

Terapia Multifamiliar Intensiva en Salud Pública: Aplicación de un dispositivo (EMIT) en Trastornos del Uso de Sustancias

Intensive Multifamily Therapy in Public Health: Application of a device (EMIT) in Substance Use Disorders

Facundo Cocola^a

^aEspacio de Prácticas Itinerantes en Estudios Sistémicos (Espacio PIES). Plan Provincial de Adicciones, Ministerio de Salud de Mendoza, Argentina. facundococola@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 04-09-2020

Primera revisión: 31-10-2020

Aceptado: 30-11-2020

Palabras clave

terapia multifamiliar sistémica; trastornos del uso de sustancias; salud pública

Keywords

systemic multifamily therapy; substance use disorders; public health

Resumen

Se describe un dispositivo terapéutico (EMIT), que consiste en un encuentro multifamiliar, intensivo y transdiagnóstico, mediante el cual se trabaja durante dos días consecutivos con un gran número de familias que presentan uno o más miembros con Trastornos del Uso de Sustancias. Con el propósito de optimizar la presencia de las familias en las instituciones, como así también cuidar y efectivizar el recurso humano disponible, el dispositivo incluye intervenciones *bottom-up* de alto impacto terapéutico, basadas en la integración de la terapia familiar sistémica, teoría del apego, regulación emocional y la resiliencia ecológica. Su aplicación está pensada para contextos de gran vulnerabilidad social, y ha sido especialmente diseñado para instituciones estatales-públicas que atiendan esta problemática, aunque su instrumentación no se restringe a ese contexto. Los encuentros se llevan a cabo mediante prácticas colaborativas, apoyadas en guiones terapéuticos pre-configurados, y las actividades se encuentran divididas por tres rituales y cuatro técnicas cada día. Durante el primer día, el foco de trabajo se sitúa en el desbloqueo emocional y disminución de la inercia relacional disfuncional. El segundo día se estimula el desarrollo de recursos familiares saludables. Se exponen los resultados obtenidos y futuros campos de aplicación.

Abstract

A therapeutic device (EMIT) is described, which consists of a multi-family, intensive and transdiagnosis meeting, through which a large number of families with one or more members with Substance Use Disorders are worked for two consecutive days. With the purpose of optimizing the presence of families in institutions, as well as caring for and making available human resources, the device includes bottom-up interventions of high therapeutic impact, based on the integration of systemic family therapy, attachment theory, emotional regulation and ecological resilience. Its application is designed for contexts of great social vulnerability, and has been specially designed for state-public institutions that address this problem, although its implementation is not restricted to that context. The meetings are carried out through collaborative practices, supported by pre-configured therapeutic scripts, and the activities are divided by three rituals and four techniques each day. On the first day, the work focus is on the emotional unblocking and reduction of dysfunctional relational inertia. The second day encourages the development of healthy family resources. The results obtained and future fields of application are exposed.

“Tanto se les pide a los padres, y tan poco se les da” escribía Virginia Satir (1988, p. 216), en una clara alusión al contraste entre las exigencias sociales hacia la parentalidad, y el escaso apoyo que se le brinda a quienes deben ejercerla. La frase, aunque en menor medida, hoy continúa vigente, e inclusive puede extrapolarse a grupos específicos en el campo de la salud mental, tal como es el caso de las familias que presentan uno o más miembros con Trastornos por el Uso de Sustancias (TUS) (American Psychiatric Association [APA], 2013); o algún trastorno adictivo en general.

Es frecuente ver a estas familias exigidas con cierta alevosía por los profesionales de la salud, y criticadas por gran parte de la sociedad. Son familias que han quedado relegadas de las teorizaciones y programas de tratamiento cuando se las compara con otros cuadros clínicos (Cócola, 2018). En la práctica cotidiana, la balanza aparece desequilibrada entre la crítica y el apoyo ofrecido, incliniéndose ampliamente a favor de la primera opción.

Este fenómeno se da inclusive en los propios trabajadores de la salud mental. Tal como menciona Linares (1997), un amplio sector de la psiquiatría y la psicología prefirió atender a pacientes con una carta de presentación más bien sumisa, y autoculpabilizadora, como son los pacientes depresivos, en lugar de ofrecerse con el mismo entusiasmo a personas con un estilo desafiante, como suele darse en los trastornos adictivos.

Así, estas familias han pasado a ser quizás de las más incomprendidas. Esto ha generado que sean, explícita o implícitamente, excluidas del sistema de salud en general, y que ocupen un lugar periférico en la salud mental. Sin ir más lejos, en la actualidad la denominación del departamento máximo de salud mental en Argentina es: “Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones” (Ministerio de Salud, Argentina), nombre deja en evidencia la disociación mencionada.

Una buena parte de los trabajadores del sistema de salud se dirigen a estos pacientes de forma distante, defensiva o normativa, y en un estado de alerta permanente por las posibles manipulaciones de los cuales puedan ser víctimas; socialmente esa es la representación que impera sobre estas personas. Quienes asisten a los pacientes de esta manera, no caen en la cuenta de que ese proceder confirma la desconfianza relacional que suele estar a la base del problema de consumo (Khantzian, 1997, Flores, 2001, 2004; Padykula y Conklin, 2010). Esto colabora en que estas personas continúen deambulando por fuera del sistema de salud, y sean alcanzadas en primera instancia por instituciones de control, en lugar de arribar a servicios terapéuticos.

Puntualmente en salud pública, al menos en Argentina, los centros de atención para personas que presentan TUS suelen funcionar de manera disociada: por un lado, trabajando con los pacientes, y por otro atendiendo a las familias, salvo honrosas excepciones. Aún cuando el encuentro entre ambas partes se da, este oscila entre indicaciones hacia los padres sea para que pongan límites firmes o para que no sean invasivos, e indicaciones hacia los hijos para que acepten las normas impuestas por los padres, y para que se despeguen de su familia de origen. La temática redundante en eso, sin considerar la complejidad de factores que participan en el desarrollo y sostenimiento de la problemática, y mucho menos el sufrimiento familiar (incluyendo al paciente identificado) que implica atravesar una situación así.

En base a lo mencionado, una de las motivaciones de la realización del presente trabajo es la de reparar algo de la desconsideración sufrida por estas personas. Para ello, se ofrece una modalidad terapéutica grupal, en la cual se procede de un modo sumamente cálido y empático con cada miembro del sistema, pero no por ello resulta menos potente ni más ingenuo que el tradicional abordaje confrontativo en adicciones.

Así, en las páginas siguientes, se describirá un dispositivo terapéutico (EMIT) que consiste en un encuentro multifamiliar, intensivo y transdiagnóstico, mediante el cual se trabaja durante dos días consecutivos, con un gran número de familias que presentan uno o más miembros con Trastornos del Uso de Sustancias. Ha sido pensado para contextos de gran vulnerabilidad social, y especialmente diseñado para instituciones estatales-públicas que atiendan esta problemática. El trabajo que se lleva

a cabo posee una dirección bottom-up (iniciando por la contención emocional, para luego pasar a aspectos racionales) e incluye actividades de alto impacto terapéutico, favorecidas por rituales que potencian las intervenciones que se dan en ellas. Dichas intervenciones, están basadas en la integración de la terapia familiar sistémica, la teoría del apego, la regulación emocional y la resiliencia ecológica.

El clima de trabajo en el cual se desarrolla la tarea busca ser agradable, colaborativo, y transmitir sensaciones de bienestar y unión. De esta manera, pretende aprovechar al máximo el paso de las personas por los servicios de salud, establecer una relación terapéutica segura entre la institución y la familia, como así también favorecer la adherencia al tratamiento de todos los implicados y, a la vez, optimizar y cuidar el recurso humano disponible.

Otro punto a mencionar, es que el primer axioma de la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) ha sido considerado al máximo, en pos de la consecución de los objetivos que se plantea cada actividad. Para esto, el uso del cuerpo, el tiempo, el espacio y el ambiente, son aspectos que han sido tenidos seriamente en cuenta, para ser utilizados de manera intencional como transmisores de mensajes implícitos dirigidos hacia la salud y la funcionalidad familiar.

El dispositivo ha sido construido por el autor del presente artículo, e implementado por él junto al equipo que coordinó en el Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) de Las Heras, perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza, Argentina. Este centro se encuentra ubicado en una zona urbano-marginal, y la población que asiste es homogénea en cuanto a la situación de pobreza en la que se encuentran, caracterizada por falta de espacios de inclusión social, escasa escolarización y condiciones de precarización laboral.

Las bases teóricas sobre las cuales se asienta esta práctica se encuentran explicadas en el artículo “Tratamiento Sistémico Integrativo en Trastornos del Uso de Sustancias: Presentación de una Meta-Intervención (MIT)” (Cócola, 2020, en evaluación). Además, el presente trabajo se apoya en los resultados de la investigación realizada por el autor para su tesis doctoral, la cual, a grandes rasgos, informa acerca de los trastornos de apego que se encuentran en estos pacientes a la base de su problemática, con las concomitantes dificultades para aceptar, expresar y regular su mundo emocional. Todo esto acompañado por un contexto relacional que suele presentar un funcionamiento familiar extremo en los polos de cohesión y flexibilidad, evidenciando altos niveles de rigidez y distanciamiento afectivo desde la percepción del paciente.

La idea inicial fue supervisada por el Dr. Alfredo Canevaro, a quien se le consultó (Comunicación personal, 22 de febrero del 2019) debido a su amplia experiencia en grupos multifamiliares llevados a cabo en Italia (Canevaro y Bonifazi, 2011). En el mismo sentido, el trabajo que aquí se presenta sigue la misma lógica que lo postulado por Canevaro (2012), al propiciar inicialmente momentos de fuerte conexión afectiva y apoyo entre la familia de origen del paciente, previo a la instancia de emancipación.

Resulta necesario señalar que, si bien esta modalidad terapéutica ha sido diseñada para su aplicación en salud pública, para nada su implementación se restringe a ese espacio, pudiendo ampliarse a otros sectores sociales y campos de acción, ya que este trastorno no discrimina por nivel económico, aunque tiene profundo impacto en la población de mayor vulnerabilidad social. De la misma manera, si bien la confección ha estado pensada para población con TUS, su instrumentación puede trasladarse con facilidad a otras áreas clínicas.

Antes de pasar a describirlo, se comentará de forma breve cuales fueron las condiciones en las cuales se construyó el dispositivo, ya que éstas contextualizan y dan sentido a lo que sucede durante su aplicación. Posteriormente, se explicará su denominación (EMIT) y se describirán las actividades que lo componen, para finalmente pasar a comentar las experiencias vividas, resultados obtenidos, y otras posibles aplicaciones del mismo.

2.1 HISTORIA, FUNDAMENTO Y MISIÓN

El trabajo con grupos Multifamiliares en el CPAA de Las Heras inició en el año 2011. Desde ese año, hasta el 2020, se implementaron distintas modalidades grupales que se fueron puliendo con el correr del tiempo, hasta que en el año 2019 se llega a la versión que aquí se presenta.

Con el transcurrir de las experiencias previas, fue quedando claro que había que invertir el camino terapéutico que estábamos intentando llevar adelante, y adaptarnos a lo que la clínica imponía. En una primera instancia, debíamos virar desde la transmisión de información hacia la contención emocional. Como así también girar de la confrontación con la disfuncionalidad hacia el apoyo afectivo cercano, y de la impotencia profesional a la potencia institucional. De la misma manera, necesitábamos invertir las exigencias iniciales: al comenzar el tratamiento la institución era la que debía adecuarse a las familias, y no al revés.

Parte de esta adecuación implicaba la toma cabal de conciencia de la situación cotidiana que viven estas personas, donde ni la comida ni el techo están asegurados en muchas ocasiones. Si se las iba invitar a participar, se debía hacer una propuesta que reuniera las condiciones para que pudieran asistir de principio a fin. Esto garantizaría la sensación de logro familiar, y el trabajo cumplido por parte del equipo. Otro cambio en este sentido, surgió a partir de comprender que la primera relación a consolidar no debía ser entre un solo profesional y la familia, sino que, inicialmente, había que estrechar una relación segura de las familias con el sistema institucional completo.

En los días en que acontecía ese proceso, la lectura de un artículo de Adèle Lafrance et al. (2014) fue un gran estímulo para hacer la propuesta actual. En dicho trabajo, la autora y sus compañeros también presentan un dispositivo transdiagnóstico de dos días de intervención, para trastornos de alimentación. Aunque desarrollan sus intervenciones exclusivamente con los padres, y se basan en un entrenamiento psicoeducativo parental para el apoyo emocional, sin incorporar a los pacientes ni a otras personas cercanas ni aspectos que incluyan la organización o la dinámica relacional. No obstante, la toma de contacto con esta manera de trabajar, que según los autores presenta muy buenos resultados, dio ánimo para hacer encuentros multifamiliares intensivos, lo cual era una idea que venía gestándose hace tiempo, pero implicaba un fuerte movimiento institucional. Con este panorama, el autor del presente artículo aprovechó un viaje para diseñar el dispositivo en su versión final, al menos por ahora.

2.2 ISOMORFISMO ENTRE EL CONTEXTO DE GESTACIÓN Y EL CONTEXTO DE APLICACIÓN

Permítanme escribir el siguiente fragmento en primera persona del singular, ya que resulta el tiempo verbal que mejor representa lo que sucedió. Luego continuaré desarrollando el artículo tal como venía haciéndolo con anterioridad.

“¿Cómo hacer para que los pacientes sientan esta paz?”, anoté en mi cuaderno de hojas lisas, mientras descansaba en las playas de los Cayos de Cuba, a las cuales visitaba por primera vez. Frente a mis ojos se dibujaba un cuadro impresionista de un azul deslumbrante, con ese típico degradé que forma la conexión entre el sol y el mar, donde aparecen turquesas, celestes y verdes, en una alfombra de agua movidiza, pero tranquila. A mi costado, mi reciente esposa y, más retirados, algunos canadienses o rusos, que bien aprovechan los descuentos que ofrecen los convenios bilaterales. Recostado en la reposera, escuchando en mis auriculares el piano que abre la canción “De mi” de Charly García, sintiendo la brisa en el pecho, con un calor incesante pero plácido, me sentí sumamente privilegiado, y comprendí en mi piel que hay contextos donde generar salud mental es mucho más sencillo. Recordé lo que me había contestado un paciente tras consultarle la dirección de su casa: “Vivo por la calle Dorrego, en el toldo verde”. No había numeración, mucho menos paredes ni techo de material. En el toldo verde vivía él, sus hermanos, sus medios hermanos, su madre abnegada, su padre itinerante, y su abuela cosechadora. En el toldo verde ellos, con los pies en la arena y la vista

en el velero estaba yo. Fui consciente de que probablemente ninguno de mis pacientes conocería un lugar como en el que yo me encontraba. Muchos nunca saldrán de Mendoza, provincia hermosa de la Argentina, de la cual se puede admirar la Cordillera de Los Andes desde cualquier punto, pero con todo un mundo natural y cultural más allá de sus fronteras.

No es que el viajar sea la solución, muchas personas son felices donde están. No es ese el punto. Lo importante son las sensaciones que se viven bajo ciertas circunstancias, como puede ser en una playa en tu luna de miel, a la orilla de un lago junto a amigos o, por qué no, en un grupo multifamiliar.

No podía llevar a las familias a Cayo Coco ni a Playa Pilar, pero podía generar las condiciones para que sintieran una tranquilidad semejante a la que habitaba en mí en ese momento. Me puse a pensar cuáles eran esas condiciones, e identifiqué de forma rápida cinco: necesidades básicas satisfechas, comodidad, música, aire libre y cálida compañía. Pensé que era sencillo generar un espacio de encuentro con esas características. Bastaba con utilizar el amplio jardín con el que contábamos en el CPAA, poder garantizar el desayuno y demás comida que fuera necesaria, buscar banquetas, sillas, colchonetas cómodas, un parlante potente, y transmitir un clima relacional cálido. Además, creí importante que el futuro encuentro estuviera atravesado por una actitud optimista, colaborativa, de respeto y cuidado mutuo, donde los participantes la “pasen bien”. Tenía que ser un dispositivo muy “vivo”.

Había un último punto, pero no menos importante. Podía intentar trasladar la belleza que me rodeaba hacia el lugar de reunión. Para ello debía construir un dispositivo donde primara la armonía entre todos los componentes que conformaban al sistema que se iba a generar al reunirnos: familias, profesionales, administrativos, comunicación de consignas, coherencia entre lo indicado y la manera de dirigirnos, claridad en los mensajes, sonidos, y movimientos sistémicos estimulados por las actividades y rituales que llevaríamos adelante. Anhelaba construir un dispositivo estético, como esas obras de artes dinámicas, compuestas de muchas partes que tienen movimiento propio pero que en conjunto forman un solo movimiento grupal.

Al regresar a Mendoza compartí la idea con los colegas que me iban a acompañar en el primer encuentro. Nos reunimos de noche, a cenar, ya que me parecía que inclusive ese pre-encuentro entre los “facilitadores” debía darse en un contexto distendido, donde impere lo relacional y genere cohesión entre nosotros (el ritual de cenar por la noche, previo al EMIT, se mantuvo a lo largo de todos los encuentros siguientes). Durante esas semanas la inspiración se hizo presente con una intensidad absoluta, así que procuré aprovecharla. Nuevamente lapicera y cuaderno en mano, terminé de confeccionar el dispositivo cuya estructura había diseñado unos días atrás, donde la tranquilidad fue un paréntesis dentro del huracán interno que me encontraba viviendo... Aunque eso, por supuesto, excede al presente artículo. Luego sucedieron una serie de reuniones con el resto del equipo, y, finalmente, se puso en marcha el dispositivo que se presenta a continuación.

3. PRESENTACIÓN DEL DISPOSITIVO “EMIT”

3.1 DENOMINACIÓN

El nombre *EMIT*, responde a las siglas de: Encuentro Multifamiliar Intensivo Transdiagnóstico. Se explicará cada concepto por separado.

- Encuentro: Es la primera reunión entre el grupo de familias y la institución completa. Se lleva a cabo con aquellas que tienen uno o más miembros con problemas de consumo, y que están en los primeros dos meses de tratamiento. A su vez, se denomina encuentro ya que es uno solo, con principio y fin. También, dicha taxonomía tiene que ver con el espíritu del dispositivo, el cual busca intencionalmente ir hacia el encuentro de las familias, en el sentido del poder conocerlas, comprender su sufrimiento y estrechar una relación segura. Es la antesala de las entrevistas terapéuticas que cada sistema mantendrá al finalizar el EMIT.

- **Multifamiliar:** Del dispositivo participa un gran número de familias, hemos llegado a trabajar con ocho a la vez. Por familia, se entiende aquellas personas que el paciente identificado considera como tal y desea que participen del encuentro. Asisten de manera conjunta todos los miembros del sistema, incluido el paciente identificado.
- **Intensivo:** La intensidad se debe tanto a factores cuantitativos como cualitativos. El primero de estos aspectos tiene que ver con el tiempo de trabajo en continuado: es un encuentro que se realiza en dos días consecutivos, con una duración de cinco horas de trabajo por día. También, pensando en cantidades, son numerosas las actividades que se desarrollan por día en comparación con otros dispositivos terapéuticos, como así también las áreas clínicas que se abarcan. Por otra parte, la vivencia es sumamente intensiva, atravesada por sensaciones de unión grupal, con expresiones afectivas explícitas y cargadas de emotividad.
- **Transdiagnóstico:** El único criterio de agrupabilidad que tiene el dispositivo es que alguno de los miembros de la familia presente un trastorno adictivo y que no esté intoxicado al momento de participar. Pero, como sabemos, el problema de consumo puede darse a lo largo de todo el espectro de las estructuras de personalidad (Cócola, 2018). De esta manera, puede que la persona tenga una psicosis, un trastorno de personalidad, un cuadro depresivo, o que el consumo se haya iniciado por algún acontecimiento traumático, en cualquiera de los casos todos pueden participar por igual. También, puede que uno de los participantes sostenga un consumo moderado y, en cambio, la situación de otro revista mayor gravedad. Nuevamente, todos pueden participar. Tampoco hay límite de edades para vivir la experiencia. Solemos sugerir a las familias que, en la medida de lo posible, dejen a los niños menores de 10 años al cuidado de algún familiar, pero no hay ningún tipo de restricción con respecto a eso, ya que es preferible que asistan con los hijos o hijas a que no concurren, o que por quedarse al cuidado de los niños se ausente algún adulto del sistema familiar cuya participación sería relevante. Los criterios de agrupabilidad muchas veces — sobre todo en salud pública — tienden más a excluir que a incluir, siendo un obstáculo en lugar de un facilitador con respecto a la accesibilidad a espacios terapéuticos. Así, el EMIT prácticamente ha sido despojado de criterios de inclusión. Se protege al grupo a partir de un encuadre claro de trabajo, confiando en la autoregulación del sistema, e interviniendo para evitar transgresiones que perjudiquen el desarrollo de las actividades; cosa que por cierto pasa muy poco. Por otra parte, en caso de que la persona asista bajo estado de intoxicación, el subsistema del equipo profesional se dedica a contenerla, brindarle los primeros auxilios (ofrecerle un té, no dejar que se quede acostada boca arriba, protegerla de golpes, etc.) y, de ser necesario, llamar al servicio de emergencia. De esta manera, el equipo oficia como modelo para el resto de los asistentes sobre cómo intervenir en una crisis.

4. APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO

4.1 PRE-ENCUENTRO

Las tareas previas son tan importantes como las actividades que se realizan los días del encuentro, e inclusive forman parte del dispositivo en sí mismo; así como la preparación de la tierra permite la siembra y su posterior cosecha. El pre-encuentro debe seguir cierta sistematización, básicamente por dos motivos: primero, para no saltarse ningún punto, ya que todos son esenciales. Segundo, para que cuando se lo desee hacer nuevamente, se haya asimilado el recorrido a transitar por todos los integrantes de la institución. A continuación, se destacan los puntos precedentes a tener en cuenta.

- **Convencimiento institucional:** Toda la institución debe saber en qué consiste el dispositivo, cuáles son sus objetivos, y por qué es necesario la participación de todos. A su vez, debe haber cierto trabajo de persuasión y motivación a los fines de propiciar una actitud positiva y colaborativa. Algunas personas estarán directamente implicadas, mientras que

otras lo harán de manera indirecta, sosteniendo el resto de tareas institucionales los días en que se lleve a cabo el EMIT. La mayor parte de la institución debe estar convencida de llevar adelante la actividad, ya que implica un importante reorganización y distribución de roles en esos días. El mensaje transmitido desde la organización debe ser coherente entre los distintos actores que la componen. Por ello, el grupo de trabajo debe dedicar un tiempo previo a hablar con todas las personas que conforman el lugar de trabajo: personal de limpieza, seguridad, administrativos, profesionales, y usuarios del servicio.

- Invitación a pacientes y familias: La invitación juega un papel preponderante, de ello depende que haya, o no, un grupo con el cual trabajar. Cabe aclarar, que la participación de los invitados es totalmente voluntaria, sin ninguna obligatoriedad que condicione su posterior tratamiento. La invitación se hace dentro del consultorio, en la entrevista de admisión, o en alguna de las próximas entrevistas que siguen con el paciente. Se le explica de manera general en qué consiste el EMIT, sin ahondar en demasiados detalles. Se destaca la importancia de su participación y la de su familia, ya que se considera que este es un problema familiar y no meramente individual. En un principio, nuestra invitación se hace extensa desde el paciente hacia todo el grupo conviviente, pudiendo expandirse hacia el resto de la familia o red social próxima de la persona (Sluzki, 2002). Sugerimos al paciente que invite a quienes él considere su familia, y desee que participen; no condicionamos de ninguna manera este punto, pudiendo, en caso de que el paciente consulte, mencionar algunas personas cuya participación sería bienvenida. Se le recuerda que les aclare a sus allegados que el segundo día de trabajo no se pueden incorporar personas nuevas.
- “*Preflight checklist*”: La tripulación de un avión debe seguir de manera sistemática una lista previa al vuelo, a través de la cual revisan que estén dadas las condiciones para despegar. Algo similar es lo que se hace en este paso. Se confecciona una lista con todo lo necesario para que pueda “despegar” el EMIT y que no sufra interrupciones que corten la dinámica de trabajo. La revisión, armado de la sala, y disposición de materiales, es realizada por los administrativos de la institución. Así, estas personas cobran un papel muy activo y relevante en el dispositivo. Con esto no solo se busca distribuir tareas, sino también dar valor al trabajo de todo el equipo. A su vez, el subsistema profesional puede dedicarse a concentrarse específicamente en las cuestiones técnicas los dos días del EMIT.
- Reunión entre los facilitadores I: Días previos al encuentro, tal como fue mencionado en la introducción, se realiza una reunión entre los facilitadores del EMIT, donde se recuerdan las actividades de ambos días, se dividen las tareas, se corrigen aspectos a modificar, etc. Se sugiere que dicho encuentro no se lleve a cabo dentro del contexto laboral, sino en algún otro lugar, y en un horario distinto al habitual. “Ritualizar” esta reunión genera pertenencia y cohesión. No es necesario que asista todo el equipo que forma parte de la institución, pero sí es fundamental que participen tanto el coordinador/a como los/las facilitadoras.
- - Armado de Sala: Las sillas de los facilitadores deben disponerse en línea horizontal, formando la base (base segura) donde el cirulo de participantes se apoya y se cierra. Además, la mesa con materiales y comida debe ubicarse detrás de los facilitadores, de manera que estén al alcance de ellos, y a su vez no interrumpan la visión ni la forma del grupo.

Por supuesto que esta es una ubicación ideal, pero en caso de que las condiciones del lugar no lo permitan, claramente el dispositivo puede adaptarse a ubicar los lugares en la forma en que sea posible en ese espacio. Debajo se presenta la disposición que utilizamos en el EMIT (la cantidad de familias y miembros es solo a modo de ejemplo):

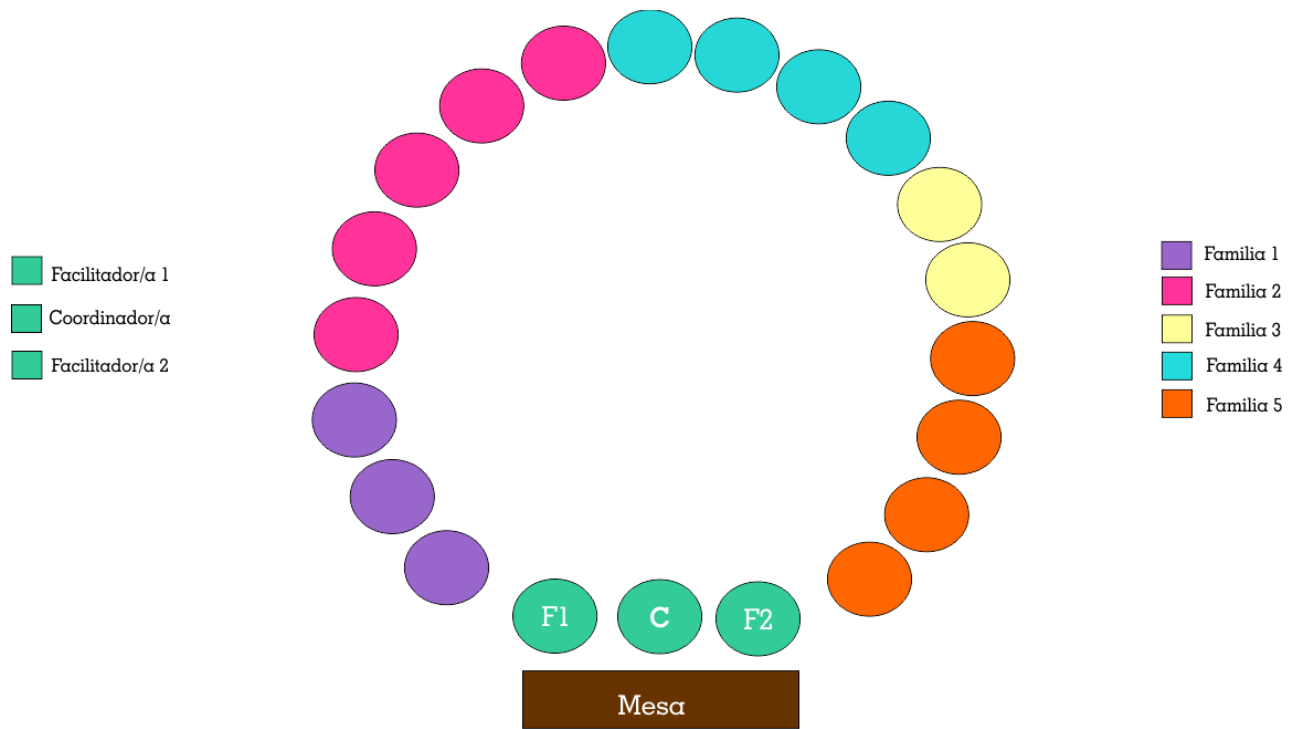


Figura 1. Disposición Inicial de los lugares en el EMIT

- **Música:** La música desempeña un papel relevante en el EMIT, estando presente al comienzo, durante su desarrollo, y al cierre de cada día. Su uso persigue el objetivo de generar el clima que se busca en cada instancia del encuentro, a los fines de que las intervenciones tengan mayor potencia terapéutica, y que la vivencia se total: física, racional, emocional, y sensorial. La música, utilizada en el momento justo y elegida adecuadamente, puede ser una intervención en sí misma, haciendo vibrar fibras íntimas donde las palabras a veces no llegan; evocando lugares, personas, y fabricando nuevos recuerdos que encontrarán anclaje en los sonidos contextuales. Cada instancia del EMIT cuenta con su propia lista de reproducción abierta y pública¹.
- **Reunión entre los facilitadores II:** El mismo día en que se da inicio al “EMIT”, el equipo profesional se agrupa momentos antes de ingresar a trabajar con las familias. El objetivo de esta breve reunión es poder tomar contacto con las resonancias emocionales, y con el grado de disposición para atender a las familias. Es conveniente realizar alguna técnica de relajación que ayude a situarse en el momento presente, a los fines de poder vivirlo a pleno. En caso de que el coordinador o coordinadora principal no se sientan del todo disponibles, pueden cambiar el rol con alguno de los facilitadores, o solicitar mayor apoyo por parte del equipo en alguna técnica puntual. Finalizada esta breve reunión, y una vez que todas las familias han llegado, el equipo sale al escenario terapéutico.

4.2. DÍA 1: DESBLOQUEO EMOCIONAL Y DISMINUCIÓN DE LA INERCIA RELACIONAL DISFUNCIONAL

Tal como fue anunciado en la introducción, el EMIT sigue una dirección terapéutica bottom-up. Por ello, el primer día comienza con la intención de crear un vínculo de confianza entre la institución y las familias, a partir de técnicas que, siempre desde un marco sistémico-integrativo, tienen por objetivo estimular la accesibilidad y la expresión emocional, legitimar los sentimientos, brindar consuelo y servir de modelo para el apoyo emocional, con una metodología de trabajo que

¹ Quién esté interesado, puede escribir “EMIT” en el buscador de la aplicación Spotify, y encontrará las listas de canciones que utilizamos para cada actividad.

evita las confrontaciones directas, pero que amplifica las resonancias emocionales por vías indirectas. Luego, las técnicas posteriores utilizadas el mismo día, involucran el uso de aspectos predominantemente racionales, que van desde el presente hasta la historia familiar, tal como se describirá a continuación.

Dos son los rituales que se realizan previo a la aplicación de las técnicas, mientras que un ritual cierra cada día². Estos rituales apelan a los aspectos universales que el humano ha mantenido desde los inicios de su especie. En su implementación lo predominante es lo implícito, lo no verbal. Su uso, a la vez que ordena la secuencia de actividades, prepara el terreno para la implementación de las técnicas. Deben estar claros los pasos a seguir por el equipo, la música predefinida, y deben ser breves, pero ocupar el tiempo suficientemente para optimizar su potencial. La música que acompaña tiene que ser coherente con el objetivo del ritual.

A. Ritual de recepción: El objetivo de este ritual es transmitir calidez, seguridad y orden. Un administrativo (o alguien designado para esa función) recibe a cada familia con una sonrisa. Se detiene a saludar, estrechando la mano, y confirmando con la mirada a cada uno, transmitiendo alegría por su presencia. Una vez que saluda bajo esta modalidad confirmadora, se dirige a todos diciéndoles, de la manera más natural posible, lo siguiente: “Que bueno que hayan venido, los estábamos esperando. Sabemos que no la han estado pasando bien y queremos acompañarlos. Seguro entre todos vamos a poder encontrar caminos para que las cosas mejoren. Allá hay un grupo de sillas, pueden sentarse por donde quieran. En unos minutos vamos a empezar. Cuando lleguen todas las familias los facilitadores se acercarán y les explicarán el encuentro de hoy”.

A su vez, se utiliza música para recibir a las familias, de manera similar a cuando se ingresa a un restaurante de lujo. Las canciones que suenan dan un marco de elegancia, confort, y distinción. La música suena desde antes que llegan las familias. Una vez que se han sentado todas, se baja el volumen al mínimo, y hacen su ingreso los facilitadores junto con el coordinador/a, al igual que lo hacen los artistas una vez que el público ha ocupado sus lugares esperando con entusiasmo a la banda. También son recibidas con juegos de mate, agua para té, y algunas galletitas.

Una vez que se ha reunido el grupo de familias con el equipo técnico, se procede a dar la *bienvenida y explicación del EMIT*. En esta instancia se agradece por la presencia de todas y de todos, y luego se presenta el equipo técnico, compuesto por un/a coordinador/a que será el principal guía durante el EMIT y los facilitadores que brindarán ayuda durante las técnicas. Se recuerda que el objetivo del EMIT es conocerse más, brindar herramientas para saber apoyar y buscar apoyo, darles información que consideramos pertinente, y pasarla bien. Se explica que los días van a estar divididos por actividades que se realizarán tanto con su familia, como con otras familias, y también de manera individual. Además, se hace explícito que la participación es voluntaria, que nadie está obligado a hablar pero que todos son importantes, que no se va a juzgar lo que diga ninguno durante el encuentro. Se les transmite que todos tienen permitido expresar sus emociones, y que cuando eso pase no vamos a “tapanlo” sino que intentaremos comprenderlo. También se les informa que el equipo técnico estará presente y disponible, y que pueden apoyarse en nosotros cuando lo necesiten. Si están todos de acuerdo, se prosigue con la prestación del grupo. Se le pide a cada familia que se presente, integrante por integrante, y tipo parentesco entre ellos. Sin mayores detalles que eso. Una vez que se han presentado, se pasa al siguiente ritual.

B. Ritual de Iniciación: Tiene como objetivo preparar a los participantes para vivenciar estos emocionales. Se invita a las personas a caminar alrededor del jardín, realizando movimientos corporales suaves, mientras comienzan a ser conscientes de su respiración. Luego de un rato, se les pide que se reúnan con sus familiares, y que se sienten en el suelo colocándose espaldas con espaldas. Esta posición recurre al ritual guerrero de “cuidarse las espaldas” cuando estaban en aprietos o atravesando un camino desconocido. Transmite apoyo, pero no fuerza una hiperconexión como lo haría el ubicarse frente a frente mirándose a la cara. El acercamiento relacional se hace paulati-

2 Para obtener información detallada con respecto al uso de los rituales terapéuticos ver Laso (2015).

namente. Una vez sentados de esa manera, se les pide que cierren los ojos, respiren hondo, y se les dice lo siguiente:

“Vamos a ingresar poco a poco en el terreno de las emociones y los sentimientos. Paso a paso, cada uno a su tiempo. Las emociones son nuestra brújula, solo que a veces nos olvidamos de ello. Vamos a intentar rescatarlas. Este es el inicio de poder conectar con las emociones de manera diferente a como lo han realizado hasta ahora. Los sentimientos son lo más humano que tiene cada uno de ustedes, por eso son tan importantes. Los vamos a ayudar a que puedan expresarlos”.

Mientras continúan así, a cada uno se le entrega una semilla en la mano, para que entierren en ese momento, como símbolo del nuevo camino que comienza, siendo ellos los encargados de “regarlo” en su día a día con lo aprendido. De esta manera finaliza este ritual, y se pasa a la técnica n°1.

TÉCNICA N°1: APOYO ENTRE SUBSISTEMAS IDENTITARIOS

Esta técnica tiene el objetivo de facilitar la conexión, aceptación y expresión emocional en primera persona. Esto se promueve generando un contexto que evoque resonancias identitarias y evitando la descarga directa sobre el paciente identificado, o sobre algún otro miembro de la familia. La técnica transita por tres momentos:

- Separarse por subsistemas: se les pide que se reúnan por grupos de madres, padres, hermanos, abuela, abuelos, parejas, pacientes, etc. Se solicita que se junten en tantos grupos como roles haya. De esta manera, los miembros de las distintas familias se agrupan, formando nuevos subsistemas identitarios, tal como muestra la figura n° 2.

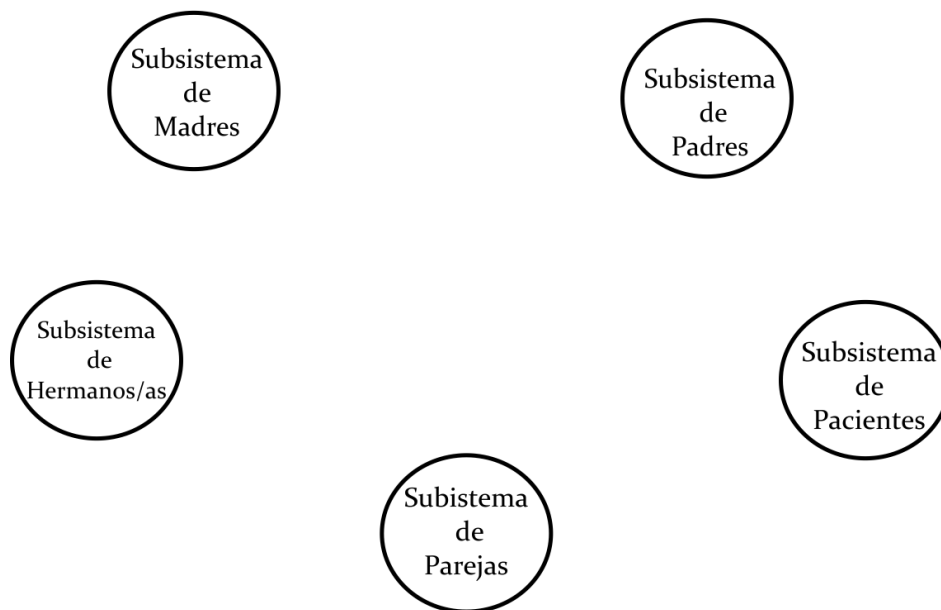


Figura 2. División por subsistemas identitarios

- Expresión: se los invita a que cada persona cuente a los integrantes de su grupo “¿Qué es lo que siente en este momento de su vida?”; en relación al problema que la familia se encuentra atravesando. Para ello, se les entrega una tarjeta con los nombres de las emociones primarias, a los fines de que puedan identificar su emoción, expresarlo y mencionar los motivos por los cuales sienten eso. Todos los grupos realizan esta actividad en simultáneo, ubicados a una suficiente distancia que garantice intimidad. Durante este proceso, los facilitadores circulan por los grupos, estimulando la conversación, ayudando principalmente en la identificación de la emoción, en su legitimación, y haciendo foco en que la expresión sea realizada en primera persona y de manera autorreferencial.
- Puesta en común: luego de que cada grupo finaliza su tarea se realiza una puesta en común bajo una modalidad particular. Se les pide vuelvan a los lugares donde estaban sentados

inicialmente, mientras que un representante de cada grupo pasa al centro. Los representantes se sientan uno al lado del otro, dentro del círculo que componen el resto de los participantes. De esta manera se conforma una “familia artificial” compuesta por los representantes. El coordinador, sentado frente a ellos, les pregunta uno por uno qué fue lo conversado dentro de su grupo, y así, paulatinamente, se mantiene una entrevista (con un matiz conversacional) con esta “familia”, mientras el resto observa y resuena. La conversación no es ingenua, ya que la forma de proceder del coordinador guía lo dialogado, mientras que sirve de modelo de apoyo emocional. Cuando culminan de expresarse, el coordinador da una devolución donde legitima, consuela y comprende el sufrimiento individual y familiar. Al terminar la devolución finaliza la técnica.

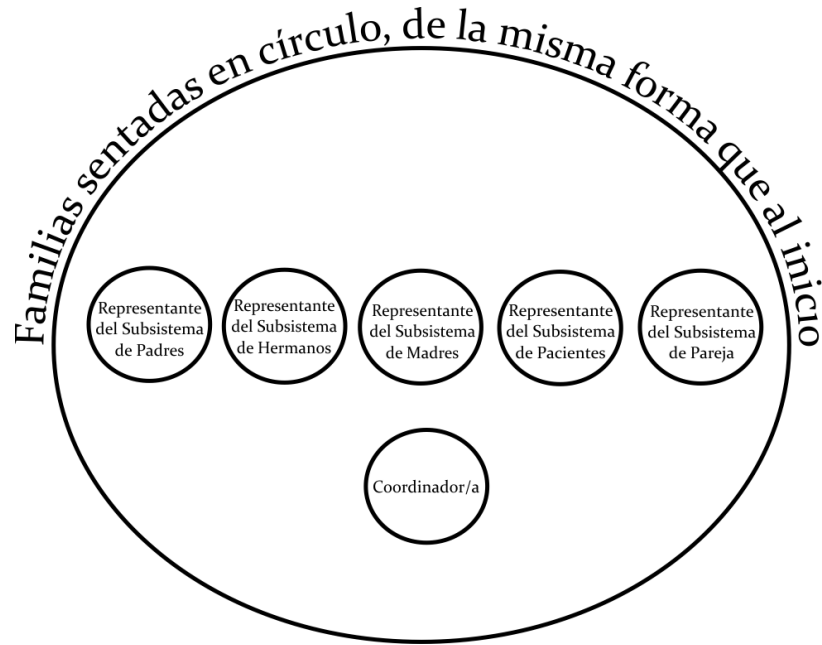


Figura 3. Trabajo con los representantes de los subsistemas identitarios

TÉCNICA N° 2: CONFIRMACIÓN EMOCIONAL:

Esta técnica tiene como objetivo la legitimación emocional y, a partir de ello, la correspondiente confirmación de cada miembro de la familia. A su vez, busca comenzar a situar al paciente como uno más, y no como él enfermo. Para alcanzar este fin, cada uno se reúne con sus seres cercanos en un lugar apartado de los demás:

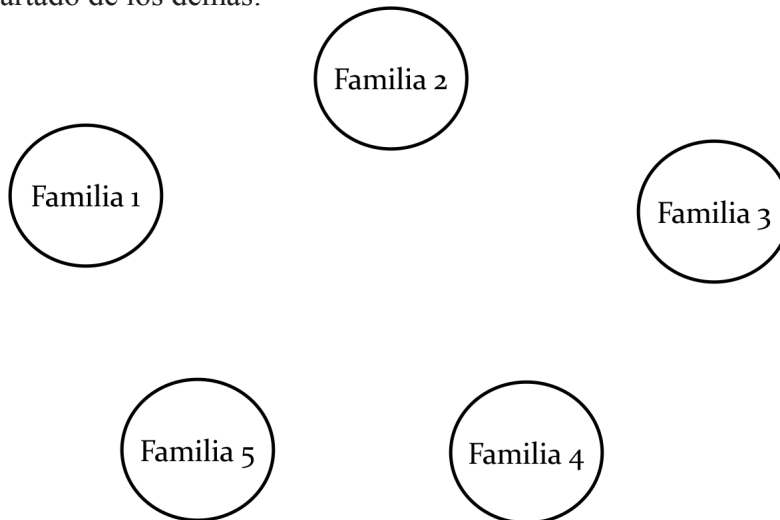


Figura 4. División familia por familia en la técnica “confirmación emocional”

La familia, de pie, va a formar un círculo, con el paciente identificado en el centro. Uno por uno, le van a ir diciendo como creen que él/ella se siente y por qué, con al menos dos argumentos que fundamenten sus impresiones. El o la paciente solo escucha, mientras va girando, encontrándose persona con persona, hasta completar la vuelta. Al finalizar, este comenta si es así como se siente o no, y da también sus argumentos. Este proceso constituye el “primer movimiento”, tal como grafica la figura n° 5:

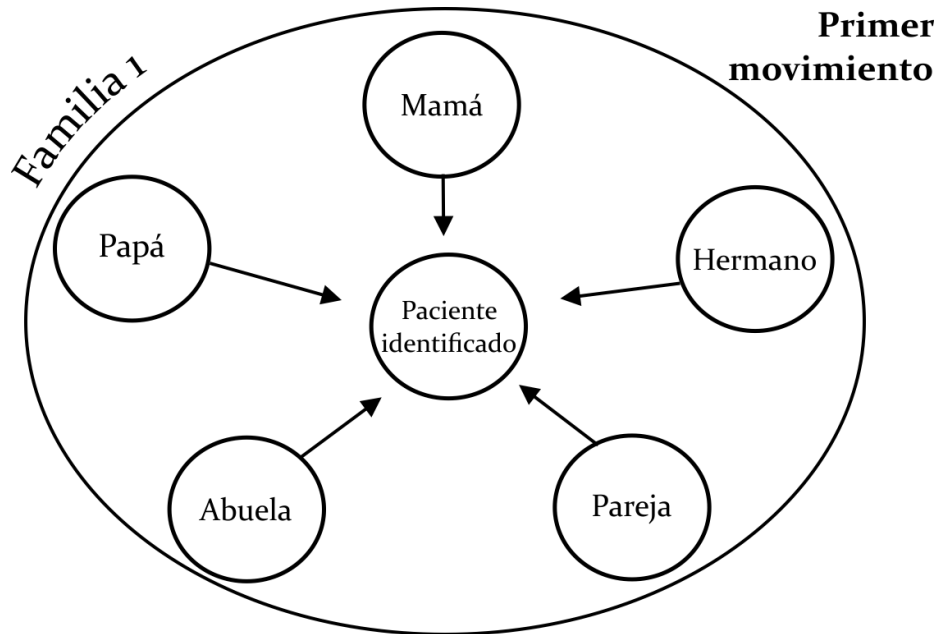


Figura 5. Primer movimiento de la técnica de “confirmación emocional”

En el segundo movimiento el paciente “sale del centro”, y pasa a ubicarse a un costado, siendo uno más del grupo que contiene. Algún otro miembro pasa al centro: el hermano privilegiado, por ejemplo. La familia legítima e intenta comprender a quien está en el medio, uno por uno, y el proceso se repite con cada persona. Todos los que componen el círculo van a pasar al centro, y van a ser confirmados emocionalmente por sus familiares. A su vez, el paciente identificado sale de su rol pasivo, para ocupar un lugar activo en el apoyo hacia los demás. Con esto se busca metacomunicar el inicio del corrimiento del lugar de paciente identificado. La figura n°6 ilustra este movimiento:

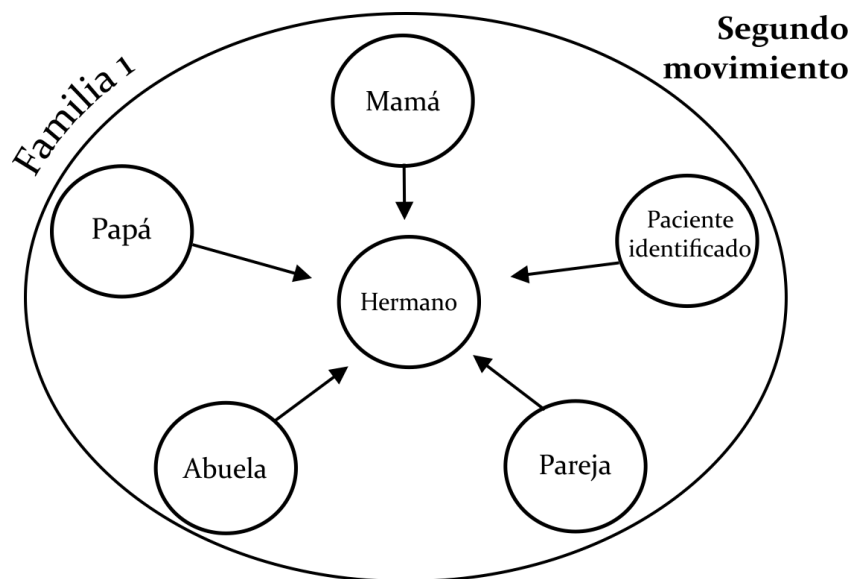


Figura 6. Segundo movimiento de la técnica de “confirmación emocional”

Todas las familias realizan esta técnica en simultáneo. Los facilitadores circulan entre ellas a los fines de ayudar en la ejecución de la tarea, estimulando, en este caso, que la expresión de quién debe legitimar emocionalmente no sea autorreferencial (como en la técnica anterior), sino que, por el contrario, sea dirigida hacia quién se sitúa en frente.

Una vez que han finalizado todos, se realiza un corte de actividades de media hora, donde se mantiene un desayuno compartido. Luego, cada persona vuelve a ocupar un lugar en el círculo grande inicial, a la espera de las próximas consignas.

TÉCNICA N° 3: SOLUCIONES INTENTADAS FRACASADAS

Con esta técnica se ingresa en un terreno predominantemente racional. El objetivo es poder identificar aquellas conductas que aportan al desarrollo y sostenimiento del problema. Es una técnica que se realiza de forma individual. Tras entregarle una hoja y una lapicera a cada uno, se les da la consigna: “Les vamos a pedir que escriban en el papel aquellas cosas que ustedes han intentado hacer para solucionar el problema que se encuentran atravesando y que no han dado resultado, y que, pese a que eso no sirvió como solución, lo han continuado haciendo reiteradas veces”. Se les explica que luego habrá una puesta en común a libre participación.

Se les solicita que, de manera individual, se ubiquen en algún lugar en que se sientan cómodos, a gusto y con la intimidad suficiente para poder llevar a cabo la actividad. Se da un tiempo de 15 minutos aproximadamente para esto.

En la puesta en común, el coordinador señala cuidadosamente aquellas actitudes que efectivamente mantienen el *statu quo*, mencionando a los participantes –con una pequeña dosis de desafío– que si desean continuar nutriendo al problema sólo tienen que seguir haciendo todas esas cosas que no les han dado resultado, tales como: continuar diciéndole al paciente que deje de consumir, amenazar con dejar de acompañarlo a tratamiento si recae o, en el caso de los pacientes, continuar intentando resolver el problema en soledad (el “intentar resolverlo sin pedir ayuda” es algo que usualmente refieren los pacientes en la puesta en común). Lo que se busca es comenzar a ofrecer una resistencia terapéutica a la inercia disfuncional. Al finalizar, y tras una breve devolución donde se connota positivamente la participación de todos en esta actividad, se les solicita que “dejen esas soluciones intentadas que no han dado resultado” en una caja dispuesta a tal fin. Y así se pasa a la última técnica del día 1.

TÉCNICA N° 4: INTEGRACIÓN DE LA NARRATIVA HISTÓRICA FAMILIAR

El objetivo que persigue esta técnica es poder ir más allá de la urgencia presente, y tomar contacto con la dimensión histórica que explica el problema, a partir de una construcción grupal sobre las diferentes experiencias familiares que cada individuo ha vivenciado.

Para lograr este cometido, nuevamente cada familia se agrupa por separado, pero esta vez están sentados. Se les otorga un papel grande y fibrones de diferentes colores. Se les pide que coloquen el papel de forma horizontal, y que en la mitad tracen una línea a lo largo de la hoja. El comienzo de la línea representa el “nacimiento familiar”, y el final de la línea el presente. Se les solicita que en esa línea del tiempo coloquen de forma cronológica los acontecimientos más importantes que hayan vivido como familia, nombrando aquellos que sean negativos debajo de la línea con un color determinado, y los positivos arriba, con un color diferente. Pueden existir convergencias y divergencias de opiniones, lo importante es que todos puedan aportar algo al gráfico. Al finalizar, se les pide que conversen entre ellos acerca de cómo les gustaría que siga esa línea a futuro. Es un momento de gran intimidad familiar. No hay una puesta en común con el resto del grupo sobre lo trabajado. Se les ofrece la posibilidad de dejarle al equipo el papel si así lo prefieren. Los facilitadores simplemente colaboran estimulando la participación de todos, evitando que la información volcada no se concentre en lo referido por una sola persona, y ayudando a un mayor intercambio cuando este tiene características de ser escueto. Una vez finalizada la técnica, se realiza el breve ritual de cierre del día uno.

C. Ritual de cierre y apertura: Tiene como objetivo dar por finalizado la sección de técnicas,

ofrecer un dique de contención emocional frente a un día muy intenso y, a la vez, preparar al grupo para el día siguiente.

El ritual consiste en solicitarle a los asistentes que se pongan de pie y hagan un círculo más pequeño, del cual también forman parte el coordinador y los facilitadores. Con música de fondo, se los invita a realizar una respiración consciente, mientras cierran sus ojos. El coordinador, quien hace las veces de un narrador, les pide que recuerden como estaban antes de venir, como transitaron las técnicas (nombrando los aspectos nucleares de lo trabajado en cada una) y que tomen contacto con sus sensaciones en este último momento del día. Finaliza, diciendo que se los va a estar esperando para encontrarse nuevamente al día siguiente, y “vivir una jornada muy agradable”.

4.2. DÍA 2: EXPRESIÓN DE RECURSOS FAMILIARES SALUDABLES

El segundo día apunta a que las personas identifiquen, desarrollen y pongan en escena recursos relacionales saludables, fundamentalmente en lo que hace a la confirmación, el apoyo emocional y el sentido de unión familiar. No se trabaja con el reconocimiento de aspectos disfuncionales o con la expresión de sentimientos profundamente angustiosos, sino que, por el contrario, el foco está puesto en vivenciar experiencias reparadoras, positivas, alegres, de sensaciones amenas.

Este día sigue el mismo procedimiento inicial que el primero, aunque con un tinte más “relajado”. Las familias llegan con alguna idea de lo que van a vivir, entonces asisten con menos ansiedades, regalan sonrisas y generalmente muestran una óptima predisposición. Se repite tanto el ritual de recepción (*D*) como la bienvenida. En cambio, el segundo ritual del día es diferente, y suele ser valorado por los asistentes. Se lo comenta a continuación.

E. Ritual de Transición: Persigue el objetivo básico de virar del maltrato (auto y hetero) hacia un trato cuidadoso. El nombre de “transición” alude a eso, y también se debe a que este ritual marca el paso del tipo de experiencias negativas hacia las positivas. El ritual está compuesto por dos instancias.

Primero, se les solicita a los participantes que se recuesten en algún lugar cómodo (es muy útil el uso de colchonetas para esto), que cierren los ojos, y sean conscientes de su respiración. El coordinador va narrando un viaje hacia el pasado. Los invita a recordar su infancia: imágenes, personas y lugares. Luego, les pide que tomen contacto con algún momento de su infancia en que se hayan sentido muy bien, y que registren esas sensaciones. A continuación, indica que identifiquen alguna situación en la que se hayan sentido mal de niños, y se les pide que recuerden qué hicieron con ese malestar: si lo expresaron; lo callaron; en quién se apoyaron; etc. Ahora el coordinador se dirige al presente, preguntando si en la actualidad, ya más grandes, hacen lo mismo con sus tristezas o temores. Finaliza esta parte, volviendo a registrar sensaciones de bienestar infantiles. Así recostados, el coordinador explica que existe un vínculo entre los patrones de apego y regulación emocional aprendidos en la infancia con la adultez. Luego, menciona que las sensaciones de bienestar registradas son posibles de vivirlas de más grandes, pero que para ello es necesario dejar de maltratarse. Y uno de los primeros pasos para cuidarse mejor es dejar de culpabilizarse, aspecto que se trabaja en la segunda instancia.

Se les pide cada uno se coloque detrás de unas piedras grandes (posibles de cargar pero pesadas) que han sido depositadas en círculo (se colocan tantas piedras como personas hayan). Cada persona toma su piedra, y cierra los ojos. El coordinador les explica que esa piedra representa las culpas que habitan en cada uno. Marca la diferencia entre responsabilizarse y culpabilizarse, con el consecuente castigo que suele traer asociado. Se les indica que depositen en esas piedras todas las culpas que los martirizan. Que sientan su peso, sus aristas duras, su textura áspera. Y que, cuando estén dispuestos a solar esa carga, arrojen la piedra. Allí finaliza el ritual.

TÉCNICA N° 5: PSICOEDUCACIÓN EMOCIONAL:

Nuevamente se ubican como en la figura n° 1. El equipo técnico realiza una breve exposición (una hora aproximadamente), en donde transmite información sobre las emociones básicas: cuáles

son, cómo se sienten en el cuerpo, que necesidad reclaman, y cuál es la tendencia a la acción y la conducta que demandan por parte de las figuras de apoyo. Se les explica cómo actuar para brindar apoyo emocional. Se hace hincapié en la importancia del estado de disposición para comprender y atender al mundo interno del otro, sin que eso implique la anulación del propio sentir. Se explica la relación entre las dificultades en la regulación emocional y el consumo de sustancias y otros comportamientos adictivos. Se trabaja con todo el grupo sentado, tomando nota y debatiendo al respecto.

TÉCNICA N° 6: TRIADA GENERADORA DE CONFIANZA

Es un trabajo que se realiza de manera individual, para luego hacer una puesta en común a libre participación. La técnica se basa en la consideración de que hay tres pilares para recuperar y generar confianza relacional: pedir ayuda, pedir perdón, y brindar consuelo; y ese es el objetivo que persigue. Para ello, se otorga un papel y lapicera a cada participante. Y se les pide que reflexionen y escriban sobre las siguientes preguntas:

- “¿Qué necesito de mi familia en este momento de mi vida?”. Tomarse unos 10 minutos para responder.
- Luego se hace el mismo proceso sobre esta pregunta:
- “¿Hay algo por lo que deba pedir perdón?”. Tomarse 10 minutos para responder.
- Y finalmente, se realiza la tercer pregunta:
- “¿Qué necesito de mí, en este momento de mi vida?” (no se hace una puesta en común sobre este punto).

Una vez respondidas estas tres consigas, se realiza una exposición grupal, guiando al resto de los familiares para que brinden consuelo y apoyo efectivo a quién expone. Luego de esta actividad se hace una pausa de 30 minutos donde nuevamente se comparte un desayuno.

TÉCNICA N° 7: ESCUDO DE RESILIENCIA FAMILIAR

Esta técnica tiene el objetivo de que la familia registre sus capacidades de fortaleza frente a las adversidades. Para ello cada familia construye su “escudo de resiliencia”³, dibujándolo en un papel grande, y colocando dentro las fortalezcas que los representen, y escribiendo por fuera del escudo aquellas amenazas y situaciones de las cuales este los protege. El escudo puede ser llenado con palabras escritas, recortes de revistas, dibujos, coloreado, etc. Luego se hace una puesta en común, donde un representante de la familia pasa al centro del grupo y presenta la producción, finalizando cada exposición con un aplauso grupal. Luego se pasa a la última a técnica del EMIT.

TÉCNICA N° 8: VIVENCIAR LA NUTRICIÓN RELACIONAL

Esta es quizás la técnica más emotiva y cumple un papel fundamental. Estratégicamente se sitúa al final, y, para ganar mayor impacto, se apoya en todo el recorrido previo. El objetivo es que cada persona sea nutrida relacionalmente (Linares, 2012) por su propia familia, con el grupo grande como testigo de ello. Para lograr eso, el grupo permanece sentado en círculo, mientras que una de las familias se coloca en el centro, de pie, formando un círculo más pequeño, y en el centro de este se coloca el paciente identificado. Tal como señala la figura n° 7:

3 Esta técnica se inspira en los distintos escudos que aparecen en el libro sobre genograma escrito por Marcelo R. Ceberio (2011).

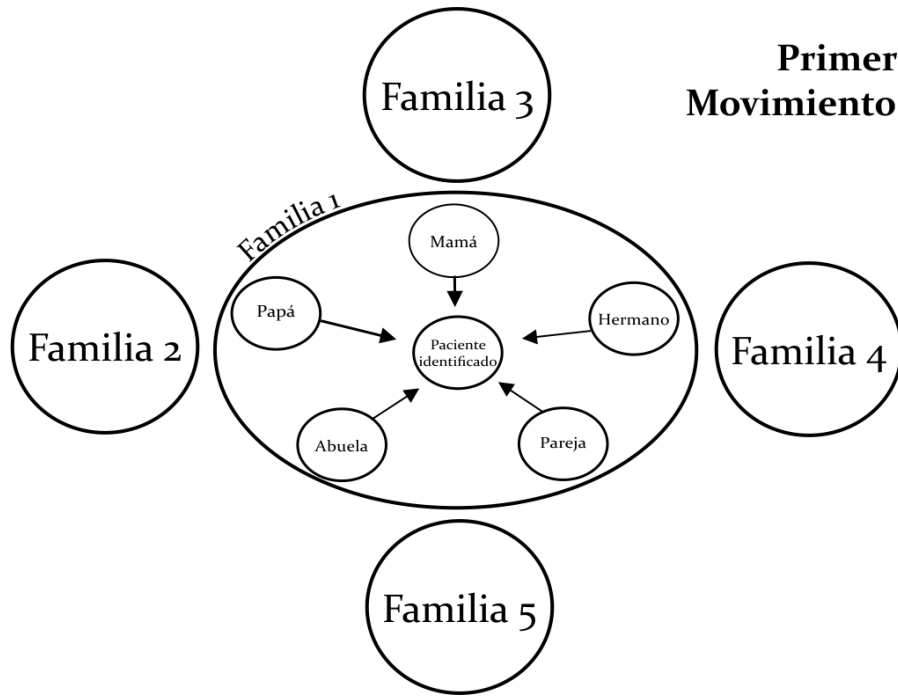


Figura 7. Primer movimiento de la técnica “vivenciar la nutrición relacional”

Una vez que han tomado lugar, uno a uno los familiares le comunican al paciente lo siguiente:

1. ¿Qué aspectos valora de su persona?
2. ¿Qué sentimientos positivos tiene por él o ella?
3. Transmitirle de forma corporal eso que sienten (abrazar, agarrar ambas manos, de un beso, etc.).

El paciente permanece en silencio, recibiendo el amor complejo. De esta manera, la persona es nutrida relacionalmente a través de las tres áreas que componen a este concepto (cognitiva, emocional y pragmática), mientras el grupo confirma con su presencia lo sucedido. Este no es un detalle menor, ya que la nutrición relacional adquiere una dimensión social algo más extensa al hacerlo frente al auditorio que conforman las otras familias.

Luego, otro miembro se coloca en el centro, y el paciente se ubica en el lugar de nutrir relacionalmente a esa persona, tal como demuestra a modo ilustrativo la figura n° 8:

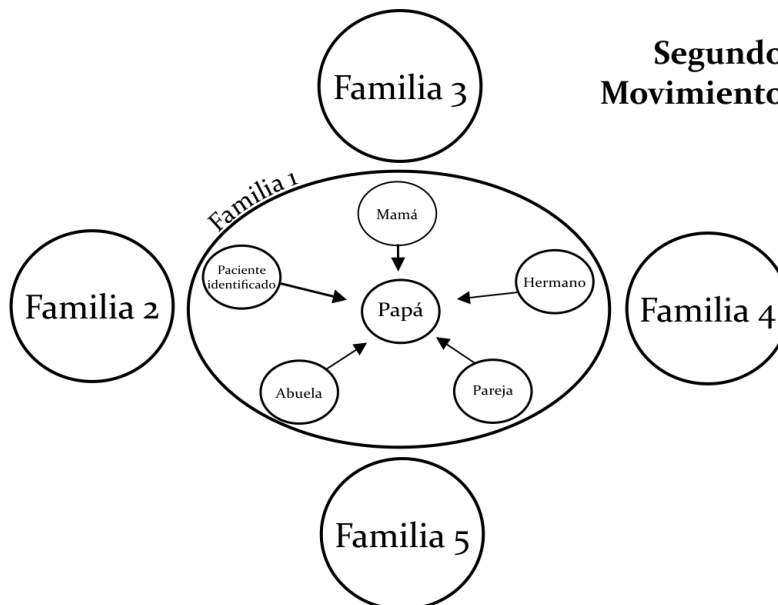


Figura 8. Segundo movimiento de la técnica “vivenciar la nutrición relacional”

Así, cada miembro de la familia va a ocupar el lugar central, repitiendo todo el proceso. Una vez que finalizan, y luego de los aplausos de todos, otra familia pasa al lugar de la primera, y así sucesivamente con el resto. El trabajo de los facilitadores consiste en guiar la expresión exclusiva de sentimientos y cualidades positivas del otro, como así también en la praxis de su transmisión.

Finalmente, todos toman asiento y se realiza la retroalimentación al equipo técnico, en donde libremente los participantes dan una devolución sobre lo vivido durante ambas jornadas de trabajo. El EMIT cierra con el breve ritual, el cual se describe a continuación.

F. Ritual de cierre y apertura: Tiene como objetivo dar por finalizado el EMIT, consolidar lo aprendido, y preparar a las familias para la etapa siguiente. Este ritual sigue la misma disposición y lógica que el ritual de cierre del día 1, solo que en lugar de que las personas permanezcan simplemente de pie, en esta oportunidad abrazan a quien tienen a ambos lados, y así el grupo se cierra entrelazado por los brazos, transmitiendo unión y cercanía. El coordinador acompaña realizando una breve relajación a ojos cerrados. Recapitula lo vivido. Da por finalizado el EMIT felicitando al grupo, y cierran todos con un aplauso al unísono.

Las familias se retiran con los turnos para que el equipo mantenga entrevistas con ellas, por separado, dentro de un mes aproximadamente.

4.3 POS-ENCUENTRO

El equipo técnico se reúne inmediatamente finaliza el encuentro para tomar nota sobre sus resonancias (Elkaïm, 2004), las cuales, en lo posible, se dejan en audios grabados y guardados en carpetas online de fácil acceso y recuperación para la “reunión de facilitadores I”, previa al próximo EMIT. Se despiden con un gran abrazo, y se marchan a descansar.

A continuación, un *código QR* lleva a un video⁴ donde el autor explica el proceso del EMIT detallado anteriormente:



5. RESULTADOS OBTENIDOS Y CONCLUSIONES

Resulta necesario explicitar que, al momento de presentar este artículo, no se han llevado a cabo estudios científicos que midan los resultados del EMIT. No obstante, también es relevante comunicar que las devoluciones realizadas por las familias han sido altamente positivas. Algunas de ellas fueron grabadas, previo consentimiento. Los participantes prácticamente no señalan algún aspecto negativo a considerar. Las palabras de agradecimiento son las que más se repiten.

⁴ El video corresponde a la exposición de este trabajo en el Congreso online RELATES 2020, y ha sido publicado en www.youtube.com por la Escuela Sistémica Paraguaya (ESPA), institución organizadora del evento.

Durante el proceso del EMIT se aprecia la puesta en marcha de nuevas conductas relacionales, las cuales van en dirección hacia la salud. El contacto con cada familia, por varias horas, y sostenido en dos días, lleva inevitablemente a que las personas se desenvuelvan con bastante naturalidad, más allá de que no estén en su contexto habitual. Esto permite que el equipo técnico descubra recursos desconocidos de los participantes, que difícilmente podrían ser apreciados en otras modalidades asistenciales.

La motivación de la gente se incrementa considerablemente a medida que se desarrolla el encuentro, como así también la sensación de familiaridad y las expresiones humanitarias (colaboración, solidaridad, etc.). La actitud generalmente es co-constructiva, mientras se apoyan con tranquilidad en los guiones terapéuticos determinados por el programa a seguir. Se alcanzan los objetivos propuestos en cada técnica, teniendo mayor o menor impacto de acuerdo a las características y necesidades de cada familia, lo que permite observar un amplio abanico de respuestas.

Las impresiones clínicas, a partir de las posteriores entrevistas familiares, son de una marcada mejoría en la adherencia al tratamiento por parte del paciente identificado, como así del resto del grupo familiar. Lo mismo sucede en cuanto a la relación terapéutica, la cual se afianza exponencialmente. Es notable el contraste cuando se comparan las entrevistas mantenidas con familias que no han pasado por el EMIT, y aquellas que sí lo han realizado. En el segundo caso el dramatismo expresado es menor, y hay una mayor receptividad para incorporar los aportes transmitidos por el equipo profesional. Por supuesto que el EMIT no reemplaza a las entrevistas familiares, sino que aliviana su desarrollo, y posiblemente incremente las posibilidades de efectividad terapéutica.

Otro aspecto a destacar, es que se fortalecen las redes entre las familias: se ofrecen como apoyo frente a crisis; anotan los contactos telefónicos; aumentan la frecuencia de comunicación en la sala de espera; etc. Dejan de ser anónimos y de estar en la marginalidad, para reconocerse mutuamente, y sentir que no están solos. Según lo referido por ellas, pasan de la vergüenza a la comprensión. Lo que genera un empoderamiento útil para salir del estado de impotencia en el que suelen acudir.

A nivel institucional, se percibe una grata sensación de trabajo realizado en equipo, de logro cumplido y de ayuda brindada. Los prejuicios sobre las familias disminuyen, y se adquiere una mirada más completa de las mismas. La cohesión –en cuanto sentido de unión y pertenencia– hacia adentro de la organización también se incrementa, y la constatación de resultados terapéuticos estimula a continuar la labor.

Por otra parte, si bien este dispositivo ha sido aplicado en el segundo nivel de atención, es completamente posible su instrumentación en el primer o tercer nivel, pudiendo utilizarse en instituciones bajo la modalidad ambulatoria, centro de día, internación o comunitaria. Del mismo modo, su aplicación no se restringe exclusivamente a trastornos adictivos, y puede ser pensado como un encuentro “transtrastornos”, haciendo pequeñas variaciones en algunas técnicas, pero manteniendo la misma lógica.

Para concluir, solo resta decir que futuros estudios podrán dedicarse a investigar en concreto la efectividad del EMIT, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos, ya sea en población con consumo de sustancias o en otro tipo muestra. Mientras tanto, son alentadoras las impresiones de quienes han participado por este dispositivo, e invitan a continuar profundizando el camino iniciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA; American Psychiatric Association.
- Canevaro, A., & Bonifazi, S. (2011). *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*. Roma: Armando Editore.

- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica*. España: Ediciones Morata.
- Ceberio, M. R. (2011). *Quién soy y de dónde vengo: el genograma: un viaje por las interacciones y juegos familiares*. Argentina: Psicolibro.
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión de la literatura sistémica. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (38), 47-64.
- Cócola, F. (2020). Tratamiento Sistémico Integrativo en Trastornos del Uso de Sustancias: Presentación de una Meta-Intervención (MIT). *Revista REDES*. (En evaluación).
- Elkaïm, M. (2004). L'expérience personnelle du psychothérapeute: approche systémique et résonance. *Psychothérapies*, 24(3), 145-150.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson.
- Khantzian, E. J. (1997). The self medication hypothesis of substance use disorders: reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244
- Lafrance, R. A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., y Mayman, S. (2014). Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23. doi: 10.1002/cpp.1933.
- Laso, E. (2015). Los rituales terapéuticos familiares I: Una propuesta teórica en clave emocional. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (32), 21-33.
- Linares, J. L. (1997). Modelo Sistémico y familia multiproblemática. En M. Coletti, J.L. Linares, (comp.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 23-43). España: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. (2012). *La Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona: Editorial Herder S.L.
- Padykula, N. L., y Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351-360.
- Satir, V. (1988). *The new peoplemaking*. Science & Behavior Books.
- Sluzki, C. E. (2002). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. España: Editorial Gedisa
- Watzlawick, P., Beavin, B. J., y Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton & Company Inc.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. *Attachment* (I) Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Pérdida. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss. *Attachment*. (Vol. II). Separation. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998) La separación. Vol. II de la trilogía El Apego y la Pérdida. Paidós.

ANEXO I DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL EMIT

ACTIVIDADES EMIT DÍA 1
Pre-encuentro
A) Ritual de recibida
Bienvenida y explicación del EMIT
B) Ritual de iniciación

Técnica 1: Apoyo entre subsistemas identitarios
Técnica 2: Confirmación emocional
Técnica 3: Soluciones intentadas fracasadas
Técnica 4: Integración de la narrativa histórica familiar
C) Ritual de cierre y apertura

ACTIVIDADES EMIT DÍA 2
Pre-encuentro
D) Ritual de recibida
Bienvenida y explicación del EMIT
E) Ritual de transición
Técnica 5: Psicoeducación emocional
Técnica 6: Triada generadora de confianza
Técnica 7: Escudo de resiliencia familiar
Técnica 8: Vivenciar la nutrición relacional
Retroalimentación del grupo hacia el equipo técnico
F) Ritual de cierre y apertura
Se otorgan turnos para entrevista terapéutica familiar