento de los principios de la terapia sistémica familiar, al menos en lo referente a la aplicación práctica, aunque se mantengan como guía general del modelo de intervención.

Independientemente del modelo teórico que la sustente, la intervención con familias en dependencias tiene objetivos comunes:

- Utilizar a la familia para reducir y/o evitar el consumo de drogas y facilitar la introducción de cambios en el estilo de vida del individuo.
- Modificar aspectos problemáticos de la familia para mantener cambios positivos en el individuo y facilitar la recuperación a largo plazo.

---

La integración de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias ayuda a las familias a crear conciencia de sus propias necesidades y las provee de estrategias para garantizar una recuperación duradera. La terapia familiar se esfuerza por empoderar a la familia y mejorar la comunicación.

No importa que si el miembro de la familia es menor o adulto, el sistema completo deberá cambiar, no solo el consumidor. La terapia familiar tiene como objetivo ayudar a la familia a hacer cambios interpersonales, intrapersonales y en el medio ambiente que afectan al consumidor. Ayuda a los miembros a trabajar juntos de manera más eficiente. A medida que se producen los cambios, los miembros de la familia van entendiendo que está ocurriendo.

Los miembros de la familia pueden ser una de las más poderosas fuentes de influencia en la participación de drogodependientes en el tratamiento y los problemas familiares no abordados pueden socavar los esfuerzos del consumidor de drogas para acceder a tratamiento. Así, la participación de la familia en el proceso puede ser un factor crítico y, por tanto, la utilización de este eficaz recurso se convierte en trabajo activo por parte del terapeuta, tanto para reclutar y motivar a los miembros de la familia como para aumentar la aceptación y la receptividad del drogodependiente a que se involucren miembros de la familia.

El hecho de que varios modelos de terapia familiar distintos se hayan mostrado eficaces, hace pensar que existen varios factores terapéuticos comunes a todas las intervenciones que pueden ser responsables de parte de la efectividad de la terapia familiar. Algunos ejemplos podrían ser: aceptación incondicional por parte del terapeuta, mejora de la comunicación, organización de la estructura familiar, definición de responsabilidades y aumento de la motivación de la familia hacia el cambio.

---

---

Otra razón por la que la terapia familiar es efectiva en el tratamiento del abuso de sustancias es que provee de un foro neutral para que la familia se reúna a solucionar sus problemas. Con frecuencia, las familias con un miembro con problemas de abuso no cuentan con un escenario racional de expresión y negociación. En muchas ocasiones, aunque el consumo de sustancias ha convertido sus vidas en impredecibles o caóticas, el tema no se trata, y si se hace, es con intercambios básicamente acusatorios y negativos.

Es por ello función del terapeuta asegurar que todos los miembros de la familia puedan expresar sus sentir. En el ambiente seguro de la terapia, se pueden expresar, identificar y validar sentimientos reprimidos como el temor y la preocupación. Muchas veces los miembros de la familia se asombran al saber que hay otros que comparten sus sentimientos y se abren a nuevas líneas de comunicación.

Para conseguir estos objetivos, la terapia familiar facilita los cambios en las interacciones desadaptativas en el sistema familiar. El terapeuta buscará las estructuras de relación poco sanas (como la inversión de roles padre-hijo) y los patrones de comunicación defectuosos (como una capacidad de negociación limitada).

La terapia familiar es aplicable en cualquier cultura, siempre que tengamos en cuenta factores diferenciadores, como por ejemplo que se entiende en esa cultura por “rehabilitación”. Las culturas tienen diferentes visiones de lo que las personas necesitan para sanar. Los terapeutas deberán conocer e incluir aspectos de la cultura o religión de la familia objeto de tratamiento, y considerar el rol que las drogas desempeñan en esa cultura.

La terapia con familias de consumidores es una experiencia emocional intensa, ya que no sólo pone a prueba las habilidades del/la terapeuta para lograr insertarse en la dinámica del sistema familiar sino que también requiere un importante nivel de tolerancia a la frustración. Al mismo tiempo es una experiencia compleja esforzarse por descubrir

---

cómo poder desarrollar empatía con un sistema familiar que sostiene interacciones hostiles y autodestructivas.

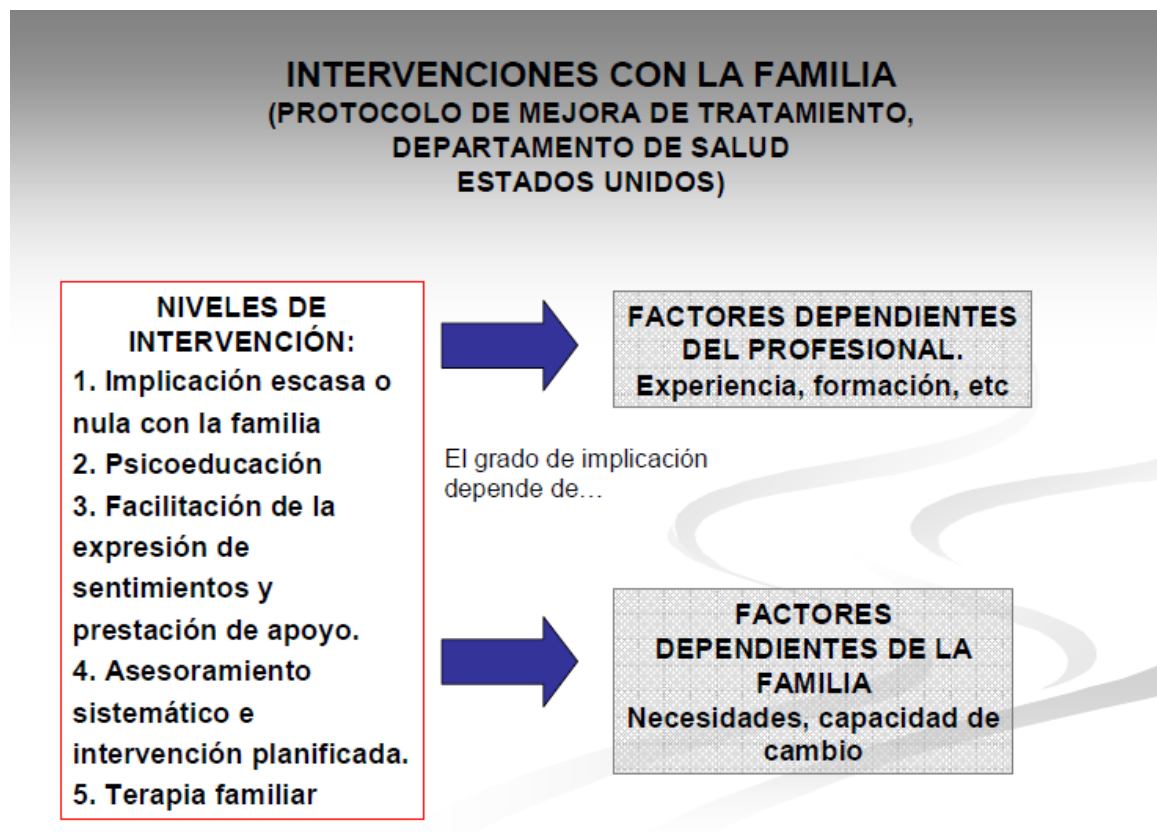
Cuando el/la terapeuta logra ser consciente de la relación entre sus sentimientos de frustración y la dinámica familiar con la que se dispone a trabajar, e identifica los ecos emocionales que la familia a tratar produce en él, entonces habrá iniciado el proceso de “hacer terapia familiar en adicciones”..

En ocasiones, el cumplimiento de las metas terapéuticas puede verse dificultados si nos encontramos con familias poco colaboradoras, habituadas a interactuar desde el individualismo de sus miembros, con pobre conexión emocional y a las que por todo ello, les resulta difícil trabajar en equipo, así como promover interacciones empáticas. La tarea del terapeuta descansa en su capacidad de transmitir contención a los miembros de la familia para a partir de ahí se pueda construir un sistema terapéutico de trabajo.

Uno de los elementos importantes a considerar es la conformación de un buen vínculo con la familia, ya que ayuda a tener una mirada empática y no compasiva ante el dolor y sufrimiento por el que están atravesando los miembros de la familia, logrando de esta manera asumir que “no saben qué hacer”, erradicando la conclusión errónea de que “no quieren hacer algo para cambiar”. Este reenfoque del/la terapeuta implica el envío de un mensaje de aceptación a la familia, lo cual puede favorecer que el proceso terapéutico mejore sustancialmente.

Los profesionales de tratamiento para dependencia de sustancias intervienen con las familias a diferentes niveles durante el tratamiento, en función de cuán individualizadas sean las intervenciones para cada familia, y de hasta qué punto la terapia familiar se integra en el proceso de tratamiento para la dependencia. En cada nivel, la intervención familiar tiene una función diferente y requiere de su propio conjunto de competencias. La aceptación por parte de la familia de sus problemas y el estadio de

preparación al cambio en que se encuentra determinan el nivel apropiado de intervención terapéutica. Es decir, el terapeuta decidirá la profundidad de la intervención con la familia (desde asesoramiento básico, pasando por programas psicoeducativos, intervenciones motivacionales, hasta terapia familiar) en función de la disposición de la familia hacia el tratamiento. Estas intervenciones nunca son mutuamente excluyentes y de hecho pueden coexistir. Así, podríamos establecer cinco niveles de intervención en las familias:



(Tomado de “El Tratamiento de Abuso de Sustancias y la Terapia Familiar, Un Protocolo para Mejorar el Tratamiento” TIP 39, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004)

---

## EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

La evaluación de la familia debe llevar necesariamente emparejado otro proceso imprescindible para la intervención terapéutica como es conseguir el compromiso de la familia con el tratamiento. Desde la sesiones iniciales será objetivo prioritario en el proceso evaluativo llegar a la creación de una alianza terapéutica con la familia. Esta alianza no será posible si el terapeuta no cuida sus interacciones con los miembros de la familia, transmitiendo desde el primer momento su comprensión e interés por el problema que la familia tiene que afrontar y cómo lo está sufriendo. No todas las familias están motivadas para el tratamiento, en muchas ocasiones después de años de desgaste psicológico e intentos fallidos de tratamiento. Tienen miedo a ser culpabilizados y dificultades para entender el proceso de la adicción, lo cual les lleva a sentirse en muchas ocasiones enfadados a la vez que impotentes. El proceso necesario para crear una alianza terapéutica implica desarrollar, por parte del terapeuta, una serie de habilidades de comunicación que incluyen la empatía, sentido del humor, interés, actitud positiva hacia la familia, no culpabilizar a nadie, etc.

La evaluación de la familia se puede realizar mediante **autoinformes** (como por ejemplo la Escala de Clima Social de la Familia (FES) de Moos, Moos y Trickett), **Autorregistros** y/o **entrevistas conductuales**. La entrevista conductual debe realizarse conjuntamente y por separado a la familia y al drogodependiente.



---

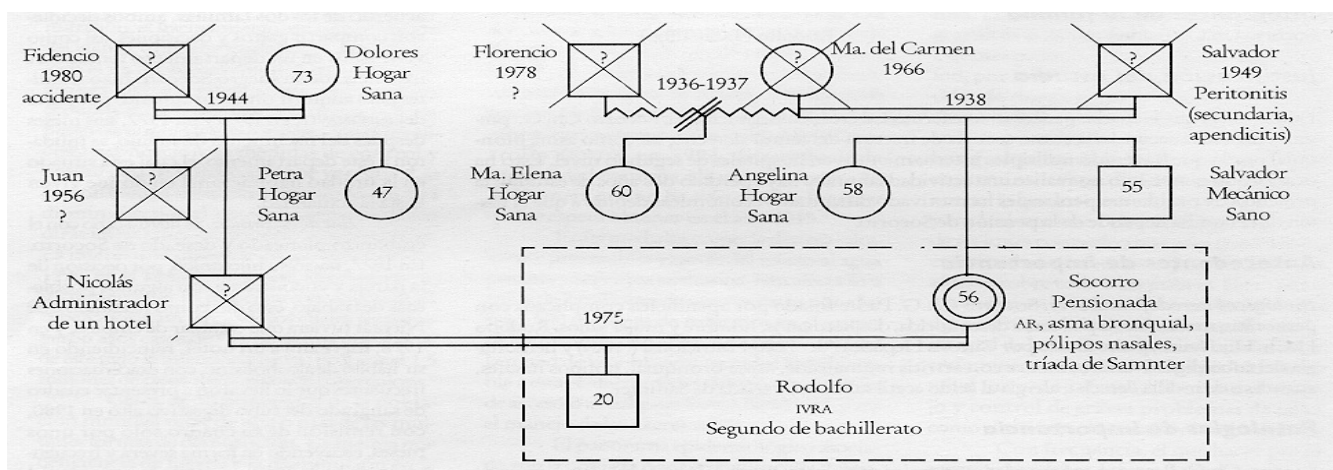
Elementos a tener en cuenta durante la evaluación:

- **Cómo definen el motivo de consulta:** las palabras que emplean, adjetivos calificativos que utilizan para describir el problema, creencias culturales que se hacen evidentes.
- **Quién de los miembros de la familia se esfuerza por definir el problema,** situación que nos sirve al mismo tiempo para identificar cómo se conforma la distribución del poder y jerarquías en la familia. Por ejemplo: si es uno de los padres quien más se esfuerza por definir el motivo de consulta, qué tanto el otro padre refuerza los comentarios del anterior o por el contrario, qué tanto descalifica la descripción del motivo de consulta que hizo el primero, etc. Observar si es uno de los hijos/as el que se hace cargo de definir el motivo de consulta y ante esto también observar cómo reaccionan los padres.
- **Quién interactúa con quién,** detectando quién/es marca/n la pauta de inicio y cómo se refuerza esta pauta dentro del sistema. Por ejemplo: si comienza a hablar el padre de la familia, observamos con quién busca interactuar y si la persona que busca corresponde en la interacción o por el contrario la rechaza. Esta información nos sirve para decidir a qué miembro de la familia dirigir la interacción verbal que nos permita introducirnos en el sistema familiar.
- **Quién queda excluido** de las pautas de comunicación sustanciales; quién/es es/son invitado/s a estas pautas sólo como aliados con el objetivo de reforzar lo que se argumenta.

Principales áreas a cubrir en la evaluación familiar:

**1.-Genograma:** Es una representación gráfica de la familia; en él se detalla a los integrantes de la familia, así como sus edades, separaciones, muertes y otros datos y eventos considerados relevantes. Se ha convertido en una herramienta básica para la evaluación de la familia. Se le pueden añadir disfunciones físicas, sociales y psicológicas significativas. La mayoría de los genogramas comienzan por las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia.

Ejemplo:



*Símbolos básicos usados en un genograma*

□ = Hombre (colocado a la izquierda)

○ = Mujer (colocada a la derecha)

Δ = Feto en útero

— = Matrimonio

D/ = Divorcio

| = Hijos (con el mayor a la izquierda)

X = Muerte

---

2.-Datos sociodemográficos, como situación laboral, económica, nivel de estudios, grado de inserción en la comunidad..

3.-Funcionamiento general, que incluye el grueso de la evaluación, es decir, que variables o áreas presentan disfunciones y son por tanto susceptibles de mejora, y cuales funcionan bien y son susceptibles de potenciación:

- *Conflictos*: Percepción que tiene la familia de la conducta del drogodependiente y su interacción con él y viceversa; la percepción que tiene el individuo de la conducta de su familia y la interacción con esta. Igualmente se evaluarán las pautas de conducta habituales de la familia en lo referente a refuerzo positivo, refuerzo negativo, castigo, coacción y en general manejo de contingencias.
- *Pautas de comunicación*: Grado de expresión emocional, tono de la interacción, habilidad verbal de los miembros, claridad de los mensajes, congruencia entre mensajes verbales y no verbales, tolerancia.
- *Habilidades de solución de problemas*: capacidad para planificar, elaborar estrategias e implementarlas ante los problemas que se presentan a la familia.
- *Estructura de funcionamiento*, donde evaluaremos por una parte la cohesión (grado de unión emocional entre los miembros y nivel de autonomía de los mismos respecto a la familia. Muy baja cohesión denota falta de apoyo entre los miembros y muy alta provoca falta de dependencia de los mismos) y por otra la alineación (como los miembros de la familia se unen entre sí con un objetivo dentro del sistema familiar, por ejemplo madre-hijo frente a padre).
- *Adaptabilidad*, entendida como la capacidad de la familia para adaptarse a las necesidades de sus miembros en respuesta al estrés. La adaptabilidad se mueve en dos

---

continuos: rígida-flexible; estructurada-caótica (caracterizada por inconsistencia en las normas y contingencias aleatorias)

- *Estresores agudo y/o crónicos*: que estén afectando o lo hayan hecho al sistema familiar, como enfermedades, problemas económicos, de vivienda, paro, violencia, etc.
- *Red de apoyo de la familia*: familia extensa, amigos, inserción en la comunidad...

#### 4.- Características individuales de los miembros de la familia.

Finalmente se procederá a realizar una evaluación específica individual de los miembros de la familia, en donde se valorarán las características personales del familiar/es y las formas de relación (con el consumidor) que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la conducta de consumo o en la calidad de vida del familiar/es. En este apartado focalizaremos la atención sobre los familiares más directamente relacionados con la persona que consume (respecto a cuidados, a participación en el proceso, a implicación en tratamientos anteriores, etc.).

Todos estos datos nos llevará a una visión muy comprensiva de los recursos y déficits de la familia, es decir, que aspectos funcionan bien y cuales no, a nivel económico, social, intelectual y emocional.

#### 5.-Conocimiento de los familiares sobre la problemática de las drogas y tratamientos anteriores.

El objetivo será conocer, por una parte, el grado de conocimiento que tienen los familiares sobre el consumo de drogas, tanto a nivel general como al consumo de su familiar en particular; que atribuciones hacen, es decir, qué o quién piensa que es responsable de lo que pasa con su familiar y porqué.

---

---

Por otra parte, también se buscará saber de que información disponen respecto a este tipo de trastornos así como de los recursos existentes para su tratamiento.

**6.-Expectativas ante el tratamiento:** Qué esperan los miembros de la familia del tratamiento, y cual creen que será su papel durante el proceso necesario para conseguir los objetivos terapéuticos estipulados. Evaluar creencias derivadas de tratamientos anteriores.

Por último, será necesario integrar todos los datos de la evaluación en una formulación comprensiva, en la que se especifiquen los objetivos a alcanzar en el tratamiento, las distintas áreas problemáticas y la estructura de funcionamiento familiar. Según Alexander y Parsons (1982), habría que enumerar las secuencias de conductas problemáticas con sus antecedentes y consecuencias, las coaliciones existentes dentro del sistema familiar y las ganancias interpersonales. Es decir, el terapeuta debe saber responder a las siguientes preguntas: “¿He hecho una valoración objetiva de cada miembro de la familia?”, “¿Entiendo el funcionamiento de esta familia?”, “¿Puedo explicarme por qué los miembros de la familia hacen lo que hacen?”, “¿Cómo puedo modificar las pautas de interacción inadecuadas por otras más adaptativas?”

---

## MODELOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN ADICCIONES

Tras décadas de investigación demostrando la interdependencia entre el consumo de drogas y el funcionamiento familiar, diferentes perspectivas teóricas han guiado la formulación de intervenciones basadas en la familia para el consumo de drogas. En general, la Teoría Sistémica ha sido el hilo conductor de las diferentes modalidades de intervención, pero se han desarrollado otros enfoques más o menos cercanos a la sistémica que pasamos a detallar a continuación. Cada modelo teórico ha dado lugar a múltiples intervenciones terapéuticas, con diferente grado de estructuración y evidencia empírica, algunas de las cuales difieren poco entre sí. Pondremos como ejemplo de cada modelo aquellas intervenciones que cuenten con mayores desarrollos en investigación.

A la hora de elegir un modelo de intervención, no deben primar únicamente el estilo y las preferencias del terapeuta, sino que dicho modelo deberá ser considerado como el que mejor se adapta a las necesidades de la familia y a las realidades del contexto de tratamiento. El modelo también debe ser congruente con la cultura de las personas a las que se propone servir.

Los cuatro principales modelos de terapia familiar usados como base para tratamiento e intervenciones específicas para abuso de sustancias son:

1. El **modelo conductual**, que enfatiza el papel de la familia en el fortalecimiento de comportamientos y actitudes que conducen al consumo de drogas, e intenta alterar estas contingencias por lo que la familia puede ayudar a promover la abstinencia del individuo.

---

El modelo conductual toma como referencia los principios de la modificación de conducta y de la teoría del aprendizaje social y se basa en procedimientos de intervención conductual como p. ej., el contrato de contingencias (un acuerdo verbal o escrito que establece las conductas que se quieren modificar, así como las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo. En el contrato deben especificarse la conducta o conductas que se espera que emita cada una de las personas implicadas, las consecuencias que obtendrán en caso de realizar esas conductas y las consecuencias que obtendrán en caso de no realizarlas), el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, el entrenamiento en habilidades de comunicación y el intercambio de conductas positivas (estipular conductas que mejoren el ambiente familiar para aumentar su frecuencia por parte de todos los miembros), dando gran importancia a la observación de la interacción familiar como medio para validar los procedimientos de intervención.

Las intervenciones desarrolladas a partir de este modelo comparten dos principios fundamentales:

- Enfatizan la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar.
- Consideran a las familias como contextos de aprendizaje críticos, creados, y simultáneamente contestados por sus miembros.

Se centran, por tanto, en las condiciones bajo las cuales se aprende, influencia y cambia la conducta.

---

En este modelo de intervención con familias se especifican los objetivos de la terapia en términos de conductas observables y concretas. El trabajo terapéutico se basa en el aprendizaje de conductas, en guiar a los miembros de la familia a aprender modos más efectivos de relacionarse, utilizando el cambio de las consecuencias de su conducta interpersonal, o las contingencias del reforzamiento. El terapeuta enseña a la familia o a la pareja formas más efectivas de influir en las conductas ajenas reforzándolas positivamente.

Un ejemplo de intervención basada en el modelo conductual es la *Terapia conductual familiar y de parejas* (O'Farrell y Fals-Stewart, 2002): Es un programa multicomponente que incluye técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que pueden provocar el consumo de drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencia y el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

2. El *modelo de sistemas familiares*, que tiene sus raíces en la terapia familiar estructural (Minuchin, 1974) y estratégica (Haley, 1976). Parte de la idea de que las familias se organizan con base en sus interacciones en torno al abuso de sustancias. Al adaptarse al abuso de sustancias, la familia puede mantener un equilibrio u homeostasis. Por ejemplo, un hombre con trastorno por abuso de sustancias puede ser hostil o incapaz de expresar sus sentimientos a menos que esté intoxicado. Usando un acercamiento de sistemas, el terapeuta intentará y tratará de cambiar los patrones de comunicación inadaptados o las estructuras de funciones familiares que requieren del abuso de sustancias para mantener la estabilidad. Por lo general, abordan el consumo de drogas indirectamente, ayudando a la familia a desarrollar nuevas formas de



---

interacción que mejoren el funcionamiento de sus miembros y apoyen el estilo de vida libre de drogas de la persona.

En este modelo se basa la *Terapia Familiar Breve Estratégica* (BSFT, Szapocznik y Kurtines, 1989). Se trata de una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta.

Desde este modelo el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se va a centrar en la función que cumple este síntoma en el sistema familiar.

El modelo se basa en dos principios generales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

- A. La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
- B. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia.

La intervención del terapeuta se orienta en el sentido de eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema).

El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y pongan en marcha habilidades más adaptativas. Trabaja para que la familia posea habilidades de interacción que resulten más funcionales y puedan gestionar la conducta de abuso de drogas en el adolescente.

---

3. Los **modelos ecológicos/sistémicos múltiples** suelen ser modelos integradores y a partir de ellos se han desarrollado intervenciones como la *Terapia familiar Multidimensional* (MDFT, Diamond y Liddle, 1996). Desde esta perspectiva la conducta individual se contextualiza dentro de una red de interconexiones de sistemas sociales, incluyendo al propio individuo, la familia, la escuela, el vecindario, los pares, la comunidad y el ámbito cultura (Liddle et al., 1992). El trabajo terapéutico se orienta en la línea de reducir el comportamiento no deseado, es decir, el consumo de sustancias, y aumentar los comportamientos deseados y generalizarlo a otros contextos y situaciones. El terapeuta desarrolla sesiones en las que trabaja individualmente con el adolescente y otras con toda la familia. En dichas sesiones terapeuta y adolescente trabajan en tareas de aprendizaje de toma de decisiones, de negociación, de habilidades de vida, de habilidades sociales para la resolución de problemas. Se trata de que los jóvenes tengan capacidad para comunicar sus pensamientos, para expresar sus sentimientos y para poder desenvolverse de forma más eficaz en las situaciones de la vida cotidiana. El trabajo con la familia incluye que los padres observen su estilo particular en la educación de los hijos, que aprendan a diferenciar la influencia sobre los hijos del control y que adquieran habilidades de influencia positiva y apropiada sobre sus hijos. La terapia familiar multidimensional no es el único modelo de terapia familiar que ha adoptado este acercamiento. La *Terapia Familia Multisistémica* (MSFT, Henggeler et al., 1998) también adopta enfoques multidimensionales similares. La MSFT es un modelo de trabajo dirigido principalmente a jóvenes con comportamientos antisociales. El modelo se basa en un enfoque social y ecológico de la mente humana que considera que la delincuencia es una conducta multideterminada: la conducta delictiva se une con características importantes de los jóvenes y la familia, amigos y escuela (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 1998). Se utilizan estrategias orientadas hacia la acción, incluyendo técnicas de la terapia de conducta y la terapia cognitivo

---

---

conductual, dentro de un marco integrador. La intervención en este modelo es flexible integradora y multifacética, para abarcar los múltiples determinantes de la conducta antisocial. Considera la conducta como el resultado de las interacciones recíprocas entre los jóvenes y los sistemas interconectados en los que se construye la propia identidad. Trabaja identificando factores individuales y familiares que puedan influir en las conductas irresponsables, integrando el plan de intervención con los sistemas relacionados (familia, escuela, amigos y comunidad). La intervención se realiza en los contextos en los que se desenvuelve el adolescente (casa, escuela, centros recreativos), con la intención de desarrollar una red de apoyo social entre los padres y el entorno social.

4. Los **modelos psicoeducativos**, que contienen elementos de los modelos familiares sistémicos y conductuales. Las intervenciones psicoeducativas, a diferencia de los modelos terapéuticos más tradicionales que sostenían las influencias de la familia en la génesis y mantenimiento del problema, se basan en que la familia es un instrumento valioso y esencial en el proceso terapéutico. La intervención familiar se orienta en el sentido de apoyar y educar a la familia, de darle información práctica, de ofrecer guías de actuación concreta en determinados problemas y de apoyar el manejo de crisis ocurridas relacionadas con el problema. Este tipo de intervención intenta corregir las atribuciones causales de culpa y las experiencias de tratamiento inútiles de muchas familias de pacientes, aspecto de enorme interés en el tratamiento familiar de las adicciones. Sostiene que se pueden producir situaciones de estrés que causen alteración de las cogniciones y conductas en los componentes familiares que con el apoyo concreto y la información adecuada la familia se convierta en un recurso básico para el manejo a largo plazo de la enfermedad. Los programas de intervención suelen ser muy estructurados y dirigidos a la familia intentando evitar los abandonos de tratamiento,

---

disminuir la tasa de recaídas, devolver al paciente un funcionamiento efectivo en la comunidad y reducir el estrés familiar.

**Cuadro comparativo principales modelos o escuelas de terapia familiar en adicciones**

MODELOS	PRINCIPIOS BÁSICOS	TERAPIAS	TÉCNICAS
<u>CONDUCTUAL</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar.</li> <li>-Familia como contexto de aprendizaje.</li> </ul>	<p><b>Terapia conductual familiar y de parejas</b> (TCC, O'Farrell y Fals-Stewart, 2002)</p> <p><b>Asesoramiento conductual Familiar</b> (BFC, O'Farrell et al, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrenamiento en comunicación</li> <li>-Entrenamiento en solución de problemas</li> <li>-Programas de contingencias</li> </ul>
<u>SISTEMAS FAMILIARES</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Uso de drogas como señal de malestar del funcionamiento familiar.</li> <li>-Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia.</li> </ul>	<p><b>Terapia Familiar Breve Estratégica</b> (BSFT, Szapocznik y Kurtines, 1989)</p> <p><b>Terapia Familiar Funcional</b> (Alexander y Parsons, 1982)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Unión</li> <li>-Diagnóstico del modelo familiar</li> <li>Reestructuración(aprender habilidades de interacción funcionales)</li> </ul>

---

<u>ECOLÓGICOS-</u> <u>SISTÉMICOS</u> <u>MÚLTIPLES</u>	-Modelos integradores -La conducta es el resultado de las interacciones recíprocas entre los individuos y los sistemas interconectados.	<b><i>Terapia familiar Multidimensional</i></b> <i>(MDFT, Diamond y Liddle, 1996).</i> <b><i>Terapia Familia Multisistémica</i></b> <i>(MSFT, Henggeler et al., 1998)</i>	-Integración de técnicas derivadas de la terapia de conducta, la terapia cognitivo- conductual y los principios básicos sistémicos.
<u>MODELOS</u> <u>PSICOEDUCATIVOS</u>	- El ambiente familiar no se encuentra implicado en la etiología de adicción. -Conocer el problema y la correcta atribución de causas facilita su solución.		-Reforzar las habilidades y competencias de los familiares, sin enfatizar los déficits. -Dar información práctica. -Corregir atribuciones casuales erróneas.

---

## EL MODELO SISTÉMICO

Dado que el movimiento de terapia familiar tuvo su origen en este modelo, y que los modelos que se han desarrollado posteriormente han mantenido las ideas fundamentales de la terapia sistémica, nos detendremos un poco más en explicar los principios más importantes de la intervención basada en el modelo sistémico.

En este enfoque se desplaza el acento desde los procesos intrapsíquicos hacia los fenómenos interaccionales, es decir, no se considera a la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación. Así, la terapia sistémica se centra no en el paciente en solitario, sino en su contexto social primario, la familia.

El enfoque sistémico se nutrió en sus orígenes de tres fuentes principales: la Pragmática de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954) y en conceptos cibernéticos (Wiener, 1948), además de otros conceptos procedentes de enfoques evolutivos y estructurales (Minuchin, 1974).

### A. Conceptos de la Teoría General de Sistemas

- Sistema: Conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.
- Tipos de sistemas
  1. Abiertos, que pueden modificar al entorno a la vez que son modificados por este.
  2. Cerrados, sin intercambio con el entorno.

---

- Propiedades de los sistemas abiertos:

1. Totalidad y no sumatividad: el todo es más que la suma de las partes, es decir, que ciertas propiedades del sistema derivan no sólo de los elementos que lo componen, sino también de la forma en que estos se relacionan.
2. Circularidad: las pautas de causalidad del sistema no son nunca lineales, sino circulares. Un ejemplo de la causalidad circular comúnmente citado es el siguiente: una persona “regaña” a su marido porque rehúsa comunicarse, este responde distanciándose cada vez más de su esposa, ella vuelve a regañarle y así sucesivamente. Al explicar el marido su funcionamiento dice que su pasividad es debida a los constantes regaños de su mujer, un círculo vicioso en el que la secuencia de comportamiento es “me retraigo porque me regañas” y te “regañó porque te retraes”
3. Equifinalidad: un mismo efecto puede responder a distintas causas.

## B. Conceptos de la Cibernética

- Homeostasis: estado interno de un sistema que se mantiene relativamente constante mediante la autorregulación. El cambio del drogodependiente y el abandonar su adicción y establecer otro tipo de relaciones con la sociedad y con los otros miembros de su familia va a producir un cambio en el equilibrio que provocará que el sistema cambie y todos tengan que redefinir sus relaciones y su posición dentro de la familia.
  - Feedback: en un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás.
  - Morfogénesis: proceso que facilita el cambio en un sistema mediante feedback positivo.
-

---

### C. Conceptos Comunicacionales

- Es imposible no comunicar.
- En toda comunicación se distingue aspectos de contenido o semánticos y aspectos relacionales entre emisores y receptores.

### D. Conceptos evolutivos

- La familia como sistema atraviesa una serie de fases propias de su ciclo vital (noviazgo, matrimonio, hijos...)
- El proceso óptimo de superación de una crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

### E. Conceptos Estructurales

- Dentro de un sistema pueden aparecer subsistemas. En el caso de la familia se trataría básicamente de tres: el conyugal, el parental (o parento-filial) y el fraternal.
- Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben de ser claros. Estos límites pueden variar dependiendo de su permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Se considera que estos últimos comportan la adaptación ideal.
- Es posible enmarcar a las familias en un continuum que va desde los límites difusos (familias aglutinadas) a los límites rígidos (familias desligadas)



- 
- Dentro del funcionamiento familiar se pueden dar diferentes configuraciones relacionales (Minuchin 1974)

1. Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. Existen diferentes tipos de triangulación, siendo uno de los más habituales la llamada Triangulación perversa que tiene las siguientes características: una de las personas es de una generación diferente de otras dos; dos personas de generaciones distintas se coaligan contra la tercera, y la coalición entre las dos personas es negada por ambas.
2. Coalición: Uno de los progenitores respalda al hijo en el conflicto entre éste y el otro progenitor.
3. Desviación de conflictos: se define al hijo como culpable-malo-enfermo y los padres se unen a pesar de sus diferencias para controlarlo y/o cuidarlo o protegerlo.

El paradigma sistémico considera la toxicomanía, como un síntoma de la desestructuración o disfuncionalidad del sistema familiar y como tal desempeña una función. El síntoma se puede ver como parte necesaria de la organización de ese sistema, pues su ausencia “obligaría” a los miembros a la búsqueda de un equilibrio distinto. El hecho de que el síntoma tenga una función propia no significa que este sea el comportamiento causa y origen de toda la organización del sistema. El síntoma, debe ser considerado parte integrante de la organización del sistema.

---

Así el miembro adicto puede atraer la atención de los demás hacia él, desviando al mismo tiempo, problemas solapados que arrastra la familia.

El objetivo de la intervención, desde dicha perspectiva, se localizará no tanto en el hábito del abuso de drogas, sino en cómo intentar introducir cambios en la estructura misma de la familia en términos de: jerarquía (quien está a cargo de quien y de que), alianzas, coaliciones, así como de comportamientos individuales y colectivos.

La terapia ve dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas y el equilibrio de la relación patológica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación.

Algunas premisas básicas en el método terapéutico de la terapia familiar sistémica son:

1. **Se trabaja con toda la familia.**
2. **El terapeuta debe transmitir a la familia que el cambio es posible.**
3. **El terapeuta debe dar a entender que le interesa el grupo en su totalidad, no porque sea culpable, sino porque puede ayudar a encontrar soluciones.**
4. **Cada miembro debe percibir que participa en la exploración de los problemas y en el aporte de soluciones.**
5. **Se trabaja en el presente.**
6. **Se observan en igual medida los lenguajes verbal y no verbal**
7. **Más que saber por qué se mantiene un problema, interesa el para qué sirve.**

- 
8. Toda acción terapéutica que no se interese por las pautas de interacción no debería considerarse sistémica.
  9. Se analizan las relaciones familiares y su estructura, y se utilizan técnicas como la prescripción paradójica, reencuadres, metáforas, etc.

---

## LA CODEPENDENCIA

La codependencia se define como un conjunto de características presente en familiares de personas dependientes, cuyas acciones tienden a perpetuar la adicción de esa persona, retrasando el proceso de recuperación. Pese a la importancia atribuida a este fenómeno en la práctica clínica, son muy pocas las investigaciones en el mundo que brinden evidencias empíricas sobre la codependencia. Algunos autores han denominado “síndrome de codependencia” (Black, 1982; Friel 1988) al conjunto de características que se presentan entre quienes conviven y cuidan a personas con trastorno por dependencia de alcohol. Se ha observado que ellos, al interactuar con el paciente, de manera inadvertida, realizan un conjunto de conductas denominadas “facilitadoras”, que si bien no son la causa de la patología, potencialmente contribuyen a retroalimentarla positivamente. De este modo, el codependiente, con sus conductas, cubre o protege a la persona adicta de las consecuencias adversas del uso de sustancias, propiciando que el adicto niegue o tenga un bajo reconocimiento de su problema de consumo (Rotunda & Doman, 2001; OMS, 1994). Es decir la persona adicta tendrá mas dificultades para aprender de sus errores puesto que las consecuencias de sus actos quedan minimizadas por el familiar codependiente. Estas conductas facilitadoras son consideradas por los codependientes como necesarias para obtener y preservar un vínculo afectivo con el dependiente, a expensas de involucrarse en una relación de dependencia y explotación.

El concepto de codependencia surgió en la década de los 70 y se utilizó vinculado al Trastorno por dependencia de alcohol, pero rápidamente se extendió al campo de todas las sustancias psicoactivas (Pérez Gómez y Delgado Delgado, 2003) y actualmente en varios artículos se discute si la codependencia es un problema exclusivo de los familiares de personas adictas o si se podría desencadenar ante otras situaciones que producen estrés

---

---

crónico en la familia, tales como abuso físico o sexual, o una enfermedad crónica discapacitante en algún miembro de la misma (Fuller & Warner, 2000).

El fenómeno de la codependencia ha ocupado un lugar importante en el campo asistencial de las adicciones, ya que si bien las conductas codependientes no provocan por sí mismas la adicción, contribuyen a perpetuarla o agravarla, generando un alto costo para la salud de todos los implicados. Pero si bien el fenómeno de la codependencia es aceptado en el ámbito clínico y definido teóricamente en la literatura, llegando incluso a proponerse su inclusión en los manuales diagnósticos estandarizados (OMS, 1994), como ya hemos comentado, son extremadamente escasas las investigaciones a nivel mundial que brinden evidencia sobre la validez de la codependencia. Igualmente escasos son los instrumentos que se han diseñado para medirlo, pese a la importancia que tendrían en el ámbito clínico para la asistencia a pacientes adictos y a sus familiares. De estos instrumentos, el que probablemente ha demostrado mejor desempeño es la Escala de Codependencia de Spann-Fischer [(ECD-SF), Spann & Fischer, 1991]. La definición teórica que subyace a la construcción de esta escala considera a la codependencia como una **“condición psicosocial que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de relacionarse con los otros y que se caracteriza por: extrema focalización en el otro, poca expresión de los sentimientos propios e intentos por buscar una definición personal a través de otros”** (Spann & Fischer, 1991, p.88).

La mayoría de las críticas al concepto se refieren a la escasa evidencia empírica, a la falta de un consenso en las definiciones y a la posible influencia de la cultura en las formas de relación de la familia. Sin embargo, a pesar de la diferencia de opiniones y diversidad de formulaciones, el concepto sería sin duda útil y hasta necesario en el campo clínico.

La persona codependiente convierte al consumidor en su principal prioridad y vive en función de él (ella). Aunque existe controversia respecto al propio concepto y a si debería ser entendido o no como entidad diagnóstica independiente, lo que es innegable

---

---

es que en la práctica diaria es frecuente encontrar **actitudes codependientes**. Este tipo de conductas en general entorpecen el proceso de rehabilitación, tanto del paciente como de la familia, y deben ser abordadas a riesgo de fracasar en la intervención terapéutica. En ocasiones, al entorno codependiente puede costarle adaptarse a los avances en la rehabilitación del consumidor y “boicotear” dichos avances.

La codependencia se ha definido también como **“un patrón de comportamiento que se caracteriza esencialmente por el mantenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que, a su vez, es controlada por un objeto de dependencia, que puede o no ser de tipo afectivo”** (Pérez y Delgado, 2003).

Aún cuando en general se hace uso del término de codependencia para referirse a un comportamiento que es característico de las esposas o madres de personas dependientes del uso de sustancias psicoactivas, no existen suficientes estudios que apoyen este concepto (Haaken, 1990; Harper y Capdevila, 1990).

La codependencia en el consumo de sustancias no es una condición necesaria, pero sí muy frecuente. Agudiza la disfuncionalidad de la relación y esto a su vez puede mantener el comportamiento del consumidor.

¿Por qué las actitudes-conductas codependientes se mantienen a pesar de que no consiguen su objetivo aparente, es decir evitar el consumo/malestar emocional? Existen varias hipótesis, probablemente complementarias:

- La existencia de ganancias secundarias (por ejemplo reafirmarse en el papel de madre-padre, sentirse útil, recibir refuerzo externo por “como se preocupa”, demorar la angustia de separación ante la posible autonomización del familiar adicto.....)
- El logro ocasional de pequeños cambios, como periodos intermitentes de abstinencia, que habitualmente el codependiente asocia a su conducta.
- Temor a consecuencias peores si se cambia de actitud.

- 
- Sentimientos de culpa-responsabilidad.

Las personas codependientes suelen exhibir ciertos patrones de conducta:

- Suelen ser controladoras porque consideran que los demás no pueden cuidarse de sí mismos.
- Por lo general tienen una autoestima pobre y tienden a rechazar sus propios sentimientos.
- Son excesivamente dóciles, tienden a minusvalorar sus propios valores para evitar el rechazo o la ira.
- Con frecuencia reaccionan con exagerada sensibilidad, ya que suelen estar hipervigilantes para evitar trastornos, problemas o decepción.
- Se mantiene leales a personas que los rechazan o maltratan.

A pesar del uso común del término, como hemos comentado, ha habido poca indagación científica sobre la codependencia. Es necesario realizar investigaciones sistemáticas sobre la naturaleza de la codependencia y por qué puede ser importante tratarla.

La discusión se centra básicamente entre los que piensan que la codependencia es un rasgo, y los que consideran que es un trastorno que debería tener entidad diagnóstica propia. En oposición a la hipótesis de que la codependencia es una entidad clínica que debe incluirse en la clasificación de los desórdenes del comportamiento y que afecta especialmente a las mujeres que tienen una relación con un consumidor (Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998; McCrady y Epstein, 1996; McKay, 1996; Pérez y Goldstein, 1992), otros autores proponen que el término hace referencia a un tipo particular de vinculación interpersonal caracterizado fundamentalmente por la dependencia afectiva (Pérez y Delgado, 2003). En esta relación, el consumo de sustancias

---

es una condición más accidental que necesaria, que sin duda agudiza la disfuncionalidad de la relación, lo cual, a su vez, puede mantener el comportamiento del consumidor.

Varios autores (Fischer, Spann y Crawford, 1991; O'Brien y Galorit, 1992) la conceptualizan como un rasgo de la personalidad que existe entre la población general y que puede, bajo determinadas condiciones, convertirse en rígidos y desadaptativos y entonces constituir un trastorno de la personalidad. Otros, como por ejemplo, Fischer et al. (1991) entienden que la codependencia es una condición psicosocial que se muestra a través de un patrón disfuncional de relacionarse con los demás. Las características de este patrón son: un locus externo extremo, la carencia de una expresión abierta de sentimientos y el intento para crear un sentido de propósito a través de las relaciones. Pérez y Delgado (2003) hallaron en el examen psicométrico de un conjunto de ítems que correspondían a comportamientos asociados con la codependencia las siguientes categorías básicas:

- Focalización en el otro.
- No afrontamiento.
- Necesidad autonegligente de ayudar.

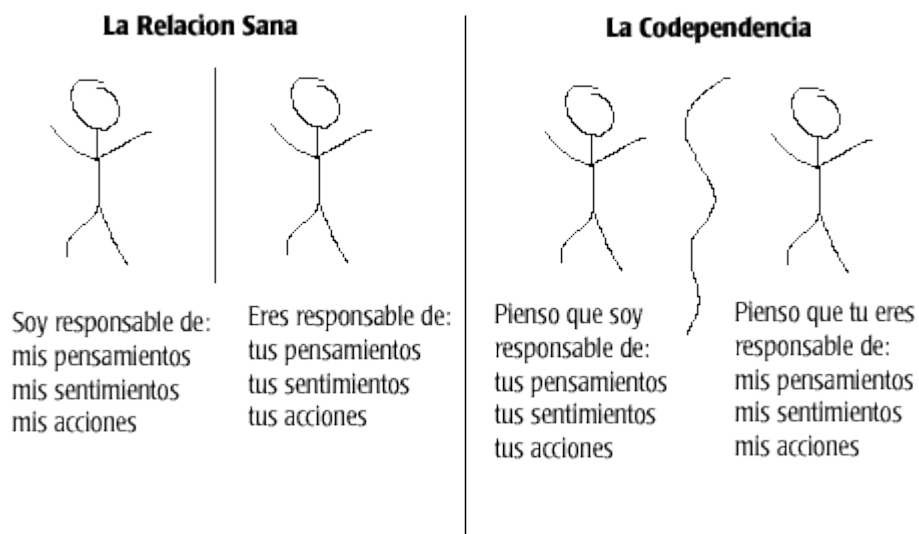
De forma análoga a lo que ocurre con la definición del término codependencia, en aquello que se refiere a las características del sujeto codependiente, no hay un consenso unánime acerca de cuales son. De nuevo Pérez y Delgado, en un estudio llevado a cabo en 2002, identifican los siguientes comportamientos característicos a los que se alude con asiduidad en la literatura:

1. Locus de control externo: las conductas de los codependientes son determinadas por fuerzas externas y no por decisiones voluntarias, es decir, atribuyen el origen de sus conductas y/ estados emocionales a factores fuera de ellos mismos. (Abbott, 1985; Beattie, 1987, 1989; Becnell, 1991; Whitfield, 1991).
-



- 
2. Inadecuado manejo de sentimientos: el codependiente siente que merece sufrir porque se percibe como culpable y merecedor de la agresión del adicto. Equipara amar con sufrir y sacrificar, y busca constantemente proteger y disculpar al adicto (Beattie, 1987, 1989; Carruth y Mundanal, 1989; Edmundson, Bryne y Rankin, 2000; Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998; Margolis y Zweben, 1998; Pérez y Goldstein, 1992).
  3. Baja autoestima: la persona codependiente teme al rechazo y al abandono y su autoconcepto depende de lo que el adicto y los demás piensen de él. La imposibilidad de complacer a los demás es percibida como una falla o carencia de tipo personal (Beattie, 1987, 1989; Becnell, 1991; Carruth y Mendenhall, 1989; Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998; Margolis y Zweben, 1998; Pérez y Goldstein, 1992;).
  4. Comportamientos compulsivos: el codependiente siente una gran necesidad de controlar a otras personas y eventos alrededor. Así, elimina o mitiga la angustia o la culpa que se produciría si la acción de controlar no se efectuara continuamente (Becnell, 1991; Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998; Margolis y Zweben, 1998)
  5. Dificultad para fijar límites en las relaciones con personas significativas, y en general problemas de relaciones interpersonales: el codependiente siente culpa y ansiedad por los defectos de los otros y llega a considerarlos como suyos. Siente que traiciona al otro si le impone límites de conducta (Beattie, 1987, 1989; Brown y Lewis, 1995; Hughes-Hammer, Thombs, 1994; Margolis y Zweben, 1998; Martsolf y Zeller, 1998; Lerner, 1988)
-

- 
6. Depresión: la persona codependiente suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés (Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller,



En resumen, el codependiente pierde el control de su propia vida y sus propios límites, e invierte toda su energía en el resto de las personas. Tiene una gran necesidad de pertenecer, de ser útil y paga un precio muy alto por ello. Lo importante es ver que la codependencia es una forma de relación inadecuada, y que se puede modificar una vez que el codependiente acepte la ayuda. Esta es una de las partes más difíciles, puesto que el codependiente dentro del núcleo familiar funciona como el "responsable" y el "bueno". Supuestamente el único que está "mal" y es el "culpable de todo" frente a los demás, es el familiar adicto, por lo tanto hay que "cambiar", "curar", etc., al adicto únicamente. Con este razonamiento el codependiente pospone en muchas ocasiones su propia ayuda hasta que presenta alguna otra complicación como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos en el apetito, somatizaciones (gastritis, úlcera), etc.

En este sentido, es necesaria la ayuda terapéutica para poder elaborar y liberar emociones contenidas, reflexionar, reconstruir y aprender a pensar de manera positiva; para poder crear un nuevo modelo de relación. Desde el punto de vista del proceso terapéutico, romper con la codependencia implica un proceso largo y duro emocionalmente hablando, pero basado en una premisa aparentemente sencilla: Cada persona es responsable de sí misma.

Se ha visto que cuando una persona dependiente de sustancias entra a un programa de rehabilitación, y la familia (codependientes) participa también en su propio programa de recuperación, las posibilidades de rehabilitación para el dependiente y toda la familia se incrementan en forma muy importante. Incluso se ha visto que si el codependiente comienza su rehabilitación, aunque la persona dependiente de sustancias no lo haga, el pronóstico es bueno para la familia. La familia no produce las dependencias, pero sin una intervención adecuada, sí las puede prolongar.

FAMILIAR	ADICTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elude sentimientos dolorosos al centrarse en el adicto</li> <li>- Sus estados de ánimo dependen de la conducta del adicto</li> <li>- Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que "todo está bien"</li> <li>- Desarrolla tolerancia a la conducta del adicto; lo que antes le resultaba chocante ahora le parece normal y tolerable</li> <li>- La conducta y asuntos del adicto se vuelven una preocupación absorbente.</li> <li>- La obsesión con el adicto lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas</li> <li>- La vida se le vuelve ingobernable; pierde control sobre sí mismo y su conducta a medida que la conducta del adicto se convierte en una obsesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elude sentimientos dolorosos al usar una droga o actividad</li> <li>- Sus estados de ánimo dependen de los efectos de la droga</li> <li>- Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que "todo está bajo control"</li> <li>- Desarrolla tolerancia a la droga; cada vez requiere más cantidad para obtener el mismo efecto</li> <li>- Conseguir y usar la droga se vuelve una preocupación absorbente</li> <li>- La obsesión con la droga lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas</li> <li>- La vida se le vuelve ingobernable y pierde el control sobre su uso de la droga a medida que la droga o actividad se convierte en una obsesión</li> </ul>

Tomado de "Guía de asesoramiento e intervención psicológica a familiares de consumidores de drogas en un entorno comunitario" (Diputación de Córdoba, 2008)

---

## EL SÍNDROME DEL CUIDADOR

Para empezar, habría que diferenciar lo que hemos definido como codependencia del llamado “síndrome del cuidador”. La codependencia, en general, define **patrones de conducta** de las personas allegadas, y el “síndrome del cuidador” es un conjunto de **síntomas** secundarios a la falta de cuidados (básicamente autocuidados) al cuidador. Las dos condiciones pueden convivir, lo que probablemente agravará las dificultades para el tratamiento del mencionado síndrome. Es decir, un familiar con “creencias codependientes” tendrá muchas más dificultades para poner en práctica estrategias de individualización, autocuidado y asertividad que un familiar no codependiente.

Es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente física y/o psicológicamente, ya sean familiares o profesionales de la salud.

El síndrome del cuidador tiene su primera referencia en el síndrome de “Burnout”, descrito por Herbert J. Freudenberger, psicólogo estadounidense (1927-1999), que fue uno de los primeros en estudiar y describir los síntomas del agotamiento profesional.

El síndrome del cuidador se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad (tareas monótonas y repetitivas), y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. Los cuidadores principales suelen tener peor salud que los miembros de la familia no cuidadores y corren riesgo de sufrir mayor incidencia de problemas orgánicos, como trastornos osteomusculares y dolores asociados,

---

---

trastornos gastrointestinales, patologías cardiovasculares, etc., además de distintos síntomas psicológicos. La salud mental de los cuidadores principales suele verse incluso más afectada que la salud física, y es frecuente que presenten una amplia gama de alteraciones emocionales que van desde la irritabilidad, tristeza, insomnio a problemas psicosomáticos (dolor de cabeza, problemas gástricos, etc.) pudiendo llegar a convertirse en entidades clínicas como la depresión o los trastornos de ansiedad.

La labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo por un tiempo prolongado, produce con frecuencia en el responsable de la asistencia cansancio, irritabilidad, pérdida de autoestima, desgaste emocional severo y otros trastornos que también se conocen como el síndrome del quemado (burn out) que puede llegar a incapacitarle seriamente para continuar en esta tarea.

En el campo de las drogas, a todo lo anterior se une la estigmatización y el desconocimiento generalizado de la realidad de las dependencias, lo que contribuye a que el cuidador se sienta más aislado y disponga de menos apoyo social.

Son habituales las alteraciones emocionales que afectan negativamente a la capacidad para manejar adecuadamente la relación con el familiar dependiente. Algunos familiares están tan sobrecargados que centran todos sus esfuerzos en su familiar con la esperanza de que mejore y los necesite menos. Otros se resignan a dedicar su vida al cuidado de su familiar, a pesar de la frustración y el sufrimiento que les produce; pierden la esperanza de que, a pesar de todo, las relaciones intrafamiliares puedan reordenarse de forma que su sufrimiento sea menor, y que ellos puedan también tener una vida propia. También es común encontrar familiares que están convencidos de que dedicarse en cuerpo y alma al cuidado del otro es lo mejor, y no permiten un descanso.

---

Casi la totalidad de los estudios realizados sobre el mencionado síndrome, así como la literatura al respecto, se ha desarrollado dentro del campo de la enfermedad física (ancianos, demencias, oncología, retraso mental profundo, cuidados paliativos..) o de la enfermedad mental grave (esquizofrenia); existe muy poca literatura y escasa evidencia empírica sobre el síndrome del cuidador en drogas.

Pero es evidente que las personas que de forma continuada carecen de relaciones sociales, no realizan actividades agradables, y tienen que sufrir cotidianamente situaciones desagradables y hostiles, a la larga tienden a tener problemas emocionales. De manera que será imprescindible durante el proceso de evaluación de la familia valorar la gravedad de la sobrecarga y su capacidad para afrontarla, y elaborar estrategias de intervención terapéuticas si fuera necesario.

Se han encontrado una serie de características comunes en las familias que afrontan mejor la dependencia a sustancias de uno de sus miembros. Estos familiares tienden a:

- Compartir el cuidado.
- Mantener contactos sociales y/o iniciar relaciones nuevas.
- Realizar actividades agradables.
- Buscar ayuda externa para llevar a cabo su propio proyecto de vida.

Estas evidencias nos ayudarán a orientar la intervención dirigida a evitar la sobrecarga emocional.

Los familiares tienen que aprender a vigilar sus emociones negativas, el estrés al que están sometidos y su propio estado físico y mental.

---

En resumen, podemos decir que las familias que tienen uno de sus miembros afectados por el consumo problemático de sustancias manifiestan una serie de necesidades que atender, entre las que se encuentran:

- **Manejar apropiadamente los sentimientos de estigma y discriminación.**
- **Acceso adecuado a los recursos de tratamiento e implicación en el mismo.**
- **Apoyo en el modo de manejar al adicto**, a fin de detectar aquellas estrategias empleadas por la familia que pueden tanto ayudar como obstaculizar la rehabilitación del paciente.
- **Acceso a información** adecuada acerca de las drogas, el proceso de rehabilitación y los tratamientos disponibles.
- **Acceso a un rango amplio de alternativas de apoyo**, ya que diferentes miembros de la familia, en la medida con que cuentan con estrategias y recursos de afrontamiento diferentes, también presentan diferentes necesidades.
- **Apoyo emocional.** La ansiedad y estrés ligado al consumo de drogas por parte de un pariente cercano requiere del apoyo por parte de fuentes informales (amigos, familia extensa) y en muchas ocasiones, formales (p.ej.counselling/ psicoeducación).
- **Apoyo práctico**, en la medida en que la rutina diaria de la familia puede verse afectada por el impacto del abuso de drogas.
- **Apoyo económico**, o acceso a ayudas financieras y de servicios sociales.

---

## **EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES EN DROGODEPENDENCIAS**

El análisis de la eficacia de las terapias centradas en la familia presenta dificultades por los problemas metodológicos que tienen los estudios controlados realizados. La evaluación resulta difícil porque dentro de lo que se han denominado abordajes familiares se incluyen diferentes técnicas de intervención que, aunque basados en un paradigma teórico común, enfatizan distintos aspectos del modelo; además los tratamientos basados en la familia se suelen utilizar junto a otros recursos terapéuticos (farmacológicos, terapia individual, etc.).

Aun contando con estas dificultades, los ensayos clínicos efectuados hasta este momento, comparando los abordajes basados en la familiar frente a otros tipos de intervención terapéutica, han demostrado su eficacia al igualar al menos los resultados conseguidos con otros tipos de técnicas. Además confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias. Es en la intervención en adolescentes con problemas con el consumo de drogas donde este tipo de terapias han mostrado los mejores resultados. Las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica.

Los meta análisis realizados por Oechowski y Lidde (200) sobre la eficiencia de los abordajes basados en la familia, han demostrado que este tipo de intervenciones son superiores al consejo individual, la terapia grupal o los grupos de psicoeducación familiar. Así mismo se ha demostrado que los abordajes familiares consiguen aumentar la

---



---

adherencia al tratamiento, disminuir el consumo de alcohol y otras sustancias post tratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y mejorar la normalización de los pacientes en su incorporación social.

Si bien son limitados los estudios sobre la efectividad de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias, hay tendencias importantes que sugieren que los enfoques de terapia familiar se deben considerar con más frecuencia en el tratamiento de abuso de sustancias. La investigación con familias es difícil y costosa. La ambigüedad en las definiciones de familia y terapia familiar también han dificultado la investigación en estas áreas. Como resultado, la terapia familiar no ha sido el enfoque de muchas investigaciones sobre el abuso de sustancias. Sin embargo, la evidencia de la investigación que sí se ha realizado, apunta a que el tratamiento de abuso de sustancias que incluye terapia familiar es mejor que los tratamientos que no la incluyen. (Stanton et al.. 1982). En términos del tratamiento aumenta el compromiso y la retención (es decir, la adherencia al tratamiento), reduce el uso de drogas y alcohol del paciente, mejora el funcionamiento familiar y social y desalienta las recaídas.

Si bien la efectividad de la terapia familiar está documentada en un conjunto cada vez mayor de evidencia, la integración de la terapia familiar en el tratamiento del abuso de sustancias supone retos específicos:

- La terapia familiar es más compleja que los enfoques que no incluyen a la familia porque incluye a más personas.
- La terapia familiar requiere adiestramiento y destrezas especiales que no se requieren en muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias.

- 
- Hay relativamente poca información disponible basada en investigaciones sobre la efectividad con subconjuntos de la población general, como mujeres, minorías o personas con problemas psiquiátricos severos (O'Farrell y Fals-Stewart 1999).

Sin embargo, la balanza suele inclinarse favor de la terapia familiar en el tratamiento del abuso de sustancias. La terapia familiar tiene un potencial sumamente aplicable a culturas y religiones y es compatible con sus bases de conexión e identificación, pertenencia y aceptación.

En definitiva, existe una amplia evidencia que demuestra la eficacia de las intervenciones familiares en el tratamiento de las adicciones. Si a esto añadimos que las actuales tendencias de tratamiento tienen cada vez más componentes de tipo ambulatorio y por consiguiente una mayor presencia de la familia, podemos concluir la importancia de que se incluyan estas intervenciones basadas en la familia en los programas terapéuticos que se diseñan en los dispositivos de atención a personas drogodependientes.

---

## BIBLIOGRAFIA

- Alba, J. L. (2004). "La terapia familiar multisistémica. Un modelo de intervención sociofamiliar dentro del sistema de justicia juvenil." *Psicología.com, Revista Electrónica*, 8
- Bertalanffy, L.V. (1954). "Teoría general de los sistemas." Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Becoña, E. y Cortes, M. (2010). "La familia como agente de salud. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Terapias centradas en la familia." Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.
- Bertalanffy, L.V. (1954). "Teoría general de los sistemas." Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Calvo, H. (2007). "Redes de apoyo para la integración social: la familia." *Salud y Drogas*. ISSN edición electrónica: 1988-205X.
- Calvo, H. y de Lucas, A. (2007). "Intervenir con familias desde los centros de día." Impreso por OASIS como colaboración con ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de DIA). Salamanca.
- Center for Substance Abuse Treatment (2004). *Substance Abuse Treatment and Family Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP).series, n° 39* DHHS Publication n° (SMA) 04-3957. Rockville, MD.
- Cancrini, L. y Mazzoni, S. (1993). "Hacia la definición de una tipología de la toxicomanía: Una experiencia de investigación." *Estrategias de intervención en drogodependencias: Conclusiones de las Jornadas Estatales Grup Igia* (págs. 11-55).

---

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). "La familia del toxicodependiente." Barcelona: Paidós.

Coletti, M. (1987). "Teoría y epistemología del tratamiento relacional." Comunidad y Drogas, Monografía nº 1, 11-19.

Graña Gómez J.L., (1994). "Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento". Madrid. Debate.

Peña, F. R. (2003). "Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial." Salud Pública de México, 45 (Supl.1), S124-S131.

# TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR.

## 1.-INTRODUCCIÓN

## 2.-OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO.

## 3.- "EL EQUIPO DE TRABAJO"

3.1.-Diferencias entre Equipo de Trabajo y Grupo de personas.

3.2.-Concepto de interdisciplinariedad, multidisciplinariedad y pluridisciplinariedad.

3.3.-Ámbitos que nos interesan de la aplicación de los Equipos de Trabajo.

## 4.-ETAPAS DE DESARROLLO INTERDISCIPLINAR.

4.1.-Detectar la necesidad (Objetivo Común).

4.2.-Definir el Proceso que resuelve la necesidad.

4.3.-Realizar y presentar el Plan de Acción.

4.4.-Crear el Equipo Interdisciplinar que resuelva y ejecute el Plan de acción.

## 5.-HERRAMIENTAS QUE NOS PUEDEN AYUDAR EN LA CONSOLIDACION DEL EQUIPO

5.1.- Dafo

5.2.- La comunicación dentro del equipo.

## 6.- IDEAS, REFLEXIONES Y ELEMENTOS QUE PUEDEN AYUDAR A ENRIQUECER UN EQUIPO.

6.1.- Algunos requisitos imprescindibles para el Trabajo en Equipo.

6.2.- La empatía como pilar básico y fundamental del Trabajo en Equipo.

6.3.- Conclusiones del trabajo en Equipo

## 1.- INTRODUCCIÓN:

En este Bloque vamos a explicar lo que significa trabajar de manera Interdisciplinar, desde un Equipo Multidisciplinar, algo absolutamente necesario para la supervivencia de nuestros Centros. Como experto en Trabajo en Equipos he trabajado durante 12 años en diferentes Equipos Multidisciplinares, y siempre, hemos tenido problemas muy similares a la hora de coordinarnos, siendo que, para este tipo de trabajo, el equipo es la base del buen funcionamiento del Centro. Trabajar en Equipo es la esencia del funcionamiento de la organización. Durante este Bloque estudiaremos lo que es un Equipo de trabajo Multidisciplinar, cómo mejorar su funcionamiento, como analizarlo, y como ser eficaces en el mismo. El Equipo de trabajo es un elemento dinámico que nos ayuda en el esfuerzo, **poniendo lo IMPORTANTE por encima de lo Urgente** y ayudándonos a caminar hacia nuestra misión/visión aumentando nuestras posibilidades de éxito. Además observaremos la fuerza del Equipo de trabajo sobre la debilidad del Ego, de la individualidad, sobre todo en la tarea tan maravillosa que vamos a desempeñar: facilitar la recuperación de enfermos adictos y de sus familiares y comunicarnos con otras entidades y profesionales del sector. Necesitamos un Equipo formado por profesionales de diferentes disciplinas para abordar la tarea que nos ocupa de manera Interdisciplinar y necesitamos que los profesionales de dichas disciplinas sepan trabajar entre ellos con fluidez, claridad y

eficacia. No estamos solos cuando estamos en Equipo y por eso es interesante conocer la manera de funcionar de un buen Equipo Multidisciplinar.

Sin más, espero que disfrutéis de este Bloque, nace de la documentación (bibliografía que se adjunta) y de la experiencia de los errores repetidos y de los aciertos durante todos estos años.

Eliminar la tendencia del Ego, para introducir el camino del Equipo es también parte de la magia que nos hará crecer. El Bien Común es el propósito final.

## *2.-EL OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO ES:*

Facilitar claridad a los profesionales sobre los Equipos de Trabajo (definiciones, diferencias, tipología, ámbitos de aplicación). Establecer las etapas del Equipo de Trabajo y sus Fases hasta la consolidación y plantear reflexiones que puedan ayudar a mejorar la Eficacia del Equipo.

## *3.- “EL EQUIPO DE TRABAJO”.*

### *3.1.- Diferencias entre Equipo de Trabajo y Grupo de personas.*

A partir de las diferencias, vamos a encontrar la definición más concreta de lo que entenderíamos como un Equipo de Trabajo. Creemos que es una manera interesante de explicarlo.

Fijaros en esta tabla:

EQUIPO DE TRABAJO	GRUPO DE PERSONAS
Conjunto de personas que están organizadas y tienen un Objetivo Común.	Conjunto de personas que se unen por afición, por un símbolo, por un evento....
Se trabaja hacia metas compartidas, el éxito de los miembros depende del bien común, todos tienen un enfoque común (marcado por el Objetivo y el Plan de acción) y las habilidades de cada miembro son complementarias.	No se pretende producir valor añadido, no se buscan las sinergias y no se tiene un Objetivo Común.
La Suma del valor de lo que aporta cada miembro, es mayor que la de cada miembro del Equipo por sí mismo. Sumar/sumar = Ganar/ganar.	Los diferentes miembros del grupo de personas, unidos por dicha afición, disfrutan del encuentro y no tienen que llegar a ninguna parte.

Por tanto, vamos a centrarnos en el “Equipo de Trabajo”, que es lo que nos interesa conocer más en profundidad en este Bloque.

Un Equipo de trabajo, es un grupo de profesionales con unas características determinadas (que aparecen más adelante y que vamos a ir puntualizando). Vamos a centrarnos en las características prioritarias de un Equipo Multidisciplinar (que trabaja de manera Interdisciplinar):

1. **Un Objetivo COMÚN.** Un Objetivo Común, es el lugar donde pretendemos llegar. La meta que nos ha reunido. Es lo que queremos conseguir. Tenéis un Bloque entero sobre Coaching, donde se os explica con bastante claridad cómo diseñar y alcanzar un Objetivo a nivel Individual. Hacerlo en Equipo, o si no está creado todavía, las personas que desean crear el Equipo. Para llegar a un Objetivo Común, es recomendable pensar y sentir lo que se quiere conseguir (ya sea un servicio, un producto, desarrollar una idea, emprender un negocio...). En el caso que nos ocupa, el Objetivo Común lo vamos teniendo cada vez más claro: Facilitar una opción diferente y realista para la Recuperación de los Adictos que así lo deseen. **Ya tenemos nuestro Objetivo Común: Fácil, claro, medible, alcanzable y realista (ya que conocemos esa opción y la estamos trabajando).**
2. **UN CONJUNTO DE PROFESIONALES** Necesitamos un conjunto de personas de diferentes ámbitos profesionales, que compartan Objetivo y Filosofía, y que sean capaces de organizarse. Para nuestro Equipo Trabajaremos con un Equipo Multidisciplinar de diferentes disciplinas: médico (psiquiatra), psicólogo, terapeuta, trabajador social, educador, coach, coordinador de recursos, gestor, director....para poder atender todo tipo de necesidades que nos lleven a la consecución de nuestro Objetivo como Equipo.
3. **LA UNIDAD:** Se trabaja desde la UNIDAD, que se establece con una Alianza (hablaremos de ella en el punto siguiente). Es importante trabajar desde la Unidad, ya que trabajamos hacia metas compartidas. La Unidad se trabaja cuando estamos enfocados en el Bien Común. Cuando nos centramos, una y otra vez en las metas compartidas. En el Equipo que deseamos formar, estaremos trabajando la Unidad, cuando todos estemos enfocados en la Recuperación del Adicto y su entorno. Para comprobar si estamos trabajando la Unidad, es muy interesante ver si el Objetivo (o las metas compartidas), están encima de la mesa. Para trabajar la Unidad, también es básico tener claros los valores del Equipo.
4. **LA ALIANZA:** Aquí estamos hablando de un pacto, acuerdo o contrato que se establece entre los diferentes miembros de un Equipo organizado hacia una tarea común. Los elementos clave (según mi experiencia y mi formación) y centrados en el colectivo que nos ocupa serían :
  - a) Los Objetivos/metast compartidas,
  - b) Los Valores del Equipo,
  - c) Las Actitudes que cada profesional pide para sí mismo y para el Equipo,
  - d) El compromiso de todo aquello que cada profesional puede aportar.

#### UN EJEMPLO DE UNA ALIANZA EN NUESTRO CASO:

*“Nos comprometemos a: llevar la Recuperación como la entendemos a todos los países de habla hispana y para ello trabajaremos siempre desde los valores de honestidad, receptividad y buena Voluntad. Entre todos hemos decidido adoptar las siguientes actitudes: colaboración y comunicación continua. Escucharnos. Ser claros y asertivos. Participar y aceptar el consenso y recordar de manera continua nuestro propósito primordial. Nos pediremos ayuda cuando la necesitemos. Cada profesional aporta desde su Área de trabajo lo que puede (intentar concretar), siempre enfocado en la solución y usaremos, desde cada disciplina, el paradigma*

*ganar/ganar (que explicamos en el siguiente punto). Creemos muy importante no descartar ninguna idea desde el principio y no dejarnos llevar por las emociones. Trabajaremos desde el Servicio Común y no desde el ego. Respetaremos las parcelas de cada profesional, intentando eliminar siempre que podamos los juicios”*

Este documento se firma por todos los miembros del Equipo tras estar elaborado y se entrega una copia a cada uno de ellos. No se puede utilizar de manera arrojadiza y sirve para tener una base de confianza y fomentar la UNIDAD. Cuando nos perdemos como Equipo, podemos volver al mismo.

El propósito de la alianza es la manera de trabajar con fluidez la unidad (desapegándonos de nuestras “razones inquebrantables” y dando la posibilidad al espacio donde aparecen las soluciones).

5. **Practicar el paradigma: GANAR/GANAR:** Aquí estamos hablando de una nueva manera de mirar los conflictos, las situaciones que nos surgen día a día y para las que el Equipo está preparado. En esencia es ver lo que aporta cada miembro y qué ganamos ambos en la toma de decisiones o en la negociación. “Con esta aportación yo gano y tú ganas”. Ganamos todos. Trabajar desde este punto de vista, nos invita a buscar lo que podemos aportar y lo que ganamos al resolver los conflictos desde otra perspectiva. Es interesante preguntarnos, ¿Qué gana el grupo con esto que hemos decidido? ¿Qué ganas tú, qué gano yo?, más que centrarnos en lo que he cedido, en lo que he perdido, en lo que tengo que “dejar de ganar”, que es la tendencia de muchos Equipos, que acaban por dejar de ser eficaces.

Un ejemplo: Tenemos un paciente, que se encuentra en absoluta negación de la enfermedad, que no entiende nada de lo que estamos haciendo y que sólo crea conflictos. El Equipo se reúne y aparecen diferentes opiniones, diferentes modos de actuar ante el conflicto (cada profesional habla y se le deja hablar):

- 1.-Tenemos que expulsarlo.
- 2.- Necesita un castigo ejemplar porque está creando un mal ambiente.
- 3.- Es necesario realizar una intervención con el resto de los compañeros
- 4.-Tenemos que llevarlo al psiquiatra y que le regulen la medicación.
- .....
- Podrían salir más opciones, sin duda, pero vamos a ver dónde podemos aplicar el paradigma ganar/ganar. La solución, en la que estamos todos de acuerdo es que esta persona Tome Conciencia y salga de su negación para ponerse a trabajar su propia recuperación.
- La Postura 1, lo ve con claridad y decide, tras un pequeño debate, que no se opone fuertemente a otras posturas y que va a esperar un tiempo para buscar otra opción (gana la posibilidad de encontrar nuevas opciones y de buscar desde una postura de apertura). El Equipo gana la posibilidad de contar con este profesional y de escuchar sus nuevas recomendaciones.
- La postura 2, también cambia, tras la reflexión del Equipo y deja de hablar de “castigo”, empezando a hablar de medidas más conductuales y firmes con el paciente, para poder ayudarlo (incluso habla de poder generarle una ilusión, de motivarle, de ayudarlo a encontrar un objetivo



para que rompa su propia negación). Dicho profesional, gana una nueva visión del problema y la posibilidad de ser creativo, a la vez que se le da la posibilidad de entrenar y trabajar todas sus fortalezas. El equipo gana sus fortalezas.

- La postura 3, indica que además de hablar con algunos compañeros (piensa que ya no con todos), también se tendría que apostar por preguntar a sus compañeros lo que aquí se está planteando, es decir, ¿cómo “rompen” su negación cada día?, ¿Qué cosas les ilusionan más de todo lo que estamos haciendo?...es decir, concreta lo que tenemos que comunicar a los compañeros tras escuchar las aportaciones de los demás. Dicho profesional ha ganado la posibilidad de ampliar su idea y la posibilidad de llevarla a cabo de una manera diferente a como lo había pensado. El Equipo se enriquece de las nuevas ideas. Todos están, de acuerdo en que se lleve al paciente al psiquiatra para regularle la medicación (generalmente siempre aparece alguna postura con la que todos están de acuerdo), y se decide que el profesional del Equipo que tiene más confianza, cercanía y empatía con el paciente le va a informar. La nueva solución, donde todos ganamos: vamos a darle un tiempo, realizando nuevas y diferentes intervenciones para que vea su propia negación y la trabaje. Le motivaremos hacia un Objetivo personal, marcando también con mayor claridad medidas conductuales, lo derivaremos al psiquiatra, y hablaremos con sus compañeros para que compartan en los grupos su experiencia, fortaleza y esperanza en referencia al tema de la Negación de la Enfermedad. Un profesional del Equipo le comunicará la nueva decisión y los demás le apoyarán (olvidándose de sus juicios y de sus RAZONES). ¿Qué gana el ADICTO? el adicto gana la oportunidad de romper su propia negación desde posturas diferentes. ¿Ganamos todos? El resultado lo veremos en 21 días (por ejemplo). Lo importante de este ejemplo es ver cómo podemos pensar desde el paradigma ganar/ganar, y de cómo nos abre la mente a nuevas posibilidades de solución.

Hemos expresado pues los mínimos exigibles para que un Equipo de Trabajo (que necesitamos), funcione con eficacia: un objetivo común (metas compartidas), un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas que trabajen desde la Unidad, establecida y cerrada en una Alianza (pacto) y que practiquen y utilicen el paradigma ganar/ganar.

### *3.2.- Concepto de interdisciplinariedad, multidisciplinariedad y pluridisciplinariedad.*

- **Equipo Interdisciplinar:** grupo de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan por y para un OBJETIVO COMÚN. Aportan sus conocimientos, su experiencia y sus habilidades. Valoran al paciente por separado e intercambian la información. Comparten una misma metodología de trabajo y planifican juntos el trabajo a realizar. Comparten la información de una forma sistemática (p.ej.: reuniones) y toman decisiones de intervención conjuntas. Comparten también metodología de trabajo y su comunicación puede ser formal e informal.

- **Equipo Multidisciplinar**: especialistas de diferentes disciplinas trabajando en un mismo caso, con enfoques variados. Trabajan en un Área común (en nuestro caso la Adicción), valoran al usuario de manera independiente e interactúan y se comunican de manera informal.

Podríamos decir que los dos grandes beneficios del modelo interdisciplinar vs el modelo multidisciplinar son: la mayor eficacia de la Valoración y la mejora de la funcionalidad (el Equipo trabaja siempre en Equipo).

Es interesante observar, que el modelo Multidisciplinar se centra más en un caso, en resolver un problema puntual y esto es necesario para algunos casos (en los que no necesitamos a todo el Equipo). ¿Qué profesionales de diferentes disciplinas necesitaríamos para analizar el Funcionamiento del Centro, por ejemplo?, o ¿Qué tipo de profesionales necesitaríamos para “sanar” una enfermedad que conviva con la adicción? Evidentemente, al compartir la información con todo el Equipo, y teniendo en cuenta la preservación de la intimidad del usuario, veremos que al final, los modelos se van complementando, porque prima el modelo Interdisciplinar (en los centros en los que trabajamos), pero no es necesario que todos los profesionales tengan toda la información (trabajo en Equipo Multidisciplinar), lo que sí es necesario es que todos trabajen con un mismo modelo, un mismo sistema y hacia un Objetivo Común (Interdisciplinariedad).

- **Pluridisciplinariedad**: Término que se aplica a los procesos formativos. Existen varias disciplinas en el proceso formativo. Planificaremos las aportaciones de cada disciplina para desarrollar los objetivos que se plantean en el proceso de aprendizaje (enfoque específico/enfoque integral). Es lo que estás haciendo en este Curso. Pero recuerda que estamos hablando de procesos de formación.

Añadimos un nuevo concepto, ya que nos parece interesante que por lo menos se conozca y se camine hacia este tipo de Equipos. Éste Curso que estás haciendo es una buena prueba de ello.

- **Equipo TRANSDISCIPLINARIO**: especialistas de varias disciplinas, pero con conocimiento de las otras, logrando un ENFOQUE UNIFICADO e INTEGRADOR.  
**En nuestro caso, nos estamos formando, dentro de un curso Pluridisciplinar en cuestiones como la neurociencia de la adicción, la Inteligencia Emocional, el trabajo con las familias, el Modelo Minnesota, el Mindfulness....y no significa que todos seamos neuropsiquiatras, psicólogos, coaches o expertos en inteligencia emocional, de lo que se trata es de que podamos integrar conocimientos y experiencias que nos permitan entendernos y seguir motivados con la Formación Continua, para poder aportar de manera constante.**

### 3.3.- *Ámbitos de aplicación de la interdisciplinariedad.*

El Equipo Interdisciplinar es necesario cuando el Objetivo y/o Proyecto precisa de varios profesionales de diferentes disciplinas. Aparecen transferencias de métodos, conocimientos e ideas, de una disciplina a otra (que siempre deben complementarse).

Cuando necesitamos otros marcos de referencia para lograr el Objetivo y cuando las tareas que se plasman en el PLAN DE ACCIÓN, necesitan de la experiencia y conocimientos de varias disciplinas hablamos de los ámbitos de aplicación de la Interdisciplinariedad.

Los ámbitos de aplicación que nos ocupan son tres, claros y sencillos

- 1.- Con las personas: con nuestros pacientes y sus familiares.
- 2.- Con los Objetivos, los casos y los Procesos, que el mismo Equipo se va marcando.
- 3.- Dentro de la Organización.

1. Con personas: cuando tenemos personas que necesitan de profesionales de diferentes disciplinas. En nuestro caso, médicos, psicólogos, terapeutas, directores de Centros, Trabajadores Sociales, Educadores... entonces se hace necesaria la intervención de un Equipo Interdisciplinar.
2. Con Objetivos, casos, procesos: ¿Cuál es el Objetivo o los Objetivos del Equipo? En el tema cinco hemos aprendido a diseñar Objetivos, ahora tenemos que utilizar lo aprendido para formular cuál o cuáles son los objetivos prioritarios, fundamentales del EQUIPO. **De hecho, tener Un Objetivo o varios Objetivos en común es lo que nos hace un EQUIPO INTERDISCIPLINAR.**  
Con un caso concreto, necesitaremos de un Equipo Multidisciplinar, que aporte lo que su “disciplina” nos dice al respecto. Es decir, en el análisis de caso, cada uno de los profesionales aporta soluciones desde su propia disciplina.  
Lo mismo sucede en los Procesos, pero aquí ya vamos hablando de un Equipo Interdisciplinar que se vaya complementando dentro del proceso y de la solución, que vaya compartiendo ideas, nuevos caminos, lo que funciona y lo que no funciona dentro del proceso de dicha persona.
3. En la Organización. Un Equipo que gestione la Organización (el Centro) será básico para orientar al resto de los profesionales. Las Organizaciones funcionan si sus Equipos humanos funcionan. El Centro es el ámbito perfecto para el trabajo de un Equipo Interdisciplinar/Multidisciplinar. En el caso que nos ocupa, desde un cocinero, hasta un Director, pasando por el resto de los profesionales, tienen que trabajar en Equipo, conocer los valores, la Misión y las diferentes funciones y servicios que cubre la Organización (el Centro) y trabajar en la misma línea.

La pregunta del EQUIPO INTERDISCIPLINAR: ¿En qué puedo ayudar, cómo puedo servir? fomenta la Unidad, la cohesión, el Bien Común y la consecución de los Objetivos.

La pregunta del Ego: ¿Qué tengo que hacer yo? ¿Qué me toca a mí? fomenta la individualidad y la pérdida de fuerza y motivación.

En el Centro cada profesional debe tener clara su tarea, sus funciones, pero además tiene que mostrar una actitud abierta a la colaboración con el resto de los miembros del Equipo. Además de mejorar el funcionamiento, esto dará fuerza a la Misión de la Organización.

#### 4.-ETAPAS DE DESARROLLO INTERDISCIPLINAR.

Empezamos por ver cuáles son las diferentes Etapas que nos irán llevando a desarrollar un Equipo Interdisciplinar.

*4.1.-Detectar la necesidad:* El Equipo se formará según la necesidad detectada en la Organización, que requerirá de diferentes profesionales que puedan resolver y llevar adelante el Proyecto. Por tanto, la primera fase es, detectar la necesidad. En nuestro caso, la necesidad está detectada: “facilitar soluciones de Recuperación a los Adictos y sus Familiares desde un modelo diferente”, pero puede que en alguno de los Centros de la Organización sean necesarios otro tipo de profesionales, según las necesidades, dentro del propio Centro (un educador social o un monitor porque tenemos adolescentes, una enfermera porque tenemos que hacernos cargo de mucha medicación y tratamientos especializados...). El Equipo Base, se irá completando, según las necesidades. Y el Equipo Base, se ha formado detectando las necesidades que queremos cubrir y los servicios que queremos dar.

##### **Es básico tener clara la necesidad que queremos cubrir, para poder desarrollar el Equipo de Profesionales.**

Estas preguntas nos podrían valer para cerrar esta primera FASE:

- ¿Cuál es nuestro Objetivo Común? (definirlo concienzudamente con los parámetros que ya sabéis del Coaching)
- ¿Qué necesitamos para alcanzarlo?

Hacer una lista detallada nos ayudará y hará que las ideas de cada miembro que esté formando el Equipo aporten soluciones.

*4.2.-Definir el Proceso que resuelva la necesidad.* Durante esta Fase el Equipo trabajará enfocado en el Proceso y en el Plan de acción para cubrir la necesidad que los ha reunido. Definir ese Proceso (los Procedimientos, las pautas, las acciones a llevar a cabo...) es absolutamente necesario para estar centrados en la solución y llevar adelante el Proyecto, además de facilitar el reparto de funciones y la manera en que cada disciplina (cada profesional) trabajará para fomentar el Bien Común.

A estas alturas, ya conocéis todos la necesidad de establecer “hojas de ruta” flexibles y adaptables al cambio. Esto es definir el proceso, desde el momento presente. Todos entendemos ya que estamos hablando de Procesos que nos conduzcan a un resultado común, no de sucesos aislados sin conexión. Definir el Proceso por el que vamos a transitar es importante.

Un ejemplo: en nuestro caso, donde sabemos que el Objetivo es “llevar un modelo de Recuperación diferente y efectivo a los adictos y a sus familiares”, la definición del proceso podría ser.

- Nuestra propia Formación Continua
- Establecer los diferentes protocolos de Ingreso, Normas de Convivencia, terapias necesarias, horarios,
- Reuniones del Equipo.
- Actividades necesarias.
- Asistencia a los grupos.

- Protocolos de toma de medicación.

Es decir: nosotros nos seguimos formando y establecemos los diferentes protocolos del centro de trabajo, además de nuestras reuniones interdisciplinarias de estudio de casos y resolución de conflictos. Cuando tenemos bien organizadas las actividades terapéuticas, las sesiones, la asistencia a los grupos y los protocolos de toma de medicación, entonces estamos viendo y definiendo el proceso que resuelve la necesidad.

Es un ejemplo simple, evidentemente tendríamos que seguir desarrollando el proceso, pero la idea de esta Fase es la de poder Observarlo y empezar a ponerlo en marcha.

**4.3.-Realizar y presentar el Plan de Acción.** El equipo indica qué acciones va a desarrollar, cómo las va a realizar y en cuanto tiempo para llegar al Objetivo. En esta Fase es muy importante PRESENTAR ese plan de acción a la Dirección o a los Organismos que financian o apoyan el Proyecto.

Un Plan de acción, como ya hemos visto, se realiza marcando acciones concretas que nos encaminen al Objetivo/conjunto de metas, El Equipo, va trazando las acciones necesarias, teniendo en cuenta que sean realistas, que se puedan medir y que se realicen en un tiempo determinado (al final del cual podamos revisarlo y si es necesario reformularlo). El Objetivo siempre tiene que encontrarse a la vista, para no perder el Foco de la cuestión que nos ocupa.

Dentro del Plan de acción, nos puede ayudar preguntarnos:

- Dónde queremos llegar
- Cómo queremos llegar.
- Qué pasos vamos a dar.
- Cuáles serían los Objetivos concretos que tenemos que ir completando durante el camino.
- Y por supuesto, cuáles serían las acciones para realizar dicho recorrido.

En el Bloque anterior, ya has realizado un Plan de Acción, y ya sabes cómo se hace, pero vamos a poner un ejemplo, para que veamos de manera sencilla, cómo realizar un plan de acción.

Ejemplo: “Queremos llevar el mensaje a los adictos y sus familiares, que están sufriendo y proporcionarles una alternativa diferente de Recuperación”.

***Existen muchas maneras para desarrollar un Plan de acción, nosotros vamos a desarrollar la siguiente. Lo realmente importante es ponerse en marcha:***

#### **Pasos a seguir para un buen Plan de Acción:**

1. **Desglosar** nuestro plan de acción en diferentes TAREAS, definiendo los Objetivos a alcanzar en cada una de ellas. En nuestro ejemplo tendríamos dos tareas básicas, la primera sería llevar el mensaje a los adictos y familiares que sufren la Adicción, y la Segunda sería ofrecerles la nueva manera que estamos creando para trabajar desde la Recuperación.
2. **Decidir** las normas, actividades y metodologías a utilizar. Desde un estado de tranquilidad, vamos marcando el proceso que más adelante desarrollaremos con el resto del Equipo. Si está el Equipo formado, lo haríamos juntos, si somos dos o tres personas que queremos iniciar el Proyecto, lo vamos planteando progresivamente. En nuestro ejemplo podríamos hacer lo siguiente en este paso: para la primera tarea, crear elementos de difusión y de marketing que puedan llevar el mensaje, hablar con asociaciones, realizar conferencias, conectar con Organismos oficiales centrados en el tratamiento de la Adicción, explicar el nuevo

tratamiento.....nos centramos dónde queremos llegar y vemos todas aquellas tareas que nos van acercando. Durante este paso, pueden surgir múltiples ideas (anótalas y estudia después las más viables). Marca un tiempo (por ejemplo 3 meses para observar los resultados de lo que has realizado), sin apegarte a los resultados, más bien observando lo que está funcionando y lo que no, para así poder cambiarlo. La segunda tarea llevaría a otro tipo de acciones: para ofrecerles la nueva manera de trabajar desde la Recuperación, lo necesario aquí en nuestro plan de acción, es estar preparados para recibir llamadas y/o atender las demandas que nos van a ir llegando. Tener un local para desarrollar nuestro servicio, un centro de información y empezar a ofertar el servicio. Seguro que se te ocurren más acciones para llevar adelante una tarea.

Como ya hemos dicho, lo importante es marcarte pequeñas acciones, de manera consciente para llegar a tu objetivo, y valorarlas en unos meses (importante que marques el tiempo de manera concreta).

3. **Calcular** el coste emocional, material y personal que supone realizar cada actividad. También es necesario valorar los costes del Plan de Acción.
  - a. Coste Emocional: aquí observaremos y compartiremos las emociones que sentimos, nuestra disposición emocional, qué coste estamos dispuestos a pagar (nuestra motivación, nuestra ilusión). Saber cómo estamos emocionalmente en referencia al Proyecto hace que podamos valorar nuestras energías. Esto lo podemos hacer, simplemente, compartiendo lo que sentimos y cómo nos encontramos, lo que creemos que nos puede costar esto a nivel emocional, ver si es posible y viable a este nivel. ¿Estamos dispuestos?, ¿Lo creemos posible?, ¿Lo sentimos? ¿lo vemos? Compartirlo nos dará fuerzas e ideas para seguir adelante. En el ejemplo que estamos desarrollando, podría ser así: me encuentro ilusionado y con fuerzas, lo que he estudiado y practicado me da alegría y motivación. Tengo miedo que no vengan pacientes, y me genera ansiedad la incertidumbre de los nuevos cambios que estamos planteando. Otro miembro que esté construyendo el Proyecto, puede ir compartiendo también sus emociones. Es un ejercicio bastante sencillo, pero muy poderoso. Empiezan a establecerse nuevas conexiones entre los miembros del Equipo, basadas en la Aceptación, la Honestidad y la Confianza.
  - b. Coste material: aquí estamos hablando de “hacer números”. ¿Qué recursos económicos necesitamos para llevar adelante el Proyecto? ¿Con qué contamos en este momento? ¿Necesitaríamos algún tipo de asesoría? En nuestro ejemplo, podemos adaptar las tablas económicas de nuestros franquiciadores: qué cuesta alquilar un local y adecentarlo, cuánto vamos a pagar a los profesionales, qué material necesitamos... y cómo vamos a buscar fuentes de ingresos. Hacer esto siempre asesorados, de manera real y lo más clara posible.
  - c. Coste personal: aquí estamos hablando de nuestro tiempo, nuestro esfuerzo y de nuestra disposición. ¿Cuánto estamos dispuestos a dar de nosotros mismos para que el proyecto se ponga en marcha? Cómo no, aquí hablamos de ilusión, de motivación y de entrega. El compromiso surgirá cuando valoremos lo que estamos dispuestos a arriesgar. En el ejemplo: hablaremos de lo que vamos a hacer cada uno por el bien común y por el bien del Proyecto, además de ver el



tiempo que nos va a llevar. Vamos a repartir tareas, vamos a delegar, vamos a CONOCER el grado de compromiso de cada miembro del Equipo. ¿Qué estás dispuesto a hacer? ¿Qué puedes hacer? ¿A qué te comprometes?

4. **Realizar** un pequeño análisis de los riesgos y problemas que puedan surgir. Siempre es interesante detenerse un poco en este punto. Ver y valorar lo que puede suceder (sin obsesionarnos con la anticipación). Esto lo realizamos compartiendo los problemas que nos podemos encontrar y los riesgos que asumimos. Al hablar de lo que nos produce miedo (problemas y riesgos), estamos tomando conciencia de las posibles creencias limitantes que todos llevamos dentro y esto nos ayudará a pasar al siguiente punto. Este análisis, también es interesante realizarlo durante el proceso, las veces que sea necesario. Compartir, dentro del Equipo, siempre es fundamental. No dejar cosas en el tintero y buscar estados enfocados en las soluciones (que ya conocéis). También surgirán, al compartir riesgos y problemas, oportunidades y posibilidades de solución. En el ejemplo que estamos desarrollando, pueden surgir los siguientes miedos: ¿Qué sucede si no llegan pacientes? ¿Cómo podemos hacer con las familias cuando no entienden el problema? ¿Conseguiremos el dinero para continuar? El riesgo de no tener pacientes, de no llegar a los adictos, los problemas de convivencia entre los mismos en los centros etc..., son problemas que aquí y ahora tenemos que hablar los diferentes miembros del Equipo y buscar soluciones para los mismos.
5. **Definir** las acciones correctoras para las desviaciones. Dentro del plan de acción, nos daremos un tiempo para parar y observar lo que está funcionando y lo que no está funcionando. Si nos estamos desviando de nuestro propósito primordial. Observaremos los resultados, tanto del funcionamiento del Equipo, como de lo cerca o lo lejos que estamos de nuestro Objetivo. A partir de aquí, tomaremos acciones correctoras para modificar lo que haga falta, que nos encamine a la solución. Recordar que estamos en un proceso de consolidación de un Equipo y de un Proyecto. Una manera de hacerlo, es abrir una hoja, donde se explica la “tarea” del plan de acción que está “fallando”, y la solución que le vamos a dar. Ahí tendríamos una hoja de seguimiento de dicha acción, donde apuntaríamos cuándo se realiza dicha acción correctora y su resultado. Puede utilizarse para determinados casos con clientes, para el funcionamiento del Equipo y para la consecución de nuestros objetivos. En el ejemplo que vamos siguiendo, este punto lo iremos analizando por semanas o por meses Siempre valorando cómo nos encontramos como Equipo y qué resultados estamos obteniendo. Imaginaros que durante los dos primeros meses, no nos llegan suficientes pacientes para autofinanciar el centro. Nos reunimos los integrantes del Equipo para hablar exclusivamente de dicho problema. Aportaremos nuestras ideas de porqué no llega la gente, o de porqué no llegamos a los adictos. Abriremos una acción correctora: “nos falta más publicidad, estamos bajos de motivación, estamos pasando un mensaje equivocado....” y las posibles soluciones: “vamos a hablar con los centros públicos y los Ayuntamientos para dar conferencias, vamos a hacer cada semana una sesión de motivación, vamos a redefinir el mensaje”. Estas acciones las escribimos y empezamos a hacerles el seguimiento, tal como ya hemos explicado.

Un pequeño resumen que os puede resultar interesante. He trabajado con muchos Equipos multidisciplinares, y detenernos a hacer esto, pese a los resultados tan interesantes que nos puede dar, era una tarea muy “complicada”, por tiempos, tareas, rutinas...pero, desde nuestro punto de vista, a veces es más interesante parar y reenfocar, que seguir con la marea. Es más interesante cerrar el centro, contratar un animador sociocultural (un amigo simpático) que se lleve ese día a todos los pacientes de excursión y que el equipo se centre en su proceso.

Planteamos que tengáis en cuenta lo siguiente:

Podéis utilizar esta plantilla, o cualquier otra plantilla que os pueda servir para verlo con claridad.

Cómo establecer el Plan de Acción.	☺
Cómo averiguar lo que necesito	☺
Qué tareas me comprometo a hacer	☺
Cuál es el tiempo que necesito	☺
Cuál es el coste y los riesgos	☺
Acciones correctoras.	☺

Es muy interesante que lo escribas y por supuesto que lo hagas sencillo.

Define tu Objetivo (vuelve al apartado del Coaching donde se define claramente):

¿Qué necesito?			
Metas concretas			
Actividades/tareas Concretas			
Tiempo necesario			
Coste emocional, personal, material			
Riesgos			
Acciones Correctoras			

Es así de simple. Este sencillo ejercicio, tiene la capacidad de ponerte en marcha. Tómate un tiempo, al final de la Semana (viernes o Domingo), para observar y valorar lo que sí estás consiguiendo y lo que no. Busca acciones correctoras para todo aquello que no estés haciendo.

#### *4.4.- Trabajar con un Equipo Dinámico y Adaptable. Crear el Equipo Interdisciplinar que ejecute el Plan de Acción.*

El Equipo Base, ya está creado en este momento, pero al estar hablando de un PROCESO, pueden ser necesarios otros profesionales con los que no se contaba en un principio. Esto suele suceder en el desarrollo de un Equipo Interdisciplinar, y tenemos que evitar cubrir (los integrantes del equipo) necesidades que no podemos cubrir o bien por desconocimiento o por desbordamiento. La creación de un Equipo Interdisciplinar es también un proceso dinámico, ya que generalmente van surgiendo necesidades que en un principio no estaban previstas.



¿Esto quiere decir que nunca estará creado el Equipo? No, más bien nos dice que tenemos que ser flexibles y ADAPTARNOS a las situaciones. El Equipo Base irá decidiendo las nuevas incorporaciones e incluso informará de si alguien es prescindible en un momento determinado.

Muchos Equipos han dejado de funcionar o han malgastado sus recursos por no tener en cuenta estas Fases y eso es algo que no nos podemos permitir y que no conviene al Proyecto.

Estas Fases (que parten de las necesidades que queremos cubrir y de los servicios que vamos a dar) son las que terminarán creando Equipos eficaces, dinámicos y prácticos.

## *5.-HERRAMIENTAS QUE NOS PUEDEN AYUDAR EN LA CONSOLIDACIÓN DEL EQUIPO.*

### *5.1.-DAFO.*

Ya conocéis esta herramienta, ahora vamos a trabajarla para observar, analizar y valorar el funcionamiento del Equipo. Puedes planteártela, tanto si estás montando un Equipo (que fortalezas necesitarías) como si tienes el Equipo formado y deseas valorarlo y mejorarlo.

Los Grupos, cuando se convierten en Equipos de trabajo y tienen un objetivo Común, tienen la necesidad de Autoevaluarse con regularidad, para observar el camino y observar lo que les funciona y lo que no. La Evaluación también es imprescindible para notar el “pulso” del grupo y observar cómo se encuentran sus miembros.

Observaremos en la evaluación del grupo, los principios por encima de las personalidades, la capacidad de análisis de cada miembro y las aportaciones y potencialidades de los profesionales.

La Evaluación será: sencilla, asertiva y clarificadora.

Para evaluarlo desarrollaremos un plan de mejora a partir de las diferentes aportaciones de los miembros del Equipo ya que tras la Evaluación, aparecerán acciones de mejora (correctivas), y acciones a mantener y reforzar como ya hemos visto.

En este punto, es interesante que realicemos un DAFO (herramienta que ya conocéis del Bloque anterior). En este ejercicio de Evaluación, análisis de la situación, participan todos los miembros del Equipo.

### 1.1 Identificación de las potencialidades/fortalezas del Equipo.

Podemos empezar por definir las FORTALEZAS internas del Equipo y situarlas en la columna correspondiente (arriba y a la derecha). Desde ahí podremos ver con claridad nuestros recursos INTERNOS: profesionalidad, motivación, disposición, creatividad, ganas de trabajar, claridad, formación de los miembros y cualquier otro elemento que sea una potencialidad del Equipo, o de cualquier componente que pueda aportar dicha potencialidad.

Un Equipo Eficaz, es aquel que consigue coordinarse con fluidez para conseguir los objetivos propuestos, aprovechando las potencialidades/fortalezas de cada miembro, que al final hacen que aparezcan las potencialidades del Equipo. Dicha coordinación hacia un Objetivo Común surge desde las fortalezas.

Las potencialidades/fortalezas del Equipo están determinadas por el grado de cohesión del mismo, por la correcta selección de los miembros, por la claridad que tenga cada

miembro de su función dentro del Equipo y del Objetivo Común. Debe existir un adecuado reparto de tareas dentro del Equipo (independientemente de que todos puedan aportar a las soluciones y a la definición de las fortalezas).

También son básicas para que el Equipo desarrolle todo su potencial tener en cuenta el PROYECTO, la comunicación dentro del grupo, el ambiente y la motivación/automotivación. Definiríamos el Proyecto, como aquello que hemos diseñado desde el Objetivo (metas comunes). Un Plan de acción, que cubre una necesidad concreta y que tiene unos pasos a seguir. Generalmente, se plantea un Proyecto, desde una fundamentación (explicamos la necesidad que queremos cubrir), un Objetivo General, que desglosaremos en el Proyecto en Objetivos más Específicos (metas comunes), unos tiempos, una metodología (cómo lo vamos a hacer), y los recursos que vamos a necesitar. Así mismo diseñaremos los indicadores que nos digan si estamos en el camino adecuado

Os proponemos un ejercicio para una buena evaluación y desarrollo del Equipo de Trabajo Interdisciplinar:

Para identificar las potencialidades del Equipo y teniendo en cuenta lo que ya hemos dicho, daremos los siguientes pasos:

- Potencialidades/fortalezas de los miembros (indicadas por los demás). Cada miembro del Equipo indica las potencialidades de sus compañeros en un papel. Luego se ponen en común, o se verbalizan.
- Una vez realizado este simple ejercicio, se observarán con claridad las “Potencialidades del conjunto”. Aquellos elementos que sean muy significativos y/o que se repitan, son imprescindibles.
- Valoraremos dichas potencialidades mirando al Objetivo y compartiremos que aportan.
- ¿Hacia dónde vamos? (cada uno define cómo lo siente).
- Trabajaremos ahora, con la alineación de nuestras potencialidades como Equipo con los valores de la Organización. Observamos si son coherentes, si nos ayudan a alcanzar el Objetivo, y nos indican lo que podemos mejorar.
- Por último dejamos bien claras las potencialidades del Equipo.

### 1.2 Identificación de las debilidades del funcionamiento de sus equipos.

Todos los Equipos de trabajo, tienen sus debilidades, y esto no quiere decir que sean “malas”, más bien, y con lo que hemos visto hasta ahora, son oportunidades de crecer. Para ello es interesante realizar una Evaluación Continua (un Equipo de Trabajo Multidisciplinar es DINÁMICO)

Indicar las debilidades del Equipo, es una valiosa herramienta para encontrar las potencialidades cuando establecemos acciones correctoras.

Para identificarlas, todos los miembros hablan o escriben en un papel, sobre las debilidades que ven en el Equipo.

Para hacer este ejercicio e identificar las debilidades, nos ayudará fijarnos (cada miembro del Equipo) en los Objetivos, en los Valores y en los resultados que estamos obteniendo.

Podemos utilizar también el siguiente ejercicio de Preguntas Poderosas:

1. ¿En qué nos estamos equivocando?
2. ¿Qué movimientos podríamos hacer para superar esta debilidad?

3. ¿Qué estamos haciendo de la misma manera esperando resultados diferentes?
4. ¿Estamos alineados con nuestros valores?
5. ¿Qué puedo aportar al Equipo y no lo estoy haciendo?
6. ¿Cómo son los resultados valorados objetivamente?
7. ¿Estamos satisfechos con los resultados?

Recordar que la pregunta del EGO (que nos suele conducir a nuestras debilidades como Equipo) es ¿Qué me toca hacer a mí?, mientras que la pregunta de Equipo, la pregunta de solución es ¿Qué puedo aportar yo al Equipo? ¿Cómo puedo mejorar el Bien Común?

Por tanto:

- Cada uno define sus debilidades.
- Marcamos las debilidades del conjunto.
- ¿En qué nos estamos equivocando? ¿Qué cosas seguimos haciendo de la misma manera esperando resultados diferentes?
- Mirar el objetivo para descubrir las debilidades.
- ¿Estamos alineados con nuestros valores?

Una vez descubiertas las debilidades, anotarlas y marcar pequeñas acciones para corregirlas y convertirlas en potencialidades.

Las debilidades: falta de comunicación, problemas en la resolución de conflictos, estrés, ansiedad de los miembros del Equipo....son internas (de los miembros y del Equipo) Las vamos resolviendo mirando en la columna de fortalezas que ya tenemos hecha. Ahí pueden aparecer muchas respuestas. Son, generalmente, problemas del EGO (del que ya hemos hablado). Salirnos un poco de nosotros mismos, pensar en el Equipo y plantear soluciones creativas que nos lleven a la solución, es lo que realmente nos interesa para encontrar esas acciones correctivas de las que ya hemos hablado.

1.3.- Amenazas: Aquí, como ya sabéis tenemos las amenazas que nos llegan del ambiente y que situaríamos en la columna de la izquierda, abajo. La competencia, otros tratamientos, otros modelos, otras formaciones.....

Lo interesante de esta columna es tener claras las amenazas que nos llegan del exterior y que pueden minar nuestro proyecto. Hablamos en esta columna siempre de aspectos del ambiente, de fuera de nosotros.

1.4.- Oportunidades: Aquí tenemos una clave interesante, las oportunidades que surgen tanto de dichas amenazas como de nuestras fortalezas y debilidades. Como veréis, trabajar sobre oportunidades es enfocarse en las soluciones, es dejar un poco el problema (que ya tenemos muy analizado), y empezar a observar las oportunidades que emanan del mismo. Una manera de trabajarlo sería, ir aportando opciones de solución de manera rápida y/o observar cada uno desde su propia disciplina primero y desde el conjunto después, qué oportunidades observa. Creemos que es muy importante anotarlas y sentirlas, para ver lo que nos pueden aportar. Recordar que esto vendría situado en el DAFO en la columna de la derecha en la parte de abajo. Sugerimos que mantengáis el FOCO puesto en la columna de la derecha: Fortalezas y Oportunidades, para trabajar con mayor empuje sobre las debilidades y amenazas.

Ya tendríamos pues cómo hacer un DAFO, que podemos trabajar como herramienta de mejora siempre que lo necesitemos.

## *5.2.- LA COMUNICACIÓN DENTRO DEL EQUIPO:*

### **El proceso de comunicación**

PROCESO DE TRANSMISIÓN DE IDEAS + INFORMACIÓN+ MENSAJES.

Dentro de los Equipos de trabajo, la comunicación es el elemento clave para disfrutar y conseguir los resultados óptimos. Si nos comunicamos bien, nos entendemos bien.

Somos seres sociales y necesitamos comunicarnos. Todo es comunicación.

La forma en que entendemos lo que se nos comunica, también tiene que ver con cómo somos, cómo estamos.

### ***Trabajo a realizar dentro del equipo:***

- 1.-Prestar atención a nuestros oyentes. Analizar exhaustivamente a quién nos dirigimos: quién es el oyente, qué sabe del tema, qué necesita de mí, qué le preocupa, cómo va a recibir el mensaje... (En nuestro caso a los adictos, a los familiares, a otros profesionales).
- 2.-Definir y expresar nuestro objetivo: Cuál es el propósito concreto de cada acción comunicativa: qué reacción espero, qué resultados quiero provocar.
- 3.- Estructurar los mensajes: Saber exactamente qué se quiere decir y analizar cuál es la mejor manera para decirlo.
- 4.- Ganar credibilidad: La emotividad y los sentimientos en el mensaje son garantía de que este durará por más tiempo en la mente de las personas a las que va dirigido.
- 5.- Buscar la sorpresa: Para hacer que los mensajes sean retenidos por los oyentes durante más tiempo, es conveniente introducir historias o hechos sorprendentes que generen emoción y curiosidad.
- 6.- Cuanto más sencillo, mejor: Los mensajes han de ser, en todo momento, claros y concisos. De otra manera se corre el riesgo de que se pierdan entre más ideas.
- 7.- Sin mentiras: Eludir la verdad no hará más que complicar la situación. La verdad es un valor que si cultivamos, no nos abandonará nunca.
- 8.- Meditar, trazar y cumplir todas y cada una de las etapas anteriores. Solo de esta manera el plan de comunicación tendrá los resultados buscados.

Barreras en la comunicación dentro y fuera del Equipo:

- **Barreras internas:** Todo aquello que nos impide comunicarnos con eficacia y claridad entre los diferentes miembros del Equipo. Lo hemos hablado ya, todo aquello que parta del EGO, de “mis razones como profesional” y que me impida escuchar a otros profesionales del Equipo. En estas barreras, también aparece la gestión del tiempo (no encontrar tiempo para compartir lo que nos pasa, lo que

deseamos expresar y la dispersión (estar en múltiples tareas a la vez, sin poder centrarnos en una en concreto), sobre todo cuando estamos comunicándonos.

- **Barreras externas:** Todo aquello que existe en el ambiente como elementos estresores y que de alguna manera impide que nos comuniquemos con mayor claridad y eficacia. No saber decir lo que queremos decir, el “ruido” de las prisas, las tareas pendientes, la cotidianidad...
- **Dificultad para la empatía:** Cuando tenemos dificultades para sentir el proceso de otro miembro del Equipo, lo que le pasa y lo que está viviendo, la comunicación se puede cerrar y volver a lo que ya hemos llamado como la “cárcel del EGO”, donde perdemos la oportunidad de ser y estar con el otro y de apoyarle en lo que sea que le esté pasando.
- **El dilema de las Habilidades Sociales:** Las habilidades sociales en la comunicación, son imprescindibles y necesarias para que el mensaje fluya con eficacia. Son habilidades marcadas por tres variables fundamentales que tenemos que entrenar: la Eficacia (tener claro lo que tenemos que comunicar), la Asertividad (hacerlo con respeto hacia el otro y hacia nosotros mismos) y la comodidad emocional (estar en una postura cómoda a nivel emocional, es decir, cuando comunicamos hacerlo desde emociones de bienestar).

Tener en cuenta estos elementos:

- 1 La escucha activa. Escuchando creamos un clima de confianza para la comunicación y demostramos interés por nuestro interlocutor. Escuchando caeremos bien a los demás. Escuchar de manera activa significa estar en el momento de la Comunicación con los cinco sentidos. Estar “vacio”, centrado en el interlocutor y con los cinco sentidos para comprender.
- 2 La empatía. Variable del Ser Humano básica para la Comunicación: el ejercicio de “ponerse en el lugar del otro”, mejora la Comunicación, hasta convertirla en eficaz.
- 3 La asertividad. El respeto por mis necesidades y la comunicación de las mismas con RESPETO al otro, es la asertividad, y es la base de un ambiente marcado por la efectividad, la comodidad y el respeto.

## *6.- REFLEXIONES Y ELEMENTOS QUE PUEDEN AYUDAR A ENRIQUECER UN EQUIPO.*

### *6.1.- Algunos requisitos imprescindibles para el Trabajo en Equipo.*

Como hemos ido viendo durante todo el temario, donde marcamos lo básico para iniciar un buen Equipo de Trabajo Interdisciplinar, observamos que aparecen algunos requisitos que es necesario recordar:

- La Comunicación entre los miembros del Equipo, implica la capacidad para ponerse en lugar del otro (empatía) y valorar los puntos de vista de los demás. Expresar con claridad y honestidad, dentro del Equipo, las propias opiniones y sentimientos.
- Partir del reconocimiento de que cada uno aporta al éxito del Proyecto y al rendimiento del Equipo, de acuerdo con sus habilidades, potencialidades, fortalezas y características particulares. Todos aportan.
- Ver al Equipo como un sistema, donde el TODO es más que la suma de las diferentes partes.
- Como siempre recordar el Objetivo Común, los valores de la Organización y las estrategias (flexibles) a seguir dentro del Plan de Acción.

- Recordar que las metas comunes tienen que ser claras, medibles y realistas. Todos estaremos de acuerdo en ellas.
- Trabajando en Equipo, conoceremos perspectivas diferentes, desarrollaremos nuestras habilidades sociales, atenderemos juntos la resolución de conflictos y tendremos más posibilidades de motivarnos y enfocarnos en las soluciones.
- Aumenta la capacidad para comunicarse con expertos de otras Áreas. Entender la diversidad dentro del Equipo como un valor añadido y como un potencial.

¿Qué sucede en los Equipos cuando no se toman su tiempo para “trabajar en Equipo”?  
Generalmente, se pierde eficacia, se trabaja sobre lo urgente y nos abandonamos a la rutina. Aparece la ansiedad, el estrés, la falta de motivación y los malos resultados.

*Importante: cuando el Equipo no funciona en todo su potencial, o esté en una posición incómoda, haz una parada, revisa y toma tu tiempo para valorar y compartir (con lo que hemos visto en este tema) el funcionamiento del Equipo.*

Después de lo que has trabajado, estudiado, leído. ¿Qué te sugieren estos vídeos?

1.-Excelente vídeo sobre trabajo en Equipo:

<https://youtu.be/16NTIAX7cw8>

2.-En Equipo mejor:

<https://youtu.be/i-3RsCsJHvs>

3.- Seamos gansos.

<https://youtu.be/K5G8gRvx7nQ>

## *6.2.- La empatía como pilar básico y fundamental del Trabajo en Equipo.*

**1.-Empatía** es tratar de comprender, DESDE EL SISTEMA DE CREENCIAS DEL OTRO (del interlocutor), la lógica de su respuesta frente a las circunstancias.

Empatía es VALIDAR y no juzgar la opinión del otro miembro del Equipo.

“Mirar por la ventana del otro”

“Mirar con los ojos del otro”



Intentar esto, dentro del Equipo de trabajo, nos ayudará a desarrollar la fuerza del equipo.

Podéis empezar a desarrollar las siguientes competencias para trabajar la empatía (como otra competencia) en el trabajo, que os aportará una postura diferente. Un profesional que ha desarrollado la empatía, es siempre un profesional que se encuentra más cerca de un estado de flujo (ver tema sobre Inteligencia Emocional) y mucho más cerca de las soluciones. La empatía puede cambiar el clima en el Equipo de trabajo, por ello, volvemos a hablar de ella aquí.

La empatía te da información, te ayuda en la comunicación, te aporta otra mirada al problema, te ayuda a trabajar en Equipo...

Necesidades para la empatía:

1. **Vaciarse:** estar mental y emocionalmente vacío. Hablamos de ello con amplitud en el bloque VI en el apartado del Coaching
2. **Calibrar:** La calibración es la máxima expresión de la observación. Hablamos de centrarnos en las expresiones no-verbales de la comunicación, ver los cambios que se producen en los procesos de comunicación con el otro o los otros. Analizamos, con naturalidad y atención, los movimientos de la persona que tenemos delante. Esto nos ayuda a interpretarlos adecuadamente y a eliminar, en muchas ocasiones los juicios y las suposiciones.  
La calibración supone reconocer con precisión el estado de otra persona, lo que otra persona siente, mediante la lectura o interpretación de sus signos no-verbales. Es ver, percatarse y observar. Dentro del Equipo de trabajo, observar cómo están tus compañeros, sentirlos y atenderlos, mejora el flujo y las sinergias dentro del Equipo.
3. **Sinergia dentro del Equipo:** sincronía entre los pensamientos, acciones y reacciones de los miembros del Equipo. La sinergia dentro del Equipo es un resultado. Es el resultado de seguir los pasos que os hemos ido marcando dentro de este Bloque. La sinergia es la unión de las fuerzas, las causas, los caminos y las energías del Equipo hacia un bien común.

### *6.3.- Conclusiones del trabajo en Equipo.*

Sin duda, la mejor manera de aprender a trabajar en Equipo, es trabajando en Equipo, sintiendo en Equipo. En nuestra experiencia, tomar conciencia de algo tan básico como lo que hemos ido observando durante este capítulo, nos ayuda a ver las Bases para establecer un buen Equipo de trabajo.

- Objetivo claro para todos los miembros del Equipo. Establecimiento de un Plan de Acción a partir del Objetivo.
- Organización y reparto de tareas en función del Objetivo (y su Plan de acción) teniendo en cuenta las características de cada profesional.
- Trabajar para el Bien Común, atendiendo a la pregunta del Equipo y dejando de lado la pregunta del EGO.
- Trabajar desde la Unidad (y tomar conciencia de cuando no lo estamos haciendo).

- Establecer una buena Alianza y cumplirla.
- Utilizar de manera continua el paradigma Ganar/Ganar.
- Analizar con un DAFO, la situación del Equipo.
- Valorar y analizar la Comunicación dentro del Equipo.
- Preguntarnos por el grado de satisfacción y por el grado de consecución, en referencia al resultado.
- Establecer sinergias y enfocarnos en las soluciones.
- Trabajar la Inteligencia Emocional dentro y fuera del equipo.

Al final, se trata de ir a lo esencial, a lo que os ayuda a cubrir vuestra necesidad.