

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Terapia familiar estructurada y sentido de comunidad  
dentro de una comunidad terapéutica de abuso y  
drogodependencias**

Proyecto de Investigación

**Javier Alejandro Jaramillo Gavilanes**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de  
Psicólogo Clínico

Quito, 12 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Como y hasta qué punto la terapia familiar estructurada influye en el  
sentido de comunidad dentro de una comunidad terapéutica de abuso y  
drogodependencias**

**Javier Alejandro Jaramillo Gavilanes**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Esteban Utreras, Ph.D.

Firma del profesor

---

Quito, 12 de diciembre de 2016

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

---

Nombres y apellidos:

Javier Alejandro Jaramillo Gavilanes

Código:

106877

Cédula de Identidad:

1714229208

Lugar y fecha:

Quito, 12 de diciembre de 2016

## RESUMEN

**Antecedentes:** Las comunidades terapéuticas brindan un ambiente libre de drogas a personas con problemas de adicciones, comparten un organizado y estructurado medio que se encarga de promover el cambio hacia una vida libre de sustancias (Vanderplasschen, Colpaert, Autrique, Rapp, Pearce, Broekaert, Vandavelde, 2013). Asistiendo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Huffman, 2004), dicho de otra manera, factores genéticos, funciones del cerebro, neurotransmisores, medicación, aprendizaje, pensamiento abstracto, manejo emocional, motivación, temperamento, cultura, condiciones socioeconómicas y familia. Para alcanzar esto, los participantes necesitan de un sentido de pertenencia hacia la comunidad. Esta variable favorece el surgimiento de un compromiso conjunto por la satisfacción de las necesidades grupales, psicológicas y materiales (Cueto, Espinosa, Guillén & Seminario, 2016). Ahora bien, el tratamiento familiar implementado dentro de las actividades de la comunidad es la terapia familiar estructural propuesta por Minuchin (1974), esta se encarga de identificar la organización familiar y la interacción de los miembros, para luego fomentar que los miembros cambian esta dinámica y mejore la relación familiar. **Metodología:** Para este estudio se utilizó 40 familias divididas en dos grupos, el grupo de tratamiento o grupo A y grupo control o grupo B, a los cuales se administró dos pruebas que son: la Escala breve de sentido de comunidad (BSCS) y el Índice de sentido de comunidad II (SCI-II) adaptados para este estudio. Se aplicó estas pruebas tanto antes como después de la intervención psicológica que durará 6 meses (24 sesiones), con el fin de medir la influencia de la terapia sobre el sentido de comunidad. **Resultados:** Los resultados esperados según la revisión de literatura sería un incremento en el sentido de comunidad tras fomentar la dinámica familiar, esto permitirá que los participantes potencialicen su desempeño al momento de cumplir con las actividades programadas. **Conclusión:** La terapia familiar estructural influye positivamente en el sentido de comunidad en los participantes de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencias, fomentando una vida libre de consumo y una funcionalidad adecuada en el ámbito social como familiar.

**Palabras clave:** sentido de comunidad, componentes de sentido de comunidad, comunidad terapéutica, abuso y drogodependencias, Terapia Familiar Estructural, Escala breve de sentido de comunidad y el Índice de sentido de comunidad.

## ABSTRACT

**Background:** Therapeutic communities provide a drug-free environment for people with addiction problems, they share an organized and structured environment that promotes change towards a substance-free life (Vanderplasschen, Colpaert, Autrique, Rapp, Pearce, Broekaert, Vandeveldde, 2013); attending the biological, psychological and social aspects (Huffman, 2004). In other words, genetic factors, brain functions, neurotransmitters, medication, learning, abstract thinking, emotional management, motivation, temperament, culture, socioeconomic conditions and family. To achieve this, participants need a sense of belonging to the community. This variable favors the emergence of a joint commitment for the satisfaction of group, psychological and material needs (Cueto, Espinosa, Guillén & Seminario, 2016). However, the family treatment implemented within the community activities is the structural family therapy proposed by Minuchin (1974), which is responsible for identifying the family organization and the interaction of members, also to encourage members to change this dynamic and improve the family relationship. **Methodology:** For this study, 40 families were divided into two groups, the treatment group or group A and control group or group B, which were administered two tests that are: the Brief Community Sense Scale (BSCS) and the Community Sense Index II (SCI-II) adapted for this study. These tests were applied both before and after the psychological intervention that lasted 6 months (24 sessions), in order to measure the influence of the therapy on the sense of community. **Results:** The expected results according to the literature review would be an increase in the sense of community after fomenting the family dynamics, this will allow the participants to potentiate their performance at the moment of fulfilling the programs activities. **Conclusion:** Structural family therapy positively influences the sense of community in the participants of a therapeutic community of abuse and drug addiction, promoting a life free of consumption and adequate functionality in the social as well as the family.

**Key words:** sense of community, community sense components, therapeutic community, abuse and drug addiction, Structural Family Therapy, Brief Community Sense Scale and Community Sense Index II.

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>Introducción al problema.....</b>	<b>11</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>12</b>
<b>El problema.....</b>	<b>14</b>
<b>Pregunta de investigación.....</b>	<b>16</b>
<b>El significado del estudio.....</b>	<b>16</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>17</b>
<b>Revisión de literatura.....</b>	<b>18</b>
<b>Fuentes.....</b>	<b>18</b>
<b>Formato de la revisión de la literatura.....</b>	<b>18</b>
<b>Conceptos fundamentales en drogodependencias.....</b>	<b>18</b>
<b>Tipos y criterios de dependencia.....</b>	<b>22</b>
<b>Comunidad Terapéutica.....</b>	<b>25</b>
<b>Estructura y eficacia de una comunidad terapéutica.....</b>	<b>26</b>
<b>Sentido de comunidad.....</b>	<b>31</b>
<b>Componentes del sentido de comunidad.....</b>	<b>33</b>
<b>Evaluación y eficacia sobre el sentido de comunidad.....</b>	<b>36</b>
<b>Terapia Familiar Estructural.....</b>	<b>40</b>

<b>Componentes de la terapia familiar estructural.....</b>	<b>40</b>
<b>Evaluación y técnicas.....</b>	<b>43</b>
<b>Eficacia de la terapia familiar estructural.....</b>	<b>46</b>
<b>Metodología y diseño de la investigación.....</b>	<b>51</b>
<b>Justificación de la Metodología Seleccionada.....</b>	<b>51</b>
<b>Herramientas de Investigación Utilizada.....</b>	<b>52</b>
<b>Descripción de Participantes.....</b>	<b>55</b>
<b>Reclutamiento de los Participantes.....</b>	<b>55</b>
<b>Consideraciones Éticas.....</b>	<b>56</b>
<b>Resultados esperados.....</b>	<b>56</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>58</b>
<b>Limitaciones del Estudio.....</b>	<b>61</b>
<b>Recomendaciones para Futuros Estudios.....</b>	<b>61</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO B: Solicitud para aprobación de estudio de investigación.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO C: Formulario de consentimiento informado.....</b>	<b>78</b>

<b>ANEXO D: Herramientas para levantamiento de información.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO E: Estructura de la comunidad.....</b>	<b>83</b>

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias ha sido un tema significativo a lo largo del tiempo. La prevalencia de consumo en el mundo es de 250 millones de personas entre 15 y 64 años de edad; quiere decir que 1 de cada 20 adultos llegó a probar una sustancia en algún punto de su vida. Dentro de esta población, 29 millones de consumidores poseen un trastorno relacionado al consumo (UNODC, 2016). Los factores que estimulan esta problemática de consumo son: la falta de individualidad, recursos económicos, relaciones interpersonales y de una dinámica familiar apropiada (National Institute of Drug Abuse, 2004). Ahora bien, la orientación de este estudio se concentrará en como las dinámicas familiares promueven el desarrollo de este consumo patológico. Tomando en cuenta las cifras relevantes que maneja el CONCEP (2014), frente a la integración de las familias durante el proceso psicoterapéutico de los individuos afectados por el consumo de sustancias; más del 90% de las personas entrevistadas considera importante involucrar a la familia en los programas de rehabilitación. Asimismo, los evaluados piensan que estos individuos deben ser reintegrados no solo en la familia, sino en el ámbito social y laboral. Las organizaciones que abastecen de estos recursos son las comunidades terapéuticas. Este modelo brinda un contexto libre de drogas, en donde las personas comparten un organizado y estructurado medio que se encarga de promover un cambio hacia una vida libre de consumo (Vanderplasschen, Colpaert, Autrique, Rapp, Pearce, Broekaert, Vandeveld, 2013). Para poder conformar esta estructura de tratamiento, es fundamental promover dentro de la comunidad un sentido de pertenecía. Esta variable constituye la parte esencial de esta agrupación, sosteniendo las necesidades comunitarias, promoviendo la calidad y cantidad de comunicaciones entre los miembros e impulsando el cumplimiento de las actividades programadas (Halamová, 2016). Por otra parte, respecto al tratamiento familiar, la terapia familiar estructural propuesta por Minuchin (1974) posee una amplia investigación sobre

la organización familiar y poblaciones en consumo de sustancias. Esta terapia analiza los patrones de consistencia del comportamiento familiar, es decir, la estructura de la familia las cuales sustentan y mantienen la dinámica familiar. En relación a este estudio, la terapia se enfocaría en observar las dinámicas familiares que refuerzan este comportamiento disfuncional de consumo para luego trabajar en ello y romper con estos patrones de comportamientos aprendidos.

A partir de esto, el estudio que a continuación se desarrolla busca promover el sentido de comunidad en individuos con un historial de abuso o dependencia a sustancias a través de la terapia familiar estructural. Por medio de esta fomentación, se busca mejorar el sentido de pertenencia de los participantes con la comunidad al trabajar con las dinámicas familiares; anhelando a que los individuos potencialicen su involucración en las distintas actividades de la comunidad y, de igual forma, que logren cumplir con el tiempo mínimo de tratamiento, para así desarrollar un estilo de vida más adaptativo y puedan reintegrarse en los ámbitos sociales como familiares.

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La prevalencia de consumo de sustancias en el mundo es de 250 millones de personas entre 15 y 64 años de edad, es decir, 1 de cada 20 adultos llegó a probar una sustancia en algún punto de su vida. Dentro de esta población, 29 millones de consumidores poseen un trastorno relacionado al consumo (UNODC, 2016). Según el National Institute of Drug Abuse (2004) la carencia de factores protectores y la presencia de factores de riesgo, provocan el desarrollo de trastornos de consumo. Entre más factores de riesgo presentes, mayor vulnerabilidad tendrá el sujeto en recaer al consumo de sustancias. Los factores como: la individualidad, las relaciones interpersonales, el aprovechamiento académico, el estrato socioeconómico y, la dinámica familiar, llegan a tener un rol importante. Un mal funcionamiento dentro de estas áreas puede desencadenar comportamientos y trastornos disfuncionales en el individuo. Ahora bien, existen varios tratamientos que se enfocan en la población de abuso a sustancias; entre ellos esta los tratamientos ambulatorios los cuales se enfocan en personas con una actividad ocupacional parcial o total y la existencia de un soporte familiar (SENDA, 2012). Por otro lado, las comunidades terapéuticas o centros de rehabilitación llegan a tener adecuadas estrategias para tratar con este tipo de población; los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes, y donde cobra especial importancia la interacción psicosocial entre los grupos de la comunidad (San Martín y Pastor, 1984). Dentro de este modelo, uno de los enfoques con mayor apreciación al trabajar con el tema de adicciones es la terapia familiar estructural confeccionado por Salvador Minuchin (1974). Este modelo se basa en la importancia de la organización familiar, conforme al cual los problemas de adicción llegan ser una desviación del conflicto familiar, manifestando claramente una disfunción en la

dinámica y jerarquía del sistema. Por tanto, la perspectiva familiar orienta la intervención hacia la reestructuración jerárquica y el distanciamiento en términos de independencia, ya que ellos describen a una persona adicta como sujeto dependiente y sin preparación para asumir responsabilidades; como si constantemente necesitara de protección (Albán, 2012). Todavía queda mucho por conocer como la reorganización estructural del tratamiento familiar influencia en el sentido de comunidad dentro de una comunidad de abuso y drogodependencia. Al proseguir con este estudio se dará paso a las distintas temáticas en relación a su descripción y desarrollo.

### **Antecedentes**

En el Ecuador el consumo de sustancias ha sido un tema considerable. Un estudio nacional elaborado por la institución CONSEP (2012) expuso la magnitud de consumo sobre estupefacientes lícitos e ilícitos dentro del periodo de un año en las provincias de Quito, Guayaquil, Cuenca y Puyo. A manera de ejemplo, nos enfocaremos en la frecuencia de consumo respecto al alcohol siendo una de las sustancias con mayor consumo en el país. La muestra consistió de 6659 estudiantes entre las edades de 17 a 19 años; en las cuales 1.844 pertenecían de Quito, 1.178 de Puyo, 1.969 de Guayaquil y 1.668 de Cuenca. Por parte de la ciudad de Quito 23,32% consumían alcohol de manera ocasional, 10,83% regularmente, 4,63% frecuentemente y 3,47% intensamente. Por parte de la población de Guayaquil 15,64% tenían un uso ocasional, 6,75% uso regular, 2,19% uso frecuente y 1,52% uso intenso. La población de Cuenca obtuvo 24,50% uso ocasional, 8,50% uso regular, 3,10% uso frecuente y 1,83% uso intenso. Por último, la ciudad del Puyo tuvo un resultado de 26,51% dentro del uso ocasional, 8,25% uso regular, 6,06% uso frecuente y 2,66% uso intenso. A través de estos resultados podemos observar que existe cierto tipo de vulnerabilidad en los jóvenes ya que los porcentajes muestran cierto patrón de consumo que a futuro podría conllevar a tomar algún tipo de

tratamiento a los adolescentes. En el Ecuador, la ministra de salud Carina Vance declaró que los establecimientos de rehabilitación, entre legales y clandestinos superan los 300 centros. No obstante, la oferta estatal es escasa o casi nula frente al número de establecimientos privados. Hasta el momento se han clausurado 44 centros por violación a los Derechos Humanos y a la Ley Orgánica de Salud. De todos los centros que se encuentran activos, tan solo 15 son públicos y se desempeñan en coordinación con el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONCEP). Asimismo, las autoridades pertinentes no poseen un registro o investigación en donde se evidencie los distintos centros clandestinos, por lo cual, han pedido a los pobladores realizar las denuncias respectivas para proceder a clausurar estos establecimientos en el caso de que conozcan sobre su actividad ilegal (La Hora, 2013). En el último año, según La Policía Nacional del Ecuador (2016) se efectuó la reclusión de un centro de rehabilitación clandestino en el cantón de Duran, los motivos de su clausura fue el incumplimiento de no poseer un permiso de funcionamiento, de no cumplir con los servicios básicos necesarios y, por brindar servicios a individuos de ambos sexos; a pesar de ser un centro de rehabilitación especializado para mujeres (Policía Nacional del Ecuador, 2016). Este ejemplo expuesto representa uno de los tantos centros clandestinos que han ejercido y que todavía practican en el país. Sin embargo, existen instituciones que cumplen con los requisitos de funcionamiento y servicios de calidad. Por ejemplo, en Quito y Guayaquil encontramos dos comunidades terapéuticas o establecimientos de rehabilitación estatales que llegan a proporcionar a los internos servicios como: habitaciones adecuadas, comida nutritiva, atención médica, medicamentos, tratamiento psicológico individual, terapia familiar, terapia ocupacional y tareas recreativas (Medina, 2015, p.1). Una de las modalidades donde acuden muchos adictos a tratamiento para el abuso y dependencia de drogas son las comunidades terapéuticas. La comunidad es el método principal para facilitar el cambio social y psicológico en los residentes, no solo llega a cargar con la responsabilidad el equipo de profesionales, sino

tanto los residentes como los profesionales tienen un rol equitativo en el tratamiento (Fiestas, Ponce, 2012). Este cambio se desarrolla a través del surgimiento de un sentido de comunidad; esto se lo define como el sentido en el cual el individuo corresponde a una colectividad mayor, de la cual es parte significativa. Si bien existe un conflicto entre las necesidades del individuo y las de la colectividad, los conflictos deberían ser resueltos de forma que no lleguen a perjudicar el sentido psicológico de pertenencia; puesto que, precisamente, el sentido de comunidad permite que exista una red y una estructura de relaciones fortalecidas, impidiendo que se elaboren sentimientos de soledad (Sarason, 1974).

Considerando que dentro del abordaje de comunidad terapéutica se ha dado poca importancia a la terapia familiar estructural como factor que influye en el desarrollo de sentido de comunidad, este trabajo de investigación pretende incorporar este modelo de tratamiento como el agente capaz de fomentar un (el) sentido de comunidad dentro de una comunidad de abuso y drogodependencia; provocando a largo plazo mejorías en el comportamiento de los pacientes y en las dinámicas con los grupos de apoyo (familiar y externos).

### **El problema**

Los problemas de abuso y drogodependencia llegan a ser un factor presente en los distintos países del mundo. CONSEP (2014) realizó una encuesta dentro de la población ecuatoriana, en la cual se enfocó en la magnitud de consumo entre el rango de edad de 12-65 años en 53 ciudades del Ecuador, teniendo como muestra 10.976 personas de distintas edades, sexos y niveles socioeconómicos. El objetivo en general era describir la magnitud de consumo de sustancias y su distribución geográfica en zonas urbanas del país, sin embargo, el objetivo en el cual se concentrará esta investigación es la determinación del nivel de conocimiento de la muestra respecto a la población estudiada. Se encontró que el 97,5% de la muestra indica que la familia debería integrarse como apoyo en el programa de tratamiento de los consumidores

de drogas. También el 91,7% de la población considera que las personas que terminan un proceso de tratamiento deben ser integrados en la familia, la sociedad y el trabajo. Estos datos revelan lo importante que llega ser el tratamiento, sobretudo la participación de la familia para la recuperación del paciente. Por tales motivos, desarrollar distintos programas de intervención que coadyuven a vigorizar el proceso de cambio de los pacientes, llega a tener un mérito considerable.

Por lo que se refiere a los tratamientos psicoterapéuticos, una de las terapias familiares que ha probado ser eficaz en una variedad de estudios, incluyendo casos difíciles como abuso y drogodependencias, es la terapia familiar estructural; teniendo como meta alterar los límites, realinear los subsistemas, mejorar la comunicación y modificar los comportamientos como la experiencia de cada miembro (Nichols, 2010). Más reciente Grief & Dreschler (1993, citado en Nichols, 2010) dan a conocer que la terapia familiar estructural ha sido exitosamente aplicada para establecer un rol parental adaptativo en adictos con heroína. En otro estudio, Sim (2005) comunica lo efectivo que llega ser la terapia familiar estructural dentro de la población adolescente con problemas de abuso y dependencia en China. Al estudiar a 34 familias, incluyendo 34 adolescentes, 32 madres y 32 padres se encontró una mejoría respecto a los patrones de interacción en las familias y un cambio en su patrón de consumo. También hubo un acrecentamiento en relación al crecimiento interpersonal como personal y un progreso comunicativo entre los miembros de cada familia. Cabe recalcar que este estudio llega a representar un pequeño grupo de participantes, no llega ser una muestra significativa pertinente al contexto asiático y, de igual manera, los datos obtenidos muestran la retroalimentación de los adolescentes, terapeutas y trabajadores sociales; no se obtuvo retroalimentación por parte de los padres por falta de tiempo. Ozechowski y Liddle (2000) esclarecen que las terapias familiares estructurales y sistémicas han sido prominentes dentro de los tratamientos hacia adolescentes con abuso y dependencia de sustancias. Las técnicas de ambos son utilizadas

ampliamente en las terapias para establecer cambios normativos respecto a la autoridad, comunicación y conexión emocional. Así pues, las mejoras en el funcionamiento familiar provocarán una mejoría en el funcionamiento individual del adolescente y, paralelamente, causará que el consumo de drogas y otros problemas de comportamiento tengan menos probabilidades de presentarse.

Por otro lado, otros estudios han demostrado la eficacia de las comunidades terapéuticas en reducir la recaída de consumo y, en disminuir la reincidencia criminal (Hiller, Knight & Simpson, 1999; Inciardi et al., 2004; Van Stelle & Moberg, 2004), a través de la implementación de una comunidad de compañeros que enseñen, modelen y refuercen una vida libre de drogas (Lemieux, Barthelemy, Schroeder, & Thomas, 2012, p. 453). Ambos modelos de tratamiento se enfocan en modificar patrones de conducta, sobretodo en modelar a los pacientes para una reinserción a la sociedad, implementando un sentido de comunidad para alcanzar un proceso de cambio favorable. Sin embargo, no existe la evidencia necesaria que compruebe como este modelo de tratamiento familiar se correlaciona específicamente con la variable de sentido de comunidad, ya que esta posee un rol importante para la ejecución del proceso de transformación dentro de una comunidad terapéutica.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Familiar Estructural influye en el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia?

### **El significado del estudio**

Este estudio se considera importante ya que su aplicación está dirigido a la utilidad de la Terapia Familiar Estructural orientada en el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y dependencia a sustancias. De esta manera, lo que se explora es la

posibilidad de aplicar este tratamiento y, de igual forma, ser replicado dentro de la rama psicoterapéutica para el desarrollo de un bienestar familiar como grupal. Con esto, se desea reducir las recaídas de los pacientes y permitir la fomentación de un estilo de vida libre de drogas. Para esto, la comunidad juega un papel importante ya que su contribución provee de estructura y guía para que el paciente logre alcanzar su proceso de transformación. En el caso de Ecuador, existen tan solo dos centros de comunidad terapéutica estatales que brindan con esta asistencia de desintoxicación a poblaciones de bajos recursos, muchos de ellos sin un sistema de apoyo sólido, peor aún, sin la presencia de factores de protección esenciales para el gozo de una vida saludable.

## **Resumen**

La investigación convocada se enfocará sobre la influencia de la Terapia Familiar Estructural propuesta inicialmente por Salvador Minuchin, en el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia. Los participantes que accedieron a este estudio, se encuentran internados dentro de la CETAD, Quito, Ecuador. Este estudio adquiere de mucha importancia dado que la réplica de esta propuesta a futuro, permitirá conocer y expandir los conocimientos psicoterapéuticos dentro de la población con problemas de consumo. Más aun, brindará mayores aportaciones académicas sobre esta área, dado que pocas investigaciones han abordado sobre estos temas. A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura dividida en cuatro partes: drogodependencias, comunidad terapéutica, sentido de comunidad y terapia familiar estructural. Esto seguido de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados, y las conclusiones y discusión sobre la propuesta.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Revisión de literatura**

#### **Fuentes.**

La información utilizada para la siguiente revisión de literatura de este estudio de investigación, ha sido recopilada de revistas académicas, libros y artículos científicos. Para adquirir esta información, se utilizó palabras claves como comunidad terapéutica, CT, centros de rehabilitación de abuso y drogodependencias, sentido de comunidad, SC, componentes de sentido de comunidad, Terapia Familiar Estructural, la Escala Breve de Sentido de Comunidad, BSCS, Índice de Sentido de Comunidad y ISC. Esta información se obtuvo de bases de datos como EBSCO, Jstor, Google Académico, SCI-HUB y de libros de texto.

#### **Formato de la revisión de la literatura**

Para proporcionar una adecuada investigación, la literatura que se expondrá será revisada en orden de temas. Es así que se revisará: conceptos fundamentales en drogodependencias, tipos y criterios de dependencia, comunidad terapéutica, estructura y eficacia de una comunidad terapéutica, sentido de comunidad, componentes del sentido de comunidad. Así también, se abordará la Terapia Familiar Estructural, los componentes de la terapia familiar estructural, evaluación y técnicas, y por último, la eficacia de la terapia familiar estructural.

#### **Conceptos fundamentales en drogodependencias**

Para poder entender sobre el consumo crónico de sustancias, hay que conocer la perspectiva neutral o científica sobre este marco de drogodependencias. Según la OMS (2008), desde los años cincuenta, se ha realizado considerables esfuerzos con ayuda de otras

organizaciones médicas, para describir los conceptos actuales respecto al consumo. Actualmente se los describe a partir del uso, hábito, abuso, drogodependencia o adicción.

El **uso** de una sustancia no llega a tener una significación clínica ni social, en otras palabras comunica un consumo ocasional, aislado, episódico, sin tolerancia o dependencia, también expresa un gasto o utilización de una sustancia sin que produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El **hábito** hace énfasis en la costumbre de consumir una sustancia debido a la adaptación elaborada por su consumo. Hay, por tanto, un deseo de la sustancia pero no se vivencia de manera indispensable; no hay la tendencia de consumir la sustancia con altas dosis, ni se padecen síntomas físicos o psicológicos al no conseguir la sustancia. Asimismo, la búsqueda de la sustancia es limitada, no llega a presentarse una alteración conductual para adquirir el extracto. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El **abuso** se lo define como consumo de droga que dañe o amenace perjudicar la salud física, mental o bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general. Se trata de un uso inadecuado por su cantidad, frecuencia o finalidad. Un abuso que provoca disfuncionalidad se describe como un patrón desadaptativo de consumo, por motivos de prioridad o excesos cuantitativos. Esto a la larga provoca que el individuo tenga una alteración psicológica y un comportamiento social inadecuado. Este concepto expuesto es análogo en cierta medida con el trastorno por abuso de sustancias psicoactivas

señalado por el DSM-V (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El sistema DSM-V, elaborado por la American Psychiatric Association (2013) señala los siguientes criterios indispensables para diagnosticar un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas.

- (A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los apartados siguientes durante un periodo de 12 meses:
- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, o en casa (ausencias repetidas o bajo rendimiento relacionado con el consumo; descuido de los niños o de las obligaciones de casa).
  - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil u operar maquinaria bajos los efectos de una sustancia).
  - Problemas legales repetidos relacionados al consumo (arrestos o comportamientos desmedidos debido al consumo).
  - Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con el cónyuge acerca de las consecuencias de la

intoxicación, o violencia física) (American Psychiatric Association (2013).

(B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia de sustancias de esta clase de psicotrópicos (American Psychiatric Association, 2013)

Retomando los postulados de Fernández (2009), considera que el abuso llega a ser una circunstancia de riesgo evolutivo al siguiente paso que es la **dependencia** (o drogodependencia). En 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (American Psychiatric Association, 2013, p. 182).

Esto lleva al individuo a perder su libertad, de cierta manera se encuentra subordinado por la sustancia psicoactiva; la droga se convierte en un objeto dominante que absorbe la personalidad del sujeto.

## **Tipos y criterios de dependencia**

Otro punto relevante que exige aclaración son los tipos de dependencia. Lora & Calderón (2010) dan a conocer respecto a los tres tipos de dependencia existentes; la dependencia física se define por la presencia de un estado fisiológico alterado que se pone en evidencia cuando se suprime bruscamente el tóxico y aparecen intensos trastornos físicos (signos de tolerancia o abstinencia). Por otro lado, la dependencia psicológica no presenta el síndrome de abstinencia agudo, el cual se caracteriza por desaparecer la abstinencia al momento de reanudar el consumo de la misma sustancia o por medio de fármacos agonistas, más bien exterioriza el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo) de repetir la administración de un estupefaciente para conseguir la experiencia de los efectos agradables y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o evadir el malestar que se siente por su ausencia. Por último, la dependencia social consiste en la necesidad de consumir tóxicos como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona claras señales de identidad. El abandono del consumo puede provocar en el drogodependiente graves crisis de relación, capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable.

Ahora bien, para poder diagnosticar a individuos con una dependencia a una sustancia, se debe referir a ciertos modelos de diagnósticos; el modelo por el cual esta investigación se orienta va ser el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) expuesto anteriormente. La American Psychiatric Association (2013) manifiesta que la dependencia de sustancias psicoactivas se trata de un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los apartados siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado (American Psychiatric Association, 2013)

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (American Psychiatric Association, 2013).

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía (American Psychiatric Association, 2013).

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los

efectos de la sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera (American Psychiatric Association, 2013).

Una vez integrado los determinantes y haber expuesto los criterios necesarios para su respectivo diagnóstico, es importante considerar los tipos de tratamiento disponibles para emplearlo en esta población. Parra, Padilla, López, Rodríguez, & Martínez (2011) describen las distintas modalidades de tratamiento que tradicionalmente han sido evaluadas y han tenido un intervalo de tiempo amplio en el cual han revelado cierta eficacia de tratamiento. Entre estas se encuentran:

A) Los programas de mantenimiento con metadona.

B). Comunidad terapéutica.

C) Programas de tratamiento libres de drogas.

D) Programas de Desintoxicación Ambulatoria.

Así pues, el principal tratamiento el cual se examinara y, además, yace como pilar fundamental, es la modalidad de comunidad terapéutica (CT). Este modelo cumple la función como estructura de tratamiento, proporcionando un espacio adecuado para su proceso clínico y, a su vez, será abordado a lo largo de este estudio dado a su magnitud como anhelo de entendimiento.

### **Comunidad Terapéutica**

Comunidad terapéutica (CT) se la conoce como una residencia a largo plazo que ofrece tratamiento para la población que posee trastornos de abuso a sustancias. Estas residencias surgieron a finales de los años 1950; la primera CT fue Synanon comunidad residencial de rehabilitación en California. Cabe mencionar que esta germinación no tenía relación con los movimientos de recuperación de autoayuda, conocidos también como los grupos de alcohólicos anónimos (Sacks & Sacks, 2010). Según National Institute on Drug Abuse (2015) la primera generación de comunidades terapéuticas llegaron a propagarse por todas las áreas de los Estados Unidos en los años sesenta; a partir de esto, más de 65 países alrededor del mundo adoptaron este modelo para su utilización. Ahora bien, ¿porque este modelo llegó a tener una acogida favorable en distintos países? Hasta la mitad de los años ochenta, las comunidades terapéuticas tenían una posición predominante en la mayoría de los sistemas de tratamiento de rehabilitación occidentales, pero debido a las iniciativas en reducir las dañinas escalas de abuso de sustancias y epidemias de HIV, las CT llegaron a tener un reconocimiento significativo en relación a las políticas de drogas en Europa Central (Vanderplasschen, Colpaert, Autrique, Rapp, Pearce, Broekaert, Vandeveldel, 2013). Gracias a esto, este modelo de tratamiento pudo expandirse a los distintos países del mundo. En cuanto a su acogida, los mismos autores explican que este prototipo brinda un ambiente libre de drogas en donde las personas con problemas de adicción viven juntas, comparten un organizado y estructurado

medio que se encarga de promover el cambio hacia una vida libre de sustancias dentro de la sociedad; siendo un tratamiento distinto a los cuales existían en esta época. Adicionalmente, Pefas & Spross (2007) explican que este modelo de tratamiento incorpora un modelo biopsicosocial en el cual el personal cumple una función transdisciplinaria de compartir una responsabilidad clínica, tal es el caso, que se puede evidenciar profesionales con entrenamiento en salud mental y consejería en abuso a sustancias, profesionales médicos especializados en psiquiatría, profesionales en el área de enfermería y, además, profesionales enfocados en terapia ocupacional. Este grupo se encarga de asistir los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Huffman, 2004), dicho de otra manera, factores genéticos, funciones del cerebro, neurotransmisores, medicación, aprendizaje, pensamiento abstracto, manejo emocional, motivación, temperamento, cultura, condiciones socioeconómicas y familia.

### **Estructura y eficacia de una comunidad terapéutica**

Para que este modelo de tratamiento cumpla su función terapéutica, debe poseer de cierta estructura con la cual el personal y los pacientes puedan orientarse. El tema se lo puede definir como una agrupación colectiva que coexiste en un lugar urbano o rural, en condiciones delimitadas respecto a la organización, afinidad social y cultura. Los miembros de esta colectividad están asociados por características comunes (culturales, profesionales, etc.), y/o por intereses y aspiraciones análogas que pueden suceder. De igual manera, las interacciones psicosociales entre los miembros poseen un grado de importancia, dado que es una variable significativa en la comunidad (San Martín y Pastor, 1984). Así mismo, Hombrados (2013) comenta que a medida que el concepto de comunidad llega a ser complejo por los varios aspectos objetivos del entorno, como los aspectos subjetivos de la interacción social, su estructura constituye la parte esencial de la comunidad, sosteniendo las necesidades comunitarias y la actuación de las instituciones como aspectos de suma importancia. En esta estructura

interaccionan la parte informal (solidaridad, apoyo, sentido de comunidad) y la otra parte formal (acción institucional) que se puede observar en el Anexo E. En general, estos datos apoyan el concepto de comunidad más allá de la localización espacial, dando mayor importancia a los aspectos de redes sociales o interacción social. A esto se lo puede relacionar con unos de los aspectos más significativos, el sentido psicológico de comunidad, sentido de pertenencia o sentido de comunidad.

Este modelo de tratamiento ha demostrado tener eficacia al momento de trabajar con esta población. Retomando el estudio de Vanderplasschen, Colpaert, Autrique, Rapp, Pearce, Broekaert, Vandeveld (2013) manifiestan haber encontrado efectividad en las comunidades terapéuticas basado en 16 estudios que narran en su publicación. Dos estudios mostraron resultados significativos respecto al uso de sustancias y aspectos legales después de haber completado el tratamiento en CT que los grupos de control. Cinco estudios mostraron resultados superiores en relación a la obtención de trabajo entre participantes de una comunidad terapéutica y, asimismo, otros cinco estudios mostraron significativamente menos problemas psicológicos dentro del grupo experimental, esclareciendo lo sustancial que llega ser los tratamientos de comunidad terapéutica. Asimismo, otro estudio elaborado por Goethals, Soyez, Melnick, Leon, & Broekaert (2011), explican la efectividad de las CT en Europa y Estados Unidos para el tratamiento de adicciones y, a su vez, las diferencias que llegan a tener ambos centros de rehabilitación respecto al tratamiento. La muestra Europea consistió de 24 CT, especialmente de países europeos occidentales. Mientras que la muestra Americana consistió de 19 CT; los datos de esta muestra fueron colectadas por un estudio anterior realizado por Melnick y colegas en el año 2000. Para medir la efectividad de ambos centros se utilizó el cuestionario sobre “elementos esenciales” (SEEK), el cual identifica y codifica características esenciales sobre un enfoque libre de drogas. Se encontró que ambas CT de Europa y Estados Unidos demostraron tener altos niveles de efectividad tras obtener puntajes altos en el

cuestionario implementado. Sin embargo, una diferencia crucial que se encontró fue el rol de la familia durante el tratamiento. En Europa las familias eran más integradas dentro del contexto de CT, mientras que en las CT americanas había una total exclusión de la familia (contacto con los familiares era prohibido) y, en ciertos casos, algunas CT permitían una inclusión parcial de la familia (reuniones informales con la familia semanalmente). El análisis de los datos revela que las CT europeas obtuvieron puntuaciones más altas en la perspectiva de creencias básicas y de recuperación al enfocarse en la participación y compromiso de los miembros. Cabe recalcar ciertas limitaciones al momento de interpretar los resultados. Primeramente el estudio se basó en una pequeña muestra que puede afectar significativamente los resultados entre los CT europeos y americanos. Por último, los investigadores europeos de CT ven al cuestionario SEEK como instrumento para generalizar las búsquedas basado en las similitudes de los elementos. No obstante, no llega a proveer evidencia clara sobre la efectividad del programa de CT.

Sin embargo, un estudio realizado por Fiestas & Ponce (2012) aclaran que en general no existe suficiente evidencia empírica para sustentar una eficacia superior de las CT frente a otras posibilidades terapéuticas para tratar problemas de abuso a sustancias, esto se debe por la limitación de pocos estudios realizados con metodología experimental. Por el contrario, si existe evidencia que sustenta una mayor beneficencia dentro de los contextos carcelarios ya que logran reducir la estadía de prisión y tasa de reincarceración al cumplir con el tratamiento establecido. Hay que tener en cuenta que esta evidencia expuesta no es concluyente debido a las limitaciones de los estudios efectuados. De modo idéntico, podemos adicionar otro estudio realizado por Lee, Shin y Park (2014) en el cual esclarecen y demuestran lo efectivo que llega ser el programa de CT para presidiarios Coreanos con abuso a sustancias. Esta investigación utilizó un pre-post diseño en el cual mide el desarrollo de habilidades en relación a la mejoría de autoeficacia respecto a la abstinencia y la resolución de problemas, los cuales poseen un rol

significativo ya que prevén en mayor grado las recaídas y, también, conceden una recuperación más estable. La muestra consistió de 48 participantes que fueron sentenciados a prisión por 6 meses a 1 año debido a actividad criminal relacionado abuso de sustancias y accedieron a participar de forma voluntaria. De los 48 participantes, 24 fueron asignados al azar en el grupo experimental y el resto en el grupo control. El grupo experimental recibió un programa de CT por 6 meses, mientras que el grupo control recibió consejería individual y psicoeducación. El análisis de datos no mostró una diferencia significativa inicialmente entre el grupo experimental y control en relación a la autoeficacia y resolución de problemas. El grupo experimental manifestó un incremento significativo de 48.39 a 67.78 en los puntajes de autoeficacia a los 6 meses en comparación con el grupo control que obtuvo un puntaje de 49.57 a 51.23, el cual no mejoró significativamente. En relación a la variable de resolución de problemas, el grupo experimental incrementó significativamente su puntaje de 68.48 a 88.25 en un periodo de 6 meses; las subescalas que llegaron incrementar fueron la categoría de confianza (23.25 a 32.36) y aproximación-evitación (22.87 a 35.44); a diferencia de la categoría de autocontrol la cual no aumento significativamente (26.45 a 27.85). Este estudio demuestra la efectividad de los programas de CT al mejorar la autoeficacia en episodios de abstinencia y habilidades de resolución de problemas. Los autores llegan a sugerir que Corea del Sur como Estados Unidos, al proveer tratamientos de CT a transgresores con problemas de abuso de psicotrópicos puede ser una de las opciones con mayor potencial de beneficios, ya que al tratar en estas dimensiones expuestas, los pacientes pueden prevenir recaídas, resistir el consumo de sustancias, mantener una vida libre de consumo y afrontar las situaciones de alto riesgo de manera eficaz. De igual manera, es importante señalar las limitaciones que esta investigación conserva, en este caso, la pequeña muestra seleccionada y, sobre todo, la falta de seguimiento a los participantes después de haber salido de prisión. No está claro si la

autoeficacia y la resolución de problemas logran disminuir la repetición de abuso de sustancias o en el comportamiento criminal.

Ahora bien, en relación al área psicológica dentro de la comunidad, el psicólogo clínico dispone de distintas funciones, en estas incluye una elaboración de un diagnóstico y evaluación, el desarrollo de una terapia grupal e individual y manejo de los distintos casos clínicos. Por otro lado, las funciones del consejero incluyen manejo del ambiente de tratamiento, supervisión de las actividades de CT, facilitación de procesos grupales (grupos focales), consejería individual y manejo de casos (Pefas, Spross, 2007). Cabe destacar que las intervenciones psicológicas han mostrado ser efectivas, como los tratamientos individuales y grupales, asimismo las actividades de grupos focales que se encargan en asistir en distintos problemas como: manejo de ira, manejo de emociones, trauma, violencia y abuso sexual; además proveen actividades psicoeducativas, un desarrollo de habilidades sociales, una fomentación de habilidades como padres y un adiestramiento a un estilo de vida saludable (Gottdiener, 2001).

Para finalizar, la recuperación es vista como un proceso gradual de transformación cognoscitiva a través de intervenciones clínicas y, se espera, que los participantes alcancen a nuevas fases de tratamiento a medida que su tiempo de estadía en la comunidad persevere. Es importante que el paciente durante este intervalo de tiempo tenga la capacidad y, aún más importante, elabore objetivos personales que se proponga durante su estadía en la comuna.

Todas estas variables conllevan superar la tolerancia y abstinencia que el paciente ha extendido a lo largo de su consumo. Al proporcionar con las necesidades básicas que los seres humanos requerimos, se logrará reducir con satisfacción los síntomas a través del fortalecimiento de competencias y destrezas que poseen. Para que este proceso de cambio logre desarrollarse, la comunidad debe enfatizar y, cerciorarse que los miembros cumplan con las

normas de convivencia. Al hacerlo, permitirá que florezca un sentido de comunidad como requisito esencial para este proceso de transformación.

### **Sentido de comunidad**

Con respecto al sentido de comunidad (SC), a este se lo define como:

El sentimiento de pertenencia a una comunidad, así como la percepción de interdependencia entre sus miembros, por la cual cada miembro del colectivo se siente importante para los demás y para el grupo. De este modo, el SC favorece el surgimiento de un compromiso conjunto por la satisfacción de las necesidades grupales, psicológicas y materiales (Cueto, Espinosa, Guillén & Seminario, 2016, p.2).

De modo idéntico, también se lo describe como:

Una experiencia subjetiva de pertenencia a una colectividad mayor, formando parte de una red de relaciones de apoyo mutuo en la que se puede confiar. Los elementos que le dan forma a esta valoración personal son la percepción de similitud con otros, el reconocimiento de la interdependencia con los demás, la voluntad de mantener esa interdependencia dando o haciendo por otros lo que uno espera de ellos, y el sentimiento de que uno es parte de una estructura más amplia, estable y fiable (Jariego, 2012, p.73).

Por otra parte, hay que considerar que SC no es similar al concepto de identificación debido a que existe una confusión con los dos términos. Esta concepción tiene mayor relación

con la interacción social dado a sus semejantes percepciones; a diferencia del SC que llega ser el resultado del proceso de identificación. Asimismo, los sentimientos de conectividad no representan formalmente la pertenencia a un grupo, por el contrario, el apego simboliza formalmente el dominio e insinúa un grupo temporal imaginado que posee límites flexibles (Drengner, Jahn, & Gaus, 2012).

Otro punto significativo que es necesario recalcar son los postulados de Halamová (2016), el autor explica que el SC se puede desarrollar en cualquier momento, incluso cuando previamente no haya existido. Existen tres categorías básicas las cuales explican cómo se logra elaborar esta variable dentro de una comunidad: primeramente a través de un sentido de comunidad accidental, en la cual los individuos sin darse cuenta forman parte de una comunidad; casos como estos encontramos en desastres naturales o en momentos de crisis (Turner, 1995). Segundo, la obtención de sentido de comunidad de manera involuntaria trata sobre la tendencia de las personas en crear vínculos sociales con personas de características similares o con individuos que estén próximos a la persona (ej: vecinos). Sin embargo, este método ha perdido importancia dado al incremento de diversos elementos dentro de las comunidades (Neal, Neal, 2014). Finalmente expone la variable de construir de manera deliberada el sentido de comunidad mediante actividades que promueven la calidad y cantidad de comunicaciones e interacciones en la comunidad. Esta variable la encontramos en actividades como salida al campo, entrenamiento psicológico, grupos organizados, comunidad de barrio y en comunidades disfuncionales donde necesitan una intervención psicológica correctiva (Halamová, Adamovová, 2014). Dentro de esta categoría existe tres niveles fundamentales que llegan a influenciar el nivel de SC: en el nivel intrapersonal en la cual el individuo manipula los parámetros de contacto con otros, la habilidad de compartir sus experiencias, emociones, opiniones y tiene una participación activa dentro de la vida de comunidad. En el nivel interpersonal los parámetros muestran el nivel de compromiso con los

demás miembros, la responsabilidad y percepción de competencia en la comunidad. Por último, el ambiente influencia respecto en relación a la concentración de personas, mediante el suministro de espacios verdes, lugares abiertos y comodidades (Lund, 2003).

El SC, es, entonces el resultado de un balance subjetivo respecto a la pertenencia grupal, a sus correlatos emocionales y prácticos derivados del intercambio y la vivencia individual y compartida en la búsqueda cotidiana de satisfacer necesidades en diversos planos. De ahí la vinculación teórica y empírica entre el SC y las diferentes perspectivas psicológicas respecto del bienestar (Cueto, Espinosa, Guillén & Seminario, 2016, p.3).

### **Componentes del sentido de comunidad**

Autores como McMillan y Chavis (1986, citados en Hombrados, 2013) amplían este concepto como un modelo multidimensional, componiéndolos por:

1. Membrecía: sentimiento de pertenencia que implica a la persona estar integrada al grupo. Este sentimiento de grupo estaría formado por varios componentes como:
  - (A) Límites: proporcionan a los miembros seguridad para la expresión de sus sentimientos y la satisfacción de sus necesidades.
  - (B) Seguridad emocional: brinda protección a la intimidad del grupo.
  - (C) Sentido de pertenencia e identificación: implica la creencia y la expectativa del miembro a incluirse en el grupo y tener un lugar

en el. Además también existe la aceptación y el respeto en relación a la individualidad de cada miembro.

(D) Inversión personal: el individuo trabaja para ser aceptado por el grupo; la pertenencia al grupo se convierte en un objeto muy valorado y significativo.

(E) Sistema simbólico común: el conocimiento del sistema de símbolos de una comunidad es un prerequisite para conocerla correctamente. De esta manera el individuo al trasladarse a una nueva comunidad, necesita conocer el funcionamiento y las normas sociales del nuevo contexto. Este prerequisite le permite funcionar de manera apropiada en el sistema admitido (McMillan y Chavis, 1986).

2. Influencia: sentimiento de que las acciones de los individuos pueden influir en la comunidad, sobre todo en los comportamientos de cada miembro (McMillan y Chavis, 1986).

3. Integración y satisfacción de necesidades: es la percepción en la que cualquier necesidad que los miembros requieran, la puedan encontrar dentro de la comunidad. Al tener una comunidad fuerte, esta garantiza la posibilidad de que sus miembros sean capaces de satisfacer sus necesidades (McMillan y Chavis, 1986).

4. Conexión emocional: Los miembros de la comunidad comparten una historia, un lugar y experiencias comunes. Esta se determina por

el deseo de interactuar con las demás personas, permitiendo una resolución a sus problemas y a superar sus crisis individuales como grupales (McMillan y Chavis, 1986).

Távora (2012) propone que los cuatro componentes del SC podrían clasificarse en pares. De esta manera, las dimensiones conexión emocional y membresía apuntan a una evaluación subjetiva en relación a la vinculación individual con la comunidad. Por otro lado, las dimensiones de influencia e integridad y satisfacción de necesidades informan sobre componentes de estructura práctica y concreta.

Un estudio realizado por Gracia & Herrero (2006), se enfocó en evaluar ciertos componentes de sentido de comunidad de varios vecindarios a través de cuestionarios focalizados en el SC. La muestra de este estudio consistió de 1051 sujetos de ambos sexos, entre un rango de edad de 18 y 80 años (media de 39 años) a partir de un conjunto de vecindarios representativos de una área urbana de Valencia, España. Se utilizó el *Cuestionario de apoyo comunitario percibido*, el cual se encarga de medir la integración y participación comunitaria. El cuestionario se compone de tres escalas:

1. Integración comunitaria: evaluó el sentimiento de pertenecía e identificación con la comunidad. 2. Participación comunitaria: evaluó el grado de implicación en las actividades sociales de la comunidad. 3. Organización Comunitaria: evaluó el grado de apoyo de la persona que percibe en la organización voluntaria de la comunidad. Los resultados nos muestran un puntaje de  $\alpha = 0,76$  en la escala de integración en la comunidad; un puntaje de  $\alpha = 0,83$  en la escala de participación en la comunidad, y un puntaje de  $\alpha = 0,87$  en la escala de organizaciones comunitarias. La consistencia interna para el cuestionario completo fue de  $\alpha = 0,87$ , mostrando que las distintas dimensiones del cuestionario se relacionan entre sí en la medida que son indicadores de un mismo constructo (sentido de comunidad). Las personas del vecindario

llegaron a tener puntajes positivos en relación a ciertos componentes de SC, reflejando un sentimiento de integración y de ser parte de una comunidad. Además, muestra el sentimiento de ser un miembro activo de la comunidad y el potencial de apoyo social dentro del vecindario. Ahora bien, en relación a los límites del estudio, se puede observar que no llega a ver un estudio amplio sobre todos los componentes del SC. Asimismo, no se utilizó de manera amplia distintos cuestionarios para medir los diferentes componentes respecto al sentido de pertenencia.

### **Evaluación y eficacia sobre el sentido de comunidad**

Respecto a la apreciación del sentido de comunidad, existe una amplia variedad de instrumentos elaborados específicamente para evaluar el SC.

La evaluación de este sentimiento del *nosotros* se operacionaliza en aquellas conductas tendentes a desarrollar un sentimiento de pertenencia, en la búsqueda de contactos con en el medio, en el establecimiento de lazos de amistad, o en el intento de satisfacer las necesidades sociales dentro de un contexto determinado (Hombrados, 2013, p.64).

Uno de los instrumentos más complejos que se encarga de analizar estas variables es el cuestionario desarrollado por Glynn (1981), este temario cuenta con más de cien preguntas generales respecto a este tema. Otro instrumento significativo es el de Chavis (1986), este cuestionario evaluó los componentes de SC dentro de distintos contextos: como el barrio, la residencia dentro de una comuna o grupos de autoayuda, con un enfoque más aplicado a variables macrosociales. También autores como Perkins, Florin, Rich y Wandersman (1990) desarrollaron el primer índice de sentido de comunidad (SCI) y, cabe destacar, el cuestionario de escala de sentido de comunidad elaborada por Sánchez Vidal (2001) en la que se evaluó las

dimensiones: arraigo territorial/pertenencia, relación/interacción, interdependencia/mutualidad, similitud con otros y competencia social/influencia. Estos instrumentos expuestos nos muestran claramente como el SC ha tomado un papel importante dentro de diversas áreas. Al tener instrumentos de evaluación esto permite que las investigaciones realizadas tengan mayor validez y sustento empírico al momento de exponer la eficacia de esta variable dentro de las diversas áreas investigadas.

Con respecto a la eficacia la mayor parte de investigación se ha realizado en comunidad de barrios. Jariego (2012) esclarece que la identificación con el vecindario guarda relación con la satisfacción comunitaria, promueve las relaciones con los vecinos y potencia la percepción de control sobre el entorno, cabe recalcar que la interacción con los vecinos puede tener tanto efectos positivos como negativos. En segundo lugar ocupan los grupos de auto ayuda ya que han servido como referencia respecto al sentido de comunidad. Estos grupos intercambian conocimiento experiencial, particularmente desarrollan una conexión afectiva entre los miembros, además canalizan el proceso de participación y fomentan las narraciones entre los individuos. Por último, otro ámbito donde se aplica este concepto es en las agrupaciones religiosas. Estos grupos ofrecen recursos integrales para las personas, incluyendo aspectos sociales, cognitivos, afectivos y espirituales, con los cuales fomentan en gran magnitud un sentido de pertenencia a la comunidad. Ejemplos de casos podemos encontrar en el estudio realizado por Bishop, Chertok & Jason (1997). Los investigadores evaluaron el sentido de comunidad, apoyo social, estrés y esperanza en 133 adictos y alcohólicos de la residencia Oxford House; 47 eran Afroamericanos, 3 Hispanos, 83 Blancos y 5 fueron identificados como “otros” (asiático, etc.). Todos los participantes accedieron voluntariamente al estudio. Además, las evaluaciones realizadas fueron respondidas verbalmente respecto a un cuestionario estandarizado en el cual el entrevistador leía en voz alta las preguntas para evitar cualquier problema literario. En relación al sentido de comunidad se evaluó la escala psicológica sobre

sensación de comunidad (PSCS), estimando los factores centrales sobre el SC. Dentro de estos factores encontramos la Misión: consta de 8 ítems en el cual reporta la percepción del individuo respecto a las metas grupales, llegando a trascender las metas individuales de cada miembro. Conexión o Responsabilidad recíproca: muestra la percepción del grupo respecto a su curso y reconocimiento de los demás miembros, asimismo ambos sirven como recursos para el grupo y reciben respuestas a las necesidades individuales. Por último, Falta de armonía: consta de 6 ítems que representan la insatisfacción con aspectos sobre la experiencia de comunidad. Los resultados obtenidos en el primer factor muestran una representación de 45.9% de la varianza común, el coeficiente alfa de la muestra indica una satisfactoria fiabilidad interna para esta subescala ( $r= 0.93$ ). Esto sugiere que el grupo comparte la misión y ciertas experiencias correlacionadas. En el segundo factor la varianza común representa el 49.1% y la fiabilidad interna de la subescala es de  $r= 0.96$ , mostrando una satisfactoria fiabilidad. Además, esto indica que los miembros del grupo llegan a recibir beneficios de la comunidad y poseen sentimientos de responsabilidad hacia el grupo. Por último, en el tercer factor se encontró una varianza común de 5% y un coeficiente de fiabilidad interno de  $r= 0.76$ , indicando un nivel aceptable. Este resultado señala una insatisfacción respecto a la experiencia de la comunidad, a pesar de poseer buenos resultados en los primeros factores. Esta insatisfacción no llega a ser significativa, por lo cual el coeficiente alfa de toda la escala sugiere una fiabilidad interna de  $r= 0.95$ . En conclusión estas subescalas evaluadas sugieren que el sentido de comunidad llega a ser una variable significativa dentro de comunidades con población de abuso de sustancias, señalando un constructo más que llega a beneficiarse sobre el SC. Cabe recalcar que los límites de este estudio resalta la insuficiente cercanía de la residencia de Oxfor House con una población general que se encuentra en rehabilitación. El PSCS muestra ser una herramienta útil con población masculina en recuperación, no existe mayor evidencia de su efectividad en relación al género femenino con problemas de abuso de sustancias.

Otro estudio elaborado por Tsai, Bond, Salyers, Godfrey & Davis (2010) explican sobre la preferencia de vivienda en pacientes con trastornos duales. Debido a que la investigación reporta diversas variables observadas, habrá mayor análisis sobre el factor de sentido de comunidad. Este estudio consiste de 40 participantes, 20 fueron evaluados dentro de una vivienda residencial y los otros 20 fueron evaluados dentro de la vivienda independiente. Ambos grupos se ubicaban dentro de una agencia de rehabilitación psicosocial que acoge entre 5000 personas con diagnóstico severo de trastornos mentales y abuso de sustancias en un sitio de Chicago. La mayoría de los participantes eran negros masculinos dentro de un rango de edad de 46.3 años ( $sd= 7.7$ ) y una media de permanencia de 33.2 meses ( $sd= 31.4$ ). El estudio se enfocaba en evaluar como los pacientes valoran la vivienda y porque llegaban a tener cierta afinidad por el tipo de vivienda escogida. Para medir estas variables los entrevistadores realizaron una entrevista a cada participante de 45 min, utilizando una guía semi estructurada de preguntas acerca de los temas de vivienda. Se grabó las sesiones para elaborar transcripciones sobre sus opiniones y, con ello, elaborar un análisis de codificación a través del software Atlas. Asimismo se utilizó el análisis de codificación de Toolkit para calcular la fiabilidad del codificador. En los resultados se encontró que 18 (90%) participantes del grupo residencial reportaron tener un sentido de comunidad fuerte con los demás pacientes y, además, mencionaron tener un apoyo significativo de sus compañeros. Mientras que las personas que vivían en departamentos independientes interactuaban muy poco con los demás pacientes de la misma vivienda; pasaban más tiempo a solas. Los participantes de la vivienda residencial comunicaron mayor soporte y estructura que los participantes de vivienda independiente, de igual forma, explicaron que la vivienda residencial fue un factor importante para su proceso de recuperación. Incluso los pacientes de residencia optaron por mantenerse dentro de la comunidad, a pesar de tener pensamientos de vivir dentro la vivienda independiente. En conclusión, los pacientes residenciales llegaban a presentar mayores cambios conductuales y

menores pensamientos de consumo que los demás participantes. Cabe recalcar ciertos límites presentes en el estudio: la muestra de la investigación llega ser muy pequeña en relación a la población estudiada. La utilidad de cada vivienda no fue explorada a profundidad, hubo mayor preferencia respecto a la decisión del paciente en elegir su participación. Tampoco hubo una examinación respecto a los beneficios de cada modelo de vivienda, en relación a que tipos de pacientes llegaban a tener mayores beneficios.

### **Terapia Familiar Estructural**

Respecto al tratamiento psicoterapéutico, actualmente existen varios modelos terapéuticos que se enfocan en la población de abuso y drogodependencias. La terapia en la cual se profundizará y que posee una amplia investigación respecto a este tema es la terapia familiar estructural de Minuchin (1974), el autor define a esta terapia como un enfoque especializado en analizar los patrones de consistencia del comportamiento familiar, estos patrones nos da entender sobre la estructura de la familia, las cuales sustentan y mantienen la dinámica familiar. Al abordar en la estructura de la familia y enfatizar la alianza entre los miembros, a futuro se podrá mejorar la relación que posee cada individuo. El terapeuta tiene el rol de percibir los contenidos problemáticos de la familia pero, su objetivo primordial es ver más allá del contenido del problema para descubrir los patrones que impiden que la familia tenga un comportamiento funcional.

### **Componentes de la terapia familiar estructural**

La terapia familiar posee un bosquejo que ayuda a los pacientes ver los patrones de la dinámica familiar, Minuchin (1974), esclarece tres componentes esenciales en la cual esta terapia se focaliza trabajar. Estos componentes son:

Estructura: se refiere como la familia está organizada en subsistemas jerárquicos y como la interacción (dinámica) entre estos subsistemas llega a ser regulada por los límites establecidos. Al presentar un problema, toda la organización de la familia se ve afectada. Para que exista un cambio en la estructura, el terapeuta debe trabajar en lo subyacente de la organización familiar, es decir en el proceso o en la dinámica de todo el sistema. De igual manera, las reglas (creencias centrales) establecidas en la familia llegan a reforzar la estructura familiar; modificar las reglas no llegan a cambiar la estructura básica, sino provocará repercusiones que terminarán afectando los procesos familiares

Subsistemas: se basan por medio del género, función y generación. Lo ideal es que cada subsistema mantenga límites, ya que si existe mucha interacción puede afectar el funcionamiento propio de cada uno.

Límites: varían entre rígido, normal y difuso. Los límites rígidos restringen contacto con otros subsistemas, muestran una postura desvinculada, sin embargo logra fomentar la autonomía de los individuos. Por otro lado llega a perjudicar los factores de soporte y afecto entre los miembros. Respecto a los límites difusos, estos muestran un excesivo apoyo de otros subsistemas que impiden el desarrollo de autonomía; el individuo se vuelve dependiente de la familia y le cuesta tener una postura flexible ante las distintas circunstancias. El modelo ejemplar se enfocaría en adaptar los límites de cada subsistema, permitiendo que la interacción entre subsistemas sea apropiada, entendiendo que comportamientos serían adecuados y cuales se debería evitar. A largo plazo, esto permitirá a los niños interactuar con los padres sin necesidad de intervenir en el subsistema de esposos.

Otro componente que encontramos en este modelo terapéutico son las funciones de los miembros. Existe dos principales funciones: las recíprocas y complementarias. Dentro de las funciones recíprocas podemos observar que los padres llegan a tener las mismas funciones, por

ejemplo: ambos limpian la casa, ordenan el cuarto, cuidan a los hijos, etc. En cambio en las relaciones complementarias se puede evidenciar distintos roles en los padres, por ejemplo: el padre va recoger los hijos al colegio, mientras que la madre se encarga de prepararles la comida cuando regresan a la casa. Cada individuo proporciona una función distinta del otro miembro (Nichols, 2010).

Es importante destacar la función del terapeuta durante el proceso psicoterapéutico, si este componente no llega ser evaluado no se podrá conocer la eficacia ni el desempeño del terapeuta. Para esto, Minuchin (1999, citado en Vetere, 2001) explica las distintas perspectivas que debe tomar en cuenta el terapeuta durante su intervención:

- En primer lugar modificar la intensidad de los encuentros terapéuticos.
- Un compromiso más fluido con las ‘claves del alfabeto’ respecto a las habilidades que el terapeuta debe poseer.
- Un incremento del uso del self del terapeuta, con un mayor énfasis en dar retroalimentación a los miembros familiares sobre los efectos de interacción con el terapeuta, es necesario proveer la mayor cantidad de información sobre la interacción que debe tener paciente-terapeuta.
- Incrementar el interés en recibir supervisión, con el fin de desarrollar las habilidades poco abordadas en sesión.
- Exponer la impaciencia y velocidad de lectura sobre las señales no verbales en el caso de exhibirlas durante la sesión.
- Reconocer las perspectivas estructurales como un marco estructural o modelo organizado en lugar de verdades universales.

- El rol del terapeuta debe ser activo ya que esto permite que los miembros reconozcan las distintas formas alternativas de relacionarse. Asimismo el terapeuta debe reconocer los sesgos y tener una idea clara sobre el funcionamiento familiar, que normas o reglas poseen y buscar las mejores soluciones para acrecentar la dinámica en la familia.

Así pues, este modelo terapéutico tiene como meta reorganizar la estructura familiar, disminuir las reglas o roles restringidos por los límites estrechos y, mejorar la dinámica familiar para que los individuos logren identificar sus áreas de fortaleza, resiliencia, flexibilidad y cambio. El terapeuta tiene la obligación de cambiar el comportamiento y experiencia de cada miembro de la familia, alterar los límites, reordenar los subsistemas y, de igual manera, modificar el funcionamiento de la familia para que sus miembros puedan resolver sus propios problemas. Cabe recalcar que estos objetivos terapéuticos logran efectuarse a medida que se cumpla con los objetivos de toda familia. En el caso de familias inmersas, la meta es diferenciar la individuación con los subsistemas a través del fortalecimiento de límites entre ambos. En cambio, con familias desunidas, el objetivo está en incrementar el contacto entre los miembros por medio de límites más permeables, en otras palabras, flexibilizar los límites para fortalecer el vínculo familiar. Velázquez, Silva, Garduño, Luna (2008) explican que la familia busca resolver las tareas o crisis que va enfrentando en las diferentes etapas de desarrollo y, también, aportan complementos a las necesidades de sus miembros, con el propósito de alcanzar una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

### **Evaluación y técnicas**

La evaluación de este tratamiento se basa en la hipótesis de que las familias generalmente poseen problemas debido a como la familia está organizada, reflejando la idea que podría haber un problema subyacente en la estructura (Simon, 1995). Para poder identificar esta hipótesis, Minuchin, Nichols & Lee (2007) explican cuatro pasos fundamentales para

iniciar el proceso de evaluación. El primer paso consta en preguntar a la familia sobre el problema actual hasta que los miembros puedan ver que su dificultad no se debe por el portador del síntoma, sino que la familia entera llega a mantener activo el síntoma. El segundo paso es ayudar a los miembros a ver cómo sus interacciones mantienen prolongado el problema. El tercer paso se basa en explorar brevemente el pasado de los adultos, especialmente enfocándose en cómo llegaron a desarrollar las perspectivas que ahora influyen en sus problemas de interacción. El cuarto paso explora las opciones que los miembros pueden adquirir para interactuar de una manera más productiva, con el fin de que puedan crear un cambio en la estructura familiar y ayudar a resolver la dificultad actual.

Respecto a las técnicas Minuchin & Fishman (1981), explican que la terapia familiar estructural sigue siete pasos para que la terapia sea organizada:

1. Unión y acomodarse: Normalmente el terapeuta es un intruso no deseado para la familia. Los miembros esperan ser criticados y se preparan para defenderse contra esto. El terapeuta tiene la misión de desarmar estas defensas y reducir la ansiedad por medio de la creación de un vínculo terapéutico. Regularmente los miembros se sienten no comprendidos, por tales motivos el primer paso es romper el ciclo de no comprensión a través de la empatía que la familia llega a carecer. La unión se fomenta mediante la escucha y el reconocimiento del dolor que llega a presentarse en la familia. Esto permite crear un camino para que los miembros empiecen a escucharse entre ellos y establecer un vínculo con el terapeuta para permitir la aceptación de los desafíos que se presentarán a lo largo de la terapia.

2. Dictación: La estructura familiar se enfoca en cómo los miembros llegan a interactuar. Si el terapeuta empieza dando a cada individuo la oportunidad de hablar, usualmente cada persona expresará algo sobre otra persona, provocando que se elabore una dictación sobre la interacción

realizada. Una vez que la dictación ha iniciado, el terapeuta podrá descubrir muchas cosas sobre la estructura familiar.

3. Mapa estructural: Al realizar una evaluación estructural, proporciona una amplia visión no solo de los problemas individuales de cada persona, sino, de los problemas que existen en el sistema familiar. Busca eventos específicos en el pasado y actuales dificultades en el presente. A la larga, el terapeuta se enfoca en entender lo que se encuentra subyacente a los contenidos de cada miembro para tener un panorama más claro sobre su dificultad. Asimismo existe un mayor esfuerzo por el terapeuta en entender este proceso familiar.

4. Resaltar y modificar las interacciones: Una vez que las familias iniciaron su interacción, los problemas de intervención surgen. Reconocer las implicaciones de la estructura demanda al terapeuta enfocarse en los procesos, no en los contenidos. Una de las formas para modificar los patrones que el terapeuta encuentra en los procesos es la técnica de intensidad. Este procedimiento refleja a la familia el conocimiento respecto a su estructura para clarificar y cambiar sus patrones al efectuar intervenciones fuertes; el tono de voz, el volumen, ritmo y la elección de palabras pueden elevar la intensidad de los enunciados realizados. Otra técnica alterna es la fomentación de empatía, al aplicarlo durante la intervención, los miembros podrán sobreponerse ante sus defensas, permitiendo que haya cierta vulnerabilidad en los individuos. Por último, la fomentación de competencia es otro método que ayuda a modificar las interacciones de los individuos, destacando y reforzando los aspectos positivos que ya poseen con el fin de fomentar sus funciones competentes.

5. Creación de límites: En familias sobreprotectoras, las intervenciones se enfocan en fomentar con mayor fuerza los límites entre cada subsistema. Los miembros deben discutir por ellos mismos, las interrupciones son bloqueadas y, además, las diadas reciben asistencia para que terminen sus conversaciones sin ninguna intrusión. Por otro lado, en familias desunidas, se

puede evidenciar cierta evitación al conflicto, incluso existe una mínima interacción en los miembros. El terapeuta en este caso, desafía a este comportamiento de los individuos para que no se desvíen del tema problemático y, así, ayudar a los miembros desunidos romper con las barreras que no les permiten fomentar su relación familiar.

6. Desequilibrio: En este método la meta es cambiar la relación dentro de un subsistema. El terapeuta se enlaza y sostiene a un individuo o subsistema; expresa cierta suposición respecto al comportamiento de un miembro. En ciertas ocasiones tiene una apariencia de conflicto ya que la disputa es entre el terapeuta y la familia, pero en realidad la lucha es entre los miembros y el miedo a cambiar.

7. Desafiando suposiciones improductivas: El terapeuta actúa como profesor, ofreciendo información y sugerencias, a menudo sobre asuntos estructurales. Este método se lo debe hacer de manera en que produzca resistencias mínimas. Los desafíos efectivos describen a las personas su comportamiento y las consecuencias de tales actos. Sin embargo, para que las familias interpreten estos mensajes, deben sentir tales suposiciones inofensivas. Asimismo al decirles que hacer reduce la probabilidad que aprendan efectuar las suposiciones expresadas por el terapeuta.

### **Eficacia de la terapia familiar estructural**

En un estudio realizado por Sánchez y Valencia (2008), diseñaron una investigación cualitativa de tipo exploratorio-descriptivo para evaluar las técnicas de terapia familiar estructural en familias que poseen hijos con alguna discapacidad intelectual. La muestra de su estudio consistió a través de tres familias, dos fueron reportadas como casos exitosos: designados como familia No. 1 y familia No.2 y uno en donde se presentaron dificultades: familia No. 3. Para medir las técnicas empleadas, registraron porcentualmente las intervenciones terapéuticas de cada sesión. En las familias exitosas encontraron altos

porcentajes en las variables de coparticipación intermedia (59.13%), intensidad (66.07%), complementariedad y límites (40.98%) y construcciones cognitivas y lados fuertes (46.87%). Estas variables evalúan el desarrollo de la alianza terapéutica, el cuestionamiento y el desafío del terapeuta al repetir frecuentemente los mensajes y curso de la terapia. Asimismo da explicaciones y sugerencias para cambiar las reglas y roles de la familia. Por otro lado, en el caso de la familia dificultosa la intervención inadecuada fue un exceso en la frecuencia de la directivita para la hija, obteniendo un 12.17% (cooperación distante); también se encontró un 17.85% en la variable de enfoque, adquiriendo una exageración en la demarcación del rol y funciones de la hija. De la misma forma, el terapeuta no permitió utilizar al máximo los recursos de la hija, aprovechando su posición de poder en la jerarquía familiar, por lo que no favoreció el cambio (22.95% en la variable de desequilibramiento). Estos datos indican que las técnicas aplicadas de manera correcta llegaron a beneficiar a las familias con hijos discapacitados intelectualmente, permitiendo que salgan de la posición de portador de síntoma (paciente identificado) del grupo, para construir una nueva relación humana. De igual manera rompían con las pautas de conducta anteriores que no llegaban a adaptarse a las exigencias de la etapa actual. Por lo tanto, el terapeuta tenía la obligación de atender al momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías correspondían a los requisitos del nuevo estado. En esta práctica clínica, estos cambios se evidencian con el logro de las metas terapéuticas en cada proceso familiar. Cabe mencionar que esta práctica clínica posee de igual forma ciertas limitaciones. La muestra no llega a representar un alto porcentaje de la población estudiada. Además, no se realizó un estudio longitudinal que respalde la eficacia de esta terapia. Por último, no se evaluó la experiencia de los miembros después de haber realizado el tratamiento, faltó un seguimiento sobre el beneficio terapéutico.

Es importante considerar, que la mayor cantidad de investigación empírica se focaliza en jóvenes y adultos con problemas de abuso o drogodependencia. Stanton, Todd, Heard,

Kirschner, Kleiman, Mowatt & Van Deusen (1979) señalan que la terapia familiar estructural y estratégica brindan el doble de beneficios en comparación con la terapia individual o con la aplicación de un placebo. Realizaron un estudio de 3 años, investigando las características de las familias y los tratamientos familiares de adictos a la heroína. Las formulaciones presentadas se basaban a través de la observación de comportamientos de las familias adictas en acción, es decir, durante tratamiento familiar o realizando tareas prescritas. El banco de datos incluye alrededor de 450 videos respecto a las interacciones en sesión, revisadas dentro del contexto de los eventos ocurridos y afuera del lugar de investigación para su mayor comprensión. La muestra consistía de 100 adictos hombres que recibían terapia familiar estructural y sistémica, involucrando a las familias de origen y de procreación. Los participantes tenían por lo menos 2 años de adicción a la heroína; tenían una historia de haber intentado desintoxicarse; eran habitantes urbanos, la mayoría de clase baja; la mitad eran de raza negra y la otra mitad blancos; todos los participantes se encontraban tomando metadona como tratamiento farmacológico y 35% eran casados. Es importante considerar que todos los participantes eran menores de 35 años; habían realizado servicio militar para salir de sus casas; tenían contacto semanal con uno o ambos padres o padres sustitutos y sus prognosis era relativamente mala. El análisis del estudio, en afinidad a la efectividad de terapia familiar, se encontró que los adictos llegaban a dejar su dependencia a las drogas; adquirieron cierta separación de sus padres, típicamente irse de la casa, ya que la mayoría de los problemas que tenían se debía a las malas relaciones maritales de los padres. También eran vistos por los padres, por sí mismo y la comunidad como exitosos en ciertas actividades como: el trabajo o los estudios, y por último, adquirirían estables relaciones fuera de la familia, sin vinculación a consumo de sustancias. Estos cambios positivos llegaban a persistir entre los siguientes 6-12 meses después del tratamiento. Ahora bien, este modelo no llega ser claro al momento de aplicarlo a personas adictas criadas sin familias, incluyendo a las personas que crecieron en instituciones. Además, no existe mayor

investigación en relación a personas de género femenino, generando un sesgo sobre la efectividad del tratamiento familiar en todos los géneros.

Otro estudio realizado por Grief (2005), menciona la eficacia de la terapia familiar estructural y la terapia familiar sistémica en familias con padres adictos a la heroína y que participaban en grupos de mantenimiento de metadona. La muestra consistía de 4-6 miembros de edades entre los 20-40 años de edad. El grupo asistió al tratamiento por un tiempo de 5 años y poseía una mezcla de género equitativo. Asimismo, el grupo se veía semanalmente una hora por semana. Su participación era involuntaria y los miembros del grupo tenían la oportunidad de faltar a 4 sesiones cada 6 meses; en el caso de no asistir los participantes eran suspendidos del programa terapéutico y del programa de desintoxicación de metadona por un mes. Se utilizó un enfoque multimétodo que se basaba en la terapia familiar estructural y la terapia sistémica. El enfoque estructural proveía un marco conceptual sobre las interacciones de padre-hijo, también se acentuaba en el mantenimiento de los límites entre los dos. Mientras que el modelo familiar de Bowen proveía un marco sobre el origen de la familia. El terapeuta explicaba a los participantes a través de genogramas o arboles familiares la historia de consumo de drogas y comportamientos disfuncionales a través de la historia familiar de cada participante. La evaluación consistió en auto reportes de los padres en relación a las experiencias con los hijos, ausencia de consumo de sustancias (medido a través de pruebas de orina) y la observación de comportamientos sobre los demás miembros del grupo. La terapia estructural permitió al grupo explicar la necesidad de actuar de cierta manera para reforzar sus propias habilidades de competencia como padres. También a enfatizar el desarrollo de límites apropiados y a decidir que roles de padre-hijo deben mantener distante. Por otro lado, a través de la terapia de Bowen, los terapeutas ayudaban a los miembros a enfrentar su pasado, enseñando donde sus sentimientos y habilidades de crianza se originaron. Mediante estos criterios, los cambios en los distintos miembros del grupo eran observable. La atmósfera de apoyo permitió que los

miembros puedan aprender nuevas formas para criar a sus hijos de manera efectiva. Ciertas limitaciones se llegaron a encontrar, la muestra del estudio llega a representar un porcentaje bajo de la población abordada. Incluso no se llegó aplicar un instrumento de investigación cuantitativa, lo cual no logra reportar valores empíricos sustentados con pruebas de alto índice de validez.

Por último, en relación al aspecto social, este tratamiento llega ser muy efectivo en trabajar con población de estrato socio económico bajo. Minuchin (1967) aclara que la efectividad de esta terapia familiar llega a describir las estructuras familiares de estrato social bajo con un entendimiento significativo. Su estudio consistía en evaluar las interacciones de familias que vivían en áreas de gueto en la ciudad de New York, en especial, de familias difíciles de bajos recursos con niños delincuentes. Trabajaron con dos grupos: el grupo experimental consistía familias con uno o más niños delincuentes y el grupo control consistía familias con niños no delincuentes. Para evaluar la interacción familiar se utilizó dos tipos de métodos: el Wiltwyck Family Task Procedure en el cual a la familia se le dice que realice una tarea verbal y el Family Interaction Apperception Technique, el cual usa diez fotos para provocar respuestas proyectivas en relación a la interacción familiar. Estos instrumentos ayudaron a medir la eficacia del tratamiento psicológico familiar realizado durante las sesiones con ambos grupos. La fiabilidad del proceso de codificación en ambas pruebas fue de 86% de acuerdo. En el grupo experimental se encontró que antes del tratamiento, los padres eran muy sobre controladores, tenían habilidades limitadas de percibir su entorno y la construcción de sus experiencias; al terminar el tratamiento, se observó que siete de once familias mejoraron significativamente; los padres utilizaron menor control coercitivo y también tenían mayor claridad sobre sus reglas. Por lo cual, los llevó a tener un comportamiento más flexible, fomentando límites entre subsistemas y modificando las reglas disfuncionales con el transcurso del tiempo. Minuchin y su equipo clínico llegaron a la conclusión que es imposible desarrollar

un programa de intervención solo basándose en factores externos en relación a familias disfuncionales; primero se debe entender la dinámica interna de la familia para elaborar un programa que beneficie a los niños con problemas comportamentales.

## **METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

Considerando que la pregunta de investigación de este estudio es ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Familiar Estructural influye en el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia? La metodología que se aplicaría para responder esta pregunta será a través del modelo Pre prueba- Post prueba grupo control.

### **Justificación de la Metodología Seleccionada**

Este estudio tiene como fin determinar que la Terapia Familiar Estructural ejerce alguna influencia sobre el desarrollo del sentido de comunidad en individuos dentro de una Comunidad Terapéutica de abuso y drogodependencia. Para esto es necesario medir el sentido de comunidad antes de que se realice una intervención terapéutica y después de completar la intervención; este proceso solo se lo ejecutaría en el grupo A (muestra experimental). Por otro lado, al grupo B (muestra control) se le aplicaría la prueba Pre-Post, sin embargo no recibiría terapia familiar ya que así permitirá evaluar la eficacia del tratamiento propuesto. La selección de participantes se realizará por medio de una carta de invitación a los internos (Anexo A), en el cual se explicará los detalles de la investigación, el proceso que se realizará y la duración del programa. Es importante mencionar que esta invitación no otorga ninguna recompensa económica a los participantes; su participación será de forma voluntaria y podrán salir del programa en cualquier momento de la investigación. Para que puedan participar en este estudio, los individuos deben encontrarse en un centro de comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia; en este caso la muestra se reclutará en el centro especializado en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) ubicada

en Quito, Ecuador. Los participantes seleccionados deben encontrarse en la etapa inicial de tratamiento y poseer un problema de consumo de sustancias. En caso que exista participantes que no se encuentren en un tratamiento de comunidad terapéutica no podrán participar en la investigación. Ahora bien, las pruebas que se utilizarían para medir el sentido de comunidad en los pacientes serán la *Escala breve de sentido de comunidad (BSCS)* y el *Índice de sentido de comunidad II (SCI-II)* adaptadas para este estudio. A través de las pruebas administradas antes y después de la intervención, se buscará determinar un cambio en los pacientes, al ser influenciados por la terapia.

Para esto, la metodología cuantitativa llega ser apropiada para este estudio. Hernández, Fernández & Baptista (2010) esclarecen que la metodología cuantitativa busca que la investigación de los datos sea lo más objetivo; este proceso de recolección debe utilizar procedimientos fiables y estandarizados que permitan demostrar la hipótesis planteada; por medio de un análisis numérico y estadístico. Para este tipo de metodología es indispensable tener en cuenta las variables independientes y dependientes. En este caso, la variable independiente será la Terapia Familiar Estructural, mientras que la variable dependiente será el sentido de comunidad. Es importante considerar, que el método cuantitativo anhela replicar los resultados expuestos para que posteriormente se puedan establecer leyes causales aplicables de forma general tras su investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### **Herramientas de Investigación Utilizada**

Para esta investigación se utilizará dos pruebas: la Escala breve de sentido de comunidad (BSCS) y el Índice de sentido de comunidad II (SCI-II) adaptadas para esta investigación. Para ello se seleccionará un muestreo no probabilístico a individuos que se encuentran dentro de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia en Quito, Ecuador. Estos participantes deben encontrarse en inicio del tratamiento estipulado. No se

permitirá la participación de los participantes durante su etapa final de tratamiento dado que la investigación necesita de un tiempo prolongado para ejercer el tratamiento familiar y encontrar los resultados esperados. Así pues, mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple se seleccionará 40 individuos a los cuales se les administrará las pruebas sugeridas. Asimismo, a esta muestra se los dividirá en dos grupos, 20 individuos en cada uno. El grupo A realizará la intervención terapéutica con Terapia Familiar Estructural. Mientras que el grupo B no recibirá el tratamiento propuesto ya que pertenece al grupo control. Ambos grupos realizarán la prueba al inicio de la investigación y después de haber transcurrido los seis meses de tratamiento, dado que por ley el Ministerio de Salud Pública del Ecuador obliga a las comunidades terapéuticas realizar un mínimo de 6 meses de tratamiento (Vance, 2012). Cabe recalcar que la cantidad de muestra designada para esta investigación tuvo como referencia el número de internados que actualmente posee la CETAD, ubicado en Quito, Ecuador. Esta comunidad posee 41 camas disponibles para los individuos que deseen incorporarse al tratamiento; siendo la principal comunidad de tratamiento pública en esta región (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En cuanto a las pruebas utilizadas, La Escala breve de sentido de comunidad fue desarrollada por Peterson, Speer & McMillan (2008). Esta escala fue designada para evaluar las dimensiones: satisfacción de necesidades, membrecía, influencia y conexión emocional; definido por el modelo de McMillan and Chavis (1986), a través de 8 ítems. Este cuestionario se responde conforme a una escala tipo Likert (1= muy en desacuerdo, 5= muy de acuerdo). Esta prueba tiene un considerable soporte psicométrico y cuenta con una fiabilidad general de 0.92. La fiabilidad en la sub escala de satisfacción de necesidades es de 0.86 (M= 3.81, SD= 0.79), en la sub escala de membrecía es de 0.94 (M= 4.18, SD= 0.92), en la sub escala de influencia es de 0.77 (M= 3.50, SD= 0.87) y 0.87 para la sub escala de conexión emocional (M= 3.91, SD= 0.89). Demostrando tener relaciones estadísticamente significativas entre las

variables predictores del test y sus posteriores resultados. Asimismo, muestra una consistencia interna apropiada, siendo congruente con la teoría de SC.

Por otra parte, el Índice de sentido comunidad II (SCI-II) fue diseñado por Chavis, Lee, & Acosta (2008). Esta prueba cuantitativa consta de 24 ítems que cubren todos los aspectos de sentido de comunidad descritos en la teoría de McMillan y Chavis (1986), entre estos esta: la satisfacción de necesidades, membrecía, influencia y conexión emocional. Además, utiliza una escala de Linkert (1= muy en desacuerdo, 4= muy de acuerdo) en vez de su antiguo formato de verdadero y falso. Este cuestionario cubre a varias culturas como: América del Norte, Sudamérica, Asia, y Oriente Medio. También llega a abarcar distintos contextos como: urbanos, rurales, suburbios, escuelas, universidades, comunidades de internet, etc. A esta prueba se lo considera como un fuerte predictor de comportamiento (la participación del individuo) y un instrumento de medición válido. Cabe recalcar que el SCI-II ha sido revisado y usado en una encuesta más grande de 1800 personas, obteniendo una fiabilidad alta (coeficiente alfa= 0.94) y, asimismo, una fiabilidad considerable entre sub escalas (coeficiente alfa= 0.86).

Las dos pruebas seleccionadas fueron escogidas por sus altos niveles de confiabilidad y validez. Asimismo, por su amplio uso en distintas culturas, contextos y número de participantes; demostrando la utilidad que estos instrumentos llegan a poseer. Los reactivos de ambas pruebas poseen la capacidad de medir el sentido de comunidad, así como sus diferentes componentes, lo cual llega ser imprescindible dentro del estudio que se llevará a cabo. Finalmente, ambas pruebas poseen un nivel simple de resolución, por lo cual, niños, adolescentes y adultos podrán leer y seguir las instrucciones sin ninguna dificultad.

## **Descripción de Participantes**

Para esta investigación se requieren que participen 40 individuos que serán recluidos en la CETAD en la ciudad de Quito, Ecuador. De estos 40 participantes, se dividirá en dos grupos: el grupo A (grupo experimental) constará de 20 individuos los cuales tendrán una actividad extra del cronograma regular establecido. En esta actividad deberán integrar a sus familiares sin importar la edad de los miembros integrados o número de integrantes, con el propósito que reciban la terapia familiar mencionada anteriormente. Al realizar las intervenciones familiares, luego se invitará a los participantes a que realicen de forma individual las pruebas mencionadas anteriormente. Por otro lado, el grupo B (grupo control) que consta de 20 individuos, no recibirá intervenciones familiares. Sin embargo, si serán evaluados con las pruebas mencionadas durante sus actividades regulares dentro de la comunidad.

## **Reclutamiento de los Participantes**

Para definir los grupos del estudio se solicitará a la comunidad terapéutica una lista con los individuos que han ingresado recientemente o han solicitado información o ayuda debido a una dependencia a una o varias sustancias. Se pondrá en contacto con estas familias y se solicitará una reunión con ellas para explicarles de que trata el estudio y cual va ser el proceso de este para alcanzar los objetivos planeados una vez que finalice la investigación. Cuando hayan aceptado, se les entregará un consentimiento informado (se lo puede ver en el Anexo B) para que lo lean determinadamente y una vez que estén de acuerdo con las normas del consentimiento, se iniciará con el estudio. Como se mencionó anteriormente se les administrará las dos pruebas a ambos grupos para medir los cambios respecto al sentido de comunidad y sus componentes una vez iniciada con los programas establecidos. Según Vance (2012) Ministra de Salud Pública del Ecuador, da a conocer por ley que una comunidad terapéutica debe

proveer tratamiento por un periodo mínimo de 6 meses hasta 24 meses. Por medio esto, se volverá a administrar ambas pruebas para evaluar los resultados al transcurrir el periodo de seis meses de tratamiento. El tratamiento familiar se lo dará 1 vez por semana hasta cumplir las 24 sesiones de tratamiento. Dentro de este periodo de tiempo, el participante recibirá la terapia familiar estructural en presencia de los demás miembros de su familia, abordando la dinámica, estructura, reglas, roles y patrones que la familia posee. Al terminar con las sesiones terapéuticas se podrá evaluar los efectos producidos por la terapia en relación al SC y comprobar si hubo cambios significativos.

### **Consideraciones Éticas**

Para este estudio se respetará todas las consideraciones éticas que están relacionadas con el estudio a esta población. De esta manera todos los participantes firmarán inicialmente un consentimiento informado antes de su participación, en el cual se especifica: los objetivos del estudio; su participación voluntaria, explicando que no va ver ninguna complicación si deciden retirarse de la investigación; se asegurará la confidencialidad de lo expresado en sesión y, de igual forma, sus identidades no serán reveladas. Para esto se utilizará un código que les permita preservar su identidad, este código tendrá acceso el investigador y se lo manejará a lo largo del estudio. Por último, para respetar la parte confidencial de los practicantes, una vez que haya finalizado el estudio, se tomará la acción de destruir la información de los participantes para asegurar que esa información no caiga en agentes externos y no ponga en riesgo la salud de los participantes.

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Basándonos en la investigación que se realizó para este estudio, se esperaría un incremento respecto al sentido de comunidad en la población examinada a través de la aplicación de la terapia familiar estructural. Este tipo de intervención ayudaría a los

participantes con problemas de consumo reorganizar la dinámica familiar, obteniendo consigo una mejoría en la relación con sus miembros. También, los participantes acrecentarían sus habilidades, destrezas y modificarían sus comportamientos disfuncionales para reingresar en el ámbito social y laboral (Minuchin, 1974). Esto se lograría dado que los internos de una comunidad terapéutica poseen una red de apoyo disfuncional; estos individuos no llegan a tener un apoyo familiar estable, no poseen una buena comunicación con sus familiares ni tampoco logran fomentar sus habilidades y destrezas debido a la fuerte crítica y rechazo que los padres o personas cercanas fomentan en ellos (Kuri, Alcaráz & Cáceres, 2015). Como hemos visto, los programas de comunidad terapéutica poseen un periodo mínimo de 6 meses de tratamiento, en donde los internados reciben actividades estructuradas todo el día para mantenerlos ocupados y evitar que desarrollen pensamientos de consumo. Aquí, la terapia familiar ocuparía un tiempo dentro del cronograma de la comunidad, realizando una sesión por semana, por un total de 24 sesiones continuas. Dentro de estas sesiones se trabajaría en identificar la estructura familiar y los patrones de comportamiento, señalando la dinámica del grupo y como se podría reorganizar esta interacción de la familia.

Stanton, Todd, Heard, Kirschner, Kleiman, Mowatt & Van Deusen (1979) así como Grief (2005) han demostrado que la terapia familiar estructural muestra efectividad respecto a los individuos que poseen un problema de abuso o dependencia. Sus estudios demuestran como los participantes desarrollaron habilidades de competencia, incluso autonomía para tomar decisiones que ayuden a reducir su consumo. De igual manera, los participantes fueron elaborando límites de los cuales antes no llegaban a poseer; demostrando que roles funcionales debía efectuar cada miembro y, sobretodo, cuales debían evitar realizar. Asimismo, cada individuo lograba fomentar comportamientos más flexibles ante situaciones que antes no aplicaban tales conductas, permitiendo que incluso las reglas establecidas no sean tan rígidas e imponentes. A partir de ello, se empezaría en las sesiones respectivas conocer los contenidos

de los miembros familiares, explorar los patrones y como estas conductas han perdurado en el tiempo; las destrezas individuales de cada uno; las reglas que han formado como sistema y cuales llegan a perjudicar la dinámica entre ellos.

Al conseguir que los participantes fomenten una dinámica familiar funcional, el sentido de comunidad poco a poco se incrementaría, permitiendo que las actividades del programa terapéutico se apliquen de manera eficaz. Se piensa que los internados alcanzarían con una mayor facilidad y en un menor tiempo los objetivos de tratamiento; elaborando un comportamiento más flexible y dispuestos aprender durante las actividades de terapia individual, grupal, actividades recreativas y entre otras sin mayor dificultad. Esto a larga conseguiría que el paciente logre una reinserción social de manera apropiada sin necesidad de recurrir al consumo de sustancias para escaparse de las responsabilidades y obligaciones que poseen como individuos.

Finalmente, en el caso de las 20 familias que actúan como grupo control o grupo B, no se espera ver ningún resultado frente al incremento o desarrollo de sentido de comunidad ya que como bien se ha dicho, se espera que la terapia familiar estructural sea la fuente de herramientas para los participantes que se encuentran en el grupo experimental. Al no haber sido parte de la intervención, se esperarían los mismos resultados en las pruebas obtenidas durante el inicio y final de la evaluación. Sin embargo, existe la posibilidad de que aumente su sentido de comunidad dado que pertenece a la misma comunidad, pero no se espera un incremento significativo en este factor de medición.

## **Discusión**

Al finalizar este estudio en base a la pregunta de investigación ¿Cómo y hasta qué punto la terapia familiar estructural influye en el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia? Se sugiere, basándonos en la literatura revisada que la terapia

familiar estructural efectivamente influirá en el desarrollo de sentido de comunidad. La terapia estructural se enfocará en analizar los patrones de comportamiento de la familia, es decir, en la dinámica que los miembros llegan a ejecutar entre ellos. Una vez analizado la dinámica, el terapeuta se enfoca en promover esta interacción a largo plazo, trabajando en los límites que cada subsistema posee y en los procesos que abarca el sistema familiar. Para esto, el terapeuta da a conocer a los miembros de la familia estos factores para que puedan realizar comportamientos con mayor funcionalidad y, con esto, fomentar la alianza entre los miembros para obtener una estructura más utilitaria (Minuchin, 1974). Es importante destacar que este proceso de tratamiento logra disminuir las reglas o roles restringidos por los límites estrechos que los miembros han desarrollado a lo largo del tiempo. Así pues, el terapeuta tiene la meta de reorganizar estos elementos a medida que los miembros logren identificar sus áreas de fortaleza, flexibilidad y cambio (Minuchin, 1974).

Una vez trabajado en estos componentes, los participantes de este grupo experimental desarrollarán elementos sustanciales que abarca el sentido de comunidad. Esta experiencia de tratamiento permitirá a los participantes promover los componentes de membrecía y conexión emocional; logrando proporcionar límites flexibles, seguridad emocional, sentido de pertenencia e identificación, inversión personal y el deseo de interactuar con las demás personas; fomentando un proceso de resolución de problemas y una superación de crisis individuales como grupales en los participantes (McMillan y Chavis, 1986). Se puede observar que una mejoría en la dinámica familiar proporcionaría una interdependencia funcional y flexible con sus miembros. Esta enseñanza ayudaría a los participantes acrecentar el sentido de comunidad con la colectividad a través de una integración con sus semejantes respecto al consumo de sustancias, favoreciendo el surgimiento de un compromiso conjunto por la satisfacción de necesidades grupales, psicológicas y materiales; encargándose de promover una

influencia a sus compañeros para fomentar un cambio hacia una vida libre de sustancias dentro de la sociedad (Cueto, Espinosa, Guillen & Seminario, 2016).

En relación al grupo control se esperaría que los participantes no llegaran a potencializar su sentido de comunidad, dado que no tuvieron la oportunidad de experimentar la terapia familiar estructural y sus beneficios. Sin embargo, los compañeros que recibieron este tratamiento en cierta medida lograrán explayar sus aprendizajes a los demás integrantes de la comunidad, logrando consigo un contagio social sobre sus experiencias de tratamiento familiar. Esto se debe ya que los participantes se encuentran internados dentro de un mismo lugar y realizando actividades conjuntas durante un tiempo prolongado; logrando consigo una variación respecto al sentido de comunidad en este grupo. No obstante, esto no asegura que los miembros de este grupo aprendan de estos conocimientos a profundidad, ya que cada persona posee una singularidad y no garantiza su influencia mediante la retroalimentación de sus compañeros.

Con respecto a las dos pruebas administradas tanto al grupo A como al grupo B, estos datos darían una reseña significativa para responder así también a la pregunta de investigación, debido que al haber sido administradas en dos grupos diferentes, tanto al inicio como al final del estudio, otorgan resultados que señalan la validez de la investigación. En un inicio se revelan las condiciones bajo las cuales se estarían presentando las pruebas a las familias de los dos grupos. En cambio al final del estudio se daría los resultados de las mismas pruebas administradas, comparando los datos finales de ambos grupos. Se espera observar diferencias en aquellos que han recibido intervención bajo la modalidad de la terapia familiar estructural. Con ello se validaría la sugerencia por la cual se ha enfatizado en esta investigación.

## **Limitaciones del Estudio**

Una vez finalizado este estudio, se encontraron algunas limitaciones que impiden que esta propuesta posea una eficacia considerable. Primero, los participantes reclutados para el estudio fueron seleccionados de una sola comunidad terapéutica de Quito, Ecuador, lo cual no permitió trabajar con familias de pacientes con abuso o drogodependencia de otras comunidades. Segundo, los participantes del estudio que acuden a esta comunidad son de sexo masculino. No hubo un estudio amplio respecto al sexo femenino, lo cual se debería tomar en cuenta para próximas investigaciones. Respecto a las clases sociales de los participantes, no se llegó a tomar una importancia significativa respecto a clases sociales altas o medianas; normalmente la gente que acude a la CETAD es de estrato social bajo, lo cual no permite determinar de forma general como se llegan influenciar las distintas clases sociales. Finalmente, hay que considerar el número de la muestra seleccionada y duración que tuvo la intervención, para poder obtener una mayor eficacia respecto a la propuesta efectuada. Sería fundamental aumentar el número de participantes y prolongar la duración del estudio para observar como estos factores influirán en los resultados en caso de que aumenten.

## **Recomendaciones para Futuros Estudios**

Para futuras investigaciones se considera analizar la influencia de la terapia familiar estructural en pacientes con problemas de consumo de sustancias a través de un análisis más amplio dentro de distintas comunidades. Por ejemplo: en comunidades privadas donde existe una muestra de clases sociales medianas y altas, que poseen mayores recursos para tratar su problema de adicción. Asimismo, evaluar estos grupos durante un intervalo de tiempo prolongado para evidenciar si los cambios se han mantenido en el tiempo. Otro factor importante que se debe tomar en cuenta es como las familias de estos participantes llegaron a beneficiarse, si hubo un cambio respecto a la percepción de estos individuos; para esto se podría

aplicar evaluaciones antes y después del tratamiento para observar si hubo una variación en los miembros de la familia. De igual manera se sugiere establecer distintos grupos en donde se categoricen por edades para observar cómo reaccionan ante el tratamiento y de qué manera demuestran un sentido de comunidad dependiendo de su longevidad. Finalmente, se recomendaría investigar el desarrollo de SC en pacientes con trastornos mentales severos y compararlos con participantes que solo posean un trastorno de consumo, con el fin de evidenciar el proceso de acrecentamiento de SC entre ambos participantes.

## REFERENCIAS

- Albán, L. (2012). Red de relaciones significativas e intervención sistémica dirigida a jóvenes atrapados en ciclos adictivos. *PSICOGENTE*, 15(28). 372-373
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.). Washington, DC, 188-189.
- Bishop, P., Chertok, F., & Jason, L. (1997). Measuring sense of community: Beyond local boundaries. *Journal of Primary Prevention*, 18(2), 193-212.
- Chavis, D.M., Lee, K.S., & Acosta J.D. (2008). The Sense of Community (SCI) Revised: The Reliability and Validity of the SCI-2. Paper presented at the 2nd International Community Psychology Conference, Lisboa, Portugal.
- CONSEP. (2012). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Recopilado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-a%C3%B1os.pdf>
- CONSEP. (2014). IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años. Recopilado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>.
- Cueto, R. M., Espinosa, A., Guillén, H., & Seminario, M. (2016). Sentido de Comunidad Como Fuente de Bienestar en Poblaciones Socialmente Vulnerables de Lima, Perú. *Psykhé*, 25(1), 1-18. doi:10.7764/psykhe.25.1.814
- Drengner, J., Jahn, S., & Gaus, H. (2012). Creating loyalty in collective hedonic services: The role of satisfaction and psychological sense of community. *Schmalenbach Business Review*, 64, 59-76.
- Fernandez, P. L. (2009). Drogodependencias. *Ed. Médica Panamericana*, 4-6.
- Fiestas, F., & Ponce, J. (2012). EFICACIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29(1), 12-20.
- Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., Leon, G. D., & Broekaert, E. (2011). Essential Elements of Treatment: A Comparative Study Between European and American Therapeutic Communities for Addiction. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1023-1031. doi:10.3109/10826084.2010.544358
- Gottdiener, W. (2001). The utility of individual supportive psychodynamic psychotherapy for substance abusers in a therapeutic community. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry* 29 (3): 469-82.

- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 327-342
- Greif, G. (2005). Common Themes for Parents in a Methadone Maintenance Group. *Group Work With Populations at Risk*, 94.
- Halamová, J., Adamovová, L. (2014): Skúsenosti s aplikáciou akčného výskumu v nemenovanej náboženskej organizácii. Fenomén svobody v kontextu psychologie a filosofie, In: Heller, D., Sobotková, I., (Eds.), *Psychologické dny 2014*. Praha, ČMPS.
- Halamová, J. (2016). PARADOXES OF PSYCHOLOGICAL SENSE OF COMMUNITY. *Ceskoslovenska Psychologie*, 60(1).
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw Hill
- Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. (1999). Prison based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94, 833–842.
- Hombrados, M. (2013). *Manual de psicología comunitaria: Sentido de comunidad*. Madrid, ES: EDITORIAL SINTESIS.
- Huffman, K. (2004). *Psychology in Action*. Seventh Edition, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Jariego, I. (2012). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Miríada: Investigación en Ciencias Sociales*, 2(3), 69-77.
- Kuri, S. E. R., Alcaráz, A. J. C., & Cáceres, M. D. C. F. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 49-54.
- La Hora. (2013). Rehabilitación, sólo hay 15 centros públicos. *La Hora*, pp. 1.
- Lee, H., Shin, S., Park, S. (2014). Effects of a Therapeutic Community on Korean Substance Abusers in Prison. *Journal of Social Service Research*, 40(4), 481-490. doi:10.1080/01488376.2014.922401
- Lemieux, C. M., Barthelemy, J. J., Schroeder, J. A., & Thomas, J. M. (2012). Therapeutic communities for youths in secure care: Participant characteristics and predictors of treatment and postrelease supervision. *Journal of Social Service Research*, 38, 451–467.
- Lora, M., Calderón, C. (2010). Un abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 8(2), 159-180.
- Lund, H. (2003): Testing the Claims of new Urbanism. *American Planning Association Journal*, 26, 4, 414-429.

- McMillan, D. W. y Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14 6-23.
- Medina, F. (2015). El tratamiento para dejar las drogas es costoso. *EL COMERCIO*, pp. 1.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Hasta 2015 se abrirán centros de tratamiento de adicciones del MSP en todo el país. Recuperado en <http://www.salud.gob.ec/hasta-2015-se-abriran-centros-de-tratamiento-de-adicciones-del-msp-en-todo-el-pais/>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa, 1991.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy: A family model*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 46-65.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, US: Harvard University Press. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- National Institute on Drug Abuse. (2015). What are therapeutic communities? Recopilado en <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>, 1.
- Nichols, M. (2010). *Family therapy, concepts and methods: Structural family therapy*. Boston, USA: PEARSON Education. 167-190.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. Trastornos mentales del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
- Ozechowski, T. J., & Liddle, H. A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 269-298.
- Parra, A., Padilla, D., López, R., Rodríguez, C., Martínez, A., & Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *Revista de Psicología*, 5(1), 435-442.
- Perfas, F. B., & Spross, S. (2007). Why the Concept-Based Therapeutic Community Can No Longer Be Called Drug-Free. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 69-79.
- Peterson, N.A., Speer, P.W., y McMillan, D.W. (2008). Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of Community Psychology*, 36, 61-73.
- Policía Nacional del Ecuador. (2016). En Durán clausuran clínica clandestina de rehabilitación de drogadictos. Recopilado de <http://www.policiaecuador.gob.ec/en-duran-clausuran-clinica-clandestina-de-rehabilitacion-de-drogadictos/>
- Sacks, S., & Sacks, J. Y. (2010). Research on the effectiveness of the modified therapeutic community for persons with co-occurring substance use and mental disorders. *Therapeutic communities*, 31(2), 176.

- Sánchez, M., Valencia, A. (2007). Estilo terapéutico, terapia familiar estructural y familias especiales. *Temas selectos en Terapia Familiar*, 111.

- San Martín, H. y Pastor, V. (1984). *Salud comunitaria: teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.

Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass.

- SENDA- MINSAL (2012). Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Recopilado de [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTécnicas\\_CentrosdeTratamiento.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTécnicas_CentrosdeTratamiento.pdf)

- Sim, T. (2005). Familiar yet strange: Involving family members in adolescent drug rehabilitation in a Chinese context. *Journal of Systemic Therapies*, 24(2), 90-103.

- Simon, G. (1995). A revisionist rendering of structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:17-26.

- Stanton, M., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Kleiman, J., Mowatt, D., Van Deusen, J. (1978). Heroin addiction as a family phenomenon: A new conceptual model. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 5(2), 125-150.

- Távara, G. (2012). Sentido de comunidad en un contexto de violencia comunitaria (Tesis de Magister no publicada), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Turner, V. (1995): *The ritual process*. New York, Aldine de Gruyter.

- Tsai, J., Bond, G. R., Salyers, M. P., Godfrey, J. L., & Davis, K. E. (2010). Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 381-388. <http://doi.org/10.1007/s10597-009-9268-6>

- UNODC. (2016). Informe mundial sobre las drogas. Obtenido el 9 de septiembre de 2016 de [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf) Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., et al. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective, *The Scientific World Journal*, 2-5.

- Vance, C. (2012). Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas. Recuperado de <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/REGLAMENTO-PARA-CENTROS-DE-RECUPERACION.pdf>

- Velázquez, L., Silva, P., Garduño, A., Luna, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 10(2), 31-38.

- Vetere, A. (2001). Structural Family Therapy. *Child & Adolescent Mental Health*, 6(3), 133-139. doi:10.1111/1475-3588.00336

**ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES****Invitación a estudio**

Por medio de la presente, tengo a bien invitar a las personas mayores de 18 años, que pertenezcan a la CETAD y se encuentren en una etapa inicial de tratamiento, con problemas de dependencia o abuso a sustancias.

Este estudio tendrá una duración de seis (6) meses, su participación proveerá información sobre la influencia de la terapia familiar estructural respecto al sentido de comunidad dentro de la comunidad terapéutica.

Si estás dispuesto a participar, favor comunicarse con Javier Jaramillo al 0992960729 o por mail [jjara92@hotmail.com](mailto:jjara92@hotmail.com). En caso de no poseer las herramientas para contactarse, informar a su terapeuta o persona encargada de la CETAD sobre su deseo de participar en la investigación.

## ANEXO B: SOLICITUD PARA APROBACION DE ESTUDIO DE INVESTIGACION



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

### SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

#### INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
<b>Título de la Investigación</b>	<b>Como y hasta que punto la Terapia Familiar Estructural influye en el sentido de comunidad de una comunidad terapeutica de abuso y drogodependencia</b>
<b>Investigador Principal</b>	<i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
	Javier Alejandro Jaramillo Gavilanes
<b>Co-investigadores</b>	<i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>
	No Aplica
<b>Persona de contacto</b>	<i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
	Javier Jaramillo, 02263121/0992960729, jjara92@hotmail.com
<b>Nombre de director de tesis y correo electrónico</b>	<i>Solo si es que aplica</i>
	Esteban Utreras, eutreras@usfq.edu.ec
<b>Fecha de inicio de la investigación</b>	<i>Septiembre 2016</i>
<b>Fecha de término de la investigación</b>	<i>Diciembre 2016</i>
<b>Financiamiento</b>	<i>No aplica</i>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
<b>Objetivo General</b>	<i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>
	Analizar la influencia de la Terapia Familiar Estructural sobre el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia. Se administrará la Escala breve de sentido de comunidad (BSCS) y el Índice de sentido de comunidad II (SCI-II) adaptados para esta investigación. Su aplicación será antes y después de la intervención psicoterapéutica para evaluar el efecto de la misma al respecto del sentido de comunidad y se comparará con el grupo control.
<b>Objetivos Específicos</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el sentido de comunidad de los participantes mediante la Escala breve de sentido de comunidad (BSCS) y el Índice de sentido de comunidad II (SCI-II).</li> <li>- Realizar una intervención psicoterapéutica por un periodo de 6 meses (24 sesiones).</li> <li>- Volver a evaluar BSCS y SCI-II para analizar los cambios del grupo de intervención frente al grupo control.</li> <li>- Identificar la funcionalidad de la Terapia Familiar Estructural sobre el sentido de comunidad.</li> </ul>

**Diseño y Metodología del estudio** *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

Este estudio se basará a través de una metodología cuantitativa por medio del modelo Pre prueba- Post prueba grupo control. Se requerirá de 20 familias para el grupo de intervención y 20 familias para el grupo control, a ambos grupos se les administrará la Escala breve de sentido de comunidad (BSCS) y el Índice de sentido de comunidad II (SCI-II) al inicio del estudio y al final del mismo, con el fin de comparar los resultados de ambos grupos en las distintas condiciones a las que se ha expuesto. Los participantes deben pertenecer a una comunidad terapéutica, en este caso podría ser el centro especializado en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) ubicada en Quito, Ecuador. Dentro de esta comunidad se seleccionará aleatoriamente a 40 familias y se las dividirá en los dos grupos mencionados. Al finalizar el estudio se compararán los resultados para determinar la influencia de la terapia.

**Procedimientos** *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

1. Reunirse con los directores de la CETAD para conocer un listado de los posibles participantes de la investigación.
2. Se debe contactar con las familias y agendar una cita para explicarles el estudio y conocer si desean acceder a participar en este.
3. Una vez que se tenga un número significativo de participantes, se seleccionará de forma aleatoria de lista de 40 familias que accedieron participar en el estudio.
4. Dividir de forma aleatoria a estas familias en dos grupos de igual número.
5. Entregar el consentimiento informado a cada participante y hacer que lo firmen.
6. Se administrara el BSCS y SCI-II a los participantes antes de iniciar la prueba.
7. El grupo experimental comenzará recibiendo la intervención familiar propuesta por el periodo de 6 meses. Por otro lado, el grupo control no recibirá la terapia durante el mismo periodo de tiempo.
8. Al finalizar el estudio se aplicará de nuevo las pruebas mencionadas a los dos grupos.
9. Se comparará los resultados obtenidos de ambos grupos para analizar si existe alguna diferencia.

**Recolección y almacenamiento de los datos** *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

Para este estudio se respetará todas las consideraciones éticas que está relacionada al estudio propuesto. Por medio de esto, los participantes de este estudio firmarán inicialmente un consentimiento informado antes de su participación en la investigación. En este consentimiento, se especifica claramente los objetivos principales de este estudio, la duración de 6 meses de tratamiento, así como su participación voluntaria donde se aclara que no existe ningún tipo de implicación en el caso que decida abandonar la investigación. Asimismo, se asegura el anonimato de los participantes, otorgándoles un código de manera individual para preservar su identidad. Este código solo tendrá acceso el investigador, con el cual se trabajará a lo largo del estudio. La información obtenida será utilizada solo para esta investigación, y una vez acabada la información será destruida para asegurar el anonimato de los participantes.

**Herramientas y equipos** *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Escala breve de sentido de comunidad (BSCS) y el Índice de sentido de comunidad II (SCI-II)

## JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

*Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.*

La prevalencia de consumo de sustancias en el mundo es de 250 millones de personas entre 15 y 64 años de edad, es decir, 1 de cada 20 adultos llegó a probar una sustancia en algún punto de su vida. Dentro de esta población, 29 millones de consumidores poseen un trastorno relacionado al consumo (UNODC, 2016). Existen varios tratamientos que se especializan en trabajar con esta población. Uno de estos son las comunidades terapéuticas o centros de rehabilitación. Estos centros poseen una buena estrategia para tratar con este tipo de población. Asimismo, proveen a los pacientes con el espacio y los programas necesarios para trabajar con su problema de abuso o drogodependencia. Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes, y donde cobra especial importancia la interacción psicosocial entre los grupos de la comunidad (San Martín y Pastor, 1984). Uno de los modelos psicoterapéuticos empleados en estas comunidades es la terapia familiar. Dentro de este ejemplar, se ha dado importancia a la Terapia Familiar Estructural desarrollada por Minuchin (1974) ya que es uno de los enfoques con mayor apreciación al trabajar con el tema de adicciones. Este enfoque trabaja en la organización familiar, conforme al cual los problemas de adicción llegan ser una desviación del conflicto familiar. Por tanto, la perspectiva familiar orienta la intervención hacia la reestructuración jerárquica y el distanciamiento en términos de independencia, ya que se describe a una persona adicta como dependiente y sin preparación para asumir responsabilidades, buscando constantemente un tipo de protección (Albán, 2012). Otro punto que es importante considerar es el factor de sentido de comunidad, esta variable favorece el surgimiento de un compromiso conjunto por la satisfacción de las necesidades grupales, psicológicas y materiales, las cuales permiten que los participantes logren reducir su consumo y puedan reinsertarse en el ámbito social (Cueto, Espinosa, Guillén & Seminario, 2016). Sin esta variable presente, la comunidad terapéutica no podría alcanzar los objetivos planificados, perjudicando el proceso de recuperación de los pacientes. En definitiva, debido a lo mencionado anteriormente no se ha demostrado la correlación entre estos distintos fenómenos. No se ha logrado correlacionar la efectividad de la Terapia Familiar Estructural junto con el factor de sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia. Por tales motivos, se sugiere para futuros estudios tomar en cuenta estos factores para comprobar la eficacia de esta propuesta de investigación.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

- Albán, L. (2012). Red de relaciones significativas e intervención sistémica dirigida a jóvenes atrapados en ciclos adictivos. *PSICOGENTE*, 15(28). 372-373
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.). Washington, DC, 188-189.
- Bishop, P., Chertok, F., & Jason, L. (1997). Measuring sense of community: Beyond local boundaries. *Journal of Primary Prevention*, 18(2), 193-212.
- Chavis, D.M., Lee, K.S., & Acosta J.D. (2008). The Sense of Community (SCI) Revised: The Reliability and Validity of the SCI-2. Paper presented at the 2nd International Community Psychology Conference, Lisboa, Portugal.
- CONSEP. (2012). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Recopilado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-a%C3%B1os.pdf>
- CONSEP. (2014). IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años. Recopilado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>.
- Cueto, R. M., Espinosa, A., Guillén, H., & Seminario, M. (2016). Sentido de Comunidad Como Fuente de Bienestar en Poblaciones Socialmente Vulnerables de Lima, Perú. *Psyke*, 25(1), 1-18. doi:10.7764/psyke.25.1.814
- Drengner, J., Jahn, S., & Gaus, H. (2012). Creating loyalty in collective hedonic services: The role of satisfaction and psychological sense of community. *Schmalenbach Business Review*, 64, 59-76.
- Fernandez, P. L. (2009). Drogodependencias. Ed. *Médica Panamericana*, 4-6.
- Fiestas, F., & Ponce, J. (2012). EFICACIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29(1), 12-20.

- Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., Leon, G. D., & Broekaert, E. (2011). Essential Elements of Treatment: A Comparative Study Between European and American Therapeutic Communities for Addiction. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1023-1031. doi:10.3109/10826084.2010.544358
- Gottdiener, W. (2001). The utility of individual supportive psychodynamic psychotherapy for substance abusers in a therapeutic community. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry* 29 (3): 469-82.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 327-342
- Greif, G. (2005). Common Themes for Parents in a Methadone Maintenance Group. *Group Work With Populations at Risk*, 94.
- Halamová, J., Adamovová, L. (2014): Skúsenosti s aplikáciou akčného výskumu v nemenovanej náboženskej organizácii. Fenomén svobody v kontextu psychologie a filosofie, In: Heller, D., Sobotková, I., (Eds.), Psychologické dny 2014. Praha, ČMPS.
- Halamová, J. (2016). PARADOXES OF PSYCHOLOGICAL SENSE OF COMMUNITY. *Ceskoslovenska Psychologie*, 60(1).
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw Hill
- Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. (1999). Prison based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94, 833-842.
- Hombrados, M. (2013). *Manual de psicología comunitaria: Sentido de comunidad*. Madrid, ES: EDITORIAL SINTESIS.
- Huffman, K. (2004). *Psychology in Action*. Seventh Edition, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Jariego, I. (2012). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Miríada: Investigación en Ciencias Sociales*, 2(3), 69-77.
- Kuri, S. E. R., Alcaráz, A. J. C., & Cáceres, M. D. C. F. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 49-54.
- La Hora. (2013). Rehabilitación, sólo hay 15 centros públicos. *La Hora*, pp. 1.
- Lee, H., Shin, S., Park, S. (2014). Effects of a Therapeutic Community on Korean Substance Abusers in Prison. *Journal Of Social Service Research*, 40(4), 481-490. doi:10.1080/01488376.2014.922401
- Lemieux, C. M., Barthelemy, J. J., Schroeder, J. A., & Thomas, J. M. (2012). Therapeutic communities for youths in secure care: Participant characteristics and predictors of treatment and postrelease supervision. *Journal of Social Service Research*, 38, 451-467.
- Lora, M., Calderón, C. (2010). Un abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 8(2), 159-180.
- Lund, H. (2003): Testing the Claims of new Urbanism. *American Planning Association Journal*, 26, 4, 414-429.
- McMillan, D. W. y Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14 6-23.
- Medina, F. (2015). El tratamiento para dejar las drogas es costoso. *EL COMERCIO*, pp. 1.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Hasta 2015 se abrirán centros de tratamiento de adicciones del MSP en todo el país. Recuperado en <http://www.salud.gob.ec/hasta-2015-se-abriran-centros-de-tratamiento-de-adicciones-del-msp-en-todo-el-pais/>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa, 1991.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy: A family model*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 46-65.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, US: Harvard University Press. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- National Institute on Drug Abuse. (2015). What are therapeutic communities? Recopilado en <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>, 1.
- Nichols, M. (2010). *Family therapy, concepts and methods: Structural family therapy*. Boston, USA: PEARSON Education. 167-190.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. Trastornos mentales del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
- Ozechowski, T. J., & Liddle, H. A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 269-298.
- Parra, A., Padilla, D., López, R., Rodríguez, C., Martínez, A., & Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *Revista de Psicología*, 5(1), 435-442.
- Perfas, F. B., & Spross, S. (2007). Why the Concept-Based Therapeutic Community Can No Longer Be Called Drug-Free. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(1), 69-79.
- Peterson, N.A., Speer, P.W., y McMillan, D.W. (2008). Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of Community Psychology*, 36, 61-73.
- Policía Nacional del Ecuador. (2016). En Durán clausuran clínica clandestina de rehabilitación de drogadictos. Recopilado de <http://www.policiaecuador.gob.ec/en-duran-clausuran-clinica-clandestina-de-rehabilitacion-de-drogadictos/>
- Sacks, S., & Sacks, J. Y. (2010). Research on the effectiveness of the modified therapeutic community for persons with co-occurring substance use and mental disorders. *Therapeutic communities*, 31(2), 176.
- Sánchez, M., Valencia, A. (2007). Estilo terapéutico, terapia familiar estructural y familias especiales. *Temas selectos en Terapia Familiar*, 111.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1984). Salud comunitaria: teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos.
- Sarason, S. B. (1974). The psychological sense of community: prospects for a community psychology. San Francisco: Jossey Bass.
- SENDA- MINSAL (2012). Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Recopilado de [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTecnicas\\_CentrosdeTratamiento.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTecnicas_CentrosdeTratamiento.pdf)
- Sim, T. (2005). Familiar yet strange: Involving family members in adolescent drug rehabilitation in a Chinese context. *Journal of Systemic Therapies*, 24(2), 90-103.
- Simon, G. (1995). A revisionist rendering of structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:17-26.
- Stanton, M., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Kleiman, J., Mowatt, D., Van Deusen, J. (1978). Heroin addiction as a family phenomenon: A new conceptual model. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 5(2), 125-150.
- Távara, G. (2012). Sentido de comunidad en un contexto de violencia comunitaria (Tesis de Magíster no publicada), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Turner, V. (1995): The ritual process. New York, Aldine de Gruyter.
- Tsai, J., Bond, G. R., Salyers, M. P., Godfrey, J. L., & Davis, K. E. (2010). Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 381-388. <http://doi.org/10.1007/s10597-009-9268-6>
- UNODC. (2016). Informe mundial sobre las drogas. Obtenido el 9 de septiembre 2016 de [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., et al. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective, *The Scientific World Journal*, 2-5.
- Vance, C. (2012). Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas. Recuperado de <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/REGLAMENTO-PARA-CENTROS-DE-RECUPERACION.pdf>
- Velázquez, L., Silva, P., Garduño, A., Luna, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 10(2), 31-38.
- Vetere, A. (2001). Structural Family Therapy. *Child & Adolescent Mental Health*, 6(3), 133-139. doi:10.1111/1475-3588.00336

<b>DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO</b>	
<b>Criterios para la selección de los participantes</b>	<i>Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto</i>
Se seleccionará 40 familias que hayan iniciado un programa de comunidad terapéutica por consumo de sustancias. Debido que se tomó como referencia la CETAD para emplear este estudio; los participantes deberán encontrarse en la etapa inicial de tratamiento para poder evaluar la efectividad de la terapia propuesta durante el intervalo de 6 meses.	
<b>Riesgos</b>	<i>Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará</i>
Los participantes podrían experimentar ciertos conflictos durante el tratamiento familiar. Por tales motivos, el terapeuta estará encargado de regular la dinámica familiar para disminuir el escalamiento de conflicto y poder continuar con los objetivos del tratamiento.	
<b>Beneficios para los participantes</b>	<i>Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán</i>
Después de haber completado el estudio, los participantes podrán potencializar el sentido de comunidad al haber desarrollado y aprendido nuevas herramientas para acrecentar el sentido de pertenencia de la comunidad. Este desarrollo les permitirá a los participantes cumplir con las actividades programadas de la organización, alcanzar una remisión satisfactoria y poder reinsertarse en el ámbito social sin necesidad de recurrir al consumo nuevamente.	
<b>Ventajas potenciales a la sociedad</b>	<i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i>
Si la Terapia Familiar Estructural influencia en el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia, este enfoque puede ser aplicado en distintas comunidades donde se trabaje con poblaciones en riesgo de dependencia o problemas de consumo; especialmente en el Ecuador. Esto les permitirá a los participantes obtener nuevas herramientas para afrontar su situación de dependencia.	
<b>Derechos y opciones de los participantes del estudio</b>	<i>Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i>
Los participantes de este estudio poseen el derecho a negarse o retirarse en cualquier momento de la investigación, sin adquirir alguna implicación por haber tomado tal decisión.	
<b>Seguridad y Confidencialidad de los datos</b>	<i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i>
Para este estudio se respetará todas las consideraciones éticas propuestas. Para esto, todos los participantes deberán firmar inicialmente un consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento donde explica claramente los objetivos que se espera obtener y, asimismo, donde se aclara la participación voluntaria del participante y su derecho a retirarse en cualquier momento.	
<b>Consentimiento informado</b>	<i>Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario</i>
Cada uno de los participantes deberá leer detenidamente los ítems del consentimiento informado y firmarlo antes de iniciar la investigación,	
<b>Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.</b>	
El investigador tendrá la obligación de respetar a cada uno de los participantes bajo las consideraciones éticas mencionadas anteriormente.	

<b>Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)</b>			
Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
<b>PARA TODO ESTUDIO</b>			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) <i>(si aplica y se va a incluir menores de 17 años)</i>			
3. Herramientas a utilizar <i>(Título de:: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)</i>	X		X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
<b>SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO</b>			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(\*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

#### **PROVISIONES ESPECIALES**

*Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.*

Click here to enter text.

CRONOGRAMA	AÑO							
Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)	Fechas							
		1	2	3	4	5	6	7

**CERTIFICACIÓN:**

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos.      Sí ( X )      No (   )
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis.      Sí ( X )      No (   )      No Aplica (   )

**Firma del investigador:** \_\_\_\_\_ (con tinta azul)

**Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ:** \_\_\_\_\_

## ANEXO C: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: **Como y hasta qué punto la Terapia Familiar Estructural influye en el sentido de comunidad de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia**

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Javier Alejandro Jaramillo Gavilanes*

Datos de localización del investigador principal *02263121/0992960729, jjara92@hotmail.com*

Co-investigadores *No aplica*

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la influencia de la terapia familiar estructural sobre el sentido de comunidad porque esta puede ser beneficiosa para los individuos dentro de una comunidad terapéutica.

**Propósito del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Para este estudio se seleccionará 40 familias que acuden al centro especializado en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), de las cuales 20 recibirán terapia familiar estructural (un tipo de intervención psicológica) enfocada en el desarrollo de sentido de comunidad y las otras 20 no recibirán intervención psicológica familiar. Con esto se busca evaluar la influencia de la terapia sobre el sentido de comunidad de pacientes dentro de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia.

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

En un inicio se les administrará dos pruebas que son la Escala breve de sentido de comunidad (BSCS) y el Índice de sentido de comunidad II (SCI-II) adaptadas para esta investigación, con el objetivo de medir el sentido de comunidad de cada uno de los participantes. Después de esto se comenzará con la intervención psicológica por un periodo de 6 meses, es decir una sesión semanal con un total de 24 sesiones. Después de esto se volverá a administrar las dos pruebas a todos los participantes del estudio para comparar los resultados en los dos momentos.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los participantes podrían experimentar ciertas resistencias al momento de hablar sobre temas relacionados a la familia, especialmente durante la dinámica familiar. Se podría dar el caso que los miembros de la familia entren en conflicto en sesión, provocando cierto daño psicológico a los participantes. En el caso de que

ocurrieran estos percances, el terapeuta tendrá la obligación de regular el escalamiento del conflicto, señalando a los participantes la comunicación disfuncional que se observa. En contraste, los beneficios que a largo plazo desarrollarán será una buena relación con los miembros de la familia y con los demás individuos semejantes en relación a su problema de consumo, ya que al fomentar las redes de apoyo primarias, provocará que la persona amplíe sus redes de apoyo mediante un sentido de pertenencia sólido.

#### **Confidencialidad de los datos** *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Si se toma muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó
- 3) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*
- 4) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 5) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

#### **Derechos y opciones del participante** *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992960729 que pertenece a Javier Jaramillo, o envíe un correo electrónico a [jjara92@hotmail.com](mailto:jjara92@hotmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

**ANEXO D: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACION****Escala breve de sentido de comunidad (BSCS)**

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>1. Todo lo que necesito lo puedo encontrar en este vecindario.</b>					
<b>2. Mis vecinos me ayudan a satisfacer mis necesidades.</b>					
<b>3. Me siento como un integrante de mi barrio.</b>					
<b>4. Siento que pertenezco a este barrio.</b>					
<b>5. Cuando hablamos sobre lo que ocurre en el barrio mi opinión es tomada en cuenta.</b>					
<b>6. Las personas de este vecindario se ayudan y aconsejan unas a otras.</b>					
<b>7. Me siento unido a mis vecinos.</b>					
<b>8. Tengo establecido un buen vínculo emocional con mis vecinos.</b>					

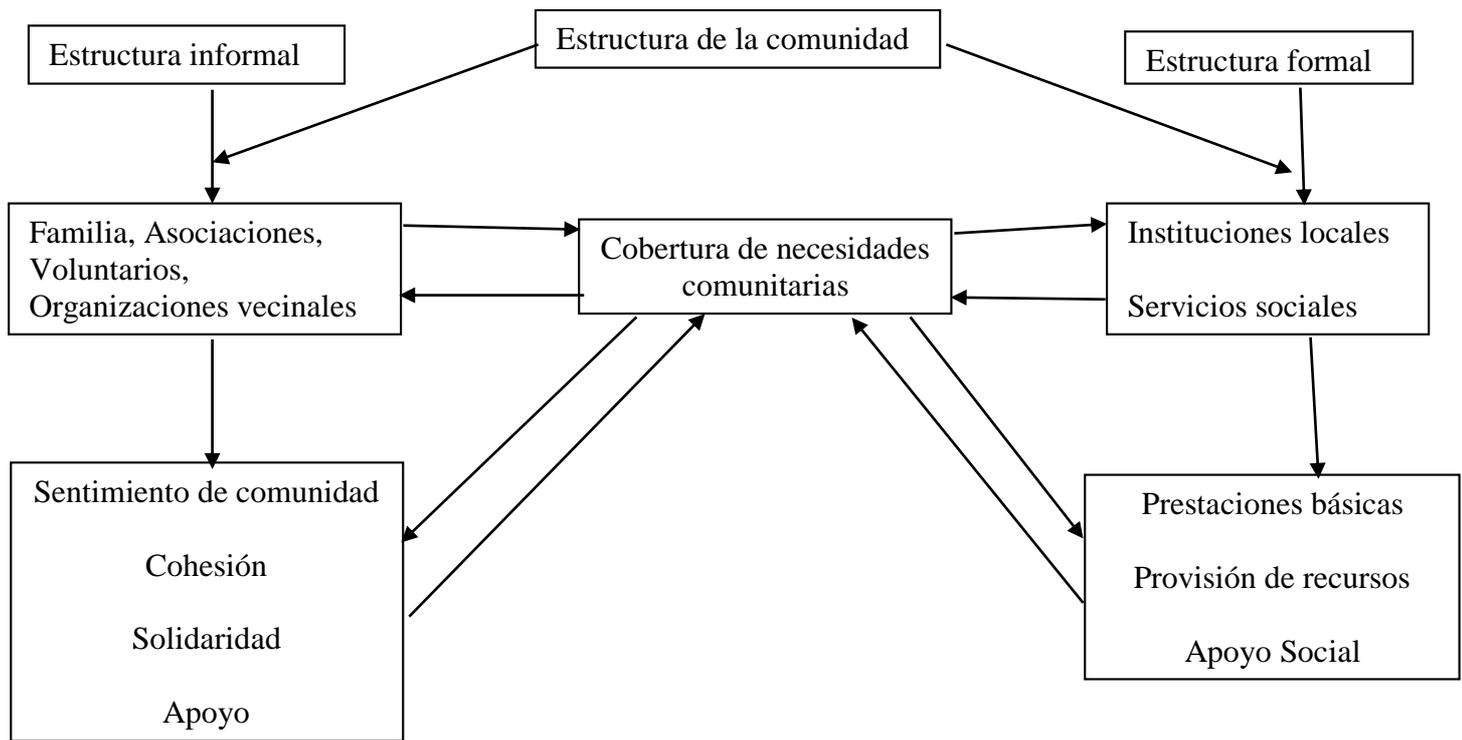
### Índice de sentido de comunidad (SCI)

	Nada en absoluto	Algo	La mayor parte	Completamente
<b>1. Tengo importantes necesidades de las mías cumplidas porque soy parte de esta comunidad.</b>				
<b>2. Miembros de la comunidad y yo valoramos las mismas cosas.</b>				
<b>3. Esta comunidad ha logrado satisfacer las necesidades de sus miembros.</b>				
<b>4. Ser miembro de esta comunidad me hace sentir bien.</b>				
<b>5. Cuando tengo un problema, puedo hablar de ello con los miembros de esta comunidad.</b>				
<b>6. Las personas en esta comunidad tienen necesidades, prioridades, y metas</b>				
<b>7. Puedo confiar en la gente en esta comunidad.</b>				
<b>8. Puedo reconocer a la mayoría de los miembros de esta comunidad.</b>				

<b>9. La mayoría de los miembros de la comunidad me conocen.</b>				
<b>10. Esta comunidad tiene símbolos y expresiones de Tales como ropa, signos, arte, arquitectura, Logos, puntos de referencia y banderas que la gente puede reconocer.</b>				
<b>11. Puse mucho tiempo y esfuerzo en ser parte de esta comunidad.</b>				
<b>12. Ser miembro de esta comunidad es una parte de mi identidad.</b>				
<b>13. Encajar en esta comunidad es importante para mí.</b>				
<b>14. Esta comunidad puede influir en otras comunidades.</b>				
<b>15. Me preocupo por lo que otros miembros de la comunidad piensan de mí.</b>				
<b>16. Tengo influencia sobre cómo es esta comunidad.</b>				
<b>17. Si hay un problema en esta comunidad, los miembros</b>				

<b>pueden resolverlo</b>				
<b>18. Esta comunidad tiene buenos líderes.</b>				
<b>19. Es muy importante para mí ser parte de esta comunidad.</b>				
<b>20. Estoy con otros miembros de la comunidad mucho y disfruto estar con ellos.</b>				
<b>21. Espero ser parte de esta comunidad por mucho tiempo.</b>				
<b>22. Los miembros de esta comunidad han compartido acontecimientos juntos, como fiestas, celebraciones o desastres.</b>				
<b>23. Tengo esperanzas sobre el futuro y de esta comunidad.</b>				
<b>24. Los miembros de esta comunidad se preocupan unos por otros.</b>				

### ANEXO E: Estructura de la comunidad



Estructura de la comunidad (Hombrados y Gómez, 1995, p.287).

