



# TRATAMIENTO DOCUMENTOS TÉCNICOS

## UTILIZACIÓN DE REPRESENTACIONES GRÁFICAS (*MAPPING*) PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

# **Utilización de Representaciones Gráficas (Mapping)**

para el Tratamiento de Personas  
con Consumo Problemático de Drogas

Utilización de Representaciones Gráficas (Mapping) para el Tratamiento de Personas con Consumo Problemático de Drogas

Este documento fue elaborado por el Área de Tratamiento y Rehabilitación de SENDA, cuyos integrantes agradecen al psicólogo Mario Pacheco León la colaboración prestada.

Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática  
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda) Ministerio del Interior y Seguridad Pública  
Gobierno de Chile

Santiago,  
Chile 2017

© SENDA Todos los derechos reservados.

Registro de Propiedad  
Intelectual N°: ISBN:

Edición:  
Marly Mora  
Diseño:  
Josefina  
Olivos  
Impresión:

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación citando la fuente. Prohibida su venta.

# ÍNDICE

<b>4</b>	Presentación
<b>8</b>	1. Fundamentos teóricos y hallazgos de la investigación experimental sobre el uso de representaciones gráficas en la educación y en las intervenciones psicosociales
<b>12</b>	2. Tipos de representaciones gráficas node-link en las intervenciones psicosociales
<b>14</b>	3. Estudios de casos: Uso de los mapas guía y mapas libres en intervenciones terapéuticas
<b>21</b>	Reflexiones finales
<b>22</b>	Referencias bibliográficas



# PRESENTACIÓN


El presente documento ha sido elaborado con el objetivo de entregar a los equipos terapéuticos de personas que presentan trastorno por consumo de alcohol y drogas, herramientas que les permitan fortalecer su desempeño, disponiendo de recursos técnicos efectivos, asequibles y basados en evidencia, de manera de avanzar en el mejoramiento de la calidad de las intervenciones que realizan.

La técnica de representaciones gráficas o mapas guía, considera el análisis de problemas o situaciones a través de la representación de información, ideas y/o sugerencias, por medio de recuadros unidos por líneas que permiten ordenar y relevar la información sobre la persona y el trabajo desarrollado durante la intervención.

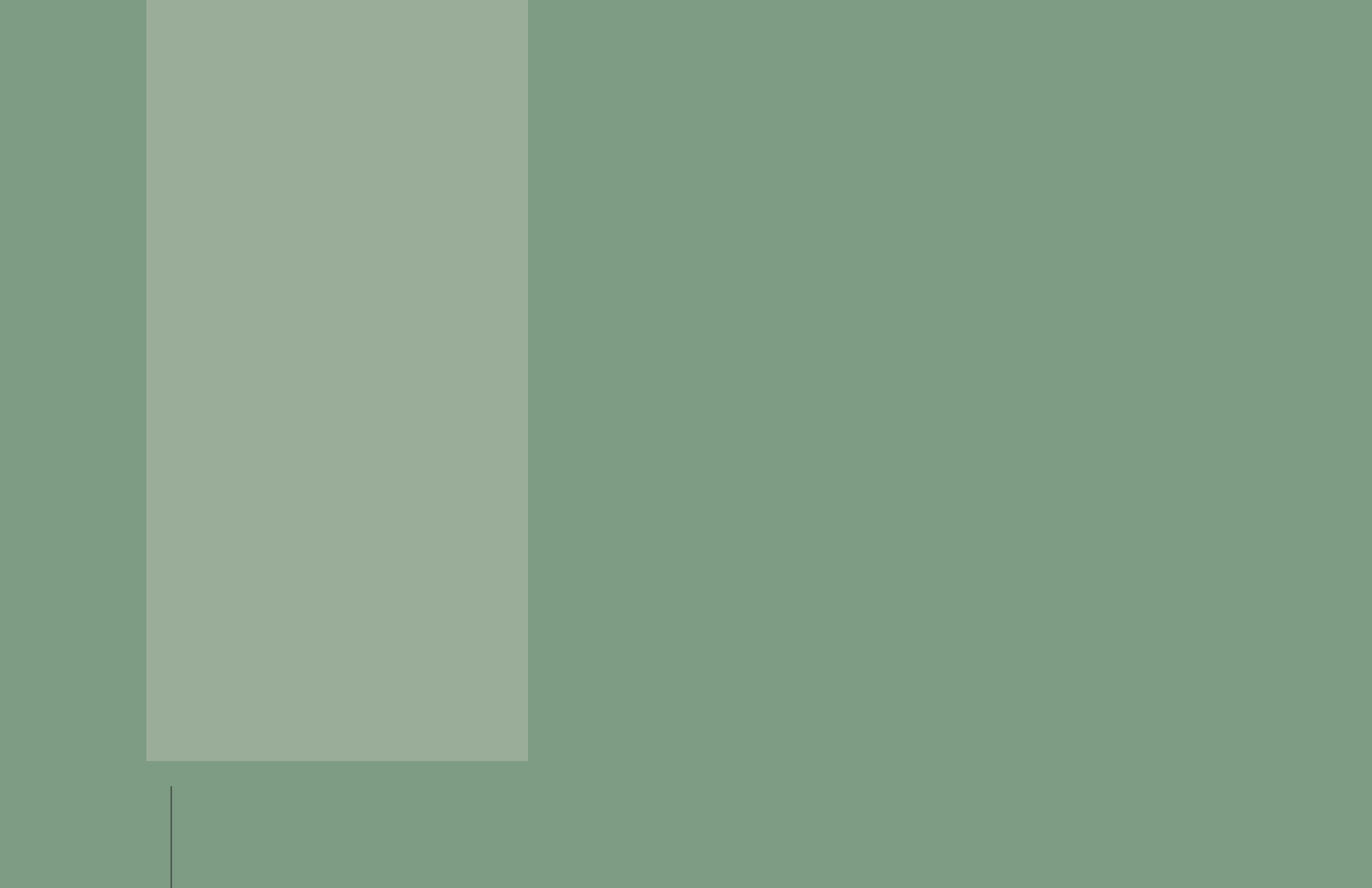
En este trabajo se revisan los fundamentos teóricos de la técnica de representación gráfica Node-link o Mapping, además de investigaciones experimentales que se han realizado para probar la eficacia de esta técnica, estableciéndose a partir de los hallazgos de estos estudios, que la aplicación de mapas guía es de utilidad en el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias.

Se describen los tipos de representaciones gráficas usadas en las intervenciones psicosociales y, para facilitar el aprendizaje del uso de la técnica node-link, se ejemplifica el uso de mapas, a través de cinco estudios de casos.

El documento finaliza con una reflexión acerca de la utilidad de esta técnica para el trabajo de los profesionales y técnicos de equipos de tratamiento, sintetizando los elementos centrales de esta técnica y el impacto que puede tener con los usuarios.



**1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y  
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN  
EXPERIMENTAL DEL USO DE  
REPRESENTACIONES GRÁFICAS EN LA EDUCACIÓN Y  
EN LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES**



Dansereau y Simpson (2009) indican que la investigación ha mostrado que las formas de comunicación visual presentan ventajas respecto al lenguaje verbal tradicional en la comunicación de la complejidad y de las emociones. Algunos autores argumentan que los inputs visuales son procesados de forma más eficiente que el lenguaje verbal, debido a que los procesos neuronales organizan la información visual de acuerdo a los principios de la gestalt: similitud, proximidad, continuación, simetría, cierre y fronteras comunes.

Esos procesos permiten un reconocimiento más eficiente de pautas complejas de información que son difíciles de entender por medio del lenguaje hablado y escrito; por ejemplo: cadenas de razonamiento, lazos recursivos, líneas paralelas de pensamiento y acción, problemas tangenciales y simetría conceptual.

Según Dansereau y Simpson (2009), aunque el lenguaje verbal posee una riqueza sin paralelos, deben reconocerse sus limitaciones. Mientras que el lenguaje verbal (oral o escrito) requiere de una descomposición analítica, la información visual fomenta la síntesis.

Se ha mostrado que las representaciones gráficas fomentan la memoria y el recuerdo, en comparación con el lenguaje hablado y escrito.

Tuffe (2006; en Dansereau y Simpson, 2009), un destacado experto en representaciones visuales, ha recomendado el uso de representaciones gráficas de recuadros unidos por líneas (node-link), como los diagramas de flujo, cartas organizacionales y presentaciones taxonómicas, más que las presentaciones por medio del lenguaje escrito lineal.

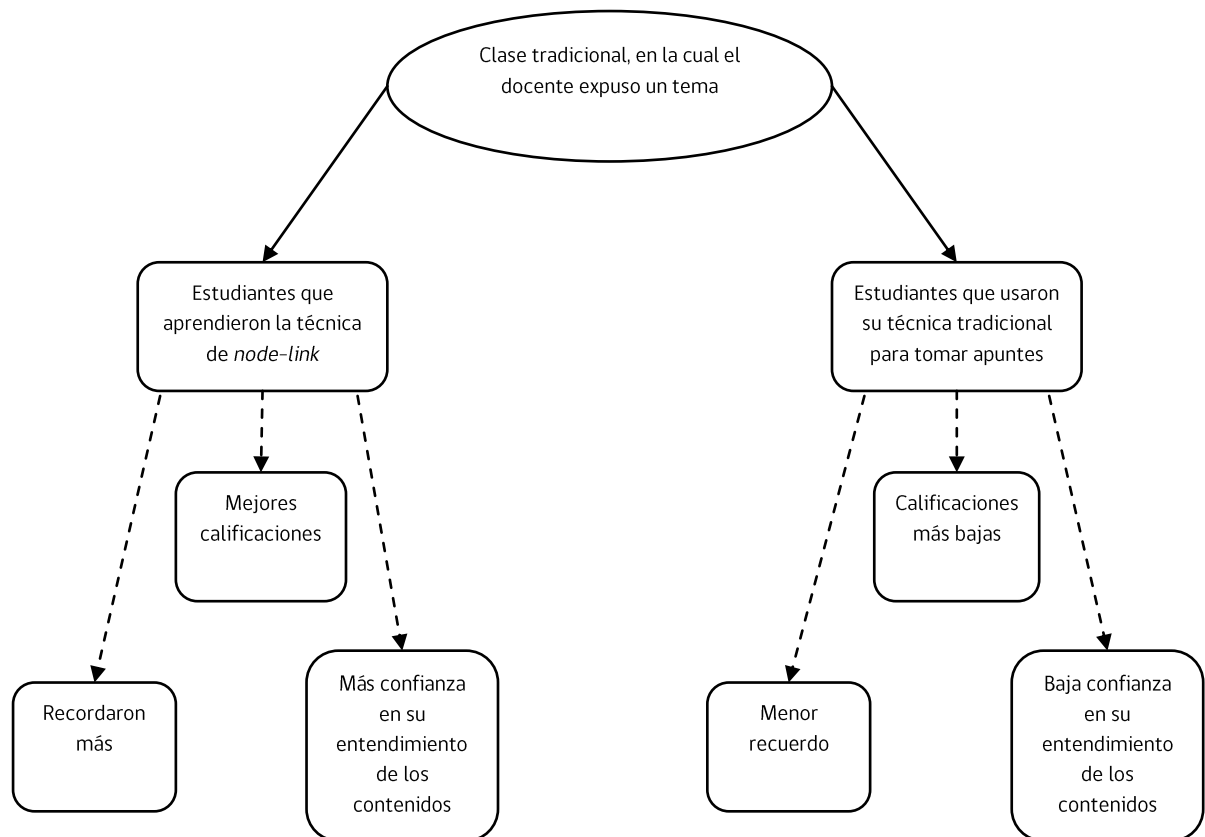
El diseño de ese tipo de representaciones gráficas es una estrategia cognitiva que ayuda a organizar la información y las ideas en una forma espacial; y es usada, por ejemplo, por los profesionales de las profesiones de ayuda cuando construyen genogramas para representar a las familias y las relaciones entre sus miembros, o cuando construyen líneas de tiempo o ecomapas (Bartholomew y Dansereau, 2008; Dansereau y Simpson, 2009).

El uso de las representaciones gráficas de recuadros unidos por líneas (node-link) ha sido estudiado como una herramienta para ayudar a los estudiantes universitarios a tomar mejores apuntes en clases. Se han realizado diversas investigaciones experimentales para evaluar el impacto de este método de estudio en el rendimiento de los estudiantes, en comparación con los métodos tradicionales utilizados por los alumnos (O'Donnell et al., 2002). Los hallazgos de esas investigaciones son los siguientes (O'Donnell et al., 2002):



- Los estudiantes recuerdan más ideas centrales del tema estudiado cuando aprenden de un mapa que representa el conocimiento, que cuando estudian del texto lineal.
- Al medirse el recuerdo de los contenidos, los estudiantes con bajas habilidades verbales o bajo nivel de conocimiento anterior del tópic se benefician más con la presentación del conocimiento en un formato de mapa del conocimiento.
- Los estudiantes que usan mapas de conocimiento como un apoyo para interactuar con sus pares en un entorno de aprendizaje en colaboración, aprenden más.
- La información que es presentada en mapas bien estructurados diseñados de acuerdo a los principios de la gestalt, es recordada mejor que la información presentada en mapas menos estructurados.

La información entregada en el párrafo anterior puede representarse gráficamente del siguiente modo (Bartholomew y Dansereau, 2008, p.9):



O'Donnell et al. (2002) proponen las siguientes recomendaciones para enseñar a los alumnos a usar el método de representación gráfica node-link:

- Comenzar con un contenido muy familiar para los estudiantes, que les permita buscar la información sin tener que investigar demasiado.
- Suministrar un mapa de conocimiento cuyo contenido sea análogo al texto escrito.
- Asegurar que los estudiantes puedan reconocer las relaciones isomórficas del texto escrito y los mapas de representación del conocimiento (es decir, que puedan reproducir el mapa de conocimiento a partir del texto escrito).
- Usar mapas de conocimiento bien diseñados (de acuerdo a los principios de la gestalt) como ejemplo inicial.
- Fomentar el trabajo en parejas de estudiantes para que construyan mapas de conocimiento en base a un texto escrito.

## **INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y USO DE MAPAS (NODE-LINK): INVESTIGACIÓN SOBRE SU EFECTIVIDAD**

Algunos autores, como Goldfried, Dávila, y Hill (en Dansereau y Simpson, 2009), han indicado que el uso del lenguaje oral y de las metáforas visuales (representaciones gráficas) son un componente crítico para el desarrollo del vínculo terapéutico en las sesiones de consejería psicosocial.

Czuchry y Dansereau (2003; en Dansereau y Simpson, 2009) han suministrado evidencia empírica acerca del uso de las representaciones gráficas node-link con personas en tratamiento para el consumo abusivo de sustancias. Los investigadores resumen del siguiente modo sus hallazgos:

- a. El uso de esta técnica amplifica aspectos claves de la sesión. Los terapeutas y las personas usuarias colaboran en el diseño de mapas construidos en base a la información proporcionada por estas últimas, o completan mapas prediseñados. Los mapas suministran representaciones visuales concretas de los tópicos abordados, los que debido a su "gramática" simple permiten superar las dificultades del intercambio verbal y las barreras que pueden distraer o distorsionar la atención, especialmente con personas que presentan dificultades en el aprendizaje auditivo.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Un estudio de Pitre, Dansereau y Joe (1996; en Dansereau y Simpson, 2009) mostró que la técnica de la representación gráfica node-link era particularmente útil para personas con antecedentes culturales distintos a los de los terapeutas.

- b. La técnica fomenta la autopercepción de las personas respecto a sus habilidades de comunicación.
- c. Este método de trabajo beneficia a quienes presentan problemas de atención y aumenta la percepción de los tópicos abordados en la intervención de grupo, asemejándola a la de la intervención individual.
- d. Las sesiones en que se usa node-link —comparadas con las sesiones basadas solamente en la conversación— ayudan a las personas usuarias y terapeutas a generar un mayor número de ideas; y permite que estos últimos se percaten de las brechas en el pensamiento de los usuarios.<sup>2</sup>
- e. Las observaciones de sesiones en las cuales los terapeutas usaron esta técnica, permiten sugerir que la representación gráfica node-link puede crear un sentido de colaboración, al retirar la atención de la persona usuaria y colocarla en una representación gráfica del tópico que se está abordando. La técnica puede reducir la ansiedad de quienes se sienten incómodos con el contacto visual. Asimismo, los mapas trabajados pueden ser entregados como un recordatorio de la sesión o como tareas para la casa entre las sesiones. Los mapas construidos pueden ser reintroducidos por los terapeutas en las sesiones para evaluar los cambios y progresos.
- f. Al hacer un uso excesivo de esta técnica es posible alterar el vínculo terapéutico (por ejemplo, hacer más lento el ritmo de la sesión). Por lo tanto, es necesario que los terapeutas usen los mapas en la intervención individual de acuerdo a su propio estilo y según las necesidades de las personas.

Leukefeld et al. (2001) publicaron un estudio preliminar de la aplicación de mapas cognitivos (node-link) en la prevención de VIH con usuarios abusadores de drogas. La intervención fue desarrollada por medio del uso de grupos focales y luego fue piloteada con personas abusadoras de drogas que no estaban en tratamiento.

Los autores indican que la aplicación de mapas cognitivos es una intervención útil para que los consumidores abusivos de drogas examinen su historia de abuso de drogas, su comportamiento sexual y las consecuencias de estos, con el objetivo de hacer cambios en su comportamiento.

---

<sup>2</sup> Es decir, el terapeuta puede observar que la cadena de razonamiento de la persona usuaria presenta saltos lógicos y lo aborda en forma oportuna en la sesión.

Czuchry et al. (2009) publicaron un estudio sobre la efectividad del uso de la representación gráfica node-link (Positive Choices Mapping Intervention, PCM) con usuarios afroamericanos con trastorno con dependencia al crack y VIH positivos, asignados al azar a la intervención PCM o a un grupo control que consistió en 6 horas de psicoeducación acerca del sida. Ambos grupos participaron en una sesión individual de una hora de duración, para abordar temáticas que los usuarios no se sentían cómodos de conversar en las sesiones de grupo.

La intervención PCM consistió en seis sesiones grupales en las que se usaron representaciones gráficas node-link en los siguientes temas: introducción a la técnica node-link ; cambio de actitudes y autoeficacia respecto al placer y las expectativas de resultados; mejoría de la autoeficacia para exponer su situación de salud y negociar el uso del condón; derechos y responsabilidades de la condición de los seres humanos como seres sexuados y exploración de situaciones en la cual es difícil el uso del condón; expectativas en las relaciones interpersonales y roles de género; examen del comportamiento real y vicario, y planes para experiencias placenteras futuras del uso del condón.

Los resultados preliminares de la intervención PCM indican que se advirtió el uso consistente del condón, incluso en individuos con déficit cognitivo o psicológico o consumo continuado de crack.

Czuchry y Dansereau (2003) estudiaron el impacto del entrenamiento en habilidades cognitivas en personas en libertad a prueba (libertad vigilada) con consumo abusivo de drogas, en tratamiento en comunidades terapéuticas residenciales u obligados a participar en el tratamiento porque habían violado las condiciones de la libertad a prueba.

El estudio incluyó a 452 usuarios con una edad promedio de 29.9 años, residentes en 14 comunidades terapéuticas (7 que entregaron el tratamiento usual y 7 que entregaron entrenamiento en habilidades cognitivas).

El tratamiento usual era el siguiente: 4 meses de tratamiento residencial y 3 meses de postratamiento, intervenciones para el desarrollo de habilidades para la vida (manejo de la rabia, problemas propios de los hombres y las mujeres, etc.), capacitación para obtener la licencia de educación secundaria (educación de adultos), desarrollo de habilidades en computación, competencias parentales, educación en el abuso de drogas, y oportunidad de aprendizaje experiencial en actividades psicosociales de grupos de pares.

El entrenamiento en habilidades cognitivas consistió en la implementación del Módulo de Habilidades Cognitivas (CSM por sus siglas en inglés) desarrollado por el Institute of Behavioral Research de la Texas Christian University (TCU), consistente en 10 módulos de trabajo grupal que usan la técnica de representación gráfica node-link para el desarrollo de habilidades cognitivas y motivación para el

cambio de comportamiento. Los 10 módulos fueron entregados en 5 semanas, y los usuarios recibieron US\$70 por participar en el estudio.

El análisis de los resultados (medidos por medio de la escala TCU de disposición para el cambio, la escala de grupo de pares, la escala de recursos comunitarios, y la escala de apreciación de los terapeutas del desempeño de los usuarios) encontró lo siguiente:

- El análisis de las respuestas individuales a la escala TCU de disposición para el cambio y la escala de grupo de pares, indicó que el CSM fue efectivo en el aumento del compromiso de las personas con el tratamiento, incluida una mayor adherencia al tratamiento; una mayor cooperación, respeto de los demás y una disminución del ánimo negativo (depresión y hostilidad).
- El CSM pareció ser efectivo a la mitad y al término del programa, aunque parece que su mayor impacto se encontró en la mitad del programa. Sin embargo, los investigadores advierten que la falta de diferencias en ciertas variables entre el tratamiento CSM y el tratamiento usual en el régimen de comunidad terapéutica (por ejemplo, cohesión comunitaria) pueden haber mitigado los efectos del programa CSM.
- Los personass con una disposición elevada para el tratamiento se involucraron más en el programa CSM y en el tratamiento usual, lo que era esperado por los investigadores en ambos tipos de programa.
- Se evidenció que el programa CSM puede ser especialmente beneficioso para las personas que comenzaron el tratamiento con una baja disposición motivacional. Los autores hipotetizan que el aumento en las habilidades cognitivas aumenta la autoeficacia, la cual influye en la motivación para participar en el tratamiento.
- El estudio mostró que el programa CSM aumentó la eficiencia en diversas áreas (memoria, toma de decisiones, planificación y regulación del ánimo), y facilitó el progreso en el tratamiento y el compromiso de las personas con el programa.

El NREPP (2008) del SAMHSA<sup>3</sup> publicó un resumen de la evidencia de la efectividad de la técnica de representaciones gráficas node-link desarrollada por el Institute of Behavioral Research de la Texas Christian University, basado en el análisis de tres estudios controlados de la aplicación de la técnica con población general adulta en tratamiento ambulatorio y residencial, y con población adulta infractora de ley.

---

<sup>3</sup> Substance Abuse and Mental Health Service Administration de Estados Unidos

En una escala de 0,0 a 4,0 de la calidad del diseño experimental para determinar la efectividad de la aplicación de la técnica, las puntuaciones varían entre 3,1 y 2,8: asistencia a las sesiones de consejería (3,1); consumo de sustancias (3,0); retención en el tratamiento (3,0); vínculo positivo con las personas usuarias, motivación y auto-confianza (2,9); progreso percibido en el tratamiento (2,9); participación en grupos de pares (2,8); comportamiento de riesgo VIH (2,8); y comportamiento delictual (2,8).

Por lo tanto, el SAMHSA recomienda la incorporación de esta técnica en el tratamiento de personas que presentan consumo abusivo de sustancias.

Respecto a la satisfacción de los terapeutas en la aplicación de la técnica de representación gráfica node-link, en el programa piloto Rutas para la Recuperación ITEP<sup>4</sup> (Campbell et al., 2007; NTA, 2008a)<sup>5</sup> se encontró que recibieron positivamente el entrenamiento recibido, el cual condujo a cambios en sus prácticas habituales. Los terapeutas reportaron que el uso de la técnica gráfica node-link favoreció un vínculo positivo con las personas usuarias, mejores niveles de participación de las personas en el tratamiento y un mejor apoyo del grupo de pares.

---

<sup>4</sup> El programa utilizó un manual en el cual se usa la técnica de representación gráfica node-link y una intervención breve cuyo objetivo es el cambio en los patrones de pensamiento en cinco áreas de intervención (exploración de sí mismo, mejoría en las relaciones sociales, toma de decisiones, toma de control y autocuidado de la salud) (Campbell, 2007; NTA, 2008b y c).

<sup>5</sup> Programa implementado en Londres, Manchester, Birmingham y el West Midlands, y desarrollado por el National Treatment Agency for Substance Misuse de Inglaterra e investigadores de la Universidad de Birmingham, con la colaboración del Institute of Behavioral Research de la Texas Christian University



## 2. TIPOS DE REPRESENTACIONES GRÁFICAS NODE-LINK EN LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES



Dansereau y Simpson (2009) distinguen tres tipos de representación gráfica node-link: mapas de información, mapas libres y mapas prediseñados.

## MAPAS DE INFORMACIÓN

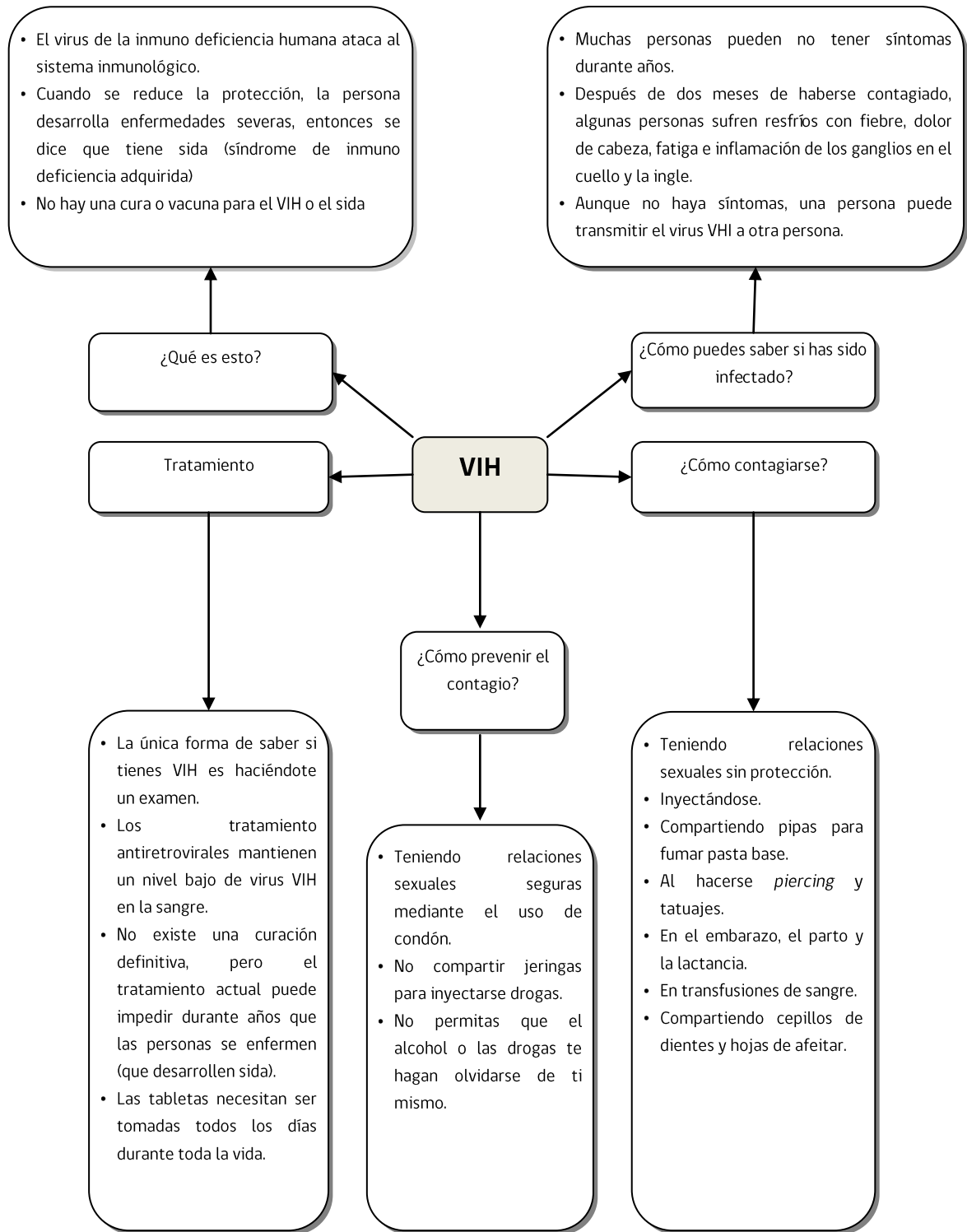
Los mapas de información son creados por los expertos para comunicar información acerca de tópicos especializados. Pueden representar modelos teóricos, estructuras de conocimiento y procedimientos técnicos. Estos mapas son ampliamente usados en la educación, los negocios y las publicaciones de investigación. También tienen un valor terapéutico cuando se presenta información crítica para el autocuidado de su salud o la prevención de recaídas.

Los estudios indican que los mapas de información debieran contener entre 6 y 20 recuadros (nodos), dependiendo del estilo cognitivo y el conocimiento anterior del receptor. Las jerarquías, las cadenas y las estructuras de comparación/contraste debieran estar organizadas verticalmente en la página.

El siguiente mapa informativo ha sido usado con población infractora de ley en actividades de psicoeducación para el autocuidado de la salud (Day, 2010):



## VIH



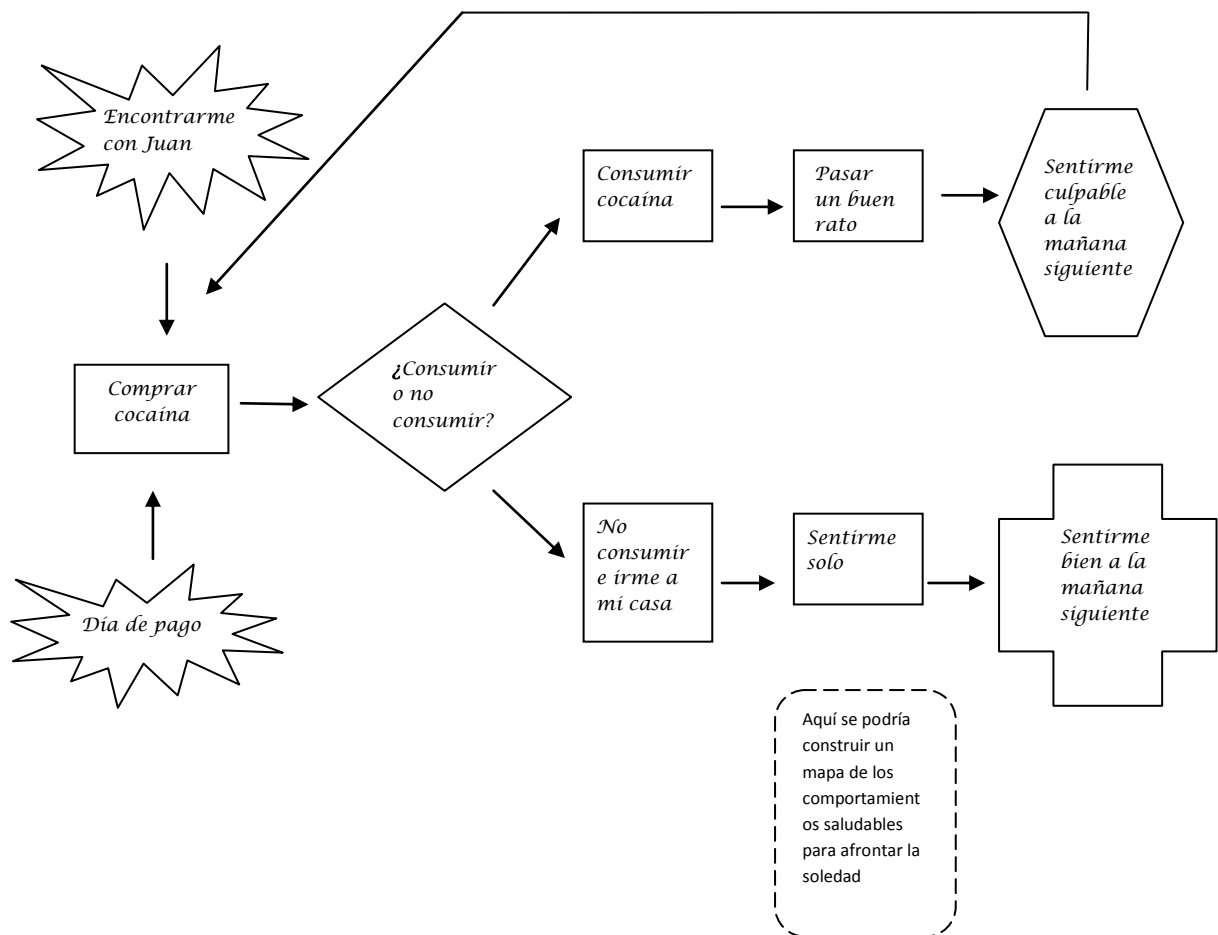
## Mapas libres

Los mapas libres son construidos en una hoja en blanco y buscan representar en un diagrama las ideas que se están conversando. El mapa puede servir como un resumen del t pico conversado, o para ayudar a la persona a percatarse de pautas repetitivas en su comportamiento.

El terapeuta enseña a la persona usuaria a construir el mapa o pueden construirlo entre ambos (Day, 2010). Dansereau y Simpson (2009) resumen del siguiente modo los resultados de la investigación del uso de mapas libres en las intervenciones terapéuticas:

- Los mapas libres han mostrado ser una herramienta más efectiva que otros métodos para tomar notas en las sesiones, y han probado ser una buena herramienta que fomenta el aprendizaje cuando son construidos en colaboración.
- El entrenamiento para el diseño de mapas parece producir efectos cognitivos positivos que se transfieren a otras tareas, aunque los mapas no sean usados en forma explícita.
- Los estudios con asignación al azar de individuos adultos de diversidad étnica, en los que estos producen junto a sus terapeutas mapas libres de sus problemas, apoyan el uso de esta técnica en comparación con los métodos usuales de intervención (conversaciones en las que solo hay intercambios verbales orales).
- Esos estudios han mostrado los siguientes beneficios del uso de mapas libres: (a) una mayor disposición y motivación de las personas hacia el tratamiento; (b) mejoría en la relación terapeuta-usuario(a) y en la percepción de la calidad de la intervención; (c) se acrecienta la autopercepción de la persona usuaria; y (d) se reduce el número de intervenciones perdidas y la cantidad de test de orina positivas durante y después del tratamiento por consumo abusivo de sustancias.

En la página siguiente se reproduce un mapa libre de la secuencia de comportamientos que llevan a una persona a recaer en el consumo de la sustancia (tomado y adaptado de Day, 2010, p. 5).



## Mapas prediseñados (o mapas guía)

Los mapas guía consisten en una plantilla con espacios en blanco para ser completados por la persona en tratamiento. Se usan como una herramienta gráfica para facilitar la exploración de sí mismos, la planificación, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la evaluación.

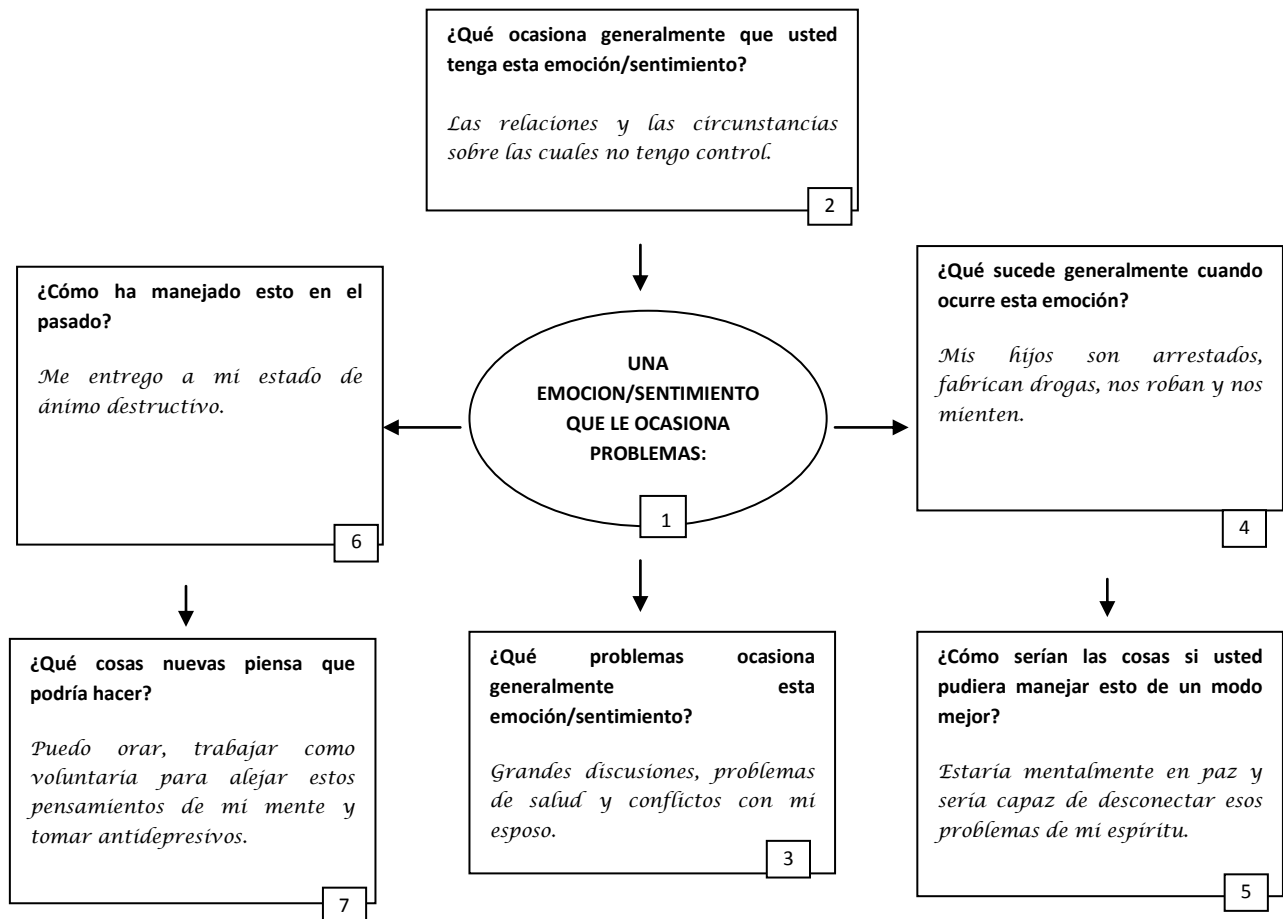
Estos mapas son creados por los expertos (o los terapeutas) y tienen la misma estructura que los mapas de información. Han demostrado ser un buen recurso técnico que ayuda a las personas usuarias y a los terapeutas a examinar los problemas relacionados con los tratamientos de salud física y para facilitar la exploración de tópicos relevantes en el tratamiento del abuso de sustancias.

También han sido usados en módulos de intervención estructurados para abordar tópicos específicos en el tratamiento de consumidores abusivos de drogas, como los TCU Mapping-Enhanced Counseling

del Institute of Behavioral Research de la Texas Christian University, el programa piloto ITEP en Inglaterra y los módulos BTEI asociados a ese programa.<sup>6</sup>

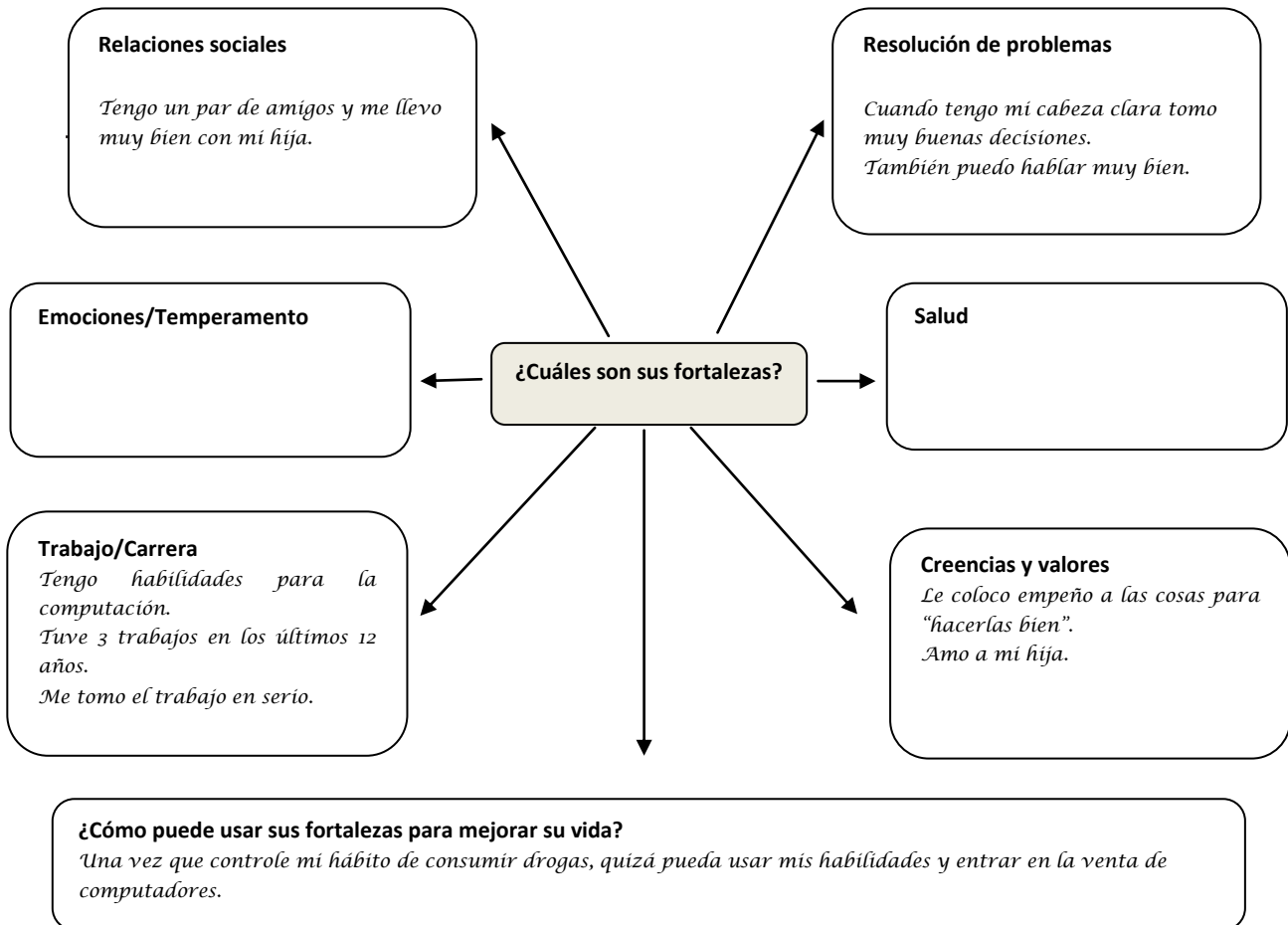
Esos mapas también pueden ser entregados como tarea para la casa, y ser revisados en la sesión siguiente.

En las páginas siguientes se reproducen dos mapas guía, el primero relacionado con la exploración de emociones (Dansereau y Simpson, 2009, p. 107) y el siguiente con la exploración de sí mismo (Day, 2010, p. 7). Las respuestas de las personas a las preguntas o tópicos abordados en los recuadros servirán de material para la indagación/intervención del terapeuta (en intervenciones de grupo o individuales).



<sup>6</sup> En la sección Aplicaciones de este documento, se revisarán algunos de los mapas guía usado en esos programas.

## EXPLORACIÓN DE SÍ MISMO





### 3. ESTUDIOS DE CASOS: USO DE MAPAS GUÍA Y MAPAS LIBRES EN INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS



En el texto redactado por Bartholomew y Dansereau (2008), los autores ejemplifican el uso de los mapas guía en entrevistas individuales hipotéticas con dos personas usuarias, y en una sesión grupal.

A continuación se transcriben la traducción y adaptación de los estudios de casos proporcionados por esos autores.

### **CASO 1: LA INCERTIDUMBRE DE JOSÉ** **(Bartholomew y Dansereau, 2008, pp. 41-50)**

José ingresó a tratamiento hace un mes y medio. Después de tres semanas de estar en tratamiento completó las evaluaciones de ingreso. Fue arrestado por posesión de drogas y su participación en el tratamiento forma parte de la sentencia de libertad a prueba (libertad vigilada), la que también incluye test de orina al azar. Su programa de tratamiento requiere que asista tres veces a la semana a dos sesiones de grupo, y a una sesión individual/ familiar con la terapeuta encargada de su caso.

Ingresó a tratamiento, después que su pareja lo dejó llevándose a sus dos hijos, tras su arresto. Ella se había quejado de su consumo continuado de drogas y de su irritabilidad y explosiones de rabia crecientes. José había prometido varias veces que dejaría de consumir drogas, pero fue sorprendido nuevamente en estado de intoxicación. Según él su consumo no era realmente un problema y sostenía que su pareja era una mujer dominante y poco razonable. Había asistido a las sesiones programadas, pero se había quejado con el equipo diciendo que el tratamiento era un “chiste” y que en realidad él no necesitaba estar ahí, sino solo realizarse los test de drogas semanales. José y su terapeuta se reunieron en la quinta semana para revisar los resultados de la evaluación y desarrollar planes para el tratamiento.

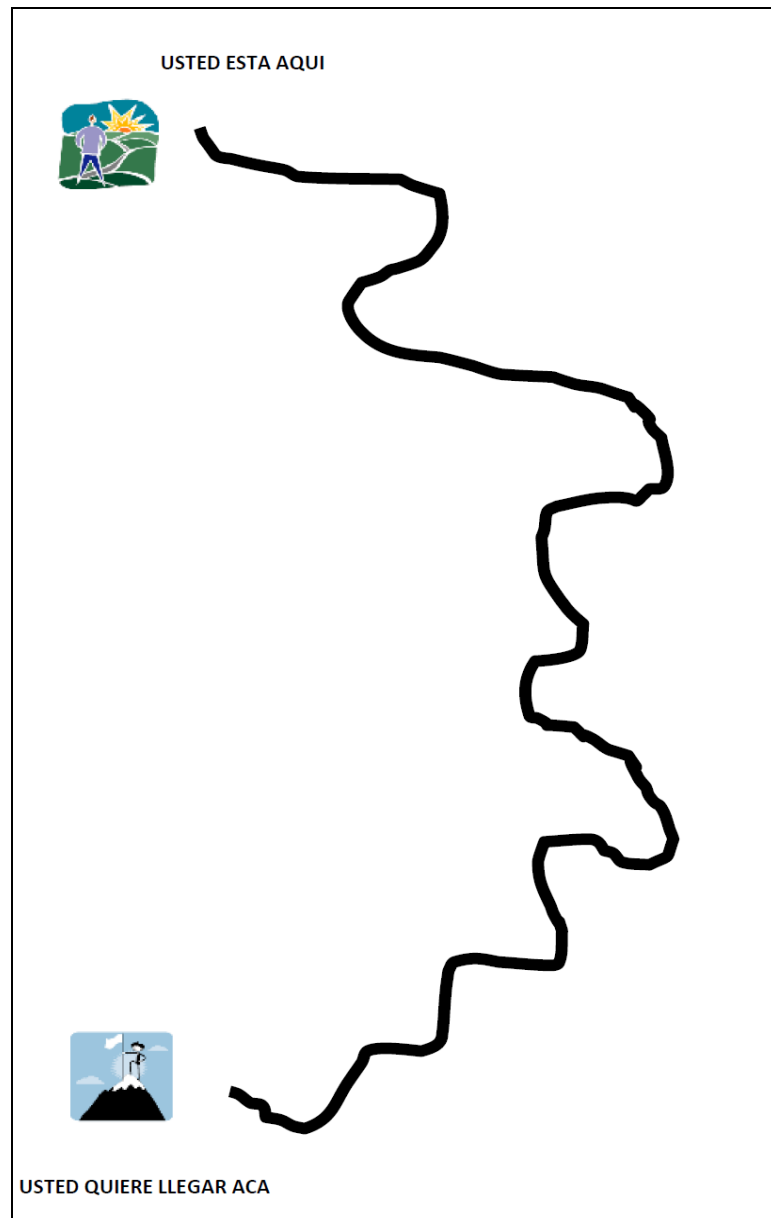
Breve resumen de la evaluación de José al ingreso:

- Medición de la motivación/deseo de ayuda: José obtuvo una puntuación más baja que el promedio, indicando algo de ambivalencia y resistencia a estar en un programa de tratamiento.
- Medición del funcionamiento psicosocial: La puntuación de José en autoestima era más baja que el promedio para el programa. También reportó algunos problemas de ansiedad y depresión.
- Medición de funcionamiento social: José mostraba problemas en un rango medio con la hostilidad, la toma de riesgos y el apoyo social.
- Medición de compromiso con el tratamiento/satisfacción: Las puntuaciones de José también indicaban que estaba teniendo problemas con su compromiso y participación en el tratamiento, con una puntuación baja en su vínculo con el equipo de tratamiento y en su satisfacción con el programa en general.

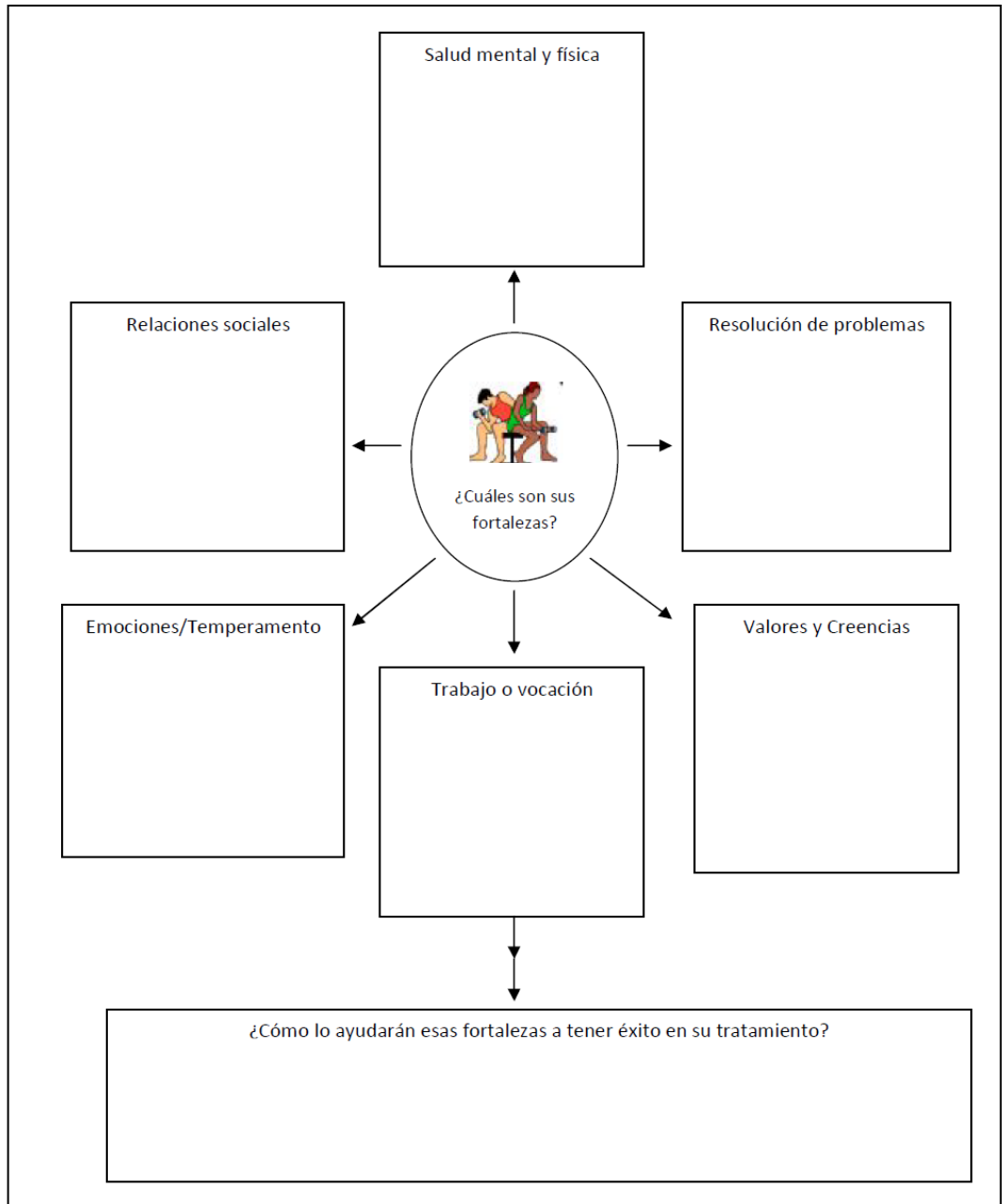
## Preparación

La terapeuta decidió usar uno de los mapas de ruta y el mapa de fortalezas para construir un vínculo positivo con José, y ayudarlo a bosquejar algo que le gustaría cambiar como resultado del tratamiento. Había preparado copias de esos mapas para usarlos en la sesión y dispuso del espacio en el escritorio para que ella y José pudieran trabajar en conjunto con los mapas.

Los mapas usados fueron los siguientes:







## La sesión

La Terapeuta (T) dio la bienvenida a José (J) a la sesión. Dedicó los minutos iniciales para registrar su asistencia a la entrevista y escuchar cualquier nuevo problema que él quisiera hacer sobre la reunión. Durante el segmento de trabajo, la terapeuta dirigió la atención del usuario hacia la evaluación de ingreso.

T: Me estaba preguntando si usted tenía algunos pensamientos más respecto a lo que conversamos la semana pasada. ¿Qué aprendió al revisar los resultados de su evaluación?

J: Tengo que estar aquí. No me gusta mucho, pero tampoco me gusta la libertad a prueba. Esa es una de las cosas que recuerdo.

T: Estoy muy impresionada por sus esfuerzos para mantenerse en libertad a prueba. Usted nunca ha faltado a una sesión de grupo o a una sesión conmigo. Quizá eso tenga que ver un poco con el hecho que yo entiendo que usted no quiere estar aquí... Pero usted viene de todos modos —gasta en bencina para el automóvil, su tiempo, la irritación por venir tres veces a la semana, todo eso, y aun así usted viene.

J: Sí.

T: Me pregunto si pudiera haber algo que sería de utilidad para usted al venir para acá. Estará aquí durante seis meses. Parece una desgracia colocar todo ese esfuerzo en hacer algo, y no obtener mucho a cambio. La pregunta podría ser: Si fuera posible para usted obtener algo útil de este tratamiento, incluso aunque sea de poca utilidad, ¿qué podría ser?<sup>7</sup> Veámoslo en esta forma.

La terapeuta le muestra la copia del mapa de ruta, y acomoda su silla para sentarse en una posición en la cual ella y José puedan ver el mapa y trabajar en él. (Al final de este caso de estudio se reproducen los mapas en los cuales trabajaron).

T: (Refiriéndose al mapa) Usted está aquí hoy. Y aquí abajo está el término de la ruta a la cual quiere llegar. La línea curva de la ruta representa los siguientes cinco a seis meses. ¿Qué le gustaría ver diferente en su vida cuando llegue hasta ahí, al final?

J: (Después de una extensa pausa) Una vez que deje todo esto detrás de mí, quiero ser capaz de visitar a mis hijos. Mi ex se consiguió un abogado y llevó el caso al tribunal de familia. El juez está esperando ver cómo me va en este programa antes de tomar una decisión acerca de la custodia y las visitas a los niños.

T: (Escribiendo al final del mapa) “Ser capaz de visitar a sus hijos”. He escrito esto a continuación de “usted quiere llegar acá”. De modo que si usted caminara por esta ruta en una forma que probablemente impresione al juez y le dé la impresión de que usted nunca rompería las reglas para ver a sus hijos, ¿Qué tiene que ocurrir?

---

<sup>7</sup> Estrategia “descubriendo al usuario oculto” (Berg y Miller, 1996), adecuada para usuarios en tratamiento en contexto obligado que no reconocen tener problemas

- J: (Después de una extensa pausa) Continuar viniendo para acá, me imagino.
- T: (Creando un recuadro en la parte de arriba de la ruta) "Continuar viniendo al tratamiento". He escrito esto aquí arriba, cerca del inicio. ¿Algo más?
- J: Mantenerme limpio.
- T: (Creando otro recuadro) "Mantenerse limpio". He escrito eso ahí. ¿Algo más?
- J: Mantener el empleo y pagar la pensión alimenticia de los niños.
- T: (Creando otro recuadro) "Trabajar y pagar la pensión alimenticia de los niños". He escrito eso ahí. ¿Algo más?
- J: No se me ocurre nada más.
- T: ¿Qué otras cosas podrían pedirle el juez o el abogado? ¿Usted no dijo que su ex había llamado a la policía un par de veces cuando usted peleaba? ¿Qué querría escuchar el juez que es nuevo o diferente respecto a eso?
- J: Aprender a manejar la rabia, controlar mi temperamento.
- T: (Creando otro recuadro) "Manejo de la rabia y control del temperamento". He escrito eso ahí. ¿Algo más?
- J: Clases de paternidad o consejería familiar. Algo como eso. Mi ex le dijo al juez que mis hijos me tenían miedo.
- T: (Creando otro recuadro) "Clases de paternidad para ser un mejor padre". He escrito eso ahí. ¿Algo más?
- J: Imagino que querrá algún tipo de informe de este lugar (programa) que le diga que me lo tomé en serio y que he aprendido todo lo que necesito hacer.
- T: (Creando otro recuadro) "Un buen informe del tratamiento; evidencia de progreso". He colocado eso aquí. ¿Algo más?
- J: Eso ya es un montón de cosas.
- T: Hizo una lista con un buen número de cosas que probablemente lo ayudarán a llegar donde usted quiere.

En este punto, la terapeuta revisa el mapa con el usuario, usando habilidades de escucha activa y reflejos terapéuticos que podrían ayudarlo a querer elaborar más o añadir detalles. Cualquier información adicional destacada también puede ser añadida al mapa.

El terapeuta podría pasar después al mapa de fortalezas.

- T: Entonces una de las cosas que podría ser útil para usted como resultado de gastar tiempo en el tratamiento es que quizá pueda ayudarlo a ganar el derecho a visitar a sus hijos. Y una cosa que usted señaló es que sería de utilidad un buen informe de este programa que muestre que usted se comprometió y participó en el tratamiento y que aprendió cosas.

- J: Sí.
- T: Y de las cosas que están en su mapa, algunas podrían ser un desafío para usted porque no le gusta mucho estar aquí
- J: Pero no me hace mal, estar aquí no es muy malo, no es algo tan terrible o que yo no pueda estar aquí. Pero tener que venir tres veces en la semana no es de mi agrado.
- T: Hábleme de eso... usted puede imaginarse cómo sería tener que venir todos los días.<sup>8</sup> Permítame mostrarle otro mapa.

La terapeuta muestra una copia del mapa de fortalezas al usuario.

- T: Me gustaría que usáramos este mapa para observar los talentos y recursos que usted tiene, y que pueden ayudarlo a mantenerse en la ruta para visitar a sus hijos, en la cual acabamos de trabajar. Tómese un minuto para mirarlo. Indaga acerca de lo que usted sabe de sus fortalezas en varias áreas de su vida. Usted podría estar consciente de ellas o de las cosas que otras personas le han dicho que ven en usted.
- J: Está bien.
- T: (Después de dar algún tiempo a José para que observe el mapa). Esos recuadros alrededor del centro no tienen ningún orden especial. Podemos hablar de ellos en el orden que usted prefiera.
- J: Lo primero que se me viene a la mente es que realmente soy físicamente fuerte y tengo buena salud, a pesar de todos mis malos hábitos. Comencé a correr nuevamente después que me quebré.
- T: Escribiré eso en este recuadro "físicamente fuerte", "buena salud" y "siguiendo un programa de ejercicios".
- J: Y en este otro, creo que siempre he sido bueno para resolver problemas. Mi mamá siempre me llama cuando tienen un problema, porque ella dice que tengo buenas ideas y puedo hablar con las personas.
- T: (Escribiendo en el recuadro de resolución de problemas) Bien. "Bueno para resolver problemas", "tengo buenas ideas", "puedo hablar con las personas", y "ayudo a otros (Mamá) con problemas".
- J: Valores y creencias... ¿Qué significa esto?
- T: Los valores y creencias que usted ve como fortalezas personales.
- J: (Después de una pausa) Soy leal; si soy su amigo, entonces soy su apoyo. Estoy intentado regresar a la iglesia, porque creo en Dios o en alguna clase de poder superior. También creo en la familia.
- T: (Escribiendo en el recuadro). "Leal", "apoyador", "creer en Dios/poder superior" y "creer en la familia".
- J: En el siguiente, ¿qué significa vocación?
- T: Es una palabra que se refiere a las cosas que a usted le gusta hacer o sus intereses. Quizá como pasatiempos o cosas que usted hace después del trabajo y que usted ve como fortalezas.
- J: Mis jefes siempre me dicen que soy un buen trabajador cuando me aparezco. También soy hábil con

---

<sup>8</sup> Rodando con la resistencia (Miller y Rollnick, 2013)

las manos y puedo hacer todo lo que se necesita en una construcción. Me gusta la música y toco la armónica. Mejor que Dylan.

T: (Escribiendo en el recuadro). "Buen trabajador", "hábil con las manos", "puedo hacer de todo en una construcción" y "toco la armónica mejor que Bob Dylan".

J: Y aquí, la mayoría de las veces pienso las cosas. No me desahogo con los demás ni con las cosas. Tengo un buen sentido del humor.

T: (Escribiendo en el recuadro emociones/temperamento). "Pienso las cosas", "no me desahogo con otros", "tengo buen sentido del humor".

J: En las relaciones sociales, mi relación con mi madre es lo que me mantiene firme estos días. Como le dije, la familia lo es todo. Generalmente me llevo muy bien con las personas.

T: (Escribiendo en el recuadro) "relación con la madre", "familia", "llevarse bien con todas las personas".

Para completar el recuadro de abajo (¿Cómo le ayudarán esas fortalezas a tener éxito en su tratamiento?), el terapeuta podría comprometer al usuario en una conversación extensa para responder a la pregunta, trayendo a colación el mapa de ruta. Al final de esta conversación puede agregarse un resumen breve en el recuadro. O puede dársele al usuario una "tarea para la casa" para que él mismo complete el recuadro, y conversar de la tarea en la sesión siguiente.

### **Comentario de los autores** (Bartholomew y Dansereau, 2008)

Esta presentación de caso es una caminata algo acelerada a través de un enfoque general de trabajo con mapas con las personas en tratamiento. El buen trabajo clínico es siempre interactivo, por consiguiente, el terapeuta podría hacer preguntas de seguimiento acerca de las respuestas de la persona. La conversación es un intercambio con el usuario, cuyo foco está en el mapa.

La meta primaria de la sesión no es llenar en un 100% los mapas (aunque esto puede suceder). La meta última de la sesión es una interacción en colaboración con la persona, en torno a las ideas que la presentación visual puede evocar. Con este fin, un mapa puede ser iniciado en una sesión y ser terminado en la siguiente, o ser dado como tarea para que se termine en casa.

Es una buena idea entregar a las personas usuarias una copia de los mapas que han sido terminados (o el original). Para algunas personas, esos mapas pueden servir como recordatorios útiles de la sesión o de las tareas que se les ha sugerido realizar.

A continuación se encuentran los mapas completados con José en la sesión que se transcribió más arriba.

USTED ESTÁ AQUÍ



Mantenerse limpio

Continuar viniendo a tratamiento

Trabajar y pagar la pensión de alimentos

Manejo de la rabia; control del temperamento

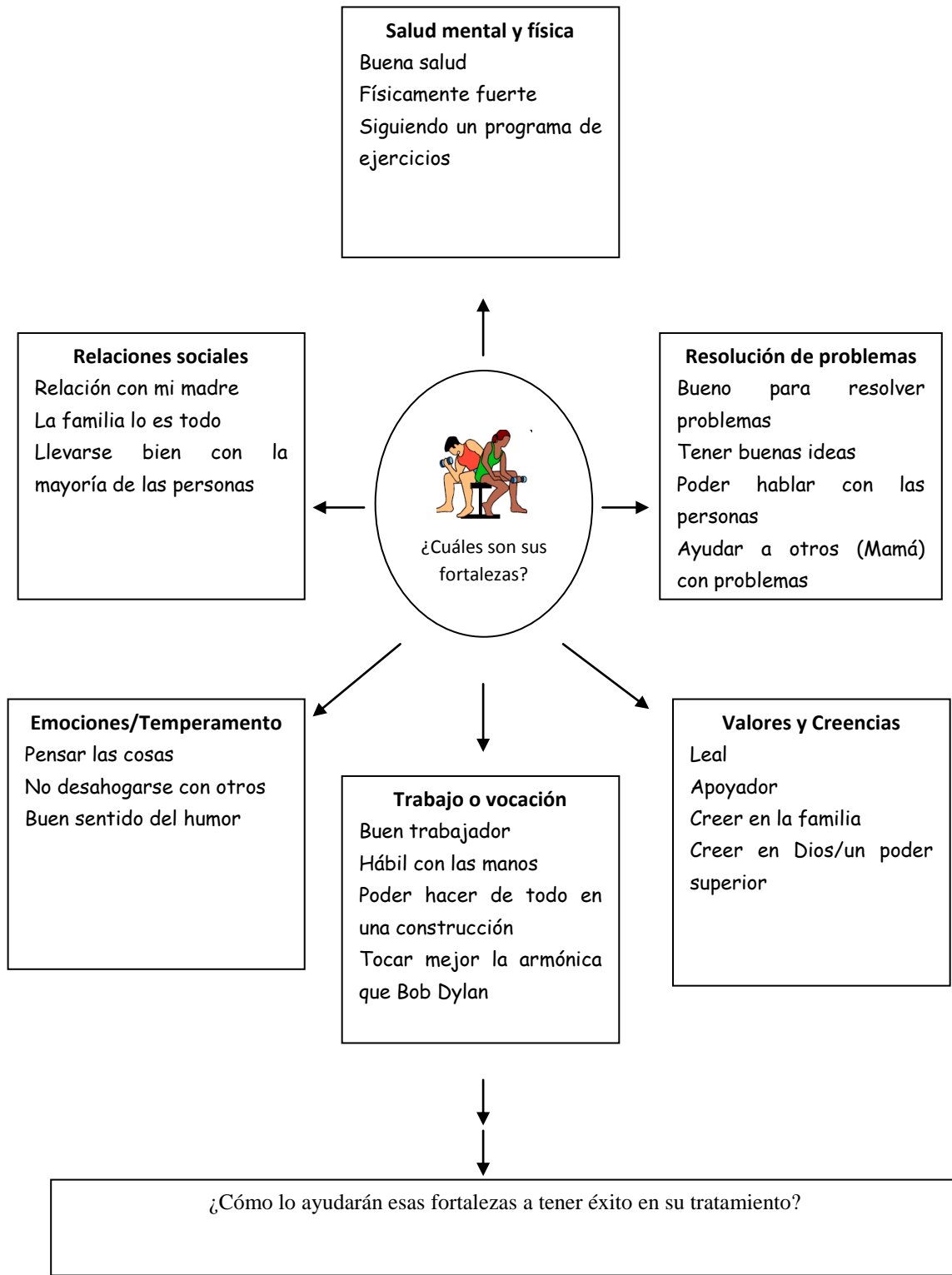
Clases de paternidad para ser un buen padre

Ser capaz de ver a sus hijos

Buenos informes de tratamiento; evidencia de progreso



USTED QUIERE LLEGAR ACÃ



## **CASO 2: REPORTE DEL PROGRESO DE JUANA**

**(Bartholomew y Dansereau, 2008, pp. 51-57)**

Juana ingresó a tratamiento hace cuatro meses. Completó algunas evaluaciones como parte del monitoreo de sus progresos en el programa de tratamiento. Es una enfermera titulada, que ingresó a tratamiento en forma voluntaria después de una serie de problemas en su trabajo debido a que se automedicaba con analgésicos controlados y por abuso de alcohol. Su programa de tratamiento incluye una sesión de grupo a la semana y una sesión individual/ familiar con su terapeuta encargado de caso a lo menos dos veces al mes.

Juana comenzó el tratamiento después de hablar con un terapeuta acerca de los riesgos que estaba teniendo en su trabajo y debido a que su supervisora en el trabajo se lo recomendó. Ingresó al programa de inmediato y ha asistido y participado bien en los últimos cuatro meses.

En la sesión anterior ella y su terapeuta revisaron las puntuaciones de su progreso en el tratamiento. Al preguntarle acerca de sus necesidades, Juana reportó que no tenía ningún problema con el consumo de analgésicos, ya que había dejado de automedicarse; pero tenía problemas con los craving de alcohol y necesitaba algún consejo.

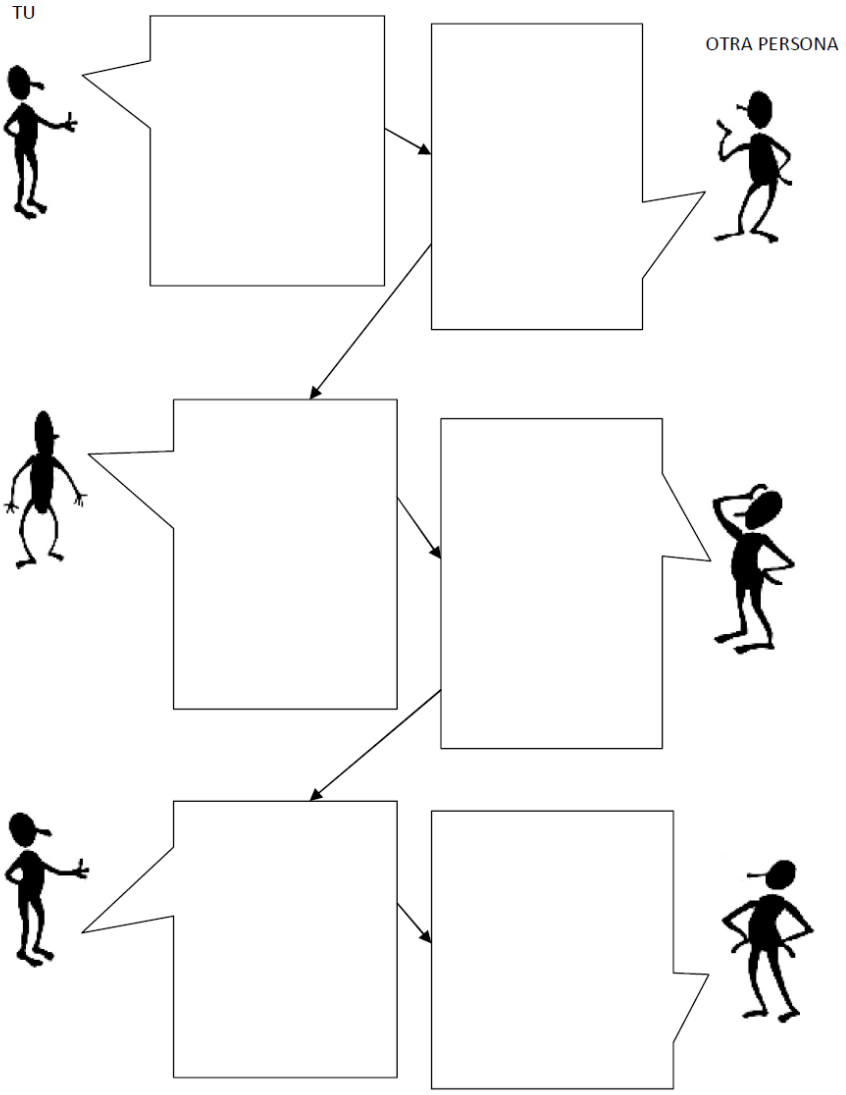
### **Preparación**

El terapeuta decidió usar los mapas de conversación para ayudar a Juana en el problema que había surgido en la sesión anterior. Estaba teniendo problemas para decir no a las invitaciones de su pareja para tomar una o dos copas. El terapeuta hizo cuatro copias de los mapas para usarlos en la sesión, dos para utilizarlos en la misma sesión y dos para usarlos como tarea para la casa. Arregló el escritorio para que ambos pudieran trabajar en los mapas.

A continuación se encuentran los mapas usados en la sesión, y al final de la transcripción se incluyen los mapas con las anotaciones realizadas por Juana y su terapeuta.



# UNA CONVERSACION IMPORTANTE

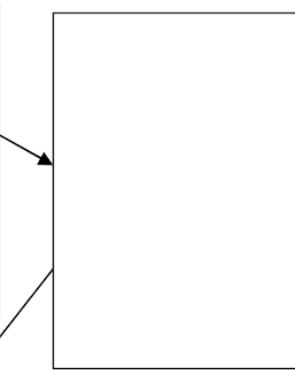
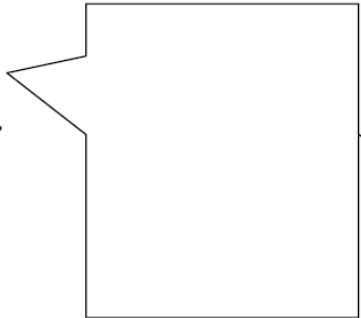


Continuación de la conversación

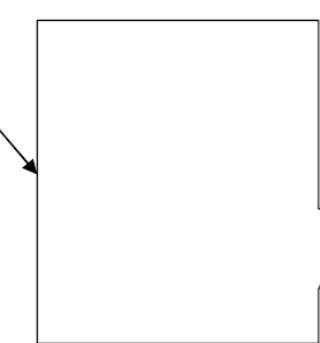
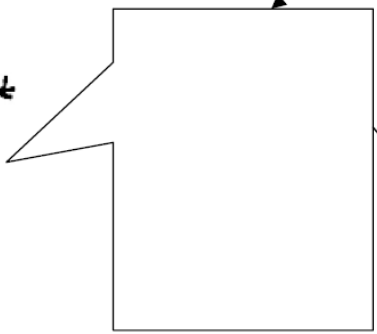
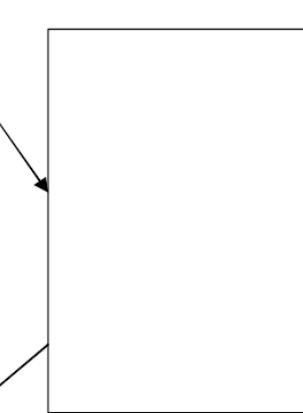
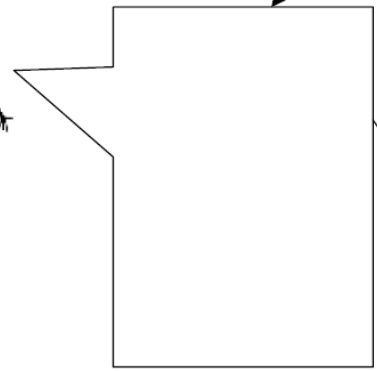


# MAS CONVERSACION

TU



OTRA PERSONA



¿CÓMO AYUDARÁ ESTA CONVERSACION

## La Sesión

El terapeuta (T) da la bienvenida a Juana (J) a la sesión y dedica los primeros minutos a escuchar cualquier tema o problema que ella pueda traer a la sesión. Posteriormente, dirigió la atención hacia la conversación de la semana anterior surgida durante la revisión de los progresos de Juana.

T: Cuando conversamos la semana pasada, usted me indicó que sentía que necesitaba más intervenciones individuales debido a algunas cosas que había estado tratando de afrontar. ¿Necesita que trabajemos en eso esta semana?

J: Sí. He intentado hablar con Pedro (pareja) porque necesito que él deje de hacerme beber con él. ¡Pero no sé cómo hacerlo! Él dice que hará que me detenga después de uno o dos tragos. Realmente cree que podrá entrenarme para beber en forma responsable, ya que él nunca ha tenido problemas con el alcohol.

T: Y le es difícil resolver esto. Muchas personas atraviesan por ese tipo de presiones, ¿cómo las maneja usted?

J: Al principio no era muy fácil, pero ahora me está enrabiando que algo que parece tan fácil, usted sabe, se esté convirtiendo en un desafío. Él intenta usar esto en mi contra, que soy incapaz de beber como una persona normal. Incluso me ha dicho que es muy tarde para mí “no quiero malgastar el resto de mi vida con alguien que no puede beber como una persona normal”.

T: ¿Cómo es capaz de sobreponerse a eso?

J: Muchos de esos días llamo por teléfono a mi red de apoyo. Además, mi amiga más antigua —la que es mi mejor amiga— dejó de beber hace cinco años, de modo que la llamo muchas veces. Ella dice que yo debiera dejar a ese tipo porque no respeta mis decisiones; piensa que él es un loco por el control.

T: ¿Qué piensa usted?

J: Pienso que necesito encontrar la forma de decirle que deje de presionarme respecto al beber social.

Soy muy feliz con mi Coca light o mi limonada cuando salimos o estamos en una fiesta. No tengo por qué andar anunciando a la gente que soy una bebedora. Con excepción de Pedro, nadie pregunta o le importa. Cuando comencé este programa ese era un asunto insignificante; ahora es casi de lo único que hablamos.

T: Los medios que ha usado Pedro para convencerla para que beba con él se han hecho más intensos, en lugar de calmarla. ¿Cuál ha considerado que es el paso siguiente?<sup>9</sup>

J: (Llorando) Estoy en el punto de terminar la relación. Lo amo, le doy mi palabra que lo amo, pero estoy comenzado a pensar que toda la relación ha sido como esto, diciéndome cómo piensa él

---

<sup>9</sup> Adviértase cómo el terapeuta se abstiene de emitir un juicio respecto a Pedro, o de aconsejar a Juana

que yo debiera manejar en forma diferente los problemas. Me he acostumbrado a pensar que él solo cuida de mí, pero ahora siento que estoy siendo castigada por no estar de acuerdo con sus ideas.

T: Suena como que usted ha tenido algunas discusiones importantes con Pedro, y que aún le quedan cosas que conversar. Podría ser útil usar algo de tiempo hoy en pensar cómo usted podría ordenar sus ideas, para que Pedro entienda lo serio que es esto para usted.

El terapeuta le entrega una copia del mapa **“Una conversación importante”**.

T: Esta hoja de trabajo se parece a una tira cómica, con recuadros en blanco para que usted escriba el diálogo de una conversación importante. Este tipo de ensayo puede ser útil para pensar en lo que usted podría querer decirle a Pedro, y anticipar cómo podría responder él. Me gustaría que tomara algunos minutos para pensar en una forma nueva de decirle a Pedro lo que usted desea, usando estos dos mapas. La palabra clave aquí es algo nuevo. No intente usar el mapa para ensayar una conversación anterior, sino una conversación diferente.

J: Lo intentaré. Pero creo que ya agoté mi creatividad y mi paciencia con Pedro.

T: Le daré tiempo para que piense y escriba.

El terapeuta le da tiempo a Juana para que trabaje en el mapa de la conversación. Usa su tiempo en otras tareas (tomar notas, por ejemplo) mientras completa el mapa, y observa de reojo su progreso. Cuando ella ha finalizado, el terapeuta invita a la conversación.

T: (Invitando a Juana a leer ambos mapas) Cuénteme de esta conversación. (Después que terminó y la leyó) ¿Qué le ocurrió?

J: (Después de una pausa) Imagino que mi primer pensamiento fue: esto es más de lo mismo. Después pensé, quizá esta no es esa conversación. Yo debiera tener otra conversación. Quiero decir, intentar que él lo vea desde un ángulo diferente.

T: ¿Cuál sería la otra conversación?

J: Creo que he llegado al punto en el cual lo dejaré si él no cambia. Lo he invitado a una sesión de pareja, lo he llevado a grupos Al-Anon<sup>10</sup>, le he pedido que venga conmigo a reuniones de AA y hablé con algunos miembros más antiguos en ese grupo, pero se ha negado. No sé por qué él está tan pegado con este tema.

T: Usted ha hecho mucho para ayudarlo a ver su punto de vista y parece que nada funciona. De modo que la otra conversación, ¿podría ser acerca de finalizar la relación?

J: (Después de una pausa) Quizá. O al menos una advertencia severa de que estoy menos dispuesta a

---

<sup>10</sup> Grupo de autoayuda similar a Alcohólicos Anónimos (AA), basado en la filosofía de los 12 pasos de AA, que recibe a familiares y amigos de personas bebedoras problema

vivir con su constante preconización acerca del “beber normal”.

T: Esa sería una conversación diferente. ¿Qué le parece usar otro de estos mapas como una guía de lo que usted ya ha comenzado?

En este punto, el terapeuta podría entregar a la usuaria otra copia del mapa una conversación importante e invitarla a llenarlo para continuar conversando.

En algunas circunstancias, el terapeuta puede querer detener la actividad al término del primer mapa y hacer un trabajo de psicoeducación<sup>11</sup> acerca de la asertividad, las habilidades de comunicación, el afrontamiento de la resistencia de otros, etc. El segundo conjunto de mapas podría ser entregado como tarea para que la usuaria piense al respecto y trabaje en el mapa en su casa, para conversar en una sesión posterior.

#### **Comentario de los autores** (Bartholomew y Dansereau, 2008)

Esta presentación de caso está centrada en una forma de usar los mapas de conversación. En una sesión real, el terapeuta puede querer realizar preguntas de seguimiento acerca de cómo la usuaria llenó el mapa.

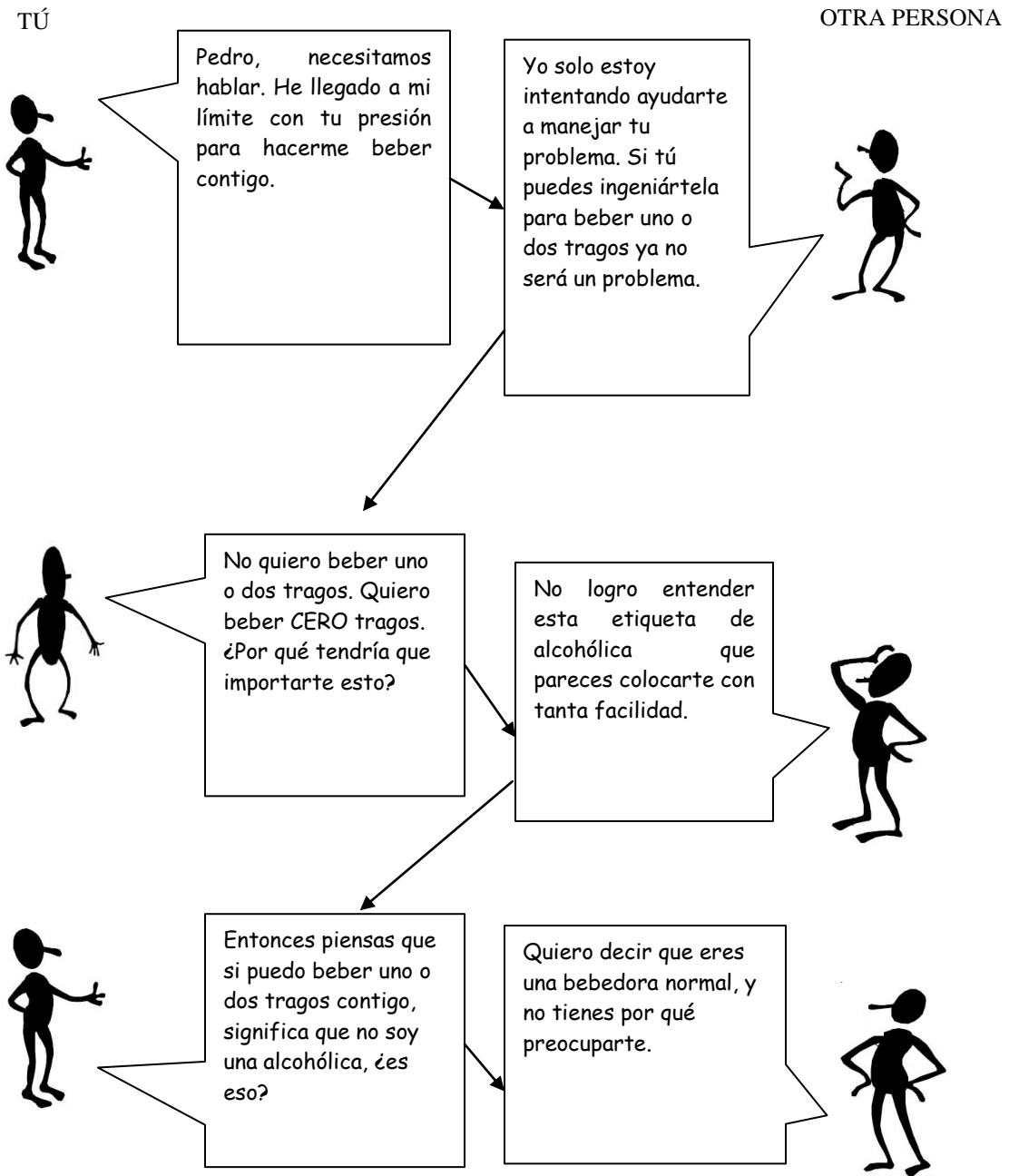
Otra posibilidad en este caso podría haber sido la elección de otros mapas para los problemas que surgieron en la sesión. Por ejemplo, después de escuchar que Juana estaba pensando en terminar la relación con su pareja, si él no la apoya en su recuperación, el terapeuta podría haber decidido usar uno de los mapas de balance de decisiones para conversar en la sesión con la usuaria, o dárselo como tarea para la casa.

A continuación se transcriben los mapas completados por Juana en esta sesión hipotética.

---

<sup>11</sup> Sin embargo, el terapeuta (psicólogo) podría usar un enfoque diferente si se percatara que es muy difícil para la usuaria escribir un diálogo asertivo en los recuadros. Por ejemplo, podría realizar una indagación orientada por el enfoque conductual-cognitivo para acceder a pautas de pensamiento automáticas o a creencias que inhiben su comportamiento asertivo (Beck, 2011); o realizar una indagación orientada por el enfoque centrado en emociones, si se percatara de una emoción que inhibe su comportamiento o la usuaria lo reporta (Greenberg y Paivio, 2000)

## UNA CONVERSACIÓN IMPORTANTE



Continuación de la conversación



## MAS CONVERSACIÓN

TU



Pedro, que yo sea o no sea una alcohólica no es el punto. Acepta que no quiero beber por razones de salud.

Pero ese es mi punto. Beber una o dos copas de vino al día es bueno para tu salud, no es algo dañino.

OTRA PERSONA



Entonces bébelas tú. Yo no quiero hacerlo. Yo beberé jugo de uva, que también tiene algunos beneficios para la salud.

No te lo diré más. Parece que esa gente de AA te ha lavado el cerebro.



¿Tú sabes Pedro?, estoy comenzando a pensar que no es bueno beber, ni para ti ni para mí.

¿Qué quieres decir con eso? Desde luego es algo acerca de beber.



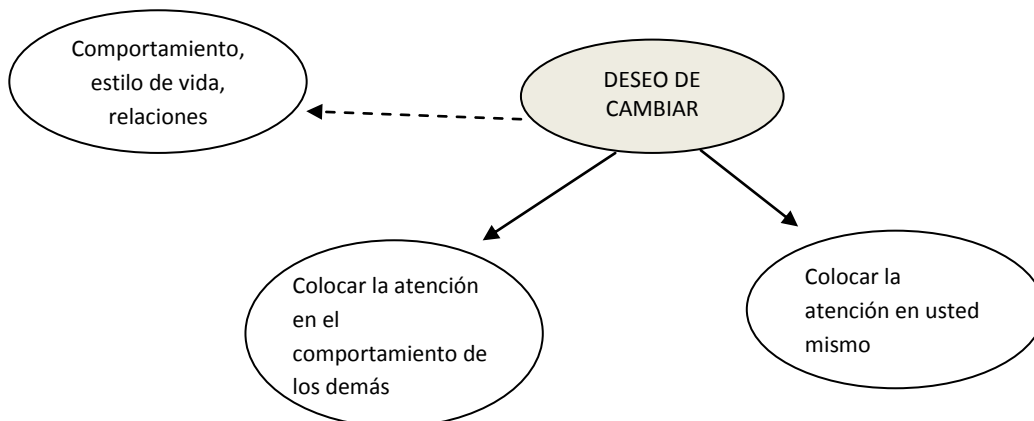
### CASO 3: EL ENOJO DE CARLOS

(Adaptado de Dansereau et al., 1993, pp. 45-50)

En este estudio de caso, el terapeuta fue construyendo un mapa libre a medida que conversaba/intervenía con el usuario.

Carlos está en tratamiento por consumo abusivo de alcohol y lleva algunos meses de abstinencia (aunque ha tenido episodios de deslices). El usuario está informando al terapeuta encargado de las sesiones individuales que las cosas no están bien en el trabajo ni en su casa. Carlos está muy enojado. Los pocos amigos que tiene, y que no consumen alcohol en forma abusiva, al parecer están evitándolo; y en el trabajo los compañeros lo han comenzado a llamar "señor sano" porque no va a beber después del trabajo con ellos. Su esposa y sus hijos le han dicho que era más divertido cuando estaba bebido.

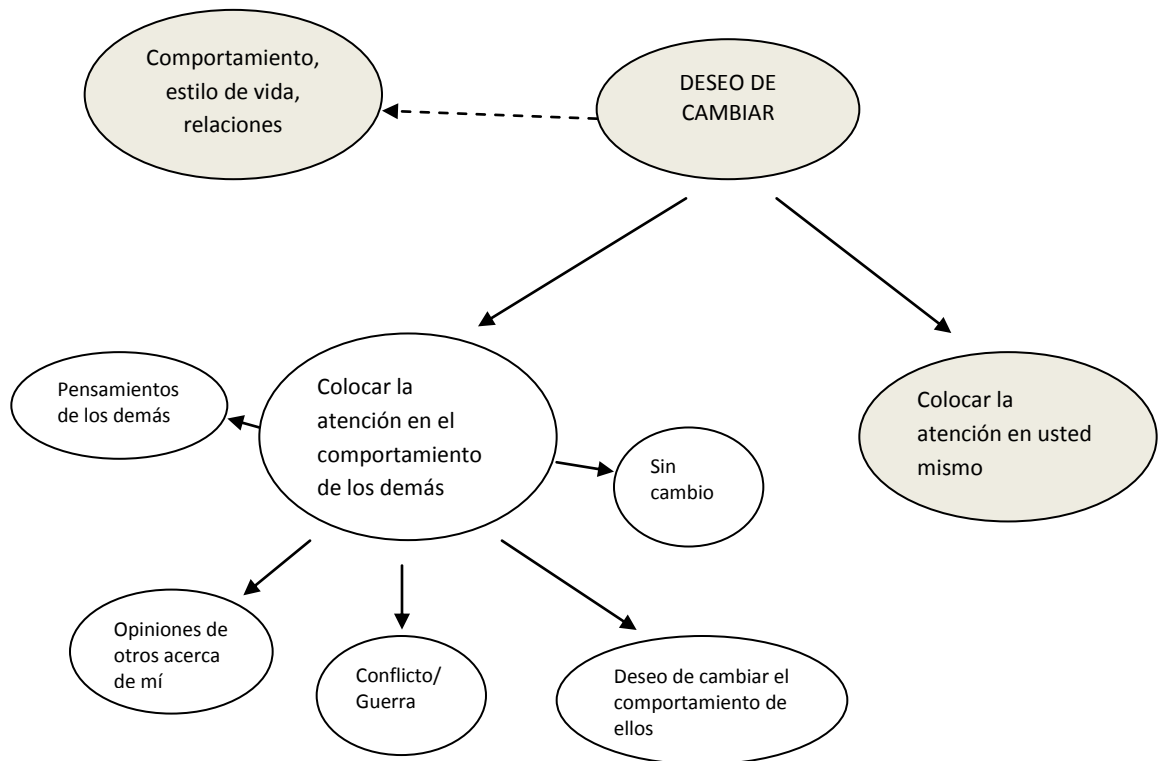
- C: Dicen que la Coca-cola me vuelve loco, son unos estúpidos...no es la Coca-cola la que me vuelve loco. Es mi familia la que me vuelve loco.
- T: Dígame Carlos, ¿para qué está viniendo a este tratamiento?
- C: Para dejar de consumir alcohol... y mantenerme sobrio.
- T: ¿Qué tiene que hacer para no consumir alcohol?
- C: Cambiar... tengo que cambiar un montón en mi vida; las cosas que hago... las personas que están conmigo. Quiero cambiar.
- T: (Dibujando un mapa, mientras el usuario observa) Lo que me dice me hace imaginarlo del siguiente modo... Usted tiene un deseo de cambio, su comportamiento, su estilo de vida, sus relaciones. Ese deseo puede tomar dos direcciones. Usted puede decir, "otras personas tienen que hacer cambios para que yo cambie", o usted puede decir, "tengo que hacer cambios, sin que me importe lo que hagan las personas a mi alrededor". Miremos esas opciones.<sup>12</sup>



<sup>12</sup> Obsérvese cómo el terapeuta redefine el problema actual del usuario: él tiene dos opciones; y lo invita a explorar ambas



- T: Cuando piensa en cómo las personas se comportan con usted. ¿Qué idea le viene a la mente?
- C: Bien, pienso en lo que las personas creen acerca de cosas como el alcohol. Aunque lo odio, las opiniones de ellos sí me importan, me importan demasiado; si les agrado o piensan que soy un bruto. Eso.
- T: Entonces, las personas no siempre piensan en la misma forma que usted, y no siempre tienen una buena opinión de usted. ¿A qué puede llevar eso?
- C: Usted no lo quiere saber. A la guerra.
- T: ¿Eso cambia la forma en que usted actúa, quiero decir actuar para mejor?
- C: No. Soy terco. De verdad puedo parecer inferior cuando las personas se meten conmigo. Pero no, quiero cambiarlas. A mí nadie me hace cambiar.
- T: (Agregando lo anterior al mapa) Bien, miremos esto.<sup>13</sup>



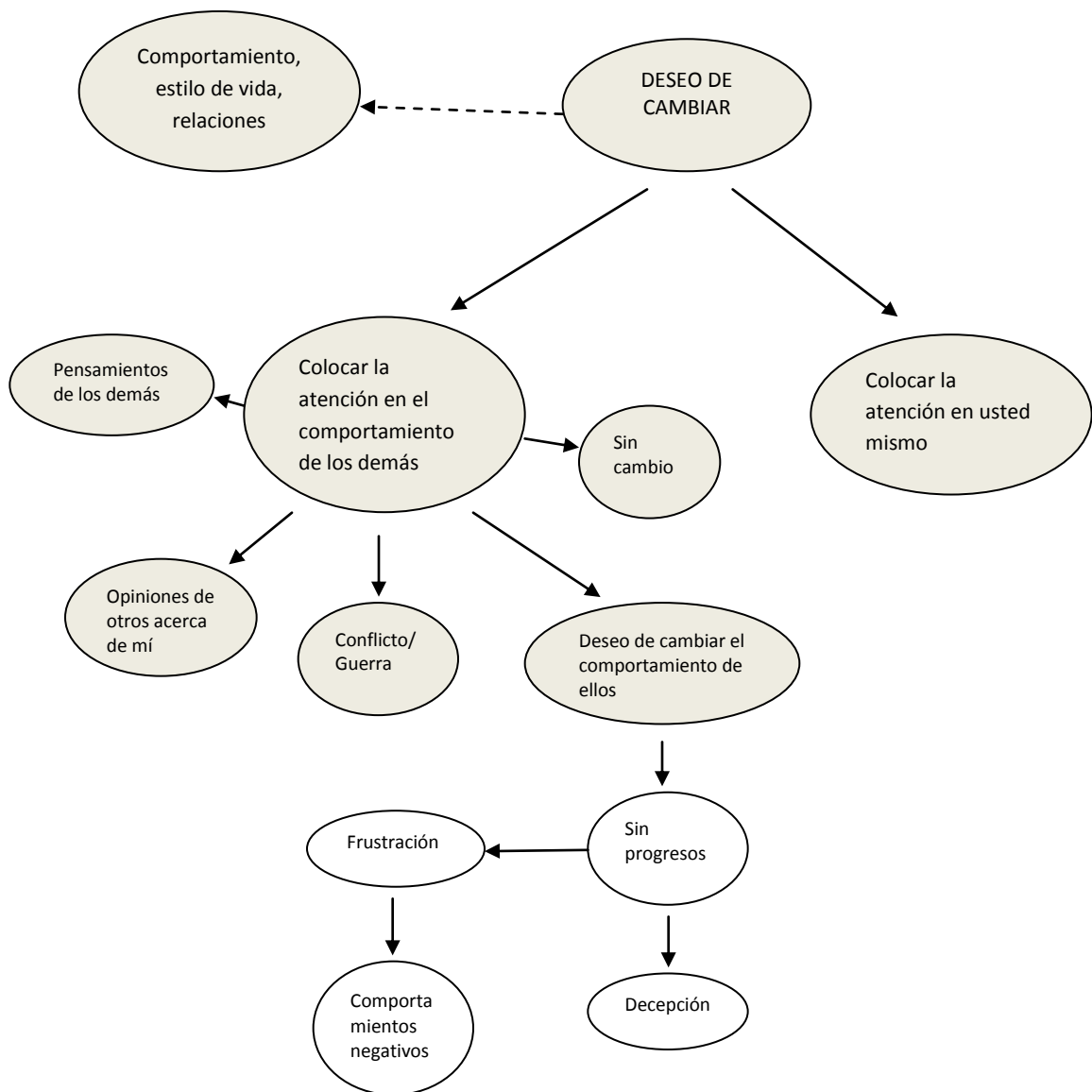
- T: Carlos, ¿cuánta suerte ha tenido en cambiar el comportamiento de las demás personas? C: Ninguna. Nadie me escucha. A nadie le importa.
- T: Suena como si usted lo hubiese intentado y solo ha conseguido frustrarse mucho.
- C: Usted está en lo correcto. Me siento frustrado y verdaderamente decepcionado. Incluso una noche me fui a la casa y me bebí casi tres paquetes de seis latas de cerveza en una sola noche, después que les

posibilidades

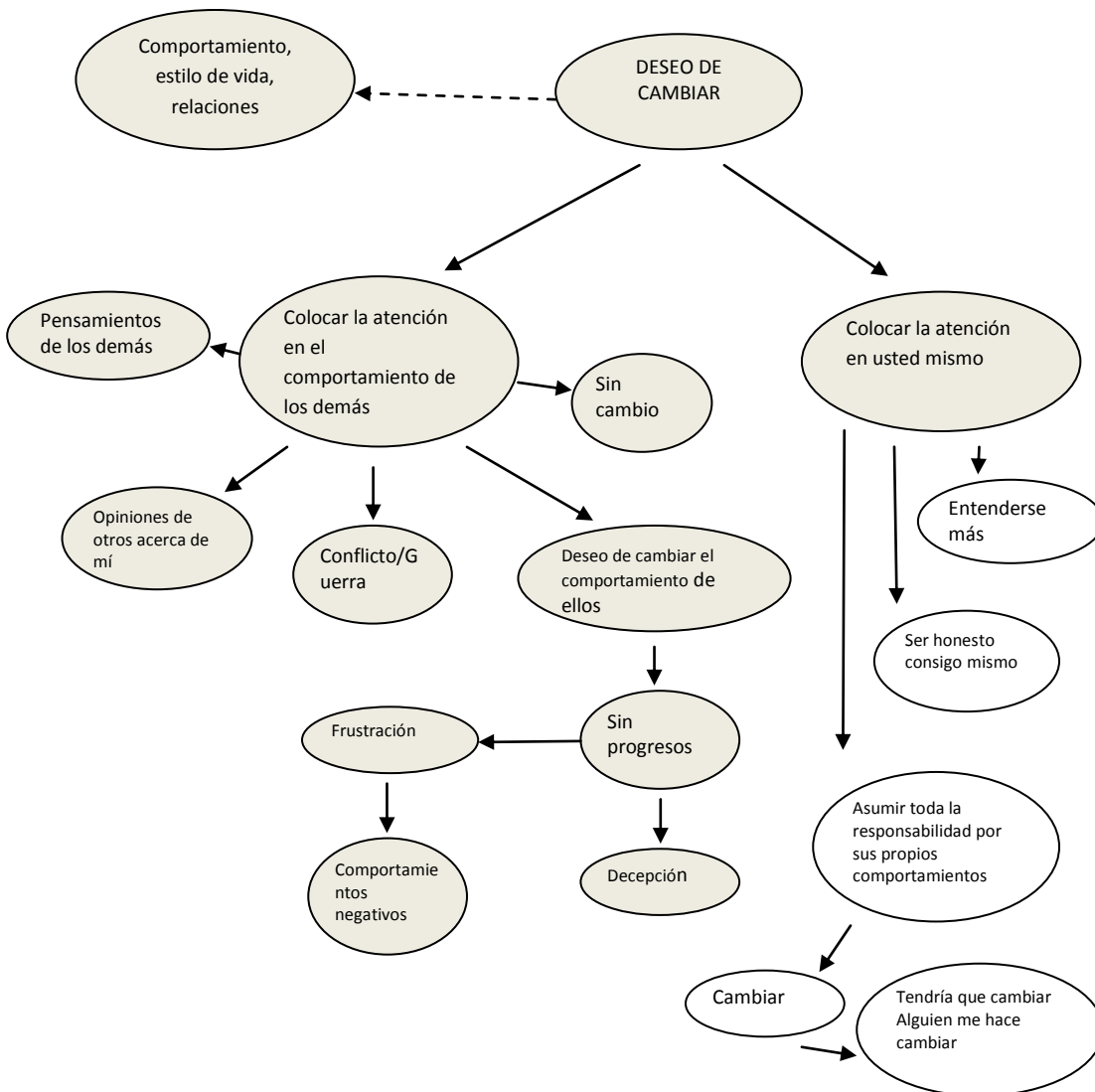
<sup>13</sup> Con fines ilustrativos, los autores han sombreado los recuadros que ya han sido revisados para destacarlos de los nuevos agregados al mapa

dije a los tipos del trabajo que no iría a beber con ellos. Les expliqué que tenía que andar derecho por la vida. Pensé que me escucharían. ¡No! La esposa gritando —no le importó que yo estuviera ebrio— se volvió loca por el gasto de dinero.

- T: (interrumpiendo lo que podría ser un comentario extenso y sarcástico acerca de la esposa) Entonces usted no logra nada intentando cambiar a otras personas, ¿cierto? De hecho su propio comportamiento puede irse por el caño cuando permite que otras personas influyan en cómo se siente. (Dibuja en el mapa).
- C: Sí. Tiene razón.

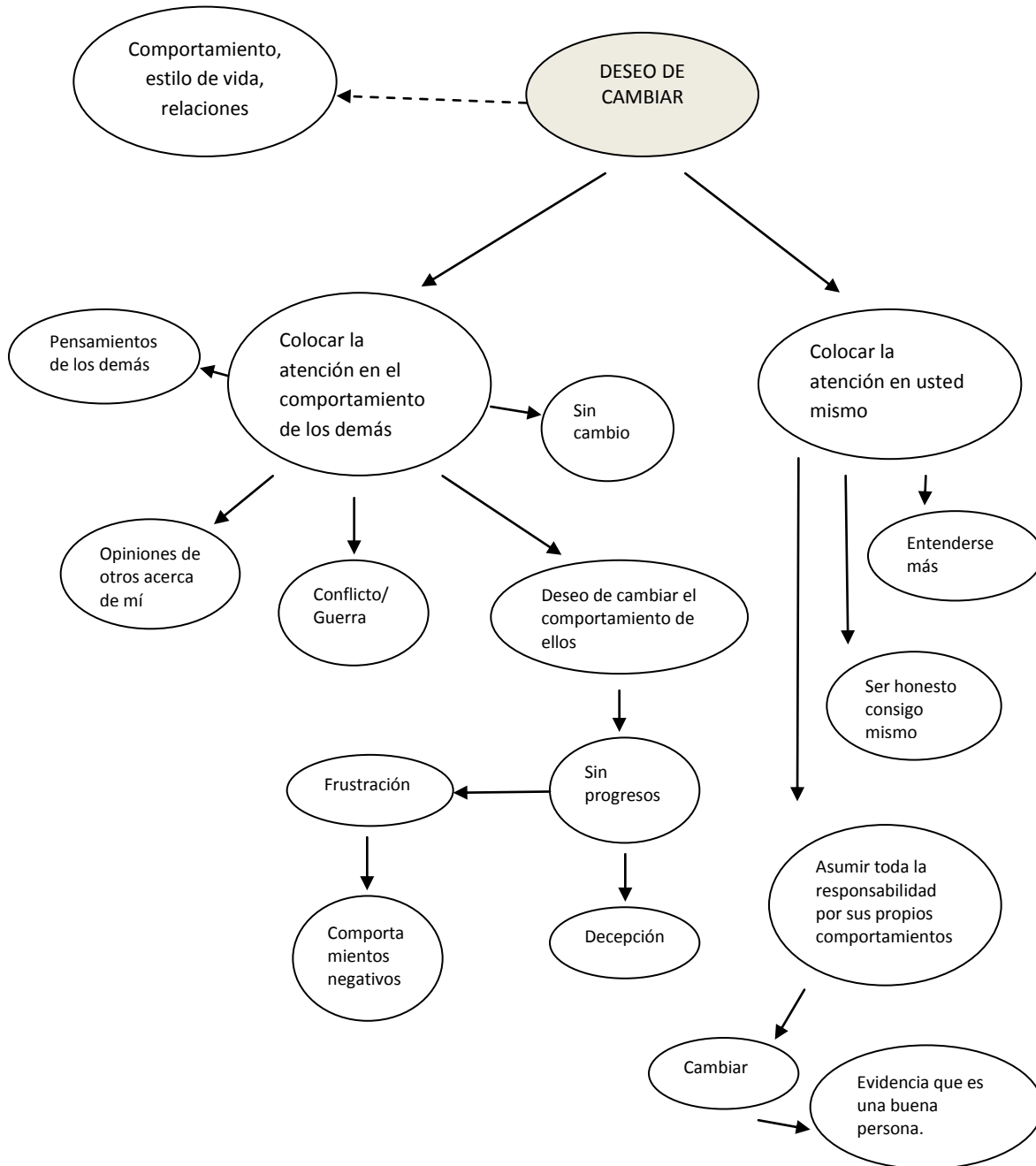


- T: Bien, veamos otras opciones. Si el foco está en que usted se cambie a sí mismo<sup>14</sup>, ¿qué haría usted?
- C: Probablemente me entenderé mejor. Tengo que pensar en qué sucedería si me concentro en mí.  
(Pausa, mientras piensa). Tengo que ser honesto conmigo. Tengo que asumir la responsabilidad por lo que hice.
- T: ¿Qué sería hacerse responsable de usted mismo? (Agrega al mapa, pero mantiene el contacto visual con el usuario)
- C: Tendría que asumir la responsabilidad por algo que hice.
- T: ¿Cómo así?
- C: Así, tendría que cambiar (se ríe). Sí, eso me llevaría a algunos cambios.
- T: Entonces, si usted asume la responsabilidad por usted mismo, ¿eso significaría que alguien haría que usted cambiara?<sup>15</sup>



<sup>14</sup> Obsérvese que esta intervención es ajustada al nivel de reactividad del usuario (Beutler et al., 2004; Norcross, 2010): "A mí nadie me hace cambiar". Por lo tanto, la única persona que podría influenciarlo para que cambie, es él mismo

- C: (Mirando el mapa, a punto de enojarse) No. Borre eso. Si yo asumo la responsabilidad, nadie me cambiará. No soy un debilucho. Por favor, cambie eso.
- T: (Borrando el comentario) Si usted se cambia a sí mismo, no es un debilucho. ¿Qué es usted?
- C: (Riendo) Soy realmente bueno.
- T: (Riendo con él) Está bien.



<sup>15</sup> Comentario no empático del terapeuta, ya que anteriormente se había colocado el énfasis en que Carlos se cambiaría a sí mismo

- T: Mirando lo que hemos escrito aquí, ¿qué es lo que más se acomoda a usted para hacer cambios en su propia vida?
- C: Tengo que concentrarme en mí. No puedo preocuparme por lo que las otras personas hacen. No puedo cambiarlas. Solo me puedo cambiar a mí mismo.
- T: Correcto. En la próxima reunión conversaremos de algunas formas para que se concentre en sus propias cosas, y pueda evitar que otras personas lo saquen de su equilibrio personal.

El terapeuta obtiene una copia del mapa y se lo entrega a Carlos para que lo revise durante la semana.

### **Comentario**

En este caso, puede observarse la utilidad de la construcción del mapa que fue realizando el terapeuta a medida que conversaba con el usuario. El usuario es una persona compleja en su relación consigo mismo y con las demás personas, y el mapa ha permitido ir ordenando las ideas y explorar opciones. Además, como las opciones están graficadas en una hoja de papel, esto facilita que el usuario pueda tomar algo de distancia para reflexionar respecto a ellas con la ayuda/guía del terapeuta.

## CASO 4: PREVINIENDO UNA RECAÍDA

En este caso, al igual que en el anterior, la terapeuta fue construyendo un mapa libre a medida que conversaba/ intervenía con la usuaria.

María fue liberada recientemente del penal, donde cumplió una condena breve por consumo y venta de crack; y está obligada a participar en un tratamiento para el consumo abusivo de drogas.

Le ha relatado a la terapeuta lo difícil que ha sido para ella mantenerse abstinentes, y que se aburre en el trabajo en el cual fue incorporada después de la liberación.

Es capaz de percibir algunas cosas buenas de su situación actual: ha podido pagar algunas deudas, se siente bien al vivir con su familia y recientemente ha establecido una relación amorosa con un joven que no consume drogas.

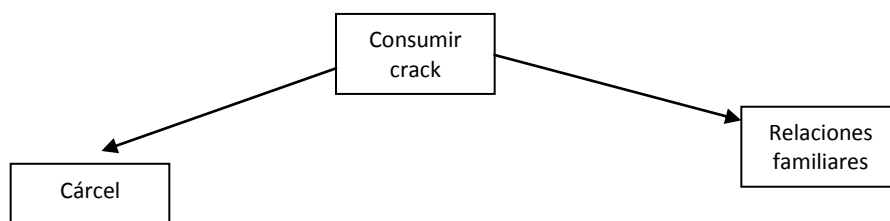
Sin embargo, la terapeuta percibe que ella está en un gran riesgo de recaer en el consumo de crack, y decide realizar una intervención con la ayuda de un mapa.

T: ¿Qué sucederá María si comienzas a consumir crack nuevamente? Piensa en eso, trata de imaginártelo. Me sentaré a tu lado y a medida que te vaya escuchando iré dibujando en esta hoja de papel lo que me vayas diciendo, para que podamos revisarlo juntas.

M: (Larga pausa) Con mi suerte, conseguiré que me metan presa de nuevo. Odio ese lugar. Es lo peor que puede haber. Y lo que he logrado con mi familia, ¡olvídese!

T: (Dibujando) Entonces estás segura que si vuelves a consumir irás a la cárcel, y eso afectaría tus relaciones familiares.

M: Sí.



T: ¿La cárcel es un mal sueño?

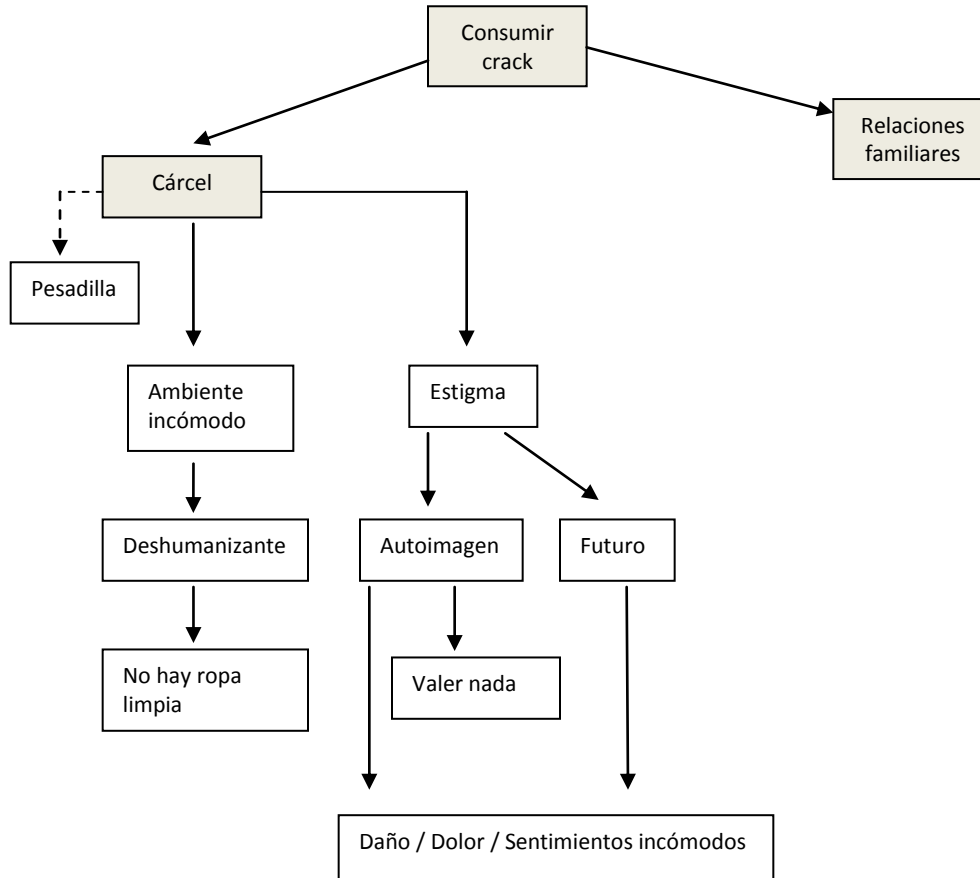
M: Una pesadilla. Es una pesadilla apestosa. No se puede dormir, la cama es dura y hay mucho ruido. No le entregan ropa limpia. Y nuevamente seré una pájara enjaulada. La gente no te quiere contratar para un trabajo y uno siente que no vale nada.

T: La cárcel es incómoda, es deshumanizante y estigmatiza, tú y las otras personas presas son inferiores.

¿Eso es todo lo que significa la cárcel para ti?

M: Te daña. Mucho dolor.

La terapeuta agrega “daño” y “dolor” al mapa.



T: Sí, es una mala experiencia estar presa.

M: (Mirando el mapa) Sí.

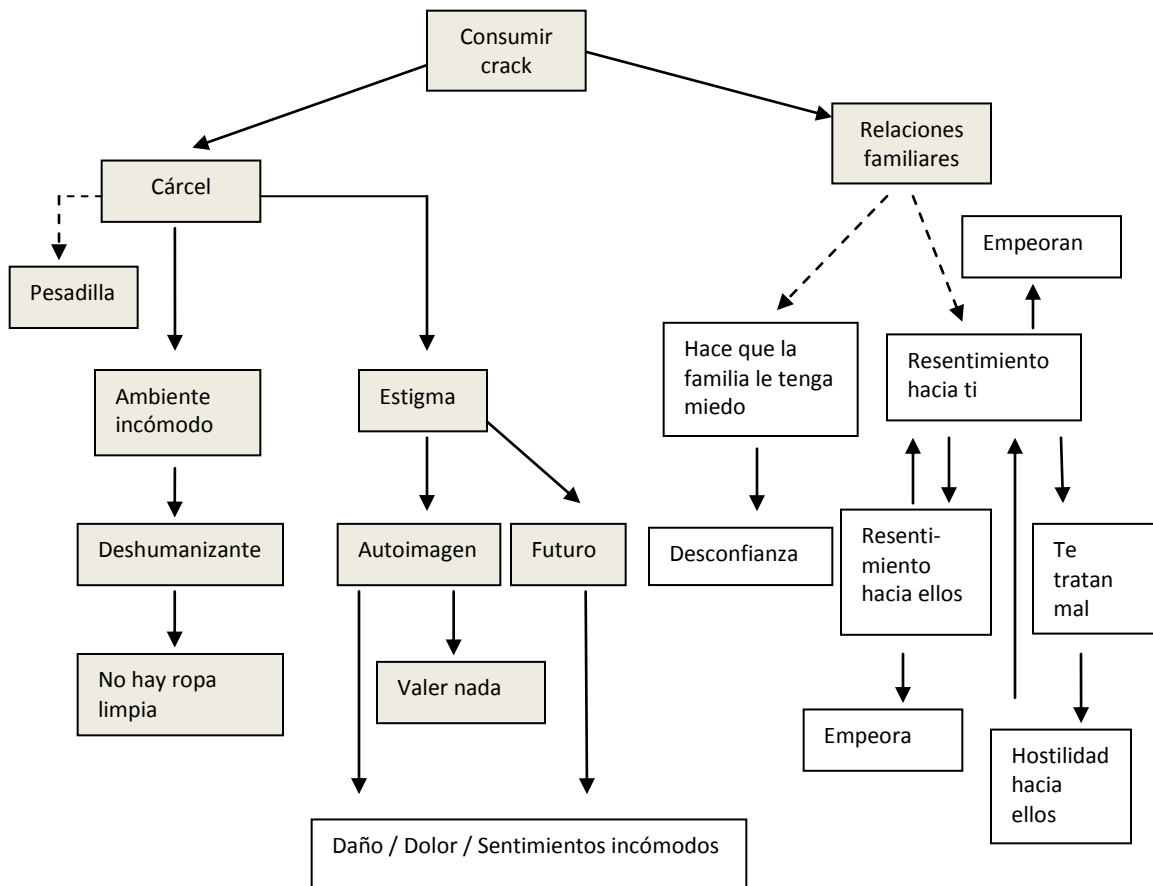
T: (Después de un rato, en el cual María ha estado en silencio) ¿Y tus relaciones familiares? Si vuelves a consumir crack, ¿eso afectará los sentimientos de tu familia hacia ti?

M: Me tienen miedo. Me rehúyen porque creen que le puedo pegar a alguien.

T: ¿Has golpeado a alguien de tu familia?

M: Sí, a mi hermana. Le pequé fuerte. Pero le dije que yo estaba arrepentida. Era solo la necesidad de consumir la droga. No sucederá nuevamente, aunque yo vuelva a consumir. Pero mi familia no confía en mí. Ellos se resienten conmigo cuando vivo en la casa y consumo drogas. Me tratan mal. Entonces realmente los hago sentirse mal. Estoy resentida con ellos.

La terapeuta agrega recuadros al mapa.



M: (Mirando el mapa) Dije resentimiento hacia ellos, agréguelo.

T: Está bien. Cuando ellos se enojan contigo y te resientes con ellos, ¿qué piensas que ocurre?

M: No lo sé. Oh, sí, los hago sentirse muy mal. Fijese, (el mapa) dice que las cosas empeoran.

T: Tu rabia hace que las cosas empeoren, ¿cierto? Y después todos se enojan (dibujando líneas en el mapa). ¿Cómo hace esto que te sientas? (señalando “desconfianza”, “resentimiento”, “hostilidad”).

M: Me hace sentir realmente mal.

T: (Trazando una línea desde el recuadro “desconfianza” al recuadro “dolor”) Entonces, si vuelves a consumir tendrás dolor, mucho dolor, por las cosas que ocurran en la cárcel y con la relación con tu familia. ¿Cierto?

M: Sí, es malo.

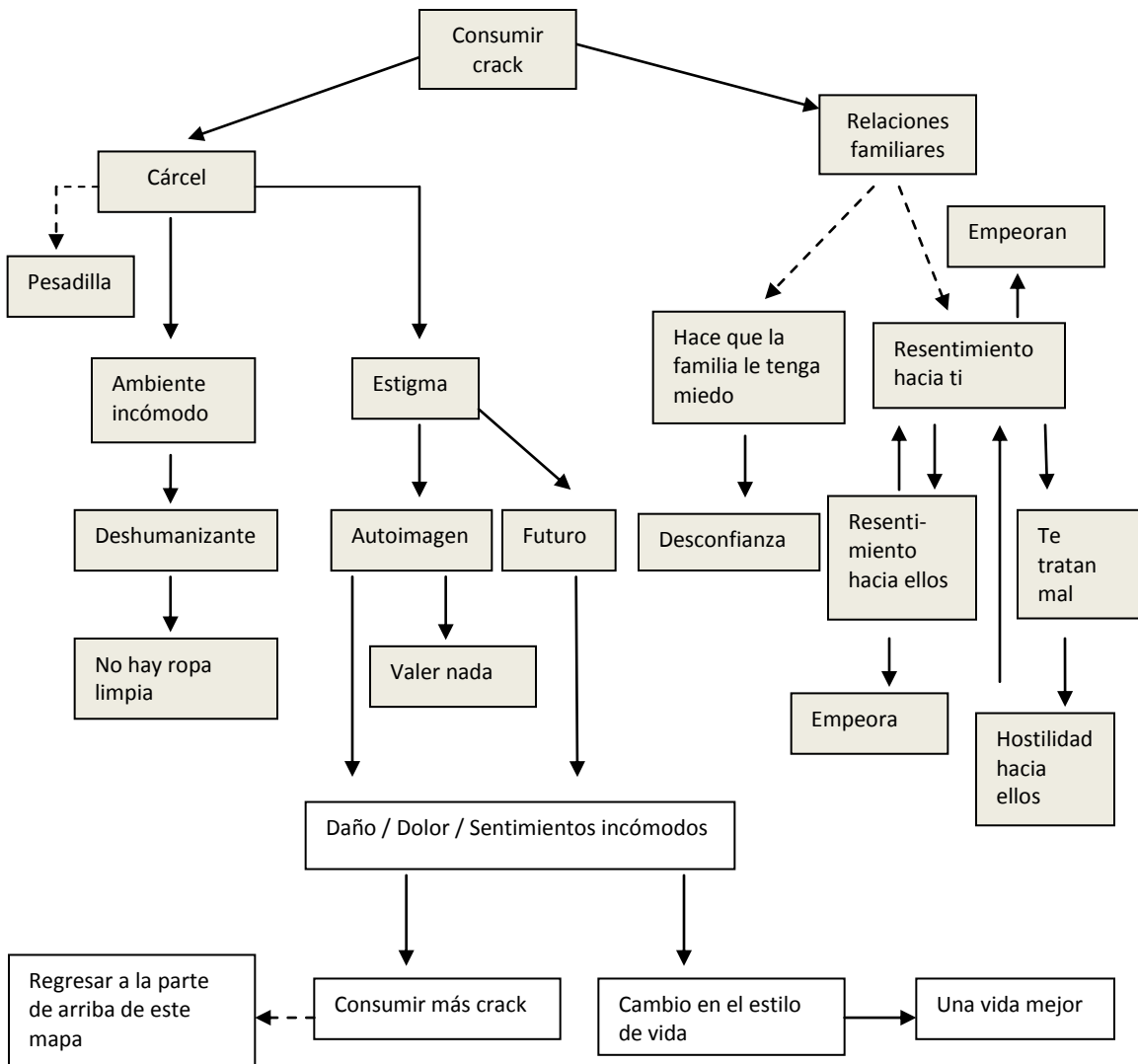
T: Cuando sientes dolor, cuando te sientes herida, ¿qué es lo más probable que hagas?

M: Antes yo estaba limpia, después me enredé con las drogas, y me tendría sin cuidado que todo volviera a ser lo mismo. Pero el dolor es otra cosa; me hace querer cambiar.



- T: Entonces aquí hay una opción; tú tienes que elegir. Puedes elegir manejar tu dolor consumiendo crack nuevamente o elegir cambiar la forma en que vives y buscar algo mejor.
- M: Sí, pero ya elegí. No volveré a consumir. No quiero que las cosas estén como antes.
- T: Pero aún sientes algo de dolor, ¿cierto? La vida no es perfecta. El dolor del vivir, que encuentras que no es justo, podría llevarte nuevamente a consumir...
- M: No. No volveré a consumir (mirando el mapa). De ninguna forma.
- T: Creo que es una muy buena idea no caer en este círculo vicioso nuevamente.

A continuación se encuentra el mapa final de la sesión.



## **Comentario**

En las sesiones posteriores (individuales o grupales) podría fomentarse el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento de las emociones dolorosas del diario vivir.

Además, sería necesario abordar (por medio del uso de un mapa, por ejemplo) lo que la usuaria entiende por un “cambio en el estilo de vida” (concepto introducido por la terapeuta y aceptado por la usuaria). Podría prepararse a la usuaria para ese trabajo, entregándole el mapa de la sesión actual, y darle como tarea que lo revise y piense en el significado de un “cambio en el estilo de vida” desde su vida actual. Esa es una meta muy general y será necesario ayudar a la usuaria a convertirla en una meta bien formulada (SMART).

## CASO 5: INTERVENCIÓN EN UNA SESIÓN DE GRUPO: RECONOCIMIENTO DE UNA RECAÍDA

(Bartholomew y Dansereau, 2008, pp. 58-64)

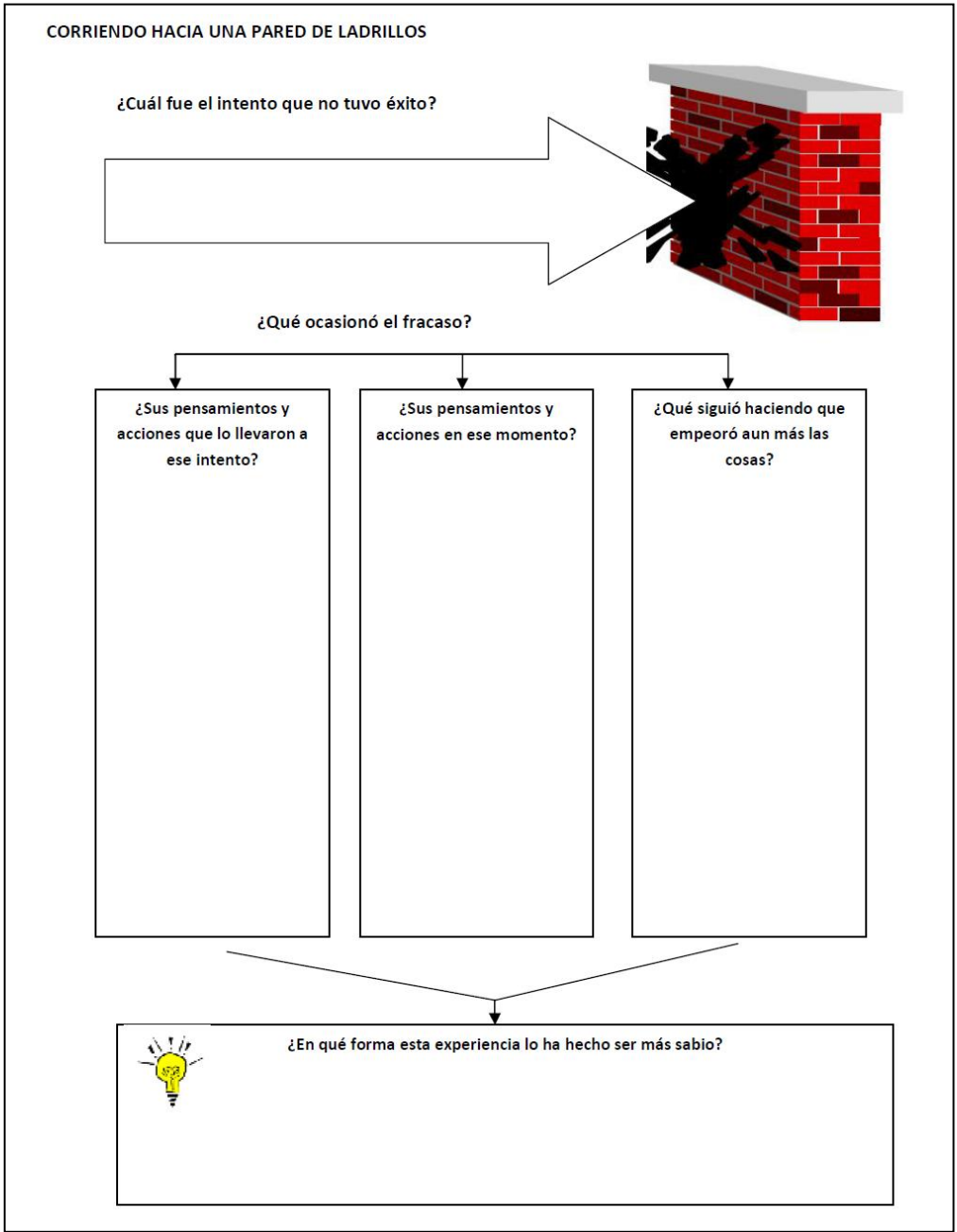
Estas sesiones grupales tienen una frecuencia de una vez a la semana, durante 90 minutos. La mayoría de sus miembros están obligados a participar, ya sea por mandato del tribunal o por las agencias de protección de los niños. Se espera que los miembros de los grupos asistan a 36 sesiones grupales para finalizar el programa, y a 6 sesiones individuales o familiares.

En los meses previos, el terapeuta advirtió que en una evaluación reciente la mayoría de los miembros del grupo asignó una puntuación baja en la escala apoyo de los pares. La escala refleja el sentimiento de apego y los beneficios que los usuarios reportan obtener de sus compañeros participantes en el programa. Esos bajos reportes pueden reflejar una cohesión de grupo débil. El terapeuta piensa que la razón puede ser que los grupos son abiertos<sup>16</sup>, con nuevos miembros que llegan casi todas las semanas, reduciendo el sentido de cierre y confianza entre los miembros. Para abordar este hallazgo, el terapeuta decide usar mapas guía para ayudar a aumentar la participación y la interacción en el grupo.

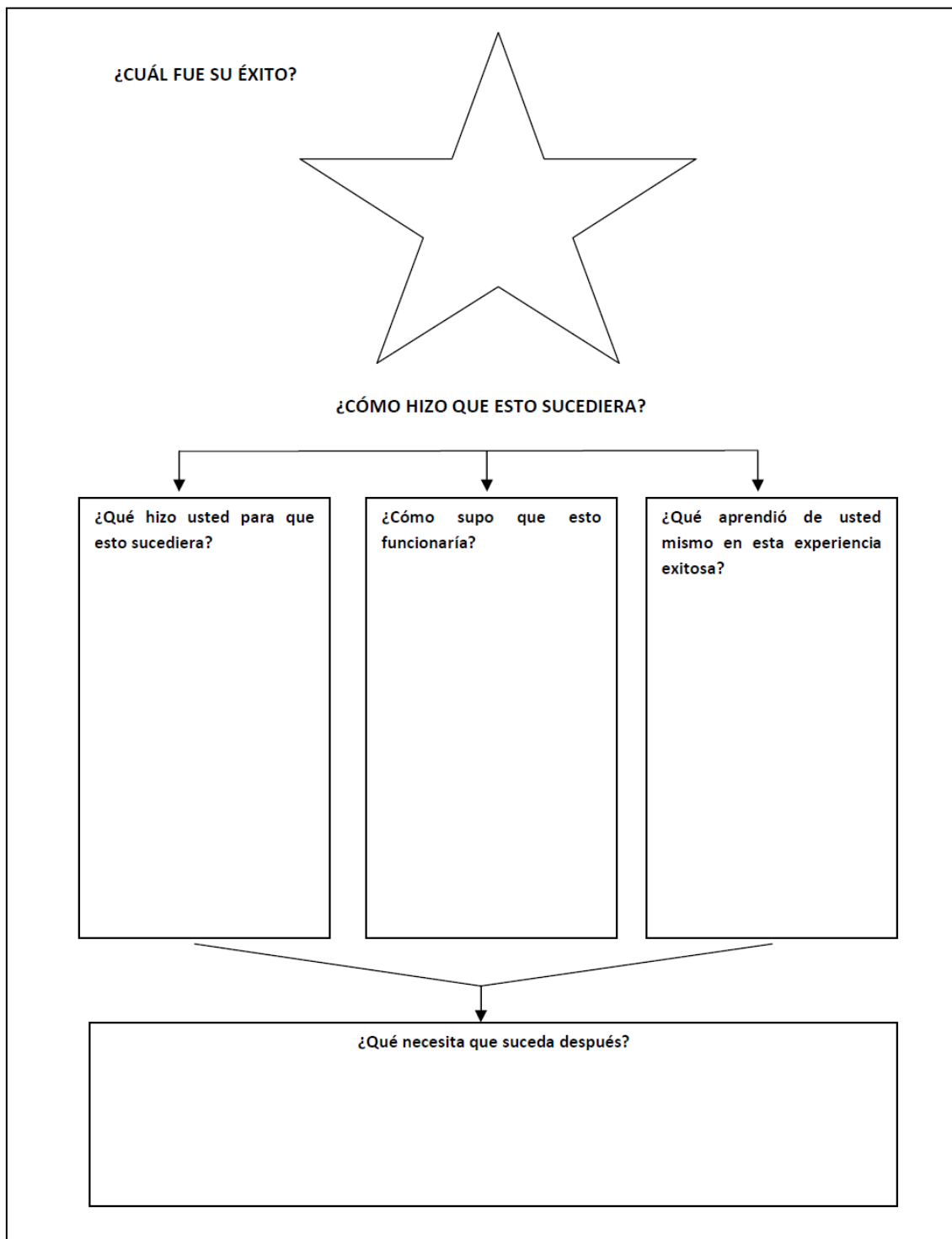
### Preparación

El terapeuta decide usar dos de los mapas de resultados: corriendo hacia la pared de ladrillos y el mapa de éxito, para conversar acerca de las recaídas y aumentar la interacción entre los miembros del grupo. Obtiene copias de esos mapas para usarlas como documentos de trabajo y se asegura de tener un número suficiente de lápices.

Los mapas seleccionados por el terapeuta son los siguientes:



<sup>16</sup> En Estados Unidos, en diversos contextos de tratamiento los grupos son abiertos



### La sesión

El terapeuta da la bienvenida al grupo de usuarios y dedica los primeros minutos a escuchar las temáticas o problemas que los miembros pueden traer a la sesión. Posteriormente, centra la atención del grupo en el tema del reconocimiento de las recaídas y revisa información básica acerca de la recaída (desencadenantes, habla interna, sentimientos y ánimo, exceso de confianza, personas y lugares, etc.).

La secuencia de la sesión podría ser la siguiente:

### **Paso 1**

Involucrar a los miembros del grupo en una breve revisión didáctica de la información general acerca del reconocimiento de recaídas.

### **Paso 2**

El terapeuta introduce la hoja de trabajo en una forma interesante para pensar en los desafíos y en el éxito en la recuperación. Distribuye el mapa pared de ladrillos y solicita a los participantes llenar la hoja después de haber revisado el mapa.

- “Miren la hoja que les he entregado. Muestra a una flecha chocando con una pared de ladrillos, como una representación visual de algo que no salió bien. Y como hemos conversado, muchas personas recaen una o más veces antes que tengan éxito en dejar de consumir drogas o alcohol. Este ejercicio será respecto a una recaída que ustedes puedan recordar.
- Para este ejercicio, en el recuadro de arriba (un intento no exitoso) escriban algo que tiene relación con estar sin drogas o tener una recaída. Por ejemplo, alguien podría escribir, “estar sin metadona”. O, “ir a una fiesta y terminar ebrio”. Sin embargo, también podrían describir la recaída.
- A continuación completen su hoja de trabajo respondiendo a las preguntas en los recuadros, basados en lo que ustedes recuerdan de esa recaída. Sus pensamientos y sentimientos antes que recayeran y lo que siguieron haciendo que empeoró las cosas. En el último recuadro, escriban algo de lo que aprendieron con esa experiencia; cómo los hizo más sabios”.

El terapeuta da tiempo a los participantes para completar su mapa y da un paseo alrededor del grupo para ayudar a los miembros con la tarea, y responder cualquier a pregunta que pueda surgir respecto al ejercicio.

### **Paso 3**

Una vez que los participantes han finalizado su trabajo, el terapeuta les solicita que formen parejas. Si el terapeuta lo desea, él podría formar las parejas para asegurar que los miembros del grupo interactúen con alguien con quien nunca han hablado o con nuevos miembros en el grupo.

Indica a las díadas que compartan su mapa con la pareja. El terapeuta da un paseo alrededor del grupo para ayudar a los miembros con la tarea, y responder a cualquier pregunta que pueda surgir respecto al trabajo.

Una vez que los participantes han terminado de hablar con su pareja, el terapeuta puede realizar las siguientes preguntas para estimular el procesamiento de la actividad.

- ¿Qué tipo de similitud ven en su experiencia y en la experiencia de su pareja?
- ¿Cuáles son algunos de los pensamientos y sentimientos durante o inmediatamente después de la recaída?
- ¿Qué ocurre con los pensamientos y los sentimientos durante o inmediatamente después de la recaída?
- Muy a menudo, una recaída no es tan mala como pudo haber sido. ¿Qué le dijo su pareja, en términos de lo que continuó haciendo que hizo que la recaída fuera peor aún?
- ¿Cuáles son algunos ejemplos de lo que las personas aprendieron de la recaída? ¿Cómo esa experiencia los hizo más sabios?

#### **Paso 4**

Después de la conversación grupal, el terapeuta dice a los participantes que realicen una actividad que es el “otro lado de la moneda”. Distribuye el mapa éxito/estrella, solicita a los participantes que revisen la hoja de trabajo y que luego la llenen.

- “Este siguiente mapa es respecto al éxito. Muestra una gran estrella como una representación visual de hacer algo muy bien, el sabor dulce del éxito. Hemos advertido que a veces las personas experimentan recaídas. Sin embargo, a veces las personas se encuentran en una situación en que el peligro de la recaída es muy alto y se las arreglan para manejarla sin consumir drogas o alcohol o sin tener una recaída.
- En la estrella (cuál fue su éxito) escriba algo que haya hecho para evitar una recaída. Alguien podría escribir, por ejemplo, “me fui de la fiesta cuando alguien trajo marihuana”. O, “pasé por el lado de un antiguo dealer e hice como que no lo vi”. Usted podría escribir algo exitoso que hizo para evitar una recaída.
- Completen su mapa respondiendo las preguntas en los recuadros, basados en lo que ustedes recuerdan de ese incidente. En el primer recuadro, describan lo que realmente hicieron; en el siguiente escriban cómo supieron que eso funcionaría; y en el siguiente recuadro, escriban lo que aprendieron de sí mismo en ese proceso. En el último recuadro, escriban qué necesitan que ocurra a continuación, para evitar con éxito recaídas en el futuro”.

Mientras los participantes trabajan en su mapa, el terapeuta da un paseo alrededor del grupo, para ayudar a los miembros con la tarea y responder a cualquier pregunta que pueda surgir respecto al trabajo.

## **Paso 5**

Una vez que los participantes han finalizado su trabajo, el terapeuta solicita que formen nuevas parejas; o las puede asignar él.

Se solicita a los participantes que compartan con su pareja lo que han escrito en su mapa. El terapeuta da un paseo alrededor del grupo para ayudar a los miembros con la tarea y responder a cualquier pregunta que pueda surgir respecto al trabajo.

Una vez que las parejas han terminado de compartir sus mapas, el terapeuta puede realizar las siguientes preguntas para estimular el procesamiento de la actividad.

- Conversemos en el grupo de algunos de los ejemplos de éxito; denme algunos ejemplos de las formas en que las recaídas pueden ser evitadas.
- ¿Qué fue lo que realmente hizo su pareja para evitar la recaída?
- ¿Cómo se imaginó su pareja lo mejor que podía hacer en esa situación?
- En su propio mapa, ¿qué sintió que aprendió de su experiencia exitosa para evitar la recaída? ¿Qué aprendió de sí mismo? (O, ¿qué ha aprendido de sí mismo mientras realizaba este ejercicio?)
- ¿Cuáles son algunos ejemplos de lo que las personas escribieron acerca de los próximos pasos?
- Habiendo tenido éxito en evitar la recaída, ¿qué necesita que suceda después, o la próxima vez que exista una amenaza de recaída?

## **Comentario de los autores** (Bartholomew y Dansereau, 2008)

Esta presentación de caso suministra un ejemplo de cómo una actividad de grupo basada en mapas-guía puede ser usada para abordar problemas identificados a través de la evaluación. En este caso, el terapeuta estaba interesado en mejorar la cohesión y la interacción del grupo, mientras que al mismo tiempo revisaba el reconocimiento de recaídas/información acerca de la prevención.

Los mapas-guía fueron usados para abordar el problema que evidenció la evaluación, sin interferir con los componentes usuales de un plan de tratamiento (prevención de recaídas).

Como la evaluación también reveló que existía hostilidad entre los miembros del grupo; en sesiones posteriores el terapeuta puede elegir otros mapas-guía para trabajar con los miembros del grupo.



Como se ha dicho anteriormente, es una buena idea que al término de la sesión, se entreguen a los participantes las hojas de trabajo y otros mapas como tarea para la casa entre las sesiones.



## REFLEXIONES FINALES

En este documento se ha presentado, descrito y ejemplificado el uso de una técnica de intervención terapéutica desarrollada en el Institute of Behavioral Research de la Texas Christian University, que utiliza representaciones gráficas (recuadros y líneas de unión entre los recuadros, node-link), para representar comportamientos, cadenas de eventos, toma de decisiones, entre otros.

Esta técnica se puede usar en la modalidad de mapas guía, en la cual el terapeuta utiliza diversos mapas prediseñados para alcanzar el objetivo propuesto para una sesión individual o de grupo; y también se puede utilizar en la modalidad de mapas libres, por medio de los cuales el terapeuta y la persona usuaria pueden ir representando en forma gráfica la temática abordada en la conversación.

Los hallazgos de la investigación experimental controlada con personas adultas, sugieren la incorporación de esta técnica en las sesiones de intervención individual y de grupo.

La investigación ha mostrado que es una técnica que fomenta el vínculo positivo entre la persona usuaria y el terapeuta, facilita la exploración de ideas, el trabajo con personas con déficit en su capacidad para prestar atención y seguir una intervención específica, y fomenta el recuerdo de los tópicos abordados en la sesión.

Desde el punto de vista del terapeuta en la intervención individual, el uso de mapas libres permite no solo que la persona usuaria ordene sus ideas, sino que el terapeuta también ordene las suyas, y retornar a un punto anterior de la sesión al revisar las notas construidas en colaboración. Además, los mapas reemplazan a las anotaciones lineales (tradicionales) de los terapeutas, y solo se requerirá que éste realice notas adicionales al reverso de la hoja para tener un buen registro escrito de la sesión.

Desde un punto de vista teórico y técnico, las representaciones gráficas son un buen recurso para representar e indagar patrones recurrentes de comportamientos<sup>17</sup>, en la dimensión emocional, cognitiva y conductual, y graficar las consecuencias de esos procesos en el individuo y en su entorno social inmediato. También son un buen recurso para graficar comportamientos futuros y explorar las probables consecuencias de estos.

Como puede observarse en los ejemplos de casos anteriormente descritos (con el uso de mapas guía o mapas libres), los mapas son un buen resumen de las temáticas abordadas en la sesión, las decisiones que tomó la persona o el plan que se ha propuesto. Como documento gráfico, facilitará el recuerdo de la sesión cuando la persona usuaria lo revise entre intervenciones y permite que el terapeuta recuerde los tópicos abordados en la sesión anterior, o en sesiones anteriores cuando lo entreviste nuevamente.

---

<sup>17</sup> De hecho, el consumo abusivo de sustancias es un patrón repetitivo de un comportamiento

Evidentemente, cuando el terapeuta usa mapas guía o mapas libres en las intervenciones individuales, estos deben formar parte del tipo de entrevistas que usualmente realiza, en las que se espera que el profesional haga uso de preguntas terapéuticas abiertas, reflejos terapéuticos, resúmenes y reconocimientos (estrategias OARS, Miller y Rollnick, 2013) para facilitar la exploración y elaboración de la persona de sus propias experiencias. Se sugiere introducir el mapa (guía o libre) en un punto de la conversación/intervención que el terapeuta considere más conveniente (Dansereau et al., 1993).

Esta sugerencia hace aconsejable que los terapeutas tengan varias copias de los mapas guía que se incluyen en este documento, para no tener que interrumpir la sesión para imprimir un mapa guía que ha decidido ocupar.

Como indican los autores (Czuchry y Dansereau, 2003; en Dansereau y Simpson, 2009), el uso excesivo de la técnica puede afectar el vínculo terapéutico, especialmente en las sesiones en las cuales las personas necesitan ser principalmente escuchados y contenidos por los terapeutas, necesidad que será mejor respondida por medio de la escucha y la comunicación empática.

El Institute of Behavioral Research de la Texas Christian University, ha desarrollado y publicado diversos manuales en los cuales se utiliza la técnica de representación gráfica node-link para abordar tópicos generales y específicos del tratamiento del consumo abusivo de drogas o alcohol. Aunque esos manuales están publicados en idioma inglés, son descritos aquí para presentarlos a los equipos terapéuticos nacionales.

Motivándose para el cambio (Getting Motivated to Change; Bartholomew, Dansereau y Simpson, 2006)

Manual para ser implementado en sesiones grupales, dividido en cuatro partes. El objetivo de la intervención es fomentar la motivación de las personas usuarias para realizar cambios en su comportamiento de consumo de sustancias.

Preparación para el cambio: La torre de las fortalezas y la planificación semanal. (Preparation for change: The tower of strength and the weekly planner; Sia, Czuchry, Dansereau y Blankenship, 2002)

En este manual, que puede ser implementado en intervenciones individuales o de grupo, se trabaja en actividades con dos juegos de cartas para ayudar a las personas a enriquecer su autoestima, mantener la motivación y recordar las metas personales por medio de citas de personajes notables en la programación de las actividades de la semana.

Ideas para una mejor comunicación (Ideas for better communication; Bartholomew y Simpson, 2005a)

Este manual puede ser implementado en intervenciones individuales o de grupo, y contiene una colección de mapas guía.

Libera tu pensamiento. Abre tu mente (Unlock your thinking. Open your mind; Bartholomew y Simpson, 2005b) Manual para ser implementado en intervenciones individuales o de grupo; que introduce a los participantes en el modelo ABC de la terapia cognitivo- conductual.

Construyendo redes sociales (Building social networks; Bartholomew y Simpson, 2005c)

Aunque el énfasis de este manual, para ser implementado en intervenciones individuales o de grupo, está puesto en la incorporación de la persona a un grupo de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, contiene mapas guía que lo ayudan a reconocer las redes sociales que efectivamente pueden apoyarlo en su tratamiento.

Entendiendo y manejando los sentimientos de rabia (Understanding and reducing angry feelings; Bartholomew y Simpson, 2005d)

Manual para ser implementado en intervenciones individuales o de grupo; tiene como objetivo el reconocimiento de los estímulos desencadenantes de la rabia y el fomento de comportamientos alternativos.

Competencias parentales (Partners in parenting; Bartholomew, Knight, Chatahm y Simpson, 2000)

Manual para ser implementado en ocho sesiones de grupo, en el cual se fomenta el reconocimiento de las necesidades de los niños, y comportamientos bientrantes de los padres y madres.

Ideas de sentido común para prevenir el VIH y la salud sexual (Common sense ideas for HIV prevention and sexual health; Bartholomew y Simpson, 2005e)

Manual para ser implementado en intervenciones individuales o de grupo. La primera parte consiste en actividades de psicoeducación respecto al VIH, y en la segunda parte se fomentan conductas de autocuidado para tener sexo seguro.

Mirando hacia adelante: Habilidades de transición para la recuperación (Straight ahead: Transition skills for recovery; Bartholomew y Simpson, 2002a)

El objetivo de este manual, que se implementa en diez sesiones grupales, es preparar a las personas para el egreso del tratamiento.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Bartholomew, N., Chatahm, L. y Simpson, D. (2002). Time out! for men: An assertiveness and sexuality workshop for women. A curriculum for leading a 6-session workshop for women in substance abuse treatment programs. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, N., Knight, D., Chatahm, L. y Simpson, D. (2000). Partners in parenting. A manual with materials for an 8-session structured workshop that allows recovering participants to practice parenting strategies and discuss their experiences with others. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, N., Dansereau, D., Knight, K. y Simpson, D. (2002). Mapping your reentry plan: Heading home. Mapping Doable Goals. A collaborative, mapping-based intervention for helping clients identify goals for reentry and aftercare. (Special version for Criminal Justice population). Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H. y Simpson, D. (2002a). Straight ahead: Transition skills for recovery. A step-by-step curriculum for leading a 10-part workshop designed to reinforce key recovery concepts. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H. y Simpson, D. (2002b). Time out! for men: A communication skills and sexuality workshop for men. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H. y Simpson, D. (2005a). Ideas for better communication. A collection of materials for leading counseling sessions on way to improve relationships through communication. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H. y Simpson, D. (2005b). Unlock your thinking. Open your mind. A collection of materials for leading counseling sessions that address thinking patterns that can hamper behavior change. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H. y Simpson, D. (2005c). Building social networks. A collection of materials for leading counseling sessions on ways to build and strengthen social support in recovery. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H. y Simpson, D. (2005d). Understanding and reducing angry feelings. A collection of materials for leading counseling sessions that encourage new ways of thinking about and responding to anger. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H. y Simpson, D. (2005e). Common sense ideas for HIV prevention and sexual health. A collection of materials for leading counseling sessions that address knowledge and skills to reduce HIV and other STD risks. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, H., Dansereau, D. y Simpson, D. (2006). Getting Motivated To Change. A collection of materials for leading counseling sessions that address motivation and readiness for change. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Bartholomew, N. y Dansereau, D. (2008). Mapping-Enhanced Counseling: An Introduction. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Beck, J. (2011). Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond (2a. ed.). Nueva York: The Guilford Press.

Berg, I. y Miller, S. (1996). Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia. Barcelona: Ed. Gedisa.

Beutler, L., Moleiro, C. y Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación. ¿Qué funciona en psicoterapia? En Fernández-Alvarez, H. y Opazo, R. (Comps.) La integración en psicoterapia. Manual práctico (pp. 69-104). Barcelona: Ed. Paidós.

Campbell, A., Finch, E., Brotchie, J. y Davis, P. (2007). The International Treatment Effectiveness Project. Implementing psychosocial interventions for adult drug misusers. Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta\\_itep\\_implementing\\_psychosocial\\_interventions\\_for\\_adult\\_drug\\_misusers\\_rb34.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_itep_implementing_psychosocial_interventions_for_adult_drug_misusers_rb34.pdf) (diciembre de 2014)

Czuchry, M. y Dansereau, D. (2003). Cognitive Skills Training: Impact on Drug Abuse Counseling and Readiness for Treatment. The American Journal of Drug And Alcohol Abuse, Vol. 29(1), 1-18. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/> (junio de 2015)

Czuchry, M., Timpson, S., Williams, M., Bowen, A. y Ratliff, E. (2009). Improving Condom Self-Efficacy and Use among Individuals Living with HIV: The Positive Choices Mapping Intervention. Journal of Substance Use, Vol. 14(3-4), 230-239. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2853946/pdf/nihms178406.pdf> (junio de 2015)

Dansereau, D., Dees, S., Chatham, L., Boatler, J. y Simpson, D. (1993). Mapping New Routes to Recovery. A self-paced training manual designed for substance abuse counselors and case worker interested in node-link mapping. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University

Dansereau, D. y Simpson, D. (2005). Mapping the journey: A treatment guidebook, A collection of materials for exploring needs and planning treatment, improving communication, and reviewing treatment progress. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Dansereau, D. y Simpson, D. (2009). A Picture Is Worth a Thousand Words: The Case for Graphic Representations. Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 40(1), 104-110. Recuperado de ([http://www.nta.nhs.uk/uploads/pprp\\_09\\_dd\\_picturewords.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/pprp_09_dd_picturewords.pdf)) (junio de 2015).

Day, E. (2010). Routes to Recovery via Criminal Justice: Mapping User Manual. Londres: The National Treatment Agency for Substance Misuse. Recuperado de <http://www.nta.nhs.uk/uploads/mappingusermanual.pdf> (junio de 2015).

Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). Trabajar con las emociones en psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidós.

Leukefeld, C., Godlaski, T. y Logan, T. (2001). Thought mapping: An HIV prevention approach for drug abusers. Salud y Drogas, Vol. 1(1), 71-93. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83910105.pdf> (junio de 2015).

Miller, W. (1995). Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers. Albuquerque: Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), The University of Nuevo Mexico. Recuperado de [www.motivationalinterviewing.org](http://www.motivationalinterviewing.org) (agosto de 2007).

Miller, W. y Rollnick, S. (2013) Motivational Interviewing. Helping People Change. (3a. ed.) Nueva York: The Guilford Press. Norcross, J. (Ed.) (2010) Evidence-Based Therapy Relationships. Recuperado de [http://www.nrepp.samhsa.gov/pdfs/norcross\\_evidence-based\\_therapy\\_relationships.pdf](http://www.nrepp.samhsa.gov/pdfs/norcross_evidence-based_therapy_relationships.pdf) (febrero de 2011)

NREPP (2008) TCU (Texas Christian University) Mapping-Enhanced Counseling. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practice. Texas: Autor. Recuperado de <http://www.nrepp.samhsa.gov/viewIntervention.aspx?id=161> (diciembre de 2014)

National Treatment Agency for Substance Misuse (2008a) Routes to Recovery. ITEP & BTEI: News approaches to psychosocial interventions. Londres: Autor. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep\\_routes\\_to\\_recovery\\_summary\\_180209.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_summary_180209.pdf) (junio de 2015).



National Treatment Agency for Substance Misuse (2008b). Routes to Recovery. Part 1. ITEP: challenging and changing the ways we think. Londres: Autor. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep\\_routes\\_to\\_recovery\\_part1\\_120309.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_part1_120309.pdf) (junio de 2015)

National Treatment Agency for Substance Misuse (2008c). Routes to Recovery. Part 2. The ITEP manual: delivering psychosocial interventions. Londres: Autor. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep\\_routes\\_to\\_recovery\\_part2\\_180209.pdf#page=10](http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_part2_180209.pdf#page=10) (junio de 2015)

National Treatment Agency for Substance Misuse (2008d). Routes to Recovery. Part 3. BTEI: a fresh perspective on delivering #talking therapies. Londres: Autor. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep\\_routes\\_to\\_recovery\\_part3\\_120309.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_part3_120309.pdf) (junio de 2015)

National Treatment Agency for Substance Misuse (2008e). Routes to Recovery. Part 4. Care planning manual: mapping achievable goal. Londres: Autor. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep\\_routes\\_to\\_recovery\\_part4\\_240309.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_part4_240309.pdf) (junio de 2015)

National Treatment Agency for Substance Misuse (2008f). Routes to Recovery. Part 5. The BTEI exiting treatment manual: mapping achievable goals. Londres: Autor. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep\\_routes\\_to\\_recovery\\_part5\\_240309.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_part5_240309.pdf) (junio de 2015).

National Treatment Agency for Substance Misuse (2008g). Routes to Recovery. Part 6. The BTEI building motivation manual: enhancing a style of working. Londres: Autor. Recuperado de [http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep\\_routes\\_to\\_recovery\\_part6\\_240309.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_part6_240309.pdf) (junio de 2015)

O'Donnell, A., Dansereau, D. y Hall, R. (2002) Knowledge Maps as Scaffolds for Cognitive Processing. *Educational Psychology Review*, Vol. 14(1), 71-86 Recuperado de <http://www.sfu.ca/~jcn/bbit/EDUC220/ThinkPaper/OdonnellDansereau2002.pdf> (junio de 2015)

Sia, T., Czuchry, M., Dansereau, D. y Blankenship, J. (2002). Preparation for change: The tower of strength and the weekly planner. A step-by-step guide to creating and using two card-sorting activities designed to enrich an individual's self-esteem. Texas: Texas Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.



**SENDA**  
Ministerio del Interior  
y Seguridad Pública

Gobierno de Chile



**FONO DROGAS Y ALCOHOL**

**1412**

**DESDE RED FIJA Y CELULARES**