



# Aplicación de Representaciones Gráficas

en la evaluación integral y en los planes de tratamiento individualizados

---

**Aplicación de representaciones gráficas  
en la evaluación integral y en los planes de tratamiento individualizados**

Área de Tratamiento e Intervención, 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  
2021

© SENDA  
Registro de Propiedad Intelectual N°  
ISBN:

Este documento fue elaborado por el Área de Tratamiento e Intervención de SENDA, con la colaboración del psicólogo Mario Pacheco León.

Edición: Marly Mora Neumann  
Diseño: Bethania Rodrigues  
Impresión:

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



# Aplicación de representaciones gráficas

en la evaluación integral y en los planes de tratamiento individualizados

# CONTENIDO

	Presentación	5
<b>1</b>	Uso de representaciones gráficas en los tratamientos de salud mental	7
<b>2</b>	Técnica de mapeo en la Evaluación Integral y en el diseño del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)	11
	2.1 Escenario 1. Persona que ingresa por primera vez a tratamiento	13
	Mapa 1. Las metas	19
	Mapa 2. Las primeras tres metas	24
	Mapa 3. Acciones específicas	29
	2.2 Escenario 2. Persona que reingresa a tratamiento	42
	Mapa 1A. Planificación de metas	44
	Mapa 2. Las primeras tres metas	51
	2.3 Metas bien formuladas	56
<b>3</b>	Uso de escalas visuales análogas para evaluar el logro de metas terapéuticas	60
	3.1 Evaluación de los logros de la persona	64
	3.2 Evaluación de los logros y co-construcción de comportamientos	67
<b>4</b>	Reflexión final	69
	Referencias	74



# Presentación

Dentro del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el Área de Tratamiento e Intervención de la División Programática promueve una atención de calidad en la ejecución de programas, planes, proyectos y prácticas para el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

En este marco, SENDA presenta el documento **Aplicación de representaciones gráficas en la evaluación integral y en los planes de tratamiento individualizados**, que ofrece sugerencias para utilizar las representaciones gráficas como un apoyo en el contexto del tratamiento de consumo de sustancias.

En las siguientes secciones, se explica el uso de la técnica de mapeo (mapas guía) como apoyo en la Evaluación Integral y en el diseño del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI). Además, se presenta el uso de las escalas visuales análogas (EVA) en la medición de los avances o el logro de la persona usuaria en las metas del tratamiento. Para facilitar la comprensión y el uso de estos recursos gráficos, se ejemplifica su utilización por medio de conversaciones hipotéticas en el contexto terapéutico.

Se agradece la colaboración del psicólogo y asesor clínico especializado, Mario Pacheco León, quien participó en la elaboración de este documento.



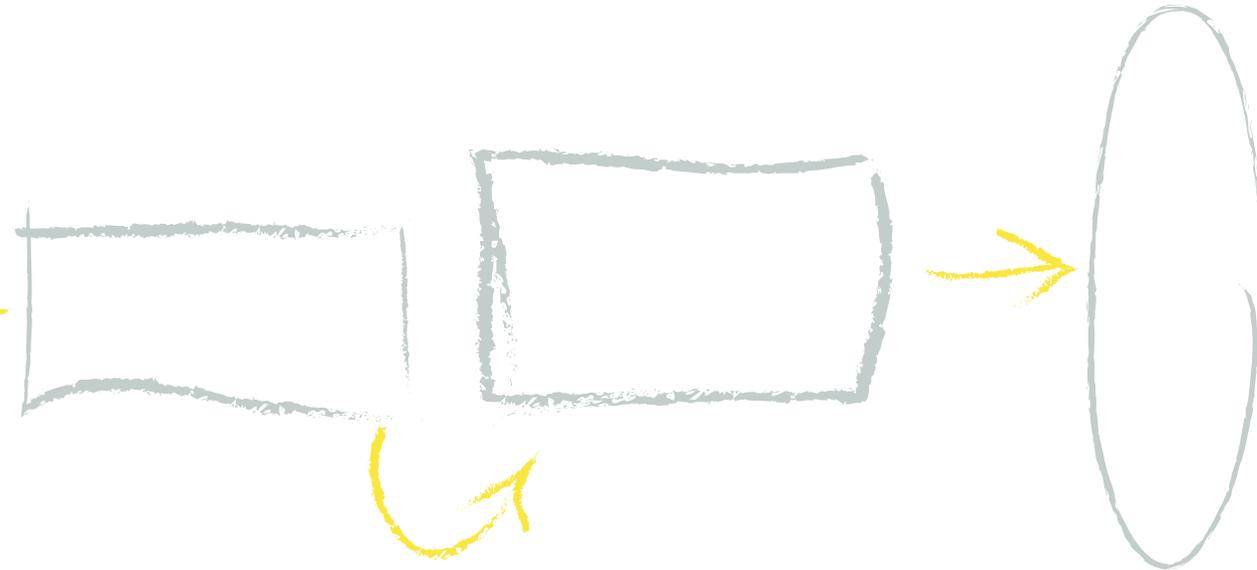
1

Uso de representaciones  
gráficas en los tratamientos  
de salud mental

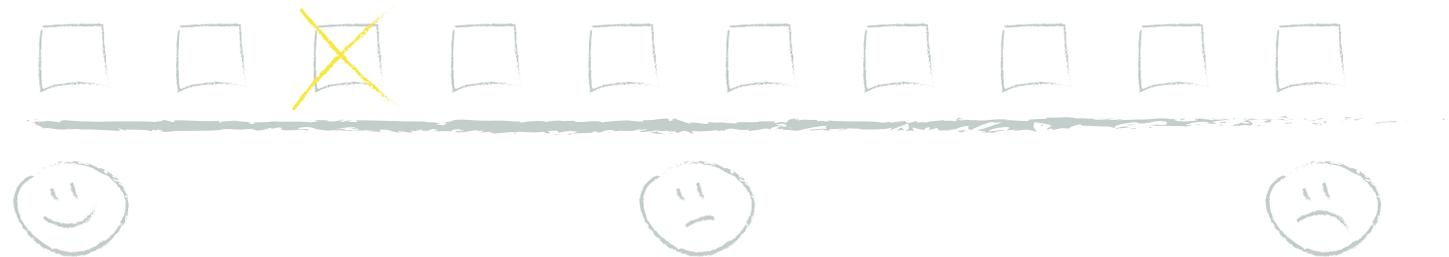
## La revisión de la literatura de los tratamientos de salud mental y de la planificación del tratamiento, permite observar:

- El **uso de recursos gráficos** que facilitan conversaciones e intervenciones terapéuticas en psicoterapia con niños y niñas (Freeman et al., 2001; O'Connor et al., 2016).
- El **uso de mapeo o mapping** en el tratamiento de personas adultas y adolescentes (Dansereau et al., 1993; Dansereau & Simpson, 2005, 2009; Day, 2013; Naar-King y Suarez, 2011).
- El **uso de escalas visuales análogas** para la medición del logro de metas terapéuticas (Berg y de Shazer, 2001; de Shazer et al., 2007; Jacob et al., 2018; Law & Jacob, 2013).

## Mapeo (*mapping*)



- La técnica de mapeo consiste en el uso de recuadros unido por líneas que vinculan ideas o información en las conversaciones y en las intervenciones terapéuticas.
- Los mapas pueden ser prediseñados por el profesional (mapas guías y mapas informativos) o co-construidos por el profesional y la persona usuaria en el transcurso de una conversación para representar los tópicos abordados (mapas libres) (Dansereau & Simpson, 2009).
- Estudios clínicos controlados han demostrado la efectividad de la técnica de mapeo en el tratamiento de personas adultas (Czuchry y Dansereau, 1999; Czuchry et al., 2009a y 2009b; Newbern et al., 2005) y adolescentes (Collier et al., 2001; Knight et al., 2018).



## Escalas visuales análogas (EVA)

- Las escalas visuales análogas han sido usadas durante décadas para la valoración subjetiva de la intensidad del dolor (Serrano-Atero et al., 2002).
- La EVA consiste en una línea de 10 cm de largo, en la cual el paciente marca una cruz entre 0 ("ningún dolor") y 100 ("el peor dolor posible") para representar la intensidad del dolor experimentado en el momento de la valoración.
- Jensen et al. (1986) compararon la EVA con otros cinco métodos de medición del dolor y encontraron que los seis métodos comparados dan resultados similares. En otro estudio, Williamson y Hoggart (2005) compararon la EVA con otros dos métodos de medición, encontrando que ese método es estadísticamente más robusto que los otros métodos cotejados, sin embargo, observaron que los datos no siempre estaban normalmente distribuidos, ya que los pacientes no usaban toda la escala.
- Se ha indicado que la EVA puede ser usada con personas de 8 y más años (Murciasalud, 2010).



# 2

Técnica de mapeo en la Evaluación Integral y en el diseño del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)

En esta sección se exploran dos escenarios:

## Escenario 1

El uso del mapeo con una persona que ingresa por primera vez a tratamiento.

## Escenario 2

El uso del mapeo con una persona que reingresa a tratamiento después del alta terapéutica, o abandono.

# 2.1



## Escenario 1: Persona que ingresa por primera vez a tratamiento

Este escenario se refiere a los procesos de retroalimentación de la Evaluación Integral, negociación de metas de tratamiento y co-construcción de PTI que se establecen con una persona que ingresa por primera vez a tratamiento.

Después que los profesionales que conforman el equipo de tratamiento han evaluado las diversas áreas y ámbitos de la Evaluación Integral<sup>1</sup> —a través de entrevistas semiestructuradas y de la administración de instrumentos de apoyo—, el equipo se reúne para realizar las siguientes acciones (Johnstone, 2014; Nurcombe, 2014; SENDA, 2016a):

<sup>1</sup> La Evaluación Integral de la persona usuaria abarca los siguientes ámbitos: uso de sustancias; salud mental y física; situación familiar; funcionamiento social; trasgresión a la norma y criminalidad; motivación para el cambio; y fortalezas y recursos.

## Acciones que realiza el equipo:

- Compartir la información obtenida en la evaluación.
- Desarrollar la formulación del caso.
- Identificar los problemas actuales de la persona usuaria.
- Redefinir los problemas en metas.
- Sugerir intervenciones terapéuticas.

A continuación, el terapeuta encargado o el gestor del caso (Johnstone, 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012) realiza las siguientes acciones:

## Acciones del terapeuta:

- Le informa a la persona de las metas de tratamiento propuestas por el equipo profesional.
- Negocia dichas metas cuando sea necesario (SENDA, 2016a).
- Co-construye con ella el PTI para cada meta consensuada<sup>2</sup>.

Para fines didácticos, imaginaremos que el equipo interdisciplinario ha identificado 6 problemas importantes para una persona que ingresó a tratamiento debido a los problemas relacionados con el uso de alcohol. El equipo redefinió esos problemas en 6 metas<sup>3</sup>:

---

2 El PTI es un único documento de registro de las metas, de los objetivos terapéuticos (pasos o acciones que realizará la persona para alcanzar cada meta deseada), de las actividades terapéuticas que implementará el equipo profesional para ayudar a la persona a realizar las acciones que la acercarán a las metas, y el tiempo estimado (SENDA, 2016). Como cada meta puede requerir de diversas acciones de la persona y del equipo profesional, puede afirmarse que es necesario co-construir un plan para alcanzar cada meta.

3 Véase en la sección 2.3 de este documento las características de las metas "bien formuladas".

## Problema

## Meta

1

Dependencia leve al alcohol (según la puntuación obtenida en la escala EIDA) y síntomas moderados de craving (según la puntuación obtenida en la escala EMCA)<sup>4</sup>. Hay antecedentes de dependencia al alcohol en familiares.



Lograr y mantener la abstinencia del uso de alcohol.

Meta opcional: Aprender e implementar estrategias para reducir el uso de alcohol y beber sin embriagarse<sup>5</sup>.

2

Depresión no tratada (evaluación clínica; probablemente primaria al uso dependiente de alcohol, ya que hay antecedentes de depresión y conducta suicida en familiares; autoestima disminuida y baja autoeficacia<sup>6</sup>).



Aprender e implementar estrategias para afrontar los estados de ánimo negativos.

3

Hábitos no saludables de alimentación y sedentarismo (evidenciado por sobrepeso e hipertrigliceridemia [según examen de laboratorio]).



Desarrollar e implementar un estilo de vida que lleve a una pérdida de peso y mejorar la salud.

<sup>4</sup> Escala EIDA: Escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (Bobes et al., 2002; Rubio et al., 1996, 1998). Escala EMCA: Escala multidimensional de craving de alcohol (Guardia et al., 2004, 2006).

<sup>5</sup> Aunque el equipo considera que la abstinencia es la mejor opción para la persona usuaria, esta es una meta para negociar si la persona no está de acuerdo con la meta propuesta.

<sup>6</sup> Todos estos problemas pueden ser detectados utilizando las escalas TCU, si puntúan bajo la media de autoestima y autoeficacia.

## Problema

## Meta

4

Conflictos en la relación de pareja (se observan dificultades de comunicación y de resolución de conflictos).



Aprender estrategias de comunicación saludables y habilidades para la resolución de conflictos, que favorezcan una atmósfera de armonía en la relación de pareja.

5

Sólo se relaciona con pares que usan alcohol en forma abusiva (su mapa de red muestra que sus relaciones íntimas son su familia de procreación —su pareja, sus hijos— y los amigos del trabajo que usan alcohol; no se observan relaciones con personas de la comunidad; y la relación es lejana con sus familiares de la familia extensa, y con los compañeros de trabajo que no usan alcohol).



Aprender habilidades para desarrollar un nuevo grupo de amigos y/o de conocidos que apoye su recuperación.

6

Presenta dificultades para resistir la presión del grupo de pares para usar alcohol.



Aprender e implementar estrategias para comunicar su punto de vista y mantener sus decisiones cuando es presionado a hacer lo contrario.

7 El equipo profesional decidió comunicar la meta de la siguiente manera: “aprender a comunicarse en forma asertiva y resistir la presión del grupo de pares”.

## El equipo de tratamiento también observó los siguientes aspectos:

### Motivación

- Las puntuaciones por sobre la media obtenidas en las escalas TCU de motivación (reconocimiento del problema, deseo de ayuda y disposición para el tratamiento), permiten suponer que se encuentra en Preparación para realizar diversos cambios en su estilo de vida.

### Fortalezas

- Sin deterioro cognitivo, rendimiento intelectual normal (impresión clínica), buena capacidad de auto-observación.

### Recursos

- Cuenta con el apoyo de su pareja.

### Individualización de la alianza terapéutica

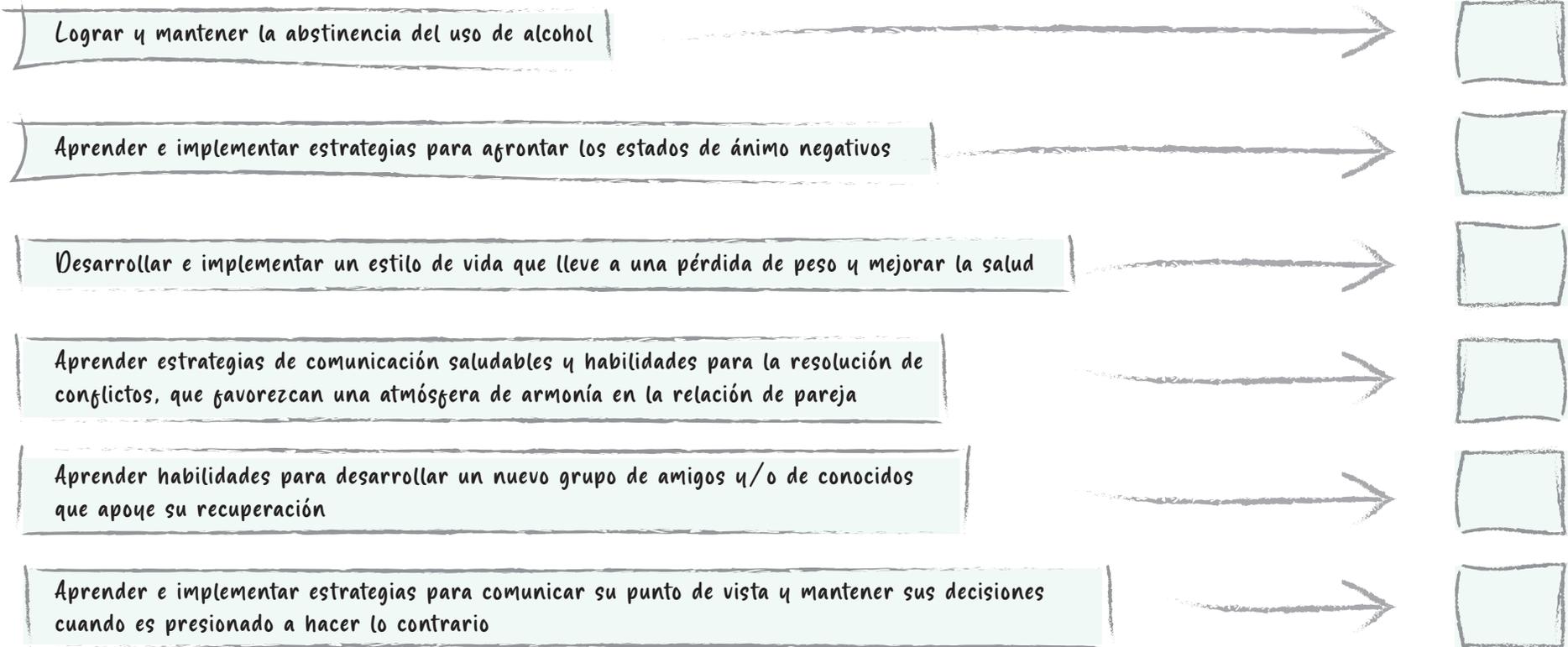
- Baja reactancia (Norcross & Lambert, 2010), puede participar y obtener provecho de las intervenciones grupales.

El profesional a cargo del diseño del PTI con la persona usuaria presenta las metas en el **Mapa 1. Las metas.**

# Mapa 1: Las metas

META

ORDEN DE  
IMPORTANCIA



## Diálogo de la sesión

### Presentación de las metas

Profesional (P): ¿Qué piensa de lo que le está proponiendo el equipo de profesionales?

Persona Usuaria (PU): ¡Vaya!... son *harto* [sic] buenos los profesionales... le han achuntado [sic] a varias cosas que necesito<sup>9</sup>.

P: ¿A qué le han achuntado [sic]?

PU: Aunque no le voy a negar que me gusta beber, le he estado poniendo mucho [sic] en el último tiempo... y como me dijo el doctor que habló conmigo, tanto trago me está haciendo mal... y no quiero terminar igual que mi tío... enfermo y solo... mi tía se aburrió y lo echó de la casa... Y bueno, las cosas con mi señora andan

*remal* [sic]... y si seguimos así tendríamos que separarnos, y yo no quiero separarme... por ella... los niños... y bueno... yo tendría que irme a vivir con mi mamá... y no quiero ser un "separado".

P: Aunque le gusta beber, se ha dado cuenta que su uso de alcohol le está trayendo diversos problemas, ¿qué cree que tiene que hacer?

PU: Como usted escribió ahí... dejar de beber y mantenerme abstemio... sé que me va a costar... pero... ¡qué se le va a hacer!... hay que puro ponerle el hombro [sic].

P: ¿En qué otras cosas de las que están escritas aquí cree que el equipo de profesionales le achuntó [sic]?

PU: Bueno... necesito arreglar las cosas con mi señora... aunque no entiendo bien cómo es eso de "estrategias de comunicación saludables".

P: Se refiere a aprender a comunicar a las personas que son importantes para uno lo que estamos pensando y sintiendo, para que ellas puedan entendernos.

PU: Sí... necesito eso... cuando estábamos de pololos con mi señora hablábamos *harto* [sic]... pero usted sabe... uno se casa y deja de pololear... y ella me reclama *harto* [sic]... pero

<sup>9</sup> Para fines didácticos, se ha supuesto que la persona está de acuerdo con la mayoría de las metas propuestas. Véase SENDA (2016a) para más informaciones sobre intervenciones motivacionales cuando hay discordancia o discrepancia entre el equipo profesional y la persona usuaria.

*me cuesta... además, me pasa esa cuestión [sic] del bajoneo [sic] y no me dan ganas de conversar... como que ando pa' dentro [sic]... ando como enojado con todo... a mi papá le pasa lo mismo... mi mamá ya ni lo pesca [sic]... pero tendría que hacerle caso a mi señora e ir a un médico... pero usted sabe... a los hombres nos cuesta hartito [sic] ir al médico.*

**P:** Es decir, usted está de acuerdo, también, en que necesita aprender estrategias para mejorar su relación de pareja, y recibir tratamiento para superar sus estados depresivos. ¿Qué otra cosa necesita?

*PU:* No entiendo bien eso de un “estilo de vida”, pero también le achuntaron [sic] con lo del peso... aunque me he hecho el lesa [sic]... me

*he dado cuenta que el peso me está jugando en contra... evito hacer cosas que antes me gustaban, como pelotear [sic] con mis hijos en el parque de vez en cuando... y bueno... uno también es vanidoso... he perdido mi figura.*

**P:** “Estilo de vida” se refiere a diversos hábitos que contribuyen a la salud.

*PU:* ¡Ah!

**P:** ¿Algo más?

*PU:* ¡Puchas! [sic] Lo pone difícil... mi señora dice que mis “amigotes” no me convienen... pero los conozco hace mucho tiempo... no creo que me ayuden mucho con los problemas con mi señora... pero...<sup>10</sup>

**P:** Pensando en lo que hemos conversado hasta aquí, mire esta hoja, y en el cuadro en blanco —“orden de importancia”— escriba un número entre 1 y 6 para indicar el orden de importancia que tienen para usted las metas que le ha propuesto el equipo profesional.

*PU:* ¿Tengo que elegir un número distinto para cada cuadro en blanco? Porque hay varias cosas que son muy importantes para mí...

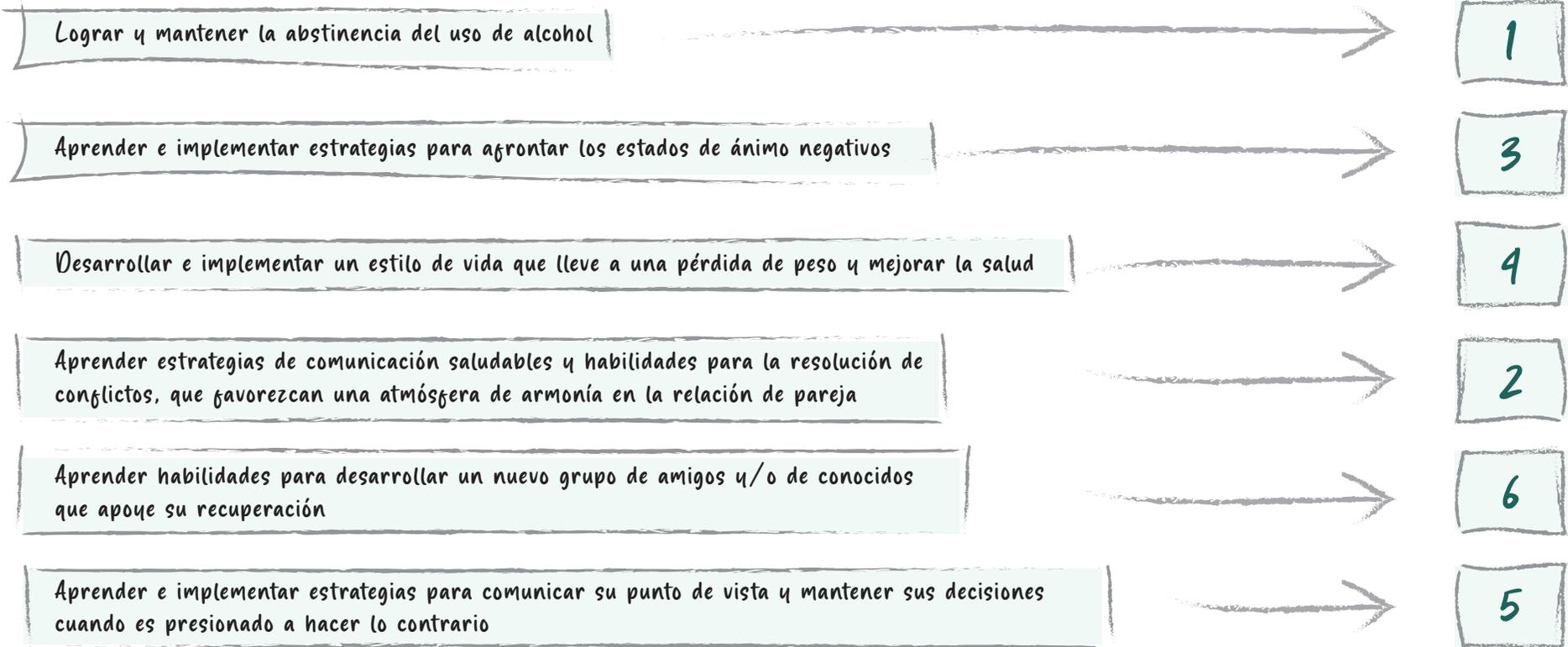
**P:** Es preferible que no se repitan los números... es difícil... pero muchas personas en su situación han podido elegir el orden de importancia.

<sup>10</sup> “Pero” = ambivalencia (Miller y Rollnick, 2013).

# Mapa 1. Las metas

META

ORDEN DE  
IMPORTANCIA



# Diálogo de la sesión

## Las primeras tres metas

P: Como dice el dicho, “quien mucho abarca poco aprieta”. Le propongo que nos concentremos en las primeras tres metas que ha indicado que son las más importantes para usted<sup>11</sup>.

PU: Como usted diga... estoy aquí para que me ayuden...

El profesional escribe en el **Mapa 2. Las primeras tres metas** y le presenta las tres primeras metas a la persona. Puede utilizar una o todas las preguntas para guiar la conversación respecto a cada meta.

P: Bien... Comencemos por la meta más importante, la número 1: “Lograr y mantener la abstinencia del uso de alcohol”. ¿En qué estará mejor su vida cuando alcance esto?

PU: Estará mucho mejor... mucho mejor...

P: ¿Qué estará haciendo en forma diferente cuando alcance esto?

<sup>11</sup> Corresponde a una sugerencia de Day (2013). El sentido de esta estrategia es trabajar en las metas más importantes para la persona, ya que puede suponerse que está “preparada” para realizar cambios en esas áreas de su vida y trabajar en un plan de acción o plan de cambio (Miller y Rollnick, 2013). En la medida que la persona logre en parte esas metas, podrán negociarse las otras metas.

# Mapa 2: Las primeras tres metas

## META



¿En qué estará mejor su vida cuando alcance esto?

¿Qué estará haciendo en forma diferente cuando alcance esto?

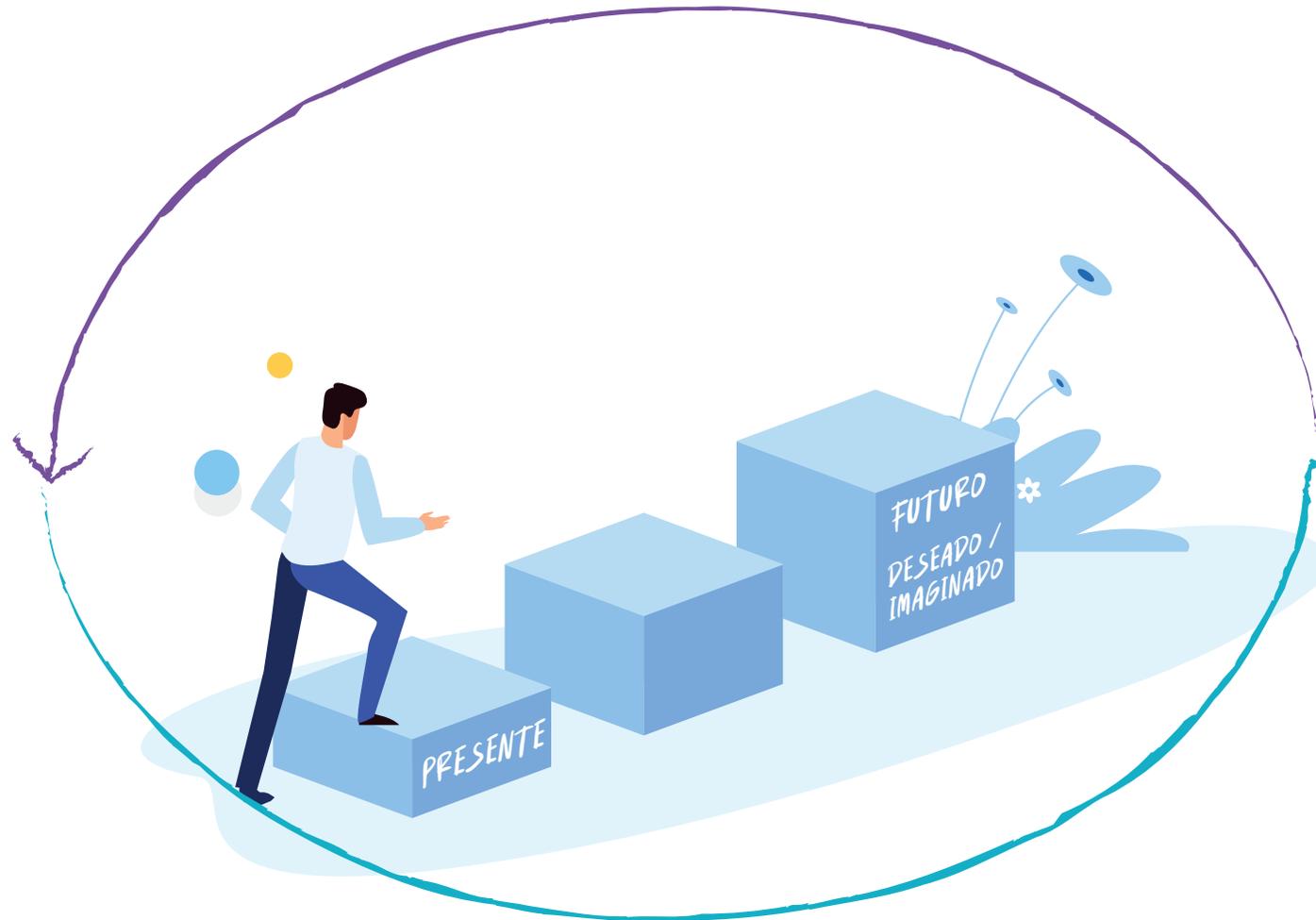
¿Qué será distinto para usted (y para las personas que son significativas para usted) cuando alcance esto?

## Lógica de la intervención

Esta intervención respecto a las primeras tres metas apunta a tres objetivos, y se puede representar en la figura de la siguiente página:

- Estimula la visión de futuro de la persona.
- Fomenta emociones positivas (logro del resultado deseado).
- Se estimula que la persona imagine conductas concretas que indicarán que ha alcanzado la meta (logro o resultado).

# Las primeras tres metas



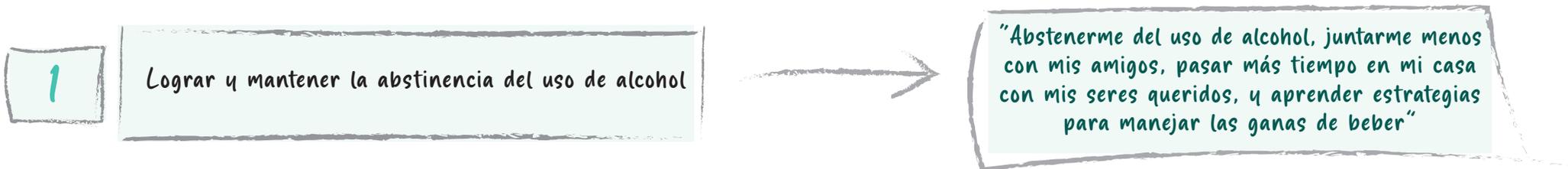
# Diálogo de la sesión

## Las primeras tres metas

PU: Bueno... no estaré bebiendo... bueno... para eso tendré que juntarme menos con mis amigos... pasaré más tiempo en mi casa... y tendré que hacer algo cuando me vengan las ganas de beber... algo ya he hecho con eso... venir para acá a las sesiones con los profesionales me ha ayudado, como que me he olvidado de las ganas...

P: ¿Está bien que yo anote aquí <sup>12</sup> “abstenerme del uso de alcohol, juntarme menos con mis amigos, pasar más tiempo en mi casa con mis seres queridos, y aprender estrategias para manejar las ganas de beber”?

PU: Sí, anote no más...



P: ¿Está bien así?

PU: Sí.

P: El trabajo que haremos ahora es pensar **qué puede comenzar a hacer desde ahora mismo** para ayudarse a lograr esto que ha imaginado...

<sup>12</sup> Dansereau y Simpson (2005) sugieren que el profesional escriba con letra impresa en los recuadros; esto facilita la intervención, especialmente cuando la persona usuaria presenta dificultades de escritura. Además, recomiendan entregarle a la persona una copia del mapa que se construyó en la sesión, para que ella pueda estudiarla en su casa (entre las sesiones) y realizar aportes en una sesión posterior.

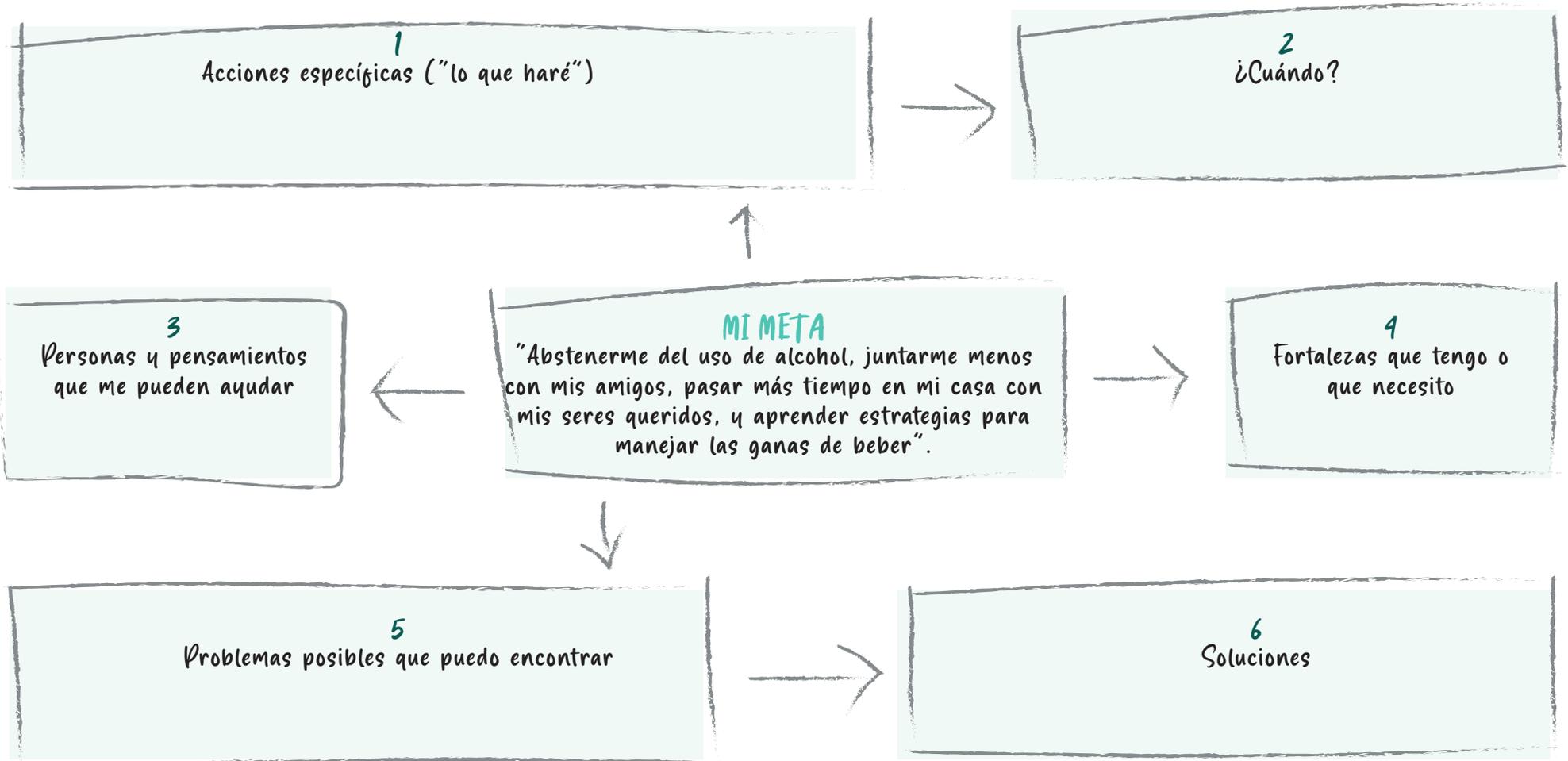


PU: La pone difícil... pero bueno... ya estamos en esto... echémosle pa' delante [sic]...

P: Claro que es difícil... para trabajar en esto usaremos una hoja que ha sido muy útil con otras personas en su situación (**Mapa 3. Acciones específicas**).

PU: Lo que usted diga...

# Mapa 3: Acciones específicas



## Diálogo de la sesión

### Acciones específicas

**P:** Primero trabajaremos en el Cuadro 1: “Acciones específicas (lo que haré)” para lograr su meta “abstenerme del uso de alcohol, juntarme menos con los amigos, pasar más tiempo en mi casa con mis seres queridos, y aprender estrategias para manejar las ganas de beber”. Según usted, ¿qué tiene que comenzar a hacer para lograr esto?

*PU: Bueno... lo primero... es no tener botellas en mi casa... mi señora me lo dijo... pero usted sabe... uno es porfiado... botaré a la basura las botellas que tengo guardadas... y no compraré cerveza ni vino...*

**P:** Ajá. ¿Eso será lo primero?

*PU: Sí.*

**P:** ¿Qué otras cosas lo ayudarán?

*PU: Bueno... los viernes tendría que irme derecho a la casa y no ir con mis amigos al bar al que siempre vamos... pero ¡puchas!... va a ser difícil... es que son muy insistentes... y me cuesta decirles “no”, además me van a decir que soy un macabeo [sic]... no se me ocurre qué hacer...*

**P:** Resumiendo hasta aquí, usted sacará de su casa todas las botellas que tiene y no comprará bebidas alcohólicas y tendría que ser capaz de negarse a la presión de sus amigos para ir al bar, y poder irse derecho a su casa después del trabajo el día viernes. ¿Voy bien?

*PU: Sí, lo de botar las botellas me dolerá... pero... lo haré, son mucha tentación... pero lo de los amigos... me costará...<sup>13</sup>*

**P:** Para ayudarse con eso, ¿estaría bien que asistiera a un taller que tenemos aquí, cuyo objetivo es practicar estrategias para aprender a sentirse bien cuando uno rechaza la presión de otras personas?

*PU: Sí, va a ser bueno ir a ese taller...*

**P:** Entonces anotaré en el Cuadro 1: “Botar las botellas que tengo en la casa y no comprar vino ni cerveza”; “Asistir a un taller para aprender a rechazar la presión de otras personas”.

*PU: Sí.*

13 Se puede observar que la persona está introduciendo la meta 5 de su jerarquía de metas.

P: Aquí anotamos (mostrando el recuadro “Mi meta”): “Pasar más tiempo en mi casa con mis seres queridos”. ¿Cómo será eso?

PU: *Estar más en la casa...*

P: Sí, pero ¿qué estará haciendo cuando esté más tiempo en la casa con sus seres queridos?

PU: *¡Puchas!... Usted sabe, uno llega a la casa... se toma su cerveza y ve la tele...*

P: Pero ahora no se tomará una cerveza, ¿qué se le ocurre qué puede hacer además de ver la TV?

PU: *Bueno... a ver... conversar algo con mi señora... pero hemos tenido tantas peleas que apenas nos miramos...*

P: Mmm, eso nos lleva a la Meta 2 (mostrando el **Mapa 2. Las primeras tres metas**). ¿Le parece que nos concentremos primero en la Meta 1? Luego conversaremos de la Meta 2, obviamente muchas cosas están relacionadas, pero para ordenar los pensamientos es conveniente avanzar de a poco.

PU: *Como usted diga.*

P: ¿Qué otra cosa podría hacer en la casa con sus seres queridos?

PU: *Bueno, podría no ver la tele y conversar con los niños.*

P: ¿Qué conversaría con ellos?

PU: *De cómo les fue en la escuela.*

P: Entonces puedo escribir aquí: “Conversar con mis hijos”.

PU: *Sí.*

P: Nos queda: “Aprender estrategias para manejar las ganas de beber”. ¿Cómo hará eso?

PU: *No sé... Dígame usted...*

P: Hay varias formas de hacer eso. Le sugiero asistir a otro taller en el cual se enseñan estrategias para manejar las ganas de beber. ¿Qué le parece?

PU: *Sí, ¡me inscribo! Me ayudará.*

P: Anotaré esto en el Cuadro 1.

## 1 Acciones específicas (“lo que haré”)

1. Botar las botellas que tengo en la casa y no comprar vino ni cerveza.
2. Asistir a un taller para aprender a rechazar la presión de otras personas.
3. Conversar con mis hijos.
4. Asistir a un taller para aprender estrategias para manejar los deseos de beber alcohol.

P: Ahora pensemos en el Cuadro 2: "¿Cuándo?".  
¿Cuándo comenzará a hacer lo que he anotado en el Cuadro 1?

PU: Desde hoy mismo...

P: ¿Cómo así?

PU: Cuando llegue a mi casa después de aquí, le diré a mi señora que botaré todas las botellas que hay en la casa... va a estar contenta...

P: ¿Hará algo más hoy día?

PU: Sí... le preguntaré a mis hijos cómo les fue en la escuela.

P: Ajá... ¿Otra cosa?

PU: Dígame cuándo tengo que venir a esos talleres...

P: Entonces anotaremos lo siguiente en el Cuadro 2:

## 2 ¿Cuándo?

- Comenzaré hoy día (fecha): botar todas las botellas que hay en mi casa; y conversar con mis hijos.
- Asistiré puntualmente a la hora de la citación para participar en los talleres.

P: Ahora le solicitaré que piense en el Cuadro 3: "Personas y pensamientos que me pueden ayudar". Esto significa que para lograr las cosas que nos proponemos, muchas veces necesitamos de la ayuda de otras personas, o pensar en ciertas cosas que nos ayudan a mantenernos enfocados en nuestro camino. ¿Qué personas lo podrían ayudar?

PU: Bueno, en primer lugar, mi señora... No puedo contar con mis amigos, ya que me harían descarrilarme...

P: ¿Cómo lo ayudaría su señora?

PU: Podría decirle que necesito que me ayude en esto... creo que me va a decir ¡Sí!... porque creo que ella quiere que nos arreglemos...

P: ¿Qué hará para tener la ayuda de su señora?

PU: Podría decirle que necesito que me entienda... no es fácil dejar de beber... podría pedirle que me meta conversa [sic] cuando me vea raro... y le diré que no me amurraré... conversaré con ella...

P: Una muy buena idea... Entonces puedo anotar aquí: "Mi esposa".

PU: Sí.

P: ¿Y qué pensamientos podrían ayudarlo cuando no esté cerca su esposa? Por ejemplo, ¿cuándo esté en su trabajo?

PU: Podría pensar en la linda familia que hemos formado con mi esposa... tenemos dos hijos muy buenos... estudiosos y obedientes...

P: ¿Me permite sugerirle algo?

PU: Sí, lo que quiera.

P: ¿Tiene una fotografía en la cual están todos juntos?

PU: Sí... una que nos sacamos en el cumpleaños de mi hija...

P: Le sugiero que saque una copia de esa fotografía, y la lleve a todos lados con usted, y cuando sienta que necesita una ayudadita [sic] para mantenerse enfocado en su camino, puede mirar la fotografía. ¿Qué le parece?

PU: Buena idea... sale rebarato sacar una copia de la foto... le pediré a mi señora que la saque mañana...

P: Entonces puedo anotar aquí:

**3**

**Personas y pensamientos que me pueden ayudar**

- Mi señora.
- Pensar en mi familia (me ayudaré mirando la foto cuando lo necesite).

PU: *Disculpe, ¿falta mucho? Es que le dije a mi señora que iba a estar poco rato aquí... y si me demoro capaz que crea que me pasé a tomar con mis "amigotes" y no quiero otra discusión...*

P: **No nos falta mucho. Le recuerdo, eso sí, que tenemos dos metas más en las cuales pensar. Pero no creo que sea necesario pensar en eso hoy. Recuerde que "quien mucho abarca, poco aprieta", podremos trabajar en esas metas en nuestra próxima reunión.**

PU: *¿Y cuándo sería eso?*

P: **Pasado mañana. Usted puede llegar una media hora antes del taller "Manejando las ganas de beber". ¿Le parece?**

PU: *Sí... porque cuando ingresé a este tratamiento firme un papel... "Informado" creo que se*

*llama... en el cual decía que tengo que venir tres veces a la semana a tratamiento...*

P: **¡Perfecto! Sigamos entonces.**

PU: *¡Démosle no más!*

P: **Mire el Cuadro 4: "Fortalezas que tengo o que necesito". Este cuadro se refiere que para lograr lo que nos proponemos, necesitamos usar las virtudes que sabemos que tenemos, y a veces necesitamos aprender cosas nuevas para ayudarnos. ¿Qué virtudes tiene usted que lo pueden ayudar a colocar en práctica lo que sabe que tiene que comenzar a hacer?**

PU: *Mi papá y mis profesores siempre me decían que soy un hombre de palabra... quiero decir, cuando doy mi palabra, cuando la doy de verdad, siempre la cumplo... y cuando acepté*

*venir para acá le di mi palabra a mi esposa que iba a cambiar... porque no quiero separarme... y no quiero que me pase lo de mi tío...*

P: **Que está solo y enfermo...**

PU: *Sí.*

P: **Entonces, ¿qué podríamos escribir aquí?**

PU: *Escriba: "Cuando me propongo algo de verdad, lo cumplo".*

P: **Bien (escribiendo). ¿Necesita de algo más?**

PU: *Bueno, ser capaz de decirle "no" a mis amigos...*

P: **Anotaré: "Rechazar la presión de los amigos". Eso lo aprenderá viniendo al taller.**

PU: *Sí.*

**4**

**Fortalezas que tengo o que necesito**

- Cuando me propongo algo de verdad, lo cumplo.
- Rechazar la presión de los amigos.

P: ¡Excelente! Ya nos falta poco. Por favor, mire el Cuadro 5: "Problemas que puedo encontrar". Esto significa que, aunque estemos enfocados en nuestro camino, pueden ocurrir contratiempos que nos pueden sacar del camino.

PU: Tiene razón... me acuerdo de un profe que tuvo que nos hablaba que siempre había que tener uno o dos planes en "reserva", decía él, cuando las cosas no salían como uno quería... Pero usted sabe, cuando uno es cabro le hace repoco [sic] caso a los profes...

P: Y me imagino que ahora que usted es adulto, le hace sentido lo que decía el profe.

PU: Hum... sí...

P: ¿Qué contratiempos o problemas podrían sacarlo de su camino?

PU: Bueno... que mi señora crea que estoy haciendo como que he cambiado, pero que seguiré igual...

P: Entonces un contratiempo sería: "Desconfianza de mi esposa".

PU: Sí...

P: Lo escribiré aquí (escribe). ¿Algo más?

PU: Que mis amigos se coloquen muy insistentes... usted sabe... y que yo ceda... Usted no sabe lo puntudos [sic] que son...

P: Entonces puedo escribir aquí: "Insistencia de los amigos".

PU: Sí... escriba también que me cueste manejar las ganas de beber...

P: Ajá.

**5**

**Problemas posibles que puedo encontrar**

- Desconfianza de mi esposa.
- Insistencia de los amigos.
- Dificultad para manejar los deseos de beber.

P: Hemos pensado en los contratiempos. Ahora pensemos en lo que le decía su profe, ¿qué podría hacer para superar esos problemas? (muestra el Cuadro 6 "Soluciones").

PU: *Conversar "de verdad" con mi esposa... sincerarme... decirle lo importante que es ella y los niños en mi vida... me va a costar... pero tengo que hacerlo...*

P: Algo muy valiente de su parte. A pesar que están distanciados, comunicarle a su esposa cuánto la necesita a ella y a sus hijos.

PU: *Sé que me pondré más rojo que un tomate... pero es necesario...*

P: ¿Está bien que yo escriba aquí: "Sincerarme con mi esposa. Hablarle de lo importante que es ella en mi vida"?

PU: Sí.

P: ¿Qué otra cosa podría hacer?

PU: *Contarles a los encargados del taller cuando mis ganas de beber sean demasiado grandes... para que ellos me ayuden...*

P: Puedo anotar aquí: "Comunicarle a mi terapeuta del taller 'Manejo de los deseos de beber alcohol' las dificultades que tenga".

PU: Sí.

P: ¿Y con las insistencias de los amigos?

PU: *Aplicar lo que aprenda en el taller al que usted me enviará.*

P: Entonces puedo anotar: "Colocar en práctica lo que aprendo en el taller "Estrategias para rechazar la presión de otras personas".

PU: Sí.

## 6 Soluciones

- Sincerarme con mi esposa. Hablarle de lo importante que es ella en mi vida.
- Comunicarle a mi terapeuta del taller "Manejo de los deseos de beber alcohol" las dificultades que tenga.
- Colocar en práctica lo que aprendo en el taller "Estrategias para rechazar la presión de otras personas".

P: Veamos lo que está escrito en esta hoja, para ver si lo he comprendido bien.

PU: Bueno.

El profesional le muestra el **Mapa 3. Acciones específicas** que ha sido completado durante la sesión.

P: ¿Qué le parece?

PU: Bien... usted anotó todo lo que le dije.

P: ¡Excelente! Sacaré una copia de esta hoja para que se la lleve, y la pueda revisar en su casa. Si cree que hay que escribir algo más, cuando nos reunamos pasado mañana usted me lo dice.

PU: Hum... y podré mostrarle la hoja a mi esposa... así sabrá que quiero cambiar en serio...

P: Como usted quiera, usted tiene libertad para compartir con su esposa todo lo que usted considere conveniente.

PU: Sí... pero no todo... todos tenemos derecho a tener guardados algunos secretillos...

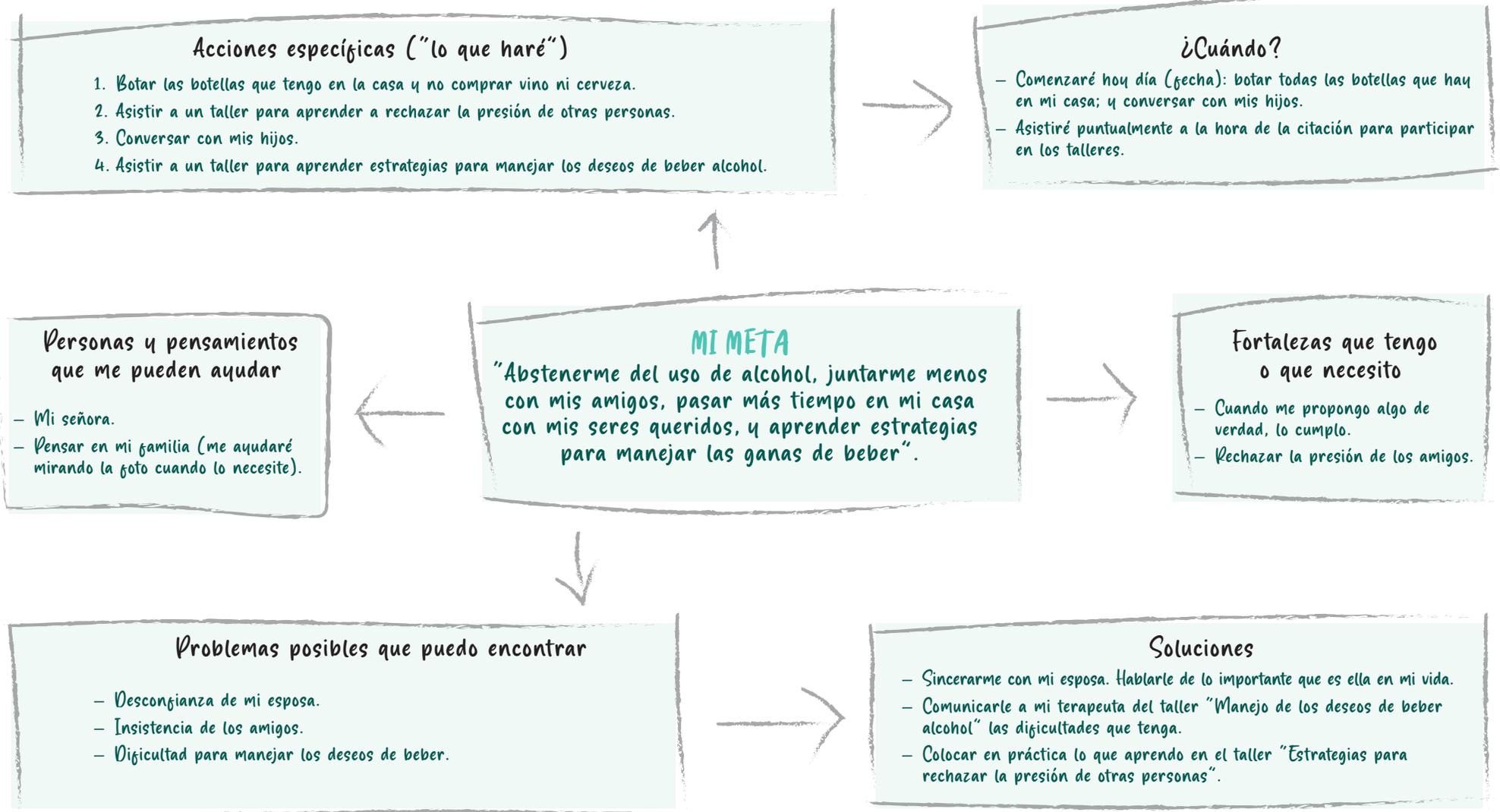
P: Así es, secretillos que no afecten sus progresos en este tratamiento que está iniciando.

PU: Sí, tiene razón...

P: Bien, nos veremos pasado mañana a las \_\_\_ horas. Ahora iremos a la oficina donde está la impresora para sacar una copia de esta hoja (**Mapa 3. Acciones específicas**) en la cual trabajamos.

PU: Como usted diga.

## Mapa 3: Acciones específicas



## Lógica de la intervención

Como se puede observar, la estrategia propuesta puede requerir una o dos entrevistas para co-construir el PTI con la persona. Aunque esto puede ser considerado una dificultad debido al tiempo escaso de los profesionales, se sugiere tener en cuenta esta modalidad de trabajo como una intervención terapéutica, por las siguientes razones:

- **Permite identificar las metas preferidas de la persona, lo cual fomenta su motivación y contribuye al desarrollo de una Alianza Terapéutica sólida<sup>14</sup>.**

---

<sup>14</sup> Una alianza terapéutica sólida corresponde al mayor predictor de los resultados del tratamiento (Norcross & Wampold, 2011). Según Edward Bordin, una alianza terapéutica es un vínculo positivo sólido, acuerdo en las metas, y acuerdo en los métodos de tratamiento (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993).

• **Involucra a la persona** en el diseño de su propio plan de cambio: fomenta la visualización de un futuro deseado y de las acciones o pasos realistas que ella puede realizar para alcanzar lo deseado. Además, la estimula a anticipar posibles contratiempos e imaginar acciones para afrontar las dificultades.

• **Extrae compromiso** para el cambio de comportamientos (Miller y Rollnick, 2013).

La información contenida en el **Mapa 3. Acciones específicas** puede ser trasladada con facilidad al formato usado en el programa de tratamiento para registrar el PTI (SENDA, 2016a, p. 63), tal como lo muestra el cuadro de la siguiente página.

Se puede observar que, respecto a las fechas para la evaluación del logro de la meta terapéutica (registradas en la columna "Plazo"), estas se pueden acordar en la conversación que se realiza para cada meta (y con apoyo del **Mapa 3. Acciones específicas**), o al término del proceso de co-construcción del PTI.

# Uso del Mapa Acciones específicas en el registro del PTI

**META: Lograr y mantener la abstinencia del uso de alcohol.**

Objetivos (pasos o acciones que realizará la persona usuaria)	Actividades para el logro del objetivo	Profesional responsable	Plazo	Resultados (indicadores de logro)	Comentario (razones por las cuales no se logró el objetivo)
Botar las botellas que tengo en la casa, y no comprar vino ni cerveza.			A partir de hoy (__/__/__) Evaluación en 15 días.	<i>"Abstenerme del uso de alcohol".</i>	
Conversar con mis hijos.			A partir de hoy (__/__/__) Evaluación en 15 días.	<i>"Pasar más tiempo en mi casa con mis seres queridos".</i>	
Asistir a un taller para aprender a rechazar la presión de otras personas.	Taller Grupal de Asertividad (de orientación cognitivo-conductual; 8 sesiones, con frecuencia semanal)	Juana Pérez	A partir de __/__/__ Evaluación a la semana siguiente de la finalización del taller (__/__/__)	<i>"Juntarme menos con mis amigos".</i>	
Asistir a un taller para aprender estrategias para manejar los deseos de beber alcohol.	Taller Grupal de Prevención de Recaídas I (Prevención de recaídas basada en mindfulness (8 sesiones, con frecuencia semanal)	Juan Pérez	A partir de __/__/__ Evaluación a la semana siguiente de la finalización del taller (__/__/__)	<i>"Aprender estrategias para manejar las ganas de beber".</i>	

# 2.2



## Escenario 2: Persona que reingresa a tratamiento

Este escenario se refiere a los procesos de identificación de problemas, negociación de metas de tratamiento y co-construcción de PTI que se establecen con una persona que reingresa a tratamiento.

En este segundo escenario, vamos a suponer que una persona que ha egresado por alta terapéutica o por abandono (posterior a la realización de la Evaluación Integral), solicita reingresar al mismo programa de tratamiento del cual egresó. Para cada caso, se recomienda realizar la siguiente evaluación:

- **Cuando la persona egresó por alta terapéutica**, es necesario realizar una reevaluación diagnóstica del uso de sustancias y de su estado de salud mental y física.

- **Cuando la persona egresó por abandono,** además de indagar su motivación para el ingreso a tratamiento y para el cambio de comportamiento, es necesaria una reevaluación diagnóstica del uso de sustancias y de su estado de salud mental y física.

En estos casos, se sugiere que sea la propia persona quien **identifique sus necesidades** (problemas) relacionadas con su solicitud de reingreso a tratamiento, y que reciba asesoría profesional para visualizar sus metas e imaginar un plan para hacer más probable el logro de esas metas.

Esta recomendación es congruente con los hallazgos de la investigación que sugieren que es más probable

que las personas alcancen las **cosas que quieren** si las explicitan en metas (Cooper & Law, 2018).

A continuación, se explorará la intervención del profesional en este segundo escenario, de acuerdo a una adaptación de las estrategias iniciales del modelo "Ruta hacia la recuperación" desarrollado en Inglaterra (Day, 2013). Se usa la metodología de mapeo ilustrada en el apartado 2.1 de este documento (Escenario 1).

Se utiliza el **Mapa 1A. Planificación de metas** para dar inicio a la intervención.

# Mapa 1A: Planificación de metas

ÁREA PROBLEMA	SATISFACCIÓN DE 1 A 10	¿QUÉ TENDRÍA QUE CAMBIAR PARA AUMENTAR MI PUNTUACIÓN EN 2 PUNTOS?	ORDEN DE PRIORIDAD
Salud (física y mental)	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Vida social y amistades	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Relación con otras personas (pareja o familia)	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Vivienda	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Trabajo/Educación	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Dinero (Finanzas)	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Actividad física	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Problemas con la ley	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Uso de drogas y/o alcohol	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>

# Escala



Para cada área del **Mapa 1A. Planificación de metas** asigne un puntaje entre 1 y 10 para mostrar qué tan satisfecho (feliz) está usted ahora en esta área de su vida.

- 1 = No podría estar peor
- 5 = Ni infeliz ni feliz
- 10 = No podría estar mejor

# Diálogo de la sesión

## Planificación de metas

### PASO 1

El profesional le presenta a la persona el **Mapa 1A. Planificación de metas** con el siguiente diálogo:

P: Fíjese, en la primera columna, “Área Problema”, hay un listado de las áreas en las cuales usted puede estar experimentando un problema en la actualidad (el profesional lee las distintas áreas a medida que las muestra).

PU: *Hartas [sic] cosas...*

P: Sí, porque ahí están escritos los problemas que puede encontrar cualquier persona que está en recuperación [o los problemas relacionados con el uso de sustancias, en el caso de una persona que abandonó el tratamiento]. Pero no sé cuántos problemas está experimentando usted. Le pediré que se ayude con esta escala (la muestra), para pensar qué tan satisfecho se encuentra en cada una de esas áreas, donde 1 es “no podría estar peor” y 10 es “no podría estar mejor”. Si piensa en su salud actual, física y mental, ¿qué número entre 1 y 10 representa su satisfacción actual?

### PASO 2

El profesional conversa con la persona acerca de la puntuación del grado de satisfacción en las diversas áreas. Por ejemplo:

PU: *La pone difícil... ¿qué es eso de la “salud mental”?*

P: Se refiere, por ejemplo, a cómo está su ánimo, si experimenta ansiedad (nerviosismo) y cómo lo ha manejado, problemas con sus emociones...<sup>15</sup>

15 Ver indicadores de salud psicológica en el documento Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP) (SENDA, 2016b).

PU: *Me siento bien de la salud física... pero he andado remalazo [sic] en lo del mal genio... me he puesto como polvorita [sic]... ando como enojado y ni siquiera sé bien por qué... y eso me ha traído hartos [sic] problemas...*

P: **Mmm, ¿y qué número de 1 a 10 colocaría aquí? (lo muestra)**

PU: *Yo diría un "4"... ¡No!... ponga "3" mejor...*

P: **Es decir, no se siente satisfecho con su salud mental.**

PU: *¡No!*

P: **¿Qué tendría que cambiar para que su satisfacción en esta área aumente en 2 puntos, es decir de "3" a "5"?**

PU: *Tendría que enojarme menos... andar menos enojón... y tendría menos problemas en la casa...*

El profesional escribe en el **Mapa 1A. Planificación de metas** lo que la persona acaba de decir.

P: **Veamos entonces cuál es su satisfacción con la relación con su familia, con su esposa...**

PU: *¡Uff! Mal, muy mal... si le digo "3" le estaría mintiendo... apenas alcanza para el "2"...*

P: **O sea, lo están pasando bastante mal...**

PU: *Sí... y no sólo nosotros... también los niños... nos llevamos puro peliando [sic]... siempre nos ha costado entendernos... y cuando vinimos a tratamiento las cosas mejoraron harto [sic]... pero como que después nos hemos ido olvidando lo que aprendimos aquí... y hemos vuelto a los problemas que yo tenía cuando consumía...*

P: **Mmm, ¿qué tendría que cambiar para que su satisfacción en esta área aumente en 2 puntos, es decir de "2" a "4"?**

PU: *Bueno... que las cosas cambiaran un poco... que nos peliáramos [sic] menos... pero, ¿sabe?... mi esposa me ha dicho como dos o tres veces que yo era más soportable cuando consumía... que*

*ahora ando puro [sic] enojado... que no se me puede hablar... y... ¡puchas! [sic]... como que ella no se da cuenta de todo lo que estoy haciendo para que las cosas anden bien...*

P: **Usted desearía que disminuyeran los conflictos, que hubiera mayor armonía entre ustedes, pero eso que le ha dicho su esposa lo confunde.**

PU: *Sí... ¿usted no se sentiría confundido también?*

P: **Creo que cualquier persona en su situación se sentiría confundida... Sin embargo, me pregunto, ¿de verdad su señora quiere que usted vuelva a consumir, o a ella le complica su mal genio y sus enojos?**

PU: *Usted tiene razón, de lo contrario ella no me habría acompañado hoy día... está esperando que yo me desocupe...*

P: **Su esposa está interesada en que las cosas mejoren... Escribiré aquí que su satisfacción con su vida familiar aumentaría en 2 puntos si disminuyeran los conflictos. ¿Está bien?**

PU: *Sí.*

P: ¿Qué número representa su satisfacción con su vida social y sus amistades?

PU: Mal... muy mal...

P: ¿Cómo así?

PU: *Usted sabe... me he mantenido sin consumir desde que egresé del tratamiento que me hice aquí... pero, ¿sabe?, varias veces he estado a punto de mandar todo a la porra [sic], es que ya no me junto con los amigos de antes, y me llevé puro encerrado en la casa... del trabajo a la casa y de la casa al trabajo... y así todos los días de la semana... y los fines de semana la cosa es peor... ahí me siento como un león enjaulado...*

P: **Y no está satisfecho con esa situación.**

PU: *No... para nada... No tengo amigos... puros conocidos en el trabajo... pero no es lo mismo...*

P: ¿Qué número de 1 a 10 indicaría su satisfacción actual en esta área?

PU: *Bueno, sería un cero... pero como no hay un "0" tendrá que ser "1"...*

P: Está muy, muy insatisfecho.

PU: *¿Y usted no se sentiría así si estuviera en mi situación?*

P: **Creo que cualquier persona acostumbrada a tener vida social con amistades distintas a la familia se sentiría como usted, si dejara de ver a esas amistades y no tuviera vida social, y estar solamente en su casa cuando no está trabajando.**

PU: *(Asiente con la cabeza).*

P: **¿Qué tendría que cambiar para que su satisfacción aumentara en 2 puntos, de "1" a "3"?**

PU: *No sé... porque sé que esos amigos de antes no me convienen... algo tendría que cambiar... pero no sé...*

P: **Siente que las cosas no pueden seguir igual que en la actualidad, pero en este momento no puede imaginarse algo que lo ayudaría.**

PU: *Sí...*

P: **Anotaré eso en este recuadro, "algo tiene que cambiar... pero aún no sé cómo". ¿Está bien?**

PU: *Sí...*

P: **Agradezco su confianza para hablarme de las cosas que lo están aproblemado [sic].**

PU: *Es que quiero que ustedes me ayuden para no tirar todo por la borda...*

P: **Nos quedan otras áreas en las cuáles pensar... ¿Cuál es su satisfacción...?**

PU: *En el resto de las cosas que dice ahí, las cosas están bien, yo diría "7" o "8"... estoy trabajando... el trabajo no es lo máximo... pero salva [sic]... como ahora no consumo... ya no faltó a la pega como antes... el dinero nos alcanza... un poco apretados... pero alcanza... no pagamos arriendo ni tenemos deudas... Y nunca he tenido problemas con la ley... y ¡Dios quiera que nunca tenga esos problemas!*

P: **¿Qué número quiere que escriba?**

PU: *"8"... las cosas están bien para mí... y en lo de la ley escriba "10".*

## PASO 3

P: Ahora le pediré algo. Mire lo que hemos escrito en la hoja...

El profesional muestra el **Mapa 1A. Planificación de metas** que fue completando mientras conversaba con la persona (Paso 2).

PU: Bueno...

P: Hay tres áreas de su vida en la cual las cosas necesitan mejorar... en las cuales usted se siente bastante insatisfecho.

PU: Sí...

P: Me da la impresión que estas tres áreas están bastante relacionadas, y quizá para que mejore su satisfacción en una también es necesario que mejoren las otras. ¿Qué piensa de esto?

PU: Creo que tiene razón...

P: Si pensamos en un número que indica el orden de importancia que tiene para usted hacer algo para que las cosas mejoren. ¿Qué número de "1" a "3" escribiría aquí? (lo muestra, "orden de prioridad")

PU: Todas son muy importantes, yo escribiría "1" en esas tres...

P: Lo escribiré (escribiendo)... Bien, pero como no podemos pensar en todas estas cosas a la vez. ¿En cuál de estas áreas cree que necesitamos concentrarnos primero?

PU: En la relación con mi esposa...

## PASO 4

P: Bien. Para ayudarnos en esto, trabajaremos con esta hoja.

El profesional muestra el **Mapa 2. Las primeras tres metas**. Es el mismo mapa presentado en el Escenario 1 de este documento.

# Mapa 1A: Planificación de metas

ÁREA PROBLEMA	SATISFACCIÓN DE 1 A 10	¿QUÉ TENDRÍA QUE CAMBIAR PARA AUMENTAR MI PUNTUACIÓN EN 2 PUNTOS?	ORDEN DE PRIORIDAD
Salud (física y mental)	3	Andar menos enojón... y tendría menos problemas en la casa.	1
Vida social y amistades	1	Algo tiene que cambiar... pero aún no sé cómo.	1
Relación con otras personas (pareja o familia)	2	Si disminuyeran los conflictos.	1
Vivienda	8		
Trabajo/Educación	8		
Dinero (Finanzas)	8		
Actividad física	8		
Problemas con la ley	10		
Uso de drogas y/o alcohol	3		

## Mapa 2: Las primeras tres metas

META

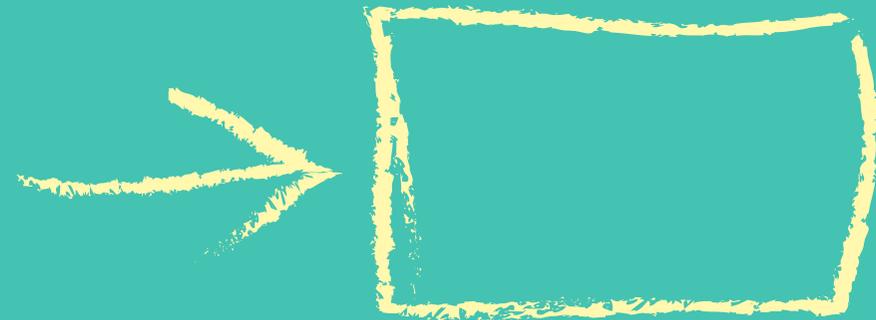


¿En qué estará mejor su vida cuando alcance esto?  
¿Qué estará haciendo en forma diferente cuando alcance esto?  
¿Qué será distinto para usted (y para las personas que son significativas para usted) cuando alcance esto?



# Lógica de la intervención

Obsérvese que lo que se ha anotado en el recuadro “meta” no está bien formulado (Berg y Miller, 1996), ya que enuncia la ausencia de eventos y no la presencia de algo; por lo tanto, es conveniente reformularla.



# Diálogo de la sesión

## Las primeras tres metas

P: Aquí escribimos que si disminuyeran los conflictos con su esposa, la relación con su familia mejoraría en 2 puntos.

PU Sí.

P: Si entiendo bien, esto significaría que usted y su esposa estarían usando estrategias de comunicación respetuosas, y resolviendo sus conflictos en una forma que favorezca la armonía en su relación de pareja.

PU: Sí...

P: Bien, anotaremos esto aquí (**Mapa 2. Las primeras tres metas**).

## Mapa 2: Las primeras tres metas

### META



¿En qué estará mejor su vida cuando alcance esto?  
¿Qué estará haciendo en forma diferente cuando alcance esto?  
¿Qué será distinto para usted (y para las personas que son significativas para usted) cuando alcance esto?



# Lógica de la intervención

Después de reformular esta meta, el profesional puede realizar las mismas intervenciones descritas en el Escenario 1 de este documento, con el Mapa 2. Las primeras tres metas y el Mapa 3. Acciones específicas. Al igual que en el Escenario 1, el producto del trabajo con el Mapa 3 puede ser trasladado al formato del PTI usado en el programa de tratamiento.



# 2.3



## Metas bien formuladas

La literatura ha descrito las características de las metas “bien formuladas” (por ejemplo, Berg y Miller, 1996; Dryden, 2018; Law & Jacob, 2013). La principal utilidad de las metas “bien formuladas” es posibilitar el monitoreo continuo de los logros en el tratamiento, y que la persona usuaria y los profesionales decidan el momento en el cual los logros obtenidos hacen recomendable finalizar el tratamiento.

### Características de las metas bien formuladas

1. **Enuncian la presencia** y no la ausencia de algo (es decir, afirman lo que se desea alcanzar).
2. Son **específicas** (en oposición a respuestas vagas<sup>16</sup>), y están formuladas en **términos de conductas**, lo cual posibilita el monitoreo de su logro, ya que se pueden monitorear los comportamientos o acciones, pero no las intenciones.
3. **Pueden ser alcanzadas** en un período razonable de tiempo.
4. Son **realistas** y alcanzables en el contexto de la vida de la persona.
5. Son **importantes** para la persona.

16 Por ejemplo, en el proceso de co-construcción de la meta “lograr y mantener la abstinencia del uso de alcohol”, el profesional le pregunta a la persona “¿en qué estará mejor su vida cuando alcance esto?”. La persona responde: “Estará mucho mejor... mucho mejor...”. Como puede observarse, esa respuesta es vaga, inespecífica. El profesional podría ayudar a que la respuesta de la persona sea específica preguntando: “¿Qué estará haciendo en forma diferente cuando alcance esto?”.

Es necesario advertir que comúnmente cuando una persona busca ayuda para sus problemas de salud mental en un servicio público o privado, le comunica al profesional quejas (síntomas) que orientan la evaluación diagnóstica; luego, el profesional co-construye con ella (y negocia cuando es necesario) las metas del tratamiento.

Sin embargo, como el tratamiento de las personas que presentan problemas asociados al uso de sustancias es un tratamiento estructurado (Oficina Contra la Droga y el Delito, 2003), los profesionales deben realizar la evaluación de diversas dimensiones o áreas que la investigación de resultados del tratamiento ha mostrado que afectan o influyen en la recuperación de la persona<sup>17</sup>.

El carácter de tratamiento estructurado está ilustrado del siguiente modo:

## Carácter de tratamiento estructurado según escenario

a

Los profesionales, luego de realizar los procesos de evaluación integral y formulación de caso, proponen metas a la persona usuaria.

b

El profesional propone áreas problema a la persona usuaria, y facilita que ella decida en cuáles de esas áreas necesita ayuda.

17 Dimensiones respecto a las cuales la persona usuaria no reportaría información en forma espontánea.

Obviamente, en ambos escenarios la persona tiene libertad para proponer problemas y metas no sugeridas por los profesionales.

Es conveniente considerar dos situaciones que pueden hacer necesario que el profesional negocie esas metas con la persona:

- **Situación 1:** La meta enunciada por la persona supone el cambio de comportamiento de un tercero significativo.
- **Situación 2:** La meta de la persona supone riesgos para la salud o la integridad de sí misma o de otras personas.

## Situación 1 La meta enunciada por la persona supone el cambio de comportamiento de un tercero significativo.

Por ejemplo, la persona podría indicar lo siguiente: control) que podrían llevar al cambio de comportamiento de la esposa. Por ejemplo:

- Área Problema: Relación con otras personas (pareja o familia)
- Satisfacción de 1 a 10: "2"
- ¿Qué tendría que cambiar para aumentar mi puntuación en 2 puntos?: "Que mi esposa cambie... que deje de criticarme y desconfiar de mí".

Como puede observarse, la persona está indicando que esa área mejoraría si su esposa modificara su comportamiento, un evento que está más allá del control de la persona. En este caso, el profesional podría negociar esa meta indagando con la persona los comportamientos propios (que están bajo su

P: Su situación mejoraría si su esposa no lo criticara y confiara en usted.

PU: Sí.

P1: Permítame una pregunta, ¿qué podría comenzar a hacer usted que le indique a su esposa que se puede confiar en usted?

P2: Permítame una pregunta, ¿qué podría comenzar a hacer usted para ayudar a que su relación de pareja sea armoniosa?

P3: Permítame una pregunta, ¿cuál sería la primera cosa que usted vería en la relación con su esposa que indicaría que hay un pequeño cambio positivo en su relación? (Shazer et al., 2007).

18 Podría ocurrir que en ese proceso de indagación/negociación que la persona usaria se percate que con independencia de lo que haga o no haga la relación de pareja continuará siendo conflictiva; lo cual implicaría, entonces, explorar la conveniencia de mantenerse en esa relación.

## Situación 2

La meta de la persona supone riesgos para la salud o la integridad de sí misma o de otras personas.

Por ejemplo, un adolescente que presenta trastorno de la alimentación (anorexia) podría proponer la meta de bajar 10 kg de peso; o un adulto deprimido espera que alguien lo ayude a terminar con su vida.

- En el caso del adolescente, el profesional podría preguntar (Law & Jacob, 2013): “¿Qué esperarías que fuera diferente si bajas 10 kg?”. Esta pregunta da la oportunidad al adolescente para que hable de sus esperanzas, por ejemplo: “Tendría más confianza en mí mismo, si fuera más delgado” o “sentiría que he logrado algo”. Esas respuestas del adolescente permiten iniciar un proceso de negociación de metas que sean aceptables para el profesional y, en el caso de la persona, construir confianza, tener éxito (Law & Jacob, 2013).
- Respecto al ejemplo del adulto deprimido, no es aconsejable confrontar o aconsejar a la persona respecto a lo inconveniente de esa meta. Se sugiere que el profesional pueda iniciar la negociación de esa meta y solicitarle a la persona que se imagine respondiéndole a un amigo que haya expresado ese deseo; esta estrategia posibilita que la persona tome una distancia suficiente para participar en el proceso de renegociación de su propia meta (Dryden, 2018).

# 3



Uso de escalas visuales análogas  
para evaluar el logro  
de las metas terapéuticas

## Uso de escalas visuales análogas para evaluar el logro de las metas terapéuticas

- Las escalas visuales análogas (EVA) usadas en la evaluación de la valoración (subjetiva) de la intensidad del dolor, también han sido utilizadas en la práctica de la psicoterapia orientada a metas, para monitorear o medir el logro —desde el punto de vista de la persona usuaria— de las metas propuestas para el tratamiento.
- Generalmente la EVA consiste en una línea graduada entre 0 y 10 puntos (Law & Jacob, 2013), entre 1 y 10 puntos (Berg y de Shazer, 2001; de Shazer et al., 2007), o entre 0 y 7 puntos (Jacob et al., 2018), en la cual la persona marca un número para indicar los progresos que ha realizado en el alcance de la meta propuesta.

## Interpretación de los números

- El número **0 o 1** representa que la persona **no ha hecho progresos** en el alcance de la meta.
- El número **10 o 7** representa que **se ha logrado** totalmente la meta.

Se sugiere usar una EVA graduada entre 1 y 10 puntos<sup>19</sup>, porque la unidad de medida decimal puede convertirse con facilidad en un porcentaje para comparar los logros entre personas usuarias.

La EVA graduada entre 1 y 7 puntos podría usarse con niños, ya que su puntuación coincide con la escala de notas escolares usada en el país.

---

<sup>19</sup> Se sugiere comenzar la escala graduada en "1" y no en "0", porque es difícil que las personas no hayan progresado en lo absoluto en el alcance de una meta que es importante para ellas.

En la literatura se encuentran dos usos de la EVA en el tratamiento:

### Usos de escalas visuales análogas (EVA)

- Como una estrategia para **evaluar los logros** de la persona
- Como una estrategia para **evaluar los logros y co-construir comportamientos/acciones** que conduzcan al logro de la meta.



# 3.1



## Evaluación de los logros de la persona

Se ejemplificará el uso de la EVA para la evaluación de los logros de la persona usuaria con la meta co-construida en el Escenario 1.

---

### Meta 1 “Lograr y mantener la abstinencia del uso de alcohol”.

---

P: ¿Qué estará haciendo en forma diferente cuando alcance esto?

*ha ayudado, como que me he olvidado de las ganas...*

PU: *Bueno... no estaré bebiendo... bueno... para eso tendré que juntarme menos con mis amigos... pasaré más tiempo en mi casa... y tendré que hacer algo cuando me vengan las ganas de beber... algo ya he hecho con eso... venir para acá a las sesiones con los profesionales me*

P: ¿Está bien que yo anote aquí “abstenerme del uso de alcohol, juntarme menos con mis amigos, pasar más tiempo en mi casa con mis seres queridos, y aprender estrategias para manejar las ganas de beber”?

Obsérvese que la persona está describiendo los indicadores del logro de la meta; y esos serán los indicadores que se medirán para evaluar el alcance de la meta. Podría usarse la EVA para evaluar la meta en forma global, o podría evaluarse cada uno de los indicadores de la meta.

P: En una escala de 1 a 10 (muestra la escala), donde 1 significa "no he logrado ni mantenido la abstinencia de alcohol" y 10 indica "he logrado y mantenido la abstinencia de alcohol", ¿en qué número diría usted que se encuentra hoy?

PU: Hum... yo diría un "3"...

P: ¿Qué le hace decir que está en "un 3" en lugar de "2" o "1"?

El profesional indaga cambios pre-tratamiento (Duncan et al., 2004).

PU: Es que desde que comencé a venir a esas clases [sic] en las que varios profesionales me hicieron muchas preguntas y tuve que llenar unos test, he bebido menos que antes... he pensado harto [sic] en eso que me dijo el médico... la bebida me está haciendo mal... y yo no quiero que me pase lo que le ocurrió a mi tío...

P: ¿Cómo lo han ayudado esos pensamientos a beber menos? (indagando el proceso que ha facilitado el cambio pre-tratamiento).

PU: Es que cuando pienso en mi tío... lo veo avejentado... flaco... sucio... como que está en medio de una oscuridad... solo... y no quiero estar así...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



P: Y cuando tiene esa imagen, ¿qué hace usted? (indagando acciones, abiertas o encubiertas).

PU: *No se ría... converso conmigo mismo, como si fuera un Pepe Grillo hablándome en la oreja, y me digo ¡tú no puedes llegar a eso!... respiro hondo... y me concentro en lo que estoy haciendo en ese momento...*<sup>20</sup>

Si se elige evaluar cada indicador de la meta por separado, se procede del mismo modo con cada uno de ellos:

- **“Abstenerme del uso de alcohol”**
- **“Juntarme menos con mis amigos”**

- **“Pasar más tiempo en mi casa con mis seres queridos”**

- **“Aprender estrategias para manejar las ganas de beber”**

El profesional y la persona acordarán el plazo en el cual evaluarán cuánto ha avanzado hacia el logro de la meta.

<sup>20</sup> Las descripciones que hace la persona permiten suponer que es capaz de imaginarse vívidamente acciones o circunstancias, y que se percata de su diálogo interno; fortalezas que pueden usarse en futuras intervenciones terapéuticas.

# 3.2



## Evaluación de logros y co-construcción de comportamientos

Se utilizará una meta enunciada en el Escenario 2 para ejemplificar el uso de la EVA para la evaluación de los logros de la persona y la co-construcción de comportamientos o acciones que conduzcan al logro de la meta.

### Meta Prioridad 1

“Usar estrategias de comunicación respetuosas, y resolver los conflictos en una forma que favorece la armonía en la relación de pareja”.

P: En una escala de 1 a 10 (muestra la escala), donde 1 significa “no uso estrategias de comunicación respetuosas, ni resuelvo los conflictos en una forma que favorezca la armonía en la relación de pareja” y 10 indica “estoy usando estrategias de comunicación respetuosas, y resuelvo los conflictos en una forma que favorece la armonía en la relación de pareja”, ¿en qué número diría usted que se encuentra hoy?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PU: ¡Puchas! [sic]... estamos remal con mi señora... yo diría que estamos entre 1 y 2... es que estamos como el perro y el gato [sic]...

P: Una pregunta, si están como el perro y el gato, ¿qué le hace pensar en un número "entre 1 y 2", y no en "1"?

PU: Bueno... es que yo sé que mi esposa se interesa en mí... por eso me acompañó hoy día... está esperándome en la oficina de la secretaria...

P: ¿Qué necesitaría hacer a partir de hoy para aumentar de "entre 1 y 2" a "3" o a "4"?<sup>21</sup>

PU: Mmm... mmm... no es fácil lo que me está preguntando...

P: Imagino que no es fácil para usted, ya que me dice que su esposa y usted están como el perro y el gato... peleados y distanciados...

PU: ¡Y viera lo distanciados que estamos!... mi señora se ha estado acostando en la cama de mi hija esta última semana...

P: Y a pesar de lo distanciados que están, ella lo acompañó esta tarde.

PU: Es que yo creo que en el fondo ella quiere que nos arreglemos...

P: Supongo que usted desea lo mismo, ya que indicó que su prioridad número 1 es que mejore la relación con su esposa.

PU: Sí...

P: ¿Tiene algún amigo o algún familiar que se haya encontrado en una situación parecida a la suya, que hizo algo que lo ayudó para que su relación matrimonial comenzara a mejorar de a poco?

PU: Tengo amigos que han estado en lo mismo... pero usted sabe... cuando los hombres nos juntamos hablamos muy poco de esas cosas... el Juan se arregló con la señora... pero no le pregunté qué hizo... imagino que las cosas comienzan a arreglarse cuando uno se anima a conversar de verdad con la esposa... sin ponerse a la defensiva...

P: "Conversar de verdad, sin ponerse a la defensiva". ¿Cómo sería eso?

PU: Usted sabe... decirle a la esposa lo que uno siente de verdad...

P: Y si usted se animara a decirle a su esposa lo que de verdad siente hoy día, ¿qué le diría?

PU: Sé que me va a costar... pero le diría, "vieja... ¡gracias!... aunque sé que lo estamos pasando remal, igual me acompañaste al doctor hoy día"...

P: Estaría comunicándole su agradecimiento por la preocupación de ella por usted.

PU: Sí...

P: Permítame anotar lo en esta hoja (Mapa 3, recuadro número 1). ¿Qué otra cosa se imagina que podría comenzar a hacer después para que el número aumente a 3 o a 4?

El profesional y la persona usuaria acordarán el plazo para evaluar su avance en esta meta (estar en 3 o en 4).

21 Obsérvese que se está preguntando por cambios pequeños, aumentar 1,5 o 2,5 puntos en la escala de 1 a 10. Si la persona logra realizar cambios pequeños en su comportamiento, se estará fomentando su autoeficacia.

A decorative graphic consisting of a thin white arc that starts from the top left and curves towards the bottom center, ending at a solid yellow circle. The background is a solid light green color.

4

Reflexión final

## Reflexión final

En este documento se ha explorado el uso de las representaciones gráficas de mapeo en la co-construcción del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI), y el uso de la escala visual análoga (EVA) para evaluar los progresos de la persona usuaria en el logro de sus metas de tratamiento.

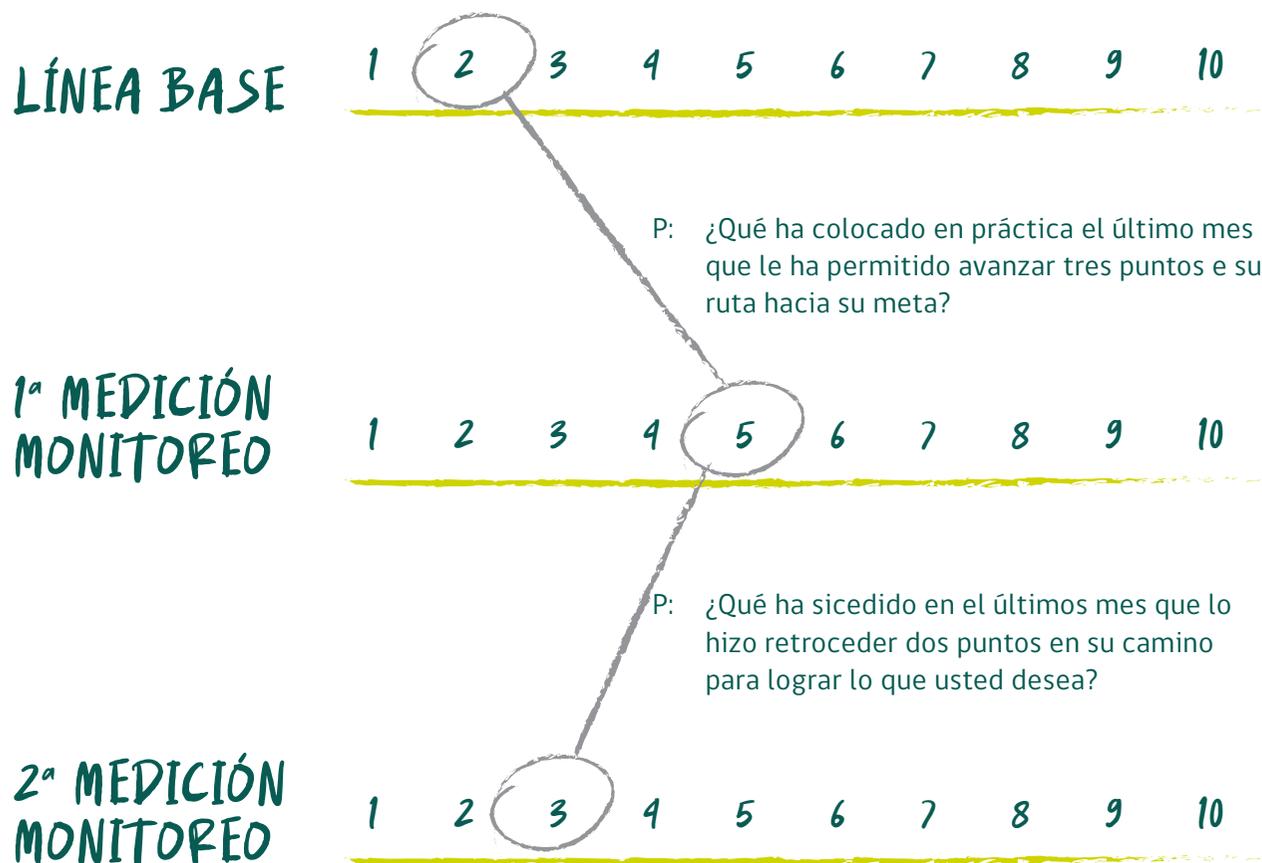
Como métodos gráficos (representaciones visuales) —y desde un punto de vista técnico—, estas estrategias poseen diversas ventajas en comparación con el lenguaje hablado (conversación terapéutica) (Dansereau y Simpson, 2009):

### 1. Facilitan que un contenido abstracto sea representado en forma concreta (Winn, 1991).

Por ejemplo, en la EVA la persona representa por medio de un número su apreciación (subjetiva) de su posición actual (línea base y mediciones sucesivas) en su ruta o camino para alcanzar un estado deseado (meta).

En el monitoreo del logro de la meta, la persona puede comparar su puntuación en las EVAs sucesivas, lo cual puede facilitar su reflexión/reconocimiento de sus acciones que le han permitido avanzar en su ruta (lo cual fomenta su autoeficacia), o pensar/explicarse el retroceso en sus puntuaciones.

# Ejemplo de uso de EVAs sucesivas



En el ejemplo representado en la figura anterior, la evaluación en la segunda medición de monitoreo puede dar lugar a las siguientes acciones (Duncan et al., 2003):

- **implementar otras estrategias terapéuticas** para ayudar a la persona a progresar en su ruta hacia su meta; o
- **co-construir con la persona una meta** que se adecúe más a su contexto y a sus posibilidades (es decir, que sea una meta realista); o
- **revisar la formulación de caso** para esa persona y proponer otra hipótesis acerca del problema que ha dado origen a esa meta; en consecuencia, proponer una nueva meta (Escenario 1, p. 13 de este documento).

## 2. Los diagramas (mapeo) proveen un esquema y un orden para organizar la información y para resolver problemas (Winn, 1991).

*Los diagramas y el sistema visual humano suministran en forma gratis todas las inferencias [...] perceptuales. [...] si un problema de geometría es dado en forma verbal, sin un diagrama, todos los elementos deben ser contruidos en forma explícita (o quizá en parte por algún proceso imaginario interno). Debido a que un diagrama 'produce' todos los elementos 'gratis' es que es tan útil.*

(Larkin y Simon, 1987, p. 92)

Desde el punto de vista de los supuestos que subyacen a la metodología ilustrada en el uso<sup>22</sup> de las representaciones visuales (mapeo y EVA), esa metodología supone que todas las personas poseen un potencial para el cambio de comportamiento, y que la persona es capaz de comprometerse activamente en un proceso para la construcción de cambio personal cuando el profesional provee las condiciones adecuadas (Duncan et al., 2004; Miller y Rollnick, 2013; Vansteenkiste y Sheldon, 2006).

Las conversaciones terapéuticas ilustradas en este documento son congruentes con las condiciones descritas en la teoría de la autodeterminación para el cambio de comportamiento (Ryan et al., 2011;

Ryan y Deci, 2017). Según esa teoría, existen tres necesidades psicológicas básicas para la automotivación y para la integración de la personalidad:

### ● Necesidad de autonomía

Las personas tienden a comprometerse en acciones que son voluntarias en lugar de controladas u obligadas. Los métodos que incorporan la autonomía de los usuarios fomentan su voz, su iniciativa y la elección de opciones, a la vez que minimizan el uso de motivadores como los controles, las contingencias (refuerzo positivo de un comportamiento deseado<sup>23</sup>) o la autoridad.

22 Hace referencia a las conversaciones terapéuticas.

23 Sin embargo, los estudios de meta-análisis y de revisión sistemática de la literatura de la investigación de la implementación de programas de administración de contingencias en el tratamiento de personas adultas que presentan trastorno por uso de sustancias, han mostrado que esa estrategia terapéutica es efectiva en la reducción o abstinencia del uso de las sustancias y en la retención de las personas en el tratamiento.

Puede observarse que en el proceso de negociación de metas ilustrado en el Escenario 1 (p. 13 de este documento), se ha fomentado la autonomía de la persona en ese proceso, en ningún momento el profesional ha impuesto su autoridad “experta” para persuadirla para que acate lo sugerido por el equipo interdisciplinario. En el Escenario 2 (p. 42 de este documento), el profesional propone un número de áreas problema (basadas en la evidencia) para que la persona evalúe su nivel de satisfacción en esos dominios, y determine en qué áreas es necesario realizar cambios de comportamiento.

#### ● **Necesidad de competencia**

Se refiere a la necesidad psicológica de experimentar confianza en la capacidad de la persona para afectar los resultados de una acción. El respeto de esta necesidad está representado en el proceso de co-construcción de metas “bien formuladas”, y en las conversaciones que fomentan la imaginación de comportamientos concretos al alcance de la persona para el logro de esas metas.

#### ● **Necesidad de relación**

Se refiere a la necesidad de sentirse conectado con otras personas significativas. En todas las conversaciones se ilustran estrategias de comunicación del profesional que fomentan una relación positiva (vínculo terapéutico):

- preguntas abiertas
- reflejos terapéuticos
- reconocimiento
- resúmenes

Es el caso de las estrategias OARS (Miller y Rollnick, 2013) o de las estrategias de “no saber” (DeJong y Berg, 1998).



# Referencias



# Referencias

- Berg, I. y de Shazer, S. (2001). Hacer hablar a los números: el lenguaje de la terapia. En S. Friedman (Comp.) *El nuevo lenguaje del cambio. Colaboración constructiva en psicoterapia* (pp. 25-50). Editorial Gedisa.
- Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Editorial Gedisa.
- Bobes, J.; G.-Portilla, M.; Bascarán, M.; Sáiz, P. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (2a Ed.). Ars Médica.
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of The Psychoanalytic Concept of The Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bowen, S.; Chawla, N. y Marlatt, G. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basado en Mindfulness. Guía Clínica*. Desclée De Brower.
- Collier, C.; Czuchry, M.; Dansereau, D. & Pitre, U. (2001). The Use of Node-Link Mapping in the Chemical Dependency Treatment of Adolescents. *Journal of Drug Education*, 31(3), 305-317. DOI: 10.2190/GMC2-K3XX-XLHF-K2JO
- Cooper, M. & Law, D. (Eds.). (2018). Introduction. En *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling* (pp. 1-13). Oxford University Press.
- Czuchry, M. & Dansereau, D. (1999). Node-Link Mapping and Psychological Problems Perceptions of a Residential Drug Abuse Treatment Program for Probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(4), 21-329. DOI: 10.1016/S0740-5472(99)00013-6
- Czuchry, M.; Newbern-McFarland, D. & Dansereau, D. (2009a). Visual Representation Tools for Improving Addiction Treatment Outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(2), 181-187. DOI: 10.1080/02791072.2009.10399911

- Czuchry, M.; Timpson, S.; Williams, M.; Bowen, A. & Ratliff, E. (2009b). Improving condom self-efficacy and use among individuals living with HIV: The positive choices mapping intervention. *Journal of Substance Use*, 14(3-4), 230-239. DOI: 10.1080/14659890902874212
- Dansereau, D.; Dees, S.; Chatham, L.; Boatler, J. & 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 Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.
- Dansereau, D. & 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 Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.
- Dansereau, D. & Simpson, D. (2009). A Picture Is Worth a Thousand Words: The Case for Graphic Representations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 104-110. DOI: 10.1037/a0011827
- Day, E. (2013). *Routes to Recovery via the Community*. Public Health England.
- DeJong, P. & Berg, I. (1998). *Interviewing for solutions*. Brooks/Cole Publishing.
- de Shazer, S.; Dolan, Y.; Korman, H.; Trepper, T.; McCollum, E. & Berg, I. (2007). *More than Miracles. The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. Routledge.
- Dryden, W. (2018). From problems to goals: Identifying 'good' goals in psychotherapy and counselling. In M. Cooper and D. Law (Eds.), *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling* (pp. 139-159). Oxford University Press.
- Duncan, B.; Hubble, M. y Miller, S. (2003). *Psicoterapia con casos "imposibles". Tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Editorial Paidós.
- Duncan, B.; Miller, S. & Sparks, J. (2004). *The Heroic Client. A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. John Wiley & Sons.
- Freeman, J.; Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Editorial Paidós.
- Guardia, J.; Segura, L.; Gonzalvo, B.; Trujols, J.; Tejero, A.; Suárez, A. y Martí, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 123(6), 211-216.
- Guardia, J. Luquero, E.; Siñol, N.; Burguete, T. y Cardús, M. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica. *Adicciones*, 18(3), 265-274. <http://www.adicciones.es/files/8-%20Guardia.pdf>
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.

- Jacob, J.; Edbrooke-Childs, J.; Lloyd, C.; Hayes, D.; Whelan, I.; Wolpert, M. and Law, D. (2018). Measuring outcomes using goals. In M. Cooper and D. Law (Eds.), *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling* (pp. 111-127). Oxford University Press.
- Jensen, M.; Karoly, P. & Braver, S. (1986). The Measurement of Clinical Pain Intensity: a Comparison of Six Methods. *Pain*, 27, 117-126. DOI: 10.1016/0304-3959(86)90228-9
- Johnstone, L. (2014). Using formulation in teams. In L. Johnstone and R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making sense of people's problems* (2a Ed.) (pp. 216-242). Routledge.
- Knight, D.; Joe, G; Becan. J.; Crawley, R.; Theisen, S. & Flynn, P. (2018). Effectiveness of an Intervention for Improving Intrinsic Motivation Among Adolescent Males in a Secure Substance Use Treatment Setting. *Criminal Justice and Behavior*. DOI: 10.1177/0093854818804857
- Larkin, J. & Simon, H. (1987). Why a Diagram is (Sometimes) Worth Ten Thousand Words. *Cognitive Science*, 11, 65-99. DOI: 10.1111/j.1551-6708.1987.tb00863.x
- Law, D. & Jacob, J. (2013). Goals and Goal Based Outcomes (GBOs). *Some Useful Information* (3a Ed.). CAMH Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change* (3a Ed.). The Guilford Press.
- Murciasalud (2010). Edad mínima de utilización de una escala visual analógica para la evaluación del dolor. [http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=-mostrar\\_pregunta&id=18237&idsec=453](http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=-mostrar_pregunta&id=18237&idsec=453)
- Naar-King, S. & Suarez, M. (2011). *Motivational Interviewing with Adolescent and Young Adults*. The Guilford Press.
- Newbern, D.; Dansereau, D.; Czuchry, M. & Simpson, D. (2005). Node-Link Mapping in Individual Counseling: Treatment Impact on Clients with ADHD-Related Behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(1), 93-103. DOI: 10.1080/02791072.2005.10399752
- Norcross, J. & Lambert, J. (2010). Evidence-Based Therapy Relationships. In J. Norcross (Ed.), *Evidence-Based Therapy Relationships* (pp. 1-4). DOI: 10.1.1.596.7529
- Norcross, J. & Wampold, B. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. DOI: 10.1037/a0022161
- Nurcombe, B. (2014). Diagnosis and treatment planning in child and adolescent mental health problems. In J.M. Rey (Ed.). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <http://ccamh.ui.edu.ng/wp-content/uploads/A.11-TREATMENT-PLAN-2014.pdf>

- O'Connor, K.; Schaefer, C. and Braverman, L. (Eds.). (2016). *Handbook of Play Therapy* (2a Ed.). John Wiley & Sons.
- Oficina Contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de Drogas; tratamiento y rehabilitación*. Guía práctica de planificación y aplicación. Naciones Unidas.
- Rubio, G.; Urosa, B.; Rubio, M.C.; Ulibarri, S. y Mata, F. (1996). Validación de un cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol en población española. *Anales de Psiquiatría*, 12, 285-289.
- Rubio, G.; Urosa, B. y Santo Domingo, J. (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol. *Psiquiatría Biológica*, 5(1), 44-47.
- Ryan, R. & Deci, E. (2017). *Self-Determination Theory. Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. The Guilford Press.
- Ryan, R.; Lynch, M.; Vansteenkiste, M. & Deci, E. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193-260. DOI: 10.1177/0011000009359313
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2016a). *Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individuales (PTI)*. SENDA.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2016b). *Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP). Manual para el Entrevistador*. SENDA.
- Serrano-Atero, M.; Caballero, J.; Cañas, A.; García-Saura, P.; Serrano-Alvarez, C. y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 109-121.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, N° 27. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Vansteenkiste, M. & Sheldon, K. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 63-82. DOI: 10.1348/014466505X34192
- Williamson, A. & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 798-804. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x
- Winn, W. (1991). Learning from Maps and Diagrams. *Educational Psychology Review*, 3(3), 211-247. DOI: 10.1007/BF01320077





FONO DROGAS Y ALCOHOL  
 **1412**  
DESDE RED FIJA Y CELULARES

**eligevivir**  
— SIN DROGAS —

