

El modelo LINC: una estrategia colaborativa para la resiliencia comunitaria[#]

Judith Landau *

Este artículo describe el modelo LINC para la resiliencia comunitaria basado en el enlace de sistemas humanos [Linking Human Systems]. Provee de un marco teórico para la iniciación y el sostén del cambio en comunidades que han experimentado una transición o una pérdida inesperada y abrupta. Propone que: 1) las comunidades pueden superar la pérdida y el trauma accediendo a sus fortalezas individuales y comunitarias; 2) los profesionales convocados para asistir a las comunidades en momentos de fuerte transición o de trauma deben ser sensibles y colaborar con sus miembros para facilitarles el encuentro, en la comunidad misma, de los recursos necesarios para su recuperación; y 3) para promover la sanación/recuperación de la comunidad es fundamental ayudar a los miembros de la comunidad a construir y mantener la conectividad de unos con otros, con sus historias compartidas y con los recursos comunitarios tangibles. Provee de ejemplos de la aplicación de este modelo en diferentes países.

The LINC model: A collaborative strategy for community resilience

This article describes the Linking Human Systems (LINC) Community Resilience model, a theoretical framework for initiating and sustaining change in communities that have undergone sudden or unfortunate transition or loss. I argue that: 1) By accessing their individual and collective strengths, communities can overcome loss and trauma; 2) Professionals who are called upon to assist communities in times of major transition or trauma must be sensitive to and collaborate with community members to draw upon resources that are available in the community; and 3) Helping community members build and maintain connectedness with one another, with their shared histories, and with their tangible community resources is essential for fostering community healing. This article describes the model and provides examples of its application around the world.

Fortalecimiento de la resiliencia: familias y comunidades como agentes de cambio

Las comunidades pueden experimentar crisis, fuertes turbulencias y catástrofes a causa de una amplia variedad de circunstancias que incluyen la guerra, el terrorismo u otra forma de violencia, el desastre natural, la opresión o inestabilidad política, el abuso extendido de drogas, el SIDA y otras epidemias, la urbanización y el aislamiento de la familia nuclear, la decadencia económica y la pobreza. Las huellas de la devastación que deja este tipo de transición –rápida, inesperada e imprevisible, a veces acumulativa– frecuentemente se extienden mucho más allá de los individuos más afectados (Landau, 2001a; Landau y Stanton, 2004; Landau-Stanton y Clements, 1993; Walsh y McGoldrick, 1991). En tiempos de estrés o trauma las personas tienden a aislarse, suelen quedar desconectadas de los vínculos familiares y comunitarios que podrían ayudar a su

[#] *Sistemas Familiares*, 20 (3), 2004.

* MD, DPM, CFLE. Linking Human Systems, LLC & LINC Foundation, Inc. Boulder, Colorado. E-mail: judithlandau@linkinghumansystems.com

recuperación (Reilly, 2002; Reilly, McDermott y Coulter, en prensa); esta situación provoca una disrupción en el trazado de los procesos de transición y afecta la delicada conexión entre pasado, presente y futuro (Landau-Stanton, 1990). Las transiciones culturales importantes, los desastres naturales y aun las transiciones naturales relacionadas con ciclos vitales pueden causar “conflictos transicionales” en las comunidades, entendidos como una asincronía entre la velocidad y la direccionalidad con que diferentes personas se adecuan al cambio (Boss, 2001; Garnezy y Rutter, 1983; Figley y McCubbin, 1983a, 1983b; Landau, 1982; Landau-Stanton, 1990). En la dinámica entre devastación y recuperación, es crucial la relación entre la magnitud de la sorpresa frente a lo inesperado o la acumulación de estas situaciones traumáticas, y los recursos con que cuentan las diferentes personas. Si la crisis es extrema o si los recursos no son suficiente para equilibrar el estrés, esta asincronía puede precipitar síntomas disfuncionales como la depresión y la tendencia al suicidio, la adicción, la violencia, el estrés postraumático y conductas de alto riesgo que pueden resultar en HIV/SIDA (Landau, Griffiths y Mason, 1981; Landau y Saul, 2004; Landau-Stanton, Clements y Stanton, 1993).

La importancia de la reconexión, la recalibración y la continuidad de los rumbos posibles en una transición es uno de los principios clave que surge del trabajo sobre pérdida y transición (Landau-Stanton y Clements, 1993). Sabemos ahora que las personas que pueden acceder a la resiliencia de sus generaciones anteriores –incluyendo ritos, fortalezas, historias, guiones y temas de los antepasados– pueden reconectarse con sus propios recursos y recuperar los trazados previos para afrontar estas situaciones, y encaminarse así hacia los senderos que requiere la transición actual con una mejor comprensión acerca de desde dónde vienen y dónde están (Landau, 1991, 2001b, 2002; Landau-Stanton, 1990; Seaburn, Landau-Stanton y Horwitz, 1995). Efectivamente, las investigaciones indican que los fuertes lazos sociales y de apoyo unidos a la conectividad con la familia de origen pueden proteger la salud, en tanto la falta de estas mismas conexiones puede perjudicarla (Boehmer, Flanders, McGeehin, Boyle y Barrett, 2004; Fisher et al., 2000; House, Landis y Umberson, 1988; Landau, Cole, Tuttle, Clements y Stanton, 2000; Rankin y Fukuoka, 2003; Tuttle, Landau, Stanton, King y Frodi, 2004).

El modelo LINC para la resiliencia comunitaria

Frecuentemente, luego de experimentar acontecimientos de extremo estrés, las comunidades encuentran dificultades para acceder a los recursos que podrían ofrecerles el apoyo y la fortaleza necesarios para su recuperación (Hobfoll, 1998; Chemtob, 2002). Cuando esto sucede, las iniciativas de apoyo mutuo facilitadas por profesionales entrenados pueden mitigar los efectos de pérdida y trauma comunitario, permitiendo a las personas apoyarse a sí mismas en su proceso de recuperación (Landau, 2004a, 2004b; Landau y Saul, 2004).

La investigación y la práctica relacionadas con la salud mental reconocen desde hace tiempo la importancia de identificar y desarrollar las fortalezas inherentes a los individuos y las familias en lugar de sólo patologizar las debilidades (Attneave y Verhulst, 1986; Boss, 1991; Figley y McCubbin, 1983a, 1983b; Garbarino y Kostelny, 1996; Imber-Black, 1986; Johnson, 2002; Landau y Saul, 2004; Seligman y Peterson, 2003; Walsh, 2003; Walsh y McGoldrick, 1991). El Modelo “enlace de sistemas humanos” para promover la resiliencia comunitaria (Landau, 2001b, 2002, 2004a, 2004b) expande el concepto de resiliencia al nivel de la comunidad. Defino a la resiliencia comunitaria como

la capacidad de sostener la esperanza y la fe de una comunidad para resistir el trauma y la pérdida mayor, para superar la adversidad y prevalecer, generalmente con un aumento en los recursos, las competencias, y la conectabilidad entre personas y sistemas. El modelo LINC supone que tanto las comunidades como las personas y las familias, son inherentemente competentes y saludables; de modo tal que, con el apoyo y el estímulo indicados, toda comunidad puede acceder a sus fortalezas individuales y colectivas para trascender a la pérdida y el trauma.

La terapia del grupo familiar en transición: una base para el modelo comunitario

El modelo LINC para la resiliencia comunitaria evolucionó a partir de mi enfoque de terapia familiar conocido como terapia familiar transicional¹ –o terapia familiar centrada en las transiciones– (Landau-Stanton, 1986, 1990; Landau-Stanton y Clements, 1993; Horwitz, 1997; Seaburn et al., 1995). A continuación se delinean brevemente los cuatro principios clave compartidos por la terapia familiar transicional y el modelo LINC para la resiliencia comunitaria²:

–*Competencia*: La terapia familiar para afrontar las transiciones y el modelo LINC para la resiliencia comunitaria consideran que las familias y comunidades son intrínsecamente saludables y competentes (Landau, 1982; Landau-Stanton, 1986; Watson y McDaniel, 1998). Los profesionales que trabajan con esta orientación teórica deben abordar a individuos, familias y comunidades con la actitud de entender que son capaces de acceder a recursos y de diseñar soluciones eficaces a sus problemas.

–*Enfoque sistémico*: La terapia familiar para afrontar las transiciones y el modelo LINC para la resiliencia comunitaria adoptan una perspectiva sistémica, reconociendo que para abordar eficazmente los problemas familiares y comunitarios, los terapeutas familiares deben entender el contexto histórico y los sistemas sociales más amplios en los que viven las personas (Auerswald, 1968; Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973; Bowen, 1976; Byng-Hall, 1991; Imber-Black, 1988, 1999; Landau, Griffiths y Mason, 1981; Landau-Stanton y Clements, 1993; McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992; Papadopoulos, Losi y Kuscu, 2004; Speck y Attneave, 1973).

–*Mapeo*: Los terapeutas que utilizan la terapia familiar transicional y el modelo LINC para la resiliencia comunitaria se apoyan en una variedad de técnicas de mapeo para la evaluación de las estructuras e historias de familias y comunidades, y para la identificación de los recursos para la recuperación. Estas técnicas incluyen el genograma transicional (Landau, 1982; Landau, Griffiths y Mason, 1981; Landau-Stanton, 1986, 1990; Watson y McDaniel, 1998) –una expansión del genograma original de McGoldrick (McGoldrick, Gerson y Shellenberger, 1999)–; mapas geográficos y mapas sociológicos –como el “mapa del campo de transición”, el “mapa de niveles multisistémicos” y el “mapa de estructura piramidal” (para una descripción más detallada de estos mapas ver Landau, 2004b).

¹ Este enfoque terapéutico, que empecé a desarrollar en mi investigación y práctica clínica en Sudáfrica en la década de 1970, fue refinado junto con colegas de la División de Programas Familiares de la Universidad de Rochester.

² Para una discusión mas amplia de los principios teóricos de la terapia familiar transicional y el modelo LINC para la resiliencia comunitaria ver también Landau (2004b).

– *Utilización de agentes naturales de cambio*: Los terapeutas que emplean el abordaje conocido como terapia familiar transicional identifican, capacitan, apoyan y ofrecen *coach* a un miembro de la familia al que denominan “terapeuta de enlace”, quien puede operar como un nexo eficaz entre el terapeuta y la familia o la red más extensa (Landau, 1981, 1982, 2001a; Landau, Cole, Clements y Tuttle, 1995; Landau et al., 2004; Landau-Stanton, 1986, 1990). De la misma manera, en las intervenciones comunitarias LINC se reclutan miembros de la comunidad para funcionar como “enlaces comunitarios” (Landau, 2001b, 2002, 2004a, 2004b). Tanto en los contextos familiares como en los comunitarios, quienes operan como enlaces deben ser miembros respetados por el grupo y capaces de observar la situación desde múltiples perspectivas.

Construcción de enlaces y conexiones: un abordaje colaborativo para la recuperación comunitaria.

El modelo LINC para la resiliencia comunitaria es una estrategia colaborativa para promover la resiliencia y la recuperación comunitaria. El modelo se basa en el principio de que las comunidades son inherentemente competentes para efectuar un cambio positivo. Es esencial que los profesionales convocados para asistir a comunidades en tiempos de transición o pérdida mayor, trabajen colaborativamente con los miembros de la comunidad para hacer visibles los recursos –tangibles e intangibles– que dicha comunidad posee (Hobfoll, 1998; Klingman y Cohen, 2004; Kretzmann y McKnight, 1993; Laor, 2004; Papadopoulos, 2002; Rojano, 2004). Uno de los aspectos más intangibles, pero central, de este proceso es promover entre los miembros de la comunidad el sentido de conectividad mutua, con sus antepasados y con las pautas cotidianas, rituales e historias que transmiten significados espirituales (Imber-Black y Roberts, 1992; Reilly, 2000; Sluzki, 2003). Esto implica que deliberadamente privilegiemos los temas relacionados con resiliencia y conexión en lugar de los temas vinculados con vulnerabilidad y desconexión (Landau et al., 2000; Suddaby y Landau, 1998).

Las intervenciones comunitarias desde el modelo LINC comprenden tres etapas (Ver Tabla 1).

[Insertar Tabla 1]

El factor crítico para el éxito del modelo LINC depende del sostén de los "enlaces comunitarios", los agentes naturales de cambio que proveen de una conexión crucial entre los profesionales de la salud mental y la comunidad. Resulta más importante aún en comunidades cerradas –como las comunidades sofisticadas y altamente educadas o las comunidades formadas por familias extendidas tradicionales o clanes que no solicitan ni dan la bienvenida a la intervención de extraños. Quienes operan como enlaces comunitarios inician, mantienen y sostienen el cambio por mucho tiempo luego de la partida de los “expertos” externos. El trabajo con ellos representa un respeto por la competencia y fortaleza de la comunidad para la realización del cambio positivo y preserva intactas su tradición, dignidad y privacidad.

Los enlaces comunitarios deben ser miembros respetados y confiables de la comunidad que pueden comunicarse eficazmente con los líderes y demás miembros de la comunidad, sus familias y sus sistemas naturales de apoyo. Deben ser flexibles respecto de los asuntos comunitarios; no deben mantener alianzas con ninguna agrupación o coalición

de miembros de la comunidad; y deben ser eficaces y no provocar resentimiento u oposición en otras personas de la comunidad.

El modelo LINC considera a las familias como la unidad básica del cambio comunitario. Por eso para realizar intervenciones LINC es central permanecer atento a la manera en que la transición rápida e intempestiva afecta a las familias en la comunidad – sus adaptaciones a las pérdidas, turbulencias y crisis, y sus rituales y pautas de comunicación.

En lugar de crear estructuras artificiales de apoyo dentro de las comunidades, las intervenciones LINC despliegan los recursos comunitarios existentes y dejan la toma de decisiones en manos de los miembros de la comunidad. Los profesionales que facilitan intervenciones comunitarias LINC (enlaces facilitadores) tienen la responsabilidad para la provisión del contexto, el proceso y las competencias que permitirán que las comunidades accedan a sus fortalezas y recursos. No asumen responsabilidad por las metas de la comunidad ni por el contenido de las intervenciones de la comunidad. Su rol es breve y, de varias formas, son consultores con relación al proceso, no al contenido; esto permite que se retiren cuando la comunidad se aproxima a sus metas y/o se está recuperando del trauma. Dado que este enfoque trabaja a través de enlaces comunitarios, permite que los enlaces facilitadores forjen soluciones culturalmente apropiadas y sostenibles sin necesidad de integrarse a la comunidad o invadir su privacidad.

Herramientas para el asesoramiento

Las intervenciones comunitarias según el modelo LINC utilizan varias herramientas para la evaluación de los recursos y las historias de una comunidad. Las Figuras 1 y 2 presentan dos de estas herramientas: el mapa del campo de transición (Landau, 2004b; Landau y Saul, 2004; Landau-Stanton y Clements, 1993) y el mapa de niveles multisistémicos (Landau y Saul, 2004; Saul, 2000); ambos fueron usados en el contexto de la iniciativa de asistencia frente a un desastre mayor en la ciudad de Nueva York inmediatamente después de los ataques terroristas del 11 de setiembre de 2001.

El *mapa del campo de transición* es una representación esquemática de los miembros de una comunidad, los problemas, recursos, acontecimientos, temas e historias que existen en cada nivel de una comunidad, incluyendo los sistemas biológicos, psicosociales particulares, de apoyo natural y artificial, culturales y ecosistemas. Este mapa también resalta que cada nivel de una comunidad afecta a todos los demás. Provee una plantilla para el diseño de intervenciones, incluyendo la selección de quienes operarán como enlaces comunitarios y otros participantes en la intervención, el establecimiento de metas, la identificación de tareas concretas y fácilmente alcanzables, la determinación del cronograma, el horizonte temporal y los períodos de tiempo para el cambio, así como el establecimiento de los responsables para las distintas tareas.

(Insertar Figura 1)

Un segundo mapa usado comúnmente en intervenciones comunitarias LINC es el *mapa de niveles multisistémicos*. Este mapa examina cada nivel del mapa del campo de transición –por ejemplo, los eventos y recursos comunitarios– de manera detallada. Ayuda a elucidar los eventos problemáticos en la comunidad y ofrece una oportunidad para explorar y generar diversas soluciones posibles [*brainstorming*].

(Insertar Figura 2)

Finalmente, el *mapa de estructura piramidal*³ representa a todos los miembros de la comunidad, incluyendo individuos, familias, escuelas, barrios, autoridades locales, líderes políticos y profesionales. El uso de este mapa para el diseño de intervenciones comunitarias ayuda a asegurar que todos los integrantes del sistema –incluyendo todos los sistemas involucrados– estén informados e invitados, que no haya secretos, que la autoridad sea otorgada donde resulte necesaria y que la intervención LINC aproveche las competencias especiales y liderazgos disponibles en la comunidad. Este mapa es particularmente útil para observar cómo se va progresando en el tiempo y asegurar que el esfuerzo de los enlaces comunitarios llegue a todos los niveles de la comunidad.

Intervenciones aplicando LINC en distintos lugares del mundo

Las intervenciones utilizando el modelo LINC se han desarrollado con éxito en distintas comunidades del mundo. A continuación se presentan y describen algunos ejemplos:

Búfalo, Nueva York

En 1983 Caridad Católica de Búfalo, una gran organización de servicios sociales ubicada en el oeste del estado de Nueva York, me invitó junto con mis colegas de la División de Programas Familiares de la Universidad de Rochester a dirigir un programa regular de formación en terapia familiar –que incluyera cursos, seminarios y supervisión clínica– para los asistentes sociales avanzados. Después del período de formación de tres años brindamos dos años de entrenamiento supervisado a estos terapeutas avanzados, capacitándolos para entrenar a los cuatrocientos trabajadores sociales restantes de la organización. En un congreso interno de la organización realizado durante este período, algunos de los cien paraprofesionales que trabajaban con los casos concretos, hicieron notar que no recibían suficiente apoyo y entrenamiento para su trabajo “en las trincheras”. En colaboración con mi colega Meter le Roux⁴, desarrollamos un plan para la provisión de entrenamiento en terapia familiar de un día por mes. En la primera reunión no lográbamos que los trabajadores sociales hablaran. Con dificultad supimos que su trabajo los dejaba terriblemente estresados. Trabajaban aislados, algunos en barrios muy peligrosos y otros, por su propia seguridad, debían trabajar detrás de barrotes. Trabajaban de manera extraordinariamente dura, apenas tenían contacto con sus supervisores y entre sí, y estaban descontentos. Después del almuerzo del primer día, casi desesperada por encontrar alguna manera de conectarme con ellos, les pregunté si había alguna actividad que disfrutaran; respondieron que música y danza. Así, tomando como principio que necesitábamos encontrarnos con ellos como fuera posible, pasamos las horas siguientes bailando. Y entonces comenzaron a hablar sobre su agotamiento [*burn out*], revelando también que les

³ Este mapa y su uso se presentan en detalle en el manual LINC de resiliencia comunitaria (Landau, 2001b, 2004b).

⁴ Actual Director del Entrenamiento en Terapia Familiar en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Rochester.

molestaba pasar un día por mes en el entrenamiento porque no se les estaban reduciendo la cantidad de casos a tratar. Con esta información más clara sobre la raíz de los problemas de los paraprofesionales, decidimos adoptar una táctica diferente. Nos conformamos como grupo para concurrir a los distintos barrios, caminando juntos por las calles para que todos pudiéramos aprender sobre los problemas y el día-a-día de cada barrio. Nos reuníamos con los grupos de operadores activos en los barrios y establecíamos una infraestructura que permitía que los trabajadores de casos intercambiaban entre ellos información relacionada con su trabajo. Después de dos meses empezaron a identificar por qué en ciertos barrios continuaban las guerras relacionadas con la droga y por qué en otro se incendiaban repetidamente las casas. El grupo descubrió una gran cantidad de factores que contribuían con los problemas de los barrios. Por ejemplo, el estado había construido recientemente una autopista que cortaba algunos barrios por el medio, separando a los nietos de los abuelos que los cuidaban y supervisaban luego del horario escolar, y dificultando a las familias el acceso a recursos tales como escuelas, clínicas, clubes para jóvenes y deportivos, y servicios sociales. Estos barrios eran los que experimentaban más dificultades relacionados con vendedores de droga, incendios intencionales, guerras entre pandillas y violencia. Asimismo, se comprobó que el área con más alto nivel de suicidios era donde recientemente se había cerrado un molino de acero, dejando a los residentes en la pobreza y con sensación de impotencia. Para facilitar una mayor comprensión del estado de adversidad de los diferentes barrios el grupo confeccionó un mapa de las historias económicas y geográficas de cada uno. Al hacerlo se pudo ver con claridad absoluta cómo la pérdida de empleo y la ruptura geográfica dejaron a la gente desmoralizada y vulnerable a una amplia gama de problemas. La mayoría de los paraprofesionales del grupo vivía en los mismos barrios afligidos donde atendían y repetidamente habían expresado que anhelaban salir de sus propias comunidades. Sin embargo, en cuanto entendieron mejor a sus propias comunidades, empezaron a querer permanecer en ellas y a sentir que podían generar una diferencia positiva. También empezaron a apreciar que las comunidades que parecían estar más allá de la esperanza, poseían recursos. Se dieron cuenta de que, con su apoyo respetuoso, los miembros de la comunidad podían participar activamente en su propia recuperación. A fin de año, cuando debían presentar su trabajo, se había producido una transformación maravillosa. Trabajando como grupo habían confeccionado un genograma viviente que ocupaba una habitación entera. Suspendidos del cielorraso con perchas, ordenados meticulosamente en un patrón de calles y callejones, se ubicaban mapas de los barrios, fotos de familias y negocios: una pintoresca representación giratoria de la ciudad que habían llegado a abrazar. Caminaban por el genograma contando historias sobre desarrollos en determinados barrios, de qué manera un barrio había organizado una reunión comunitaria en la que habían logrado elaborar un plan colaborativo entre los líderes de la comunidad y la policía (con quienes no habían tenido comunicación anteriormente) para expulsar a los vendedores de droga, lidiar con las pandillas y recuperar sus calles, sus hogares y su comunidad. Cuando concluimos el programa de entrenamiento para los trabajadores paraprofesionales, Caridad Católica de Búfalo pidió que hiciéramos un seguimiento dejando trabajadores sociales en la comunidad para ayudarles a lograr un mejor entendimiento de los barrios y las circunstancias vitales de las familias con las que trabajaban⁵.

⁵ Según Diana Greenway (2004), directora de Caridad Católica de Búfalo, el programa sigue con éxito. Más de veinte años después de iniciar el entrenamiento de los trabajadores

Provincia de Buenos Aires, Argentina

A partir de 1990 tuve la oportunidad de refinar el modelo comunitario LINC a un nivel más amplio en la provincia –asolada política y económicamente– de Buenos Aires, Argentina⁶. Luego de un prolongado período de severo desasosiego político en la Argentina, un estudio a escala extendida había mostrado un aumento en la prevalencia de adicción y HIV/SIDA en la Provincia de Buenos Aires (un área con una población urbana y rural de doce millones de personas). Para contrarrestar estos problemas, funcionarios de la salud nos invitaron a colaborar en el desarrollo de un programa radicado en la comunidad y extendido a toda la provincia, focalizado tanto en la prevención como en la intervención. En primer lugar entrenamos a profesionales y paraprofesionales en el uso de los protocolos de evaluación y de intervención del modelo LINC. Luego desarrollamos encuestas pre y post programa y usamos una serie de mapas para evaluar asuntos demográficos, actitudes y costumbres, estructuras familiares y eventos importantes para las comunidades. Con posterioridad a esta evaluación organizamos foros comunitarios, en cada uno de los cuales estaba representado un sector transversal de la población. En ellos, los miembros de la comunidad (en ocasiones hasta 5000) desarrollaron su propio concepto de resiliencia usando palabras como *confianza, fe, seguridad, esperanza, lealtad, espiritualidad y sobrevivencia*. Siguiendo las pautas de los protocolos LINC se dividieron en pequeños grupos de discusión, cada uno representativo de un sector transversal de la comunidad. Cada grupo desarrolló metas abarcativas para el futuro, conteniendo las establecidas por el ministerio pero también agregando varias que ellos mismos confeccionaron. Luego los grupos trabajaban como equipos colaborativos para seleccionar sus enlaces comunitarios: personas de su propio grupo que gozaban de su confianza y con quienes se podían comunicar fácilmente, personas que pensaban que serían buenos líderes o enlaces entre su comunidad y nosotros como profesionales externos. Luego identificaron las tareas alcanzables, acordes con sus metas, y organizaron grupos de trabajo para realizarlas. Algunas de las actividades y grupos que se desarrollaron en distintas comunidades de Buenos Aires incluyeron: una asociación de policías, docentes, padres y miembros de la comunidad para lograr la expulsión de los vendedores de droga de los barrios; apoyo para una organización oficial existente, Padre a Padre, diseñada para la atención de padres cuyos hijos luchaban con problemáticas relacionadas con abuso de sustancias y adicción (esta organización creció y se difundió por toda la nación); un programa vespertino de alfabetización, entrenamiento en negocios, manualidades y un grupo social para fomentar la integración de los hijos y familiares de los militares en la comunidad. En los dos años siguientes hubo un incremento del 400% en la cantidad de jóvenes que ingresaron en programas de tratamiento de problemas de abuso de alcohol o droga, la mayoría de ellos apoyados en su tratamiento por miembros de sus familias.

sociales de Caridad Católica, el programa de entrenamiento continúa y prospera hoy, usando los mismos métodos.

⁶ Trabajaba en la Argentina como Becario Fullbright –con M. Duncan Stanton, Ph.D.– asesorando al Dr. Juan Yaria –Director de Adicción y HIV/SIDA en el Departamento de Salud de la Provincia de Buenos Aires– en el desarrollo de servicios de prevención y tratamiento de adicción y HIV/SIDA.

Kosovo

Finalizada la guerra de 1999 en Kosovo, junto con colegas de la Cooperativa de Kosovo para la Educación de Profesionales de la Familia [*Kosovar Family Professional Education Collaborative*]⁷ asesoramos al entonces emergente gobierno en la construcción de sistemas de salud y de salud mental, estrechamente ligados a la cultura y sustentados en las fortalezas de la familia, la comunidad y la cultura (Agani, 2000; Agani, Cardozo, Vergara y Gotway, 2000; Pulleyblank-Coffey, Griffith y Ulaj, en prensa; Weine y Agani, 2002; Weine et al., en preparación). La meta inicial fue el desarrollo de una iniciativa de entrenamiento basada en la provisión de servicios y dirigida al establecimiento de un grupo colaborativo de profesionales de Kosovo entrenados en enfoques familiares y sistémicos. Nuestra tarea consistió en preparar a estos profesionales para trabajar con familias de Kosovo y con sus comunidades en el establecimiento de sistemas sustentables de prevención e intervención. Dado que la cultura enfatiza la importancia de la familia extendida y la comunidad, todo el diseño se basa en las fortalezas de la gente, considera a la familia como la unidad de cambio más importante y a las comunidades como unidades primarias de prevención y atención. Adhiriendo a la creencia en las fortalezas de la familia (Landau-Stanton, 1986; Walsh, 1998, 2002, 2003) y al principio central de resiliencia comunitaria inherente del modelo LINC, todos los servicios están integrados en las comunidades y las comunidades participan en el diseño de los sistemas de atención y prevención. Como resultado, las competencias y resiliencia inherentes de los individuos, familias y comunidades, y su herencia cultural están movilizadas y vemos la emergencia de un sistema de salud y de salud mental auténticamente fundado en la resiliencia y a punto de desarrollar mecanismos eficaces para enfrentar trauma, duelo y pérdida, violencia, adicción, HIV/SIDA y otras enfermedades físicas y mentales graves y crónicas.

Hualien, Taiwan

En el año 2001, después de una serie de terremotos y diluvios devastadores, fui invitada a la Universidad Budista Tzu Chi para ayudar en el establecimiento de un centro para catástrofes⁸. Los desastres habían precipitado un aumento del 60% en depresión y suicidio, y gran parte de la población recibía tratamientos psiquiátricos relacionados con ansiedad, depresión, tendencias suicidas y psicosis (Lee, 2002). Como parte de esta iniciativa enseñé cómo fortalecer la resiliencia y la salud de individuos, familias y comunidades en momentos de trauma a un grupo de terapeutas de salud mental y miembros del cuerpo de profesores de la facultad de medicina, estudiantes de posgrado y de pregrado. Los estudiantes se ocuparon de que en el tramo de práctica clínica del curso participaran miembros de la comunidad. Entre ellos hubo miembros de un grupo minoritario que residían en una isla cercana a la costa y en la región costera próxima a esa isla. Luego de los terremotos y las inundaciones de carácter catastrófico esta gente quedó completamente

⁷ Un programa iniciado por S. Weine, J. Rolland & F. Agani y apoyado por el Fondo de Emergencia para Kosovo, la Academia Americana de Terapia Familiar, la Universidad de Illinois, Chicago, la Universidad de Prístina, la Fundación LINC (Linking Human Systems) y el Programa Internacional para el Estudio de Traumas de la Universidad de Nueva York.

⁸ Simultáneamente trabajaba con el Ministerio de la Salud en el establecimiento de un centro nacional para catástrofes.

aislada; muchos desconocían el paradero de los miembros de sus propias familias. En el pueblo más cercano, había una actitud generalizada a considerarlos “diferentes” y a entender que podían e iban a encontrar su propio camino, y que no necesitaban ayuda de extraños. Los terapeutas que trabajaban con ellos expresaban que ellos mismos luchaban con la dicotomía “nosotros/ellos”. Conduje un ejercicio de evaluación con los terapeutas y los miembros de la comunidad en el que ellos relevaban quiénes estaban desaparecidos. Un ejercicio de juego de roles [*role-playing*] ayudó a terapeutas y miembros de la comunidad a terminar con la dicotomía nosotros/ellos, a valorar recíprocamente sus tradiciones e historias, y a entender el trauma desde la perspectiva del otro. Utilizando el *mapa del campo de transición* identificaron las fortalezas y recursos disponibles en las familias y comunidades y los traumas que habían sufrido. Este proceso, que enfatizó la naturaleza colectiva de la comunidad, ayudó a contrarrestar la sensación de dicotomía entre quienes pertenecían a una comunidad extendida familiar cerrada y tradicional, que nunca había pedido ayuda externa, y quienes no habían sido seriamente afectados por los desastres y les había resultado fácil distanciarse apoyados en su sensación de superioridad de clase o cultural. Pronto, los grupos empezaron a desarrollar metas y estrategias comunes y a formar grupos de trabajo para implementar esos planes. Por ejemplo, organizaron un grupo constructor para reparar viviendas, grupos de niñeras para que apoyaran a las familias que habían perdido sus abuelos con el cuidado de los niños, e instalaron un comedor para abastecer a las familias que había perdido sus viviendas. El proceso de desarrollo de estas metas compartidas y el diseño de su implementación posibilitó una conexión entre los grupos. Se trabajó la fractura reconstruyendo un sendero que recuperara la posibilidad de transición, para trazar ese sendero transicional que –ensombrecido por un aparente abismo cultural– había quedado cortado como consecuencia de los desastres naturales. El conflicto transicional, la asincronía en las respuestas de los diferentes grupos, empezó a calmarse y una nueva comunidad, más unida y orientada hacia su restablecimiento, empezó a generarse.

Conclusión

El modelo LINC para la resiliencia comunitaria describe un enfoque colaborativo en intervenciones comunitarias. Tanto en el nivel filosófico como en el práctico, el modelo reconoce la competencia inherente de la comunidad para encontrar su propio camino hacia su curación. Adopta una perspectiva sistémica que considera a las comunidades como un conjunto de redes sociales estrechamente entrelazadas e interdependientes. Este enfoque sistémico implica que los intentos por realizar cambios en comunidades debe atravesar las jerarquías comunitarias e involucrar tantas redes como sea posible –de la misma manera que la terapia familiar transicional y los enlaces facilitadores que utilizan intervenciones LINC, reclutan y entrenan a miembros confiables de la comunidad que denominan enlaces comunitarios para atravesar los distintos niveles de la comunidad (desde la gente común hasta el nivel oficial). Así, los enlaces comunitarios funcionan como agentes naturales del cambio en la comunidad; su rol central asegura que la comunidad es "dueña" de sus soluciones y recibe el crédito por el cambio, maximizando la probabilidad de que el cambio se sostendrá a lo largo del tiempo.

Referencias bibliográficas

- Agani, F. (2000), *Mental Health Care Reform in Kosovo. A Great Hope*. Kaspar Hauser: World Health Organization publication.
- Agani, F.; Cardozo, L.B.; Vergara, A. y Gotway, C. (2000), Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Journal of the American Medical Association*, 284, 569-577.
- Attneave, C.L. y Verhulst, J. (1986), Teaching mental health professionals to see family strengths: Core network interventions in a hospital setting, en M.A. Karpel (ed.), *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. Nueva York: Guilford Press, 259-271.
- Auerswald, E.H. (1968), Interdisciplinary versus ecological approach. *Family Process*, 7, 202-215.
- Boehmer, T.K.C.; Flanders, W.D.; McGeehin, M.A.; Boyle, C. y Barrett, D.H. (2004). Postservice Mortality in Vietnam Veterans: 30-Year Follow-up. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1908-1916.
- Boss, P. (1991), Ambiguous loss, en F. Walsh y M. McGoldrick (eds.), *Living Beyond Loss: Death in the Family*. Nueva York: W.W. Norton, 164-175.
- Boss, P. (2001). *Family Stress Management: A Contextual Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1973), *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Nueva York: Harper & Row.
- Bowen, M. (1976), Theory in the practice of psychotherapy, en P.J. Guerin (ed.), *Family Therapy: Theory and Practice*. Nueva York: Jason Aronson, 42-90.
- Byng-Hall, J. (1991), Family scripts and loss, en F. Walsh y M. McGoldrick (eds.), *Living Beyond Loss*. Nueva York: Norton, 130-143.
- Chemtob, C.M. (2002) A public health approach to trauma recovery. Trabajo presentado en un taller del International Trauma Studies Program, New York University, Nueva York.
- Figley, C.R. y McCubbin, H.I. (eds.) (1983a), *Stress and the Family: Vol. 1. Coping with Catastrophe*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. y McCubbin, H.I. (eds.) (1983b), *Stress and the Family: Vol. 2. Coping with Normative Transitions*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Fisher, L.; Chesla, C.A.; Skaff, M.M.; Gilliss, C.; Mullan, J.T.; Bartz, R.J.; Kanter, R.A. y Lutz, C.P. (2000), The family and disease management in Hispanic and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23 (3), 267-272.
- Garbarino, J. y Kostelny, K. (1996), What do we need to know to understand children in war and community violence? en R.J. Apfel y B. Simon (eds.), *Minefields in their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence*. New Haven: Yale University, 33-51.
- Garnezy, N. y Rutter, M. (1983), *Stress, Coping and Development in Children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Greenway, D. (2004), Comunicación personal.
- Hobfoll, S.E. (1998), *Stress, culture and community: The psychology and philosophy of stress*. Nueva York: Plenum Press.
- Horwitz, S.H. (1997), Treating families with traumatic loss: Transitional family therapy, en C. Figley, B. Bride y N. Mazza (eds.), *Death and Trauma: The Traumatology of Grieving*. Londres: Taylor & Francis, 211-230.

- House, J.S.; Landis, K.R. y Umberson, D. (1988), Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Imber-Black, E. (1986), Toward a resource model in system family therapy, en M.A. Karpel (ed.), *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. Nueva York: Guilford Press, 148-174.
- Imber-Black, E. (1988), *Families and Larger Systems: A Family Therapist's Guide Through the Labyrinth*. Nueva York: Guilford Press.
- Imber-Black, E. (1999), Creating meaningful rituals for new life cycle transitions, en B. Carter y M. McGoldrick (eds.), *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives*. Boston: Allyn & Bacon, 202-214.
- Imber-Black, E. y Roberts, J. (1992), *Rituals for our Times: Celebrating, Healing, and Changing our Lives and our Relationships*. Nueva York: Harper Collins.
- Johnson, S.M. (2002), *Emotionally Focused Couple Therapy with Trauma Survivors: Strengthening Attachment Bonds*. Nueva York: Guilford Press.
- Klingman, A. y Cohen, E. (2004), *School-based Multi-systemic Interventions for Mass Trauma*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Kretzmann, J.P. y McKnight, J.L. (1993), *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. Evanston, IL: Institute for Policy Research.
- Landau, J. (1981), "Link therapy" as a family therapy technique for transitional extended families. *Psychotherapeia*, 7 (4), 382-390.
- Landau, J. (1982). Therapy with families in cultural transition, en M. McGoldrick, J.K. Pearce y J. Giordano (eds.), *Ethnicity and Family Therapy*. New York: Guilford Press, 552-572.
- Landau, J. (1991). Community mobilization in the intervention and prevention of AIDS and drug abuse. Trabajo presentado en el II Congreso de la Asociación Sistémica de Buenos Aires y I Congreso Panamericano de Psicoterapia Sistémica "Los diferentes contextos del paradigma sistémico", Buenos Aires, Argentina, octubre.
- Landau, J. (2001a). Treating resistant substance abusers: The power of family resilience and the passion of attachment/connectedness. Ponencia, Traveling Through Time and Space: The IVth European Family Therapy Association Conference and XVth Hungarian National Conference on Family Therapy. Budapest, Hungría, junio.
- Landau, J. (2001b). Enhancing family and community resilience in the face of trauma: Community outreach and organization. Trabajo presentado en el World Family Therapy Congress of the International Family Therapy Association, Puerto Alegre, Brasil, noviembre.
- Landau, J. (2002), Accessing resilience in times of trauma: family, community and spiritual connectedness: An overview of the linking human systems (LINC) Model. Ponencia de apertura, American Family Therapy Academy, Nueva York, junio.
- Landau, J. (2004a), Enhancing family and community connectedness to access resilience in times of trauma. Trabajo presentado en el World Family Therapy Congress of the International Family Therapy Association, Estambul, Turquía, marzo.
- Landau, J. (2004b), Enhancing resilience: Families and communities as agents for change. Manuscrito presentado para su publicación.
- Landau, J.; Cole, R.; Clements, C.D. y Tuttle, J. (1995), Link individual family empowerment (LIFE): A method for facilitating family resilience through re-storying the transitional pathway. Inédito.

- Landau, J.; Cole, R.; Tuttle, J.; Clements, C.D. y Stanton, M.D. (2000), Family connectedness and women's sexual risk behaviors: Implications for the prevention/intervention of STD/HIV infection. *Family Process*, 39 (4), 461-475.
- Landau, J.; Griffiths, J.A. y Mason, J. (1981), The extended family in transition: Clinical implications. *Psychotherapeia*, 7, 370-381.
- Landau, J. y Saul, J. (2004), Facilitating family and community resilience in response to major disaster, en F. Walsh y M. McGoldrick (eds.), *Living Beyond Loss*. Nueva York: Norton, 285-309.
- Landau, J. y Stanton, M.D. (2004), Intergenerational aspects of alcoholism and addiction. Inédito.
- Landau, J.; Stanton, M.D.; Brinkman-Sull, D.; Ikle, D.; McCormick, D.; Garrett, J.; Baciewicz, G.; Shea, R.R.; Browning, A. y Wamboldt, F. (2004), Outcomes with the ARISE approach to engaging reluctant drug- and alcohol-dependent individuals in treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 30 (4), 711-748.
- Landau-Stanton, J. (1986), Competence, impermanence, and transitional mapping: A model for systems consultation, en L.C. Wynne, S. McDaniel y T. Weber (eds.), *Systems Consultations: A New Perspective for Family Therapy*. Nueva York: Guilford Press, 253-269.
- Landau-Stanton, J. (1990), Issues and methods of treatment for families in cultural transition, en M.P. Mirkin (ed.), *The Social and Political Contexts of Family Therapy*. Boston: Allyn and Bacon, 251-275.
- Landau-Stanton, J. y Clements, C. (1993), *AIDS, Health and Mental Health: A Primary Sourcebook*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Landau-Stanton, J.; Clements, C. y Stanton, M.D. (1993), Psychotherapeutic intervention: From individual through group to extended network, en J. Landau-Stanton y C. Clements (eds.), *AIDS, Health and Mental Health: A Primary Sourcebook*. Nueva York: Brunner/Mazel, 214-263.
- Laor, N. (2004), Trauma, development and culture: Caring for children exposed to war, terrorism and disaster. Ponencia, Second Bi-National Conference on Treating Traumatized Children and Adolescents, Jerusalem, Israel, mayo.
- Lee, M.B. (2002), Comunicación personal. Taipei, Taiwan.
- McDaniel, S.H.; Hepworth, J. y Doherty, W. (1992), *Medical Family Therapy: A Biopsychosocial Approach to Families with Health Problems*. Nueva York: Basic Books.
- McGoldrick, M.; Gerson, R. y Shellenberger, S. (1999), *Genograms: Assessment & intervention*. Nueva York: Norton.
- Papadopoulos, R., Losi, N. y Kuscu, K. (2004), Applied systemic work in post-conflict communities. Trabajo presentado en el World Family Therapy Congress of the International Family Therapy Association, Estambul, Turquía, marzo.
- Papadopoulos, R. (2002), *Therapeutic Care for Refugees: No Place Like Home*. Londres: Karnac.
- Pulleyblank-Coffey, E.; Griffith, J. y Ulaj, J. (en prensa), Gjakova, the first family-focused community mental health center in Kosovo, en A. Lightburn y P. Sessions (eds.), *Community Practice*. Londres: Oxford University Press.
- Rankin, S.H. y Fukuoka, Y. (2003), Predictors of quality of life in women 1 year after myocardial infarction. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 18 (1), 6-12.

- Reilly, I. (2000), Legacy – People and poets in Northern Ireland. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 21 (3), 162-166.
- Reilly, I. (2002), Trauma and family therapy: Reflections on September 11 from Northern Ireland. *Journal of Systemic Therapies*, 21 (3), 71-79.
- Reilly, I.; McDermott, M. y Coulter, S. (en prensa), Living in the shadow of community violence in Northern Ireland: A therapeutic response, en N. Boyd Webb (ed.), *Mass Trauma, Stress and Loss*. Nueva York: Guilford.
- Rojano, R. (2004), The practice of community family therapy. *Family Process*, 42 (1), 59-77.
- Saul, J. (2000). Mapping trauma: a multi-systemic approach. *Psychosocial Notebook*. International Organization for Migration, noviembre.
- Seaburn, D.; Landau-Stanton, J. y Horwitz, S. (1995), Core intervention techniques in family therapy process, en R.H. Mikesell, D.D. Lusterman y S.H. McDaniel (eds.), *Integrating Family Therapy: Handbook of Family Psychology and Systems Theory*. Washington, DC: American Psychological Association, 5-26.
- Seligman, M.E.P. y Peterson, C. (2003), Positive clinical psychology, en L.G. Aspinwall y U.M. Staudinger (eds.), *A Psychology of Human Strengths: Fundamental Questions and Future Directions for a Positive Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 305-317.
- Sluzki, C. E. (2003), The process toward reconciliation, en A. Chayes y M. Minow (eds.), *Imagine Coexistence: Restoring Humanity after Violent Ethnic Conflict*. San Francisco: Jossey-Bass, 21-30.
- Speck, R.V. y Attneave, C. (1973), *Family Networks*. Nueva York: Pantheon.
- Suddaby, K. y Landau, J. (1998), Positive and negative timelines: A technique for restorying. *Family Process*, 37 (3), 287-298.
- Tuttle, J.; Landau, J.; Stanton, M.D.; King, K. y Frodi, A. (2004), Intergenerational family relations and sexual risk behavior in young women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29 (1), 56-61.
- Walsh, F. (1998), *Strengthening Family Resilience*. Nueva York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2002), A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51 (2), 130-137.
- Walsh, F. (2003), Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42 (1), 1-18.
- Walsh, F. y McGoldrick, M. (eds.) (1991), *Living Beyond Loss: Death in the Family*. Nueva York: W. W. Norton.
- Watson, W. y McDaniel, S. (1998), Assessment in transitional family therapy: the importance of context, en J.W. Barron (ed.), *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association, 161-195.
- Weine, S.M. y Agani, F.N. (2002), Local and international responses to the public mental health crisis in post-war Kosova. Royal Institute of Interfaith Studies. Amán, Jordania.
- Weine, S.; Ukshini, S.; Griffith, J.; Agani, F.; Pulleyblank-Coffey, E.; Ulaj, J.; Becker, C.; Ajeti, L.; Griffith, M.; Alidemaj-Sereqi, V.; Landau, J.; Assllani, M.; Pavkovic, I.; Bunjaku, A.; Rolland, J.; Cala, G.; Saul, J.; Makolli, S.; Sluzki, C. y Statovci, S. (en

preparación), A family approach to severe mental illness in post-war Kosova.
Manuscrito.

Tabla 1: El proceso LINC de intervención comunitaria en detalle

Etapa 1: Reuniones con las comunidades afectadas

- Asegurar la invitación y el permiso.
- Confeccionar un mapa de la comunidad.
- Asegurar la cooperación y colaboración a través de todos los componentes de la comunidad (utilizando el mapa del campo de transición, el mapa de los niveles multisistémicos y el mapa de estructura piramidal).
- Establecer metas claras.
- Derivar tareas realistas y realizables.
- Establecer y asignar grupos de trabajo sustentables.
- Establecer períodos claros de tiempo para cada tarea y meta.

Etapa 2: Reuniones semanales y mensuales de los grupos de trabajo

Nuestro rol en las reuniones de los grupos de trabajo comprende numerosas actividades detrás de escena:

- Asistir en la coordinación de los grupos de trabajo, luego retirarnos al rol de observador.
- Asegurar la continuidad de los grupos de trabajo a través de representación comprensiva en cada grupo, evitando líderes espurios.
- Facilitar la dignidad individual, familiar y comunitaria.
- Construir sobre recursos existentes.
- Siempre que sea posible, usar agentes naturales de cambio para asumir roles de liderazgo en comunidades y barrios.
- Asegurar que cada iniciativa esté directamente relacionada con las metas, las orientaciones futuras y los mejores intereses de la comunidad.

Etapa 3: Creación y evaluación de un programa replicable de apoyo comunitario

Al facilitar las primeras reuniones en las comunidades y las subsecuentes reuniones de los grupos de trabajo, nos esforzamos para construir un programa que:

- Responde a la crisis inmediata.
- Ofrece una variedad de programas interdisciplinarios y servicios de intervención en situaciones de trauma.
- Desarrolla simultáneamente servicios familiares y comunitarios a largo plazo para la prevención de las consecuencias de trauma (por ejemplo, abuso de alcohol y sustancias, juego compulsivo, HIV/SIDA, depresión, tendencias suicidas y violencia doméstica).
- Crea un plan exportable para estar preparados para futuras crisis o situaciones de estrés prolongado.