

## “Elfo bueno - Elfo malo”

Proceso terapéutico de reconstrucción de identidad en un caso con esquizofrenia paranoide



**Trabajo de fin de grado (curso 2018-19)**

*Modalidad I: Fundamentación teórica y metodológica de las actividades realizadas y las técnicas utilizadas durante el prácticum*

Alumna: Nora Beunza Petrov

Tutora: Goretti Soroa Martínez

# Índice

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>2</b>
1.1. Persona con esquizofrenia.....	2
1.2. Figura terapéutica y alianza .....	3
1.3. Entorno terapéutico .....	6
<b>II. METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL DESARROLLO DEL PRÁCTICUM .....</b>	<b>7</b>
2.1. Presentación del caso.....	7
2.2. Objetivos .....	8
2.3. Procedimiento.....	8
2.4. Técnicas empleadas a nivel individual .....	9
2.4.1. Técnica del dibujo: árbol, familia, persona y dibujo libre .....	9
2.4.2. Técnica narrativa y uso de metáforas .....	10
2.4.3. Técnica de la máscara.....	11
2.5. Técnicas empleadas a nivel grupal .....	11
2.5.1. Psicoeducación .....	11
2.5.2. Relajación.....	12
<b>III. PROCESO TERAPÉUTICO Y CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
3.1. Establecimiento del vínculo.....	12
3.2. Resignificación de la esquizofrenia .....	14
3.3. Psicoeducación .....	17
3.4. Cierre: la bifurcación de caminos .....	17
<b>IV. CONCLUSIONES FINALES.....</b>	<b>18</b>
4.1. Limitaciones .....	18
4.2. Fortalezas.....	19
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>23</b>

## **RESUMEN**

El siguiente documento presenta las actividades realizadas a lo largo del prácticum del Grado de Psicología, efectuadas en un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS), especializado en trastorno mental grave. Ilustra el proceso terapéutico llevado a cabo con un paciente varón de 36 años, diagnosticado con esquizofrenia paranoide. El objetivo prioritario establecido fue la resignificación de su enfermedad, separando a la persona del problema, de modo que permitiera la detección e integración de los demás aspectos que componen su identidad, facilitando el inicio de una reconstrucción polifacética y una mejora de su autoestima. En la primera parte (teórica), se expondrán los elementos teóricos que han permitido fundamentar la intervención realizada, prestando especial atención a este triple eje: persona con esquizofrenia, figura terapéutica y espacio terapéutico. En la segunda parte (metodológica), se presenta la metodología empleada en el desarrollo del prácticum, aludiendo en especial a las técnicas basadas en la creatividad, al identificar el arte como el canal de comunicación predilecto del paciente. La tercera parte (aplicada), incluye elementos que permiten comprender el proceso terapéutico realizado y la consecución de los objetivos. La atención dedicada a estos elementos fueron las bases que permitieron garantizar la calidad del trabajo terapéutico realizado.

**Palabras clave:** esquizofrenia, proceso terapéutico, arte, vínculo.

## **I. MARCO TEÓRICO**

En el siguiente apartado, se presentan los elementos que fundamentan la intervención realizada, a saber: 1) El paciente y su enfermedad, aludiendo a las particularidades de la población a la que pertenece; 2) La figura terapéutica y la construcción de una alianza, como requisito primordial y prelude de todo trabajo terapéutico; y 3) La creación del entorno terapéutico, como escenario en el que se construye la labor conjunta. Así, se hace patente el triple eje que cimienta el trabajo llevado a cabo: Paciente - Terapeuta - Entorno.

### ***1.1. Persona con esquizofrenia***

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más documentado a lo largo de la historia de la salud mental. Es considerada una de las enfermedades más devastadoras dado el

coste personal y social que su padecimiento entraña, contando además con una prevalencia elevada, estimándose que 20 millones de personas la padecen actualmente en el mundo (Jiménez, Ramos, y Sanchís, 2008). Más allá de sus síntomas característicos, numerosos factores afectan negativamente a la calidad de vida de las personas que sufren este trastorno, como la ausencia de apoyo social o la insatisfacción de necesidades básicas (Eack, Newhill, Anderson, y Rotondi, 2007), tratándose de circunstancias relativamente habituales.

Dado su recorrido histórico y particularidad sintomatológica, esta enfermedad está ampliamente rodeada de mitos, leyendas e ideas erróneas que han contribuido a la formación de un estigma fuertemente arraigado en la sociedad. Estas ideas afectan a los propios pacientes, que, al pertenecer a un colectivo estigmatizado, acaban desarrollando un auto-estigma que, como indican Huang, Chen, Pakpour, y Lin (2018), impacta negativamente en su autoestima y bienestar. De hecho, en la revisión llevada a cabo por Karakaş, Okanlı, y Yilmaz (2016), se muestra que la internalización del estigma por parte de los pacientes, como resultado de la aceptación de los estereotipos y conductas discriminatorias asociadas con su enfermedad, está relacionada con un aumento de sentimientos de desesperación y una reducción de la autoestima, empoderamiento y percepción de autoeficacia. Esto parece llevar a una mayor reticencia a buscar ayuda, pérdida de confianza en los servicios sanitarios, reducción de la adherencia al tratamiento, incremento de ingresos psiquiátricos y, de forma general, un empobrecimiento de la calidad de vida de las personas que padecen el trastorno.

El paciente con el que se ha realizado el trabajo terapéutico pertenece a este colectivo vulnerable, no disponiendo, en su caso, de una red de apoyo social contundente, escasas relaciones significativas y contando con un recorrido vital complejo, incluyendo dos ingresos psiquiátricos y consumo de tóxicos. Estos elementos tienen una gran influencia sobre el autoconcepto y la autoestima del paciente, al igual que sobre sus creencias y expectativas acerca de sus propios recursos y la posibilidad de cambio.

## ***1.2. Figura terapéutica y alianza***

La construcción de la figura terapéutica se produce a medida que el paciente identifica al terapeuta como una persona dispuesta a ayudarlo, gracias a la actitud de acogida que presenta, más allá de sus habilidades. En este apartado, se describen dos factores clave en el desarrollo de una figura terapéutica, a saber: la alianza terapéutica y la re-construcción de significados.

### *1.2.1. Alianza terapéutica*

La alianza terapéutica, considerada uno de los componentes básicos de todo proceso psicoterapéutico, ha suscitado gran interés siendo conceptualizada, desarrollada y ampliamente estudiada desde el siglo XX hasta la actualidad. Desde el estudio de los factores comunes propulsado por Lambert (1992), numerosas investigaciones avalan la relevancia de establecer adecuadamente la alianza terapéutica. De hecho, la calidad y fortaleza de la misma es uno de los mayores predictores de la eficacia de la terapia, al igual que, en gran medida, explica su fracaso (Escudero, 2009).

De forma genérica, la alianza designa la relación establecida entre paciente y terapeuta a lo largo del proceso psicoterapéutico (Lossa, Corbella, y Botella, 2012). Nace de la construcción conjunta realizada entre ambos, que incluye las expectativas y opiniones que desarrollan sobre el trabajo efectuado, la relación y la perspectiva del otro (Corbella y Botella, 2003). Bordin (1976), citado por Escudero (2009), propone tres componentes básicos que la estructuran, ampliamente aceptados: acuerdo entre terapeuta y paciente acerca de las metas de tratamiento, acuerdo en las tareas necesarias para conseguir los objetivos y establecimiento de un vínculo positivo, con los lazos afectivos necesarios para sostener el trabajo que supone el cambio terapéutico.

Al tratarse de una co-construcción, tanto variables del terapeuta como del paciente influyen en su formación y establecimiento. Rogers (1957) proponía tres actitudes básicas que el terapeuta debía tener, siendo la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional del paciente, elementos fundamentales a la hora de establecer una alianza sólida. Más adelante, se ha demostrado que la confianza del terapeuta en su paciente refuerza estas tres actitudes, incrementando a su vez la confianza del paciente en él, tal y como indican Peschken y Johnson (1997), citados por Corbella y Botella (2003). La orientación de la terapia en el aquí y ahora, la capacidad del terapeuta de metacomunicar posibles malentendidos y sus habilidades sociales, son otras variables del terapeuta que influyen positivamente en el establecimiento de la alianza. Por parte del paciente, el tipo de apego que presenta, su motivación, actitud y expectativas, entre otros elementos, intervienen también en la construcción de la misma, como recogen Corbella y Botella (2003) en la revisión realizada sobre este tema.

Una alianza sólida facilita la expresión de los recursos latentes del paciente (Bermejo, 2012), necesarios para la autonomía de su proceso. La responsabilidad y conciencia ética del terapeuta se convierte en un componente imprescindible, dada su posición en este proceso,

debiendo prestar especial atención a evitar toda manipulación y ambigüedad en sus intervenciones (Hernández, 2007). Respetar los principios básicos de beneficencia, no maleficencia y autonomía (COP, 2004), se revela fundamental para velar por el bienestar del paciente, cuestionando si cada intervención realizada contribuye a la construcción de su trabajo desde su individualidad. El terapeuta debe facilitar la creación de un espacio que permita al paciente volver a confiar en sí mismo y de este modo, adueñarse de su propio proceso.

### *1.2.2. Reconstrucción de significados*

La relevancia de las hipótesis, tal y como indican Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata (1980), no reside en su veracidad o falsedad, sino en su funcionalidad. Mediante su comprobación o descarte, permiten orientar la exploración, obtención de información e intervención de forma adaptada a las necesidades de la persona, siendo relevante por ello, no tanto su valor verídico como la mayor o menor utilidad que pueda tener cada una.

Teniendo esto en cuenta, no se debe olvidar que el paciente es protagonista y constructor de su realidad y persona, haciéndose patente la importancia de dar crédito a su vivencia, evitando seguir ciegamente la orientación establecida por las hipótesis formuladas, a riesgo de cometer omisiones sobre la experiencia de la persona.

Contemplando al paciente como experto en sí mismo y al terapeuta, no como autoridad experta, sino como un profesional en “formas de ayudar”, fomenta la idea de un trabajo conjunto en el cual uno aporta experiencia y el otro conocimiento (Menéndez y Del Olmo, 2010; Montesano, 2012). El terapeuta se encuentra, de este modo, en una posición más humilde y se abre a explorar cómo el paciente construye su realidad dentro de las facetas que decide exponer, y qué aspectos de esta construcción son fuente de sufrimiento. El constructivismo moderno, tal y como explica Watzlawick (1988), analiza los procesos de percepción, conducta y comunicación que permiten al ser humano construir todas sus realidades (individual, social, ideológica...). De este modo, para producir un cambio en la construcción de la realidad de una persona, el terapeuta debe conocer esta realidad. Esto permite comprenderla profundamente y detectar los elementos que causan sufrimiento en esta construcción, para ayudar a atribuirles otro significado menos doloroso, convirtiéndola en una realidad más tolerable, a pesar de que sustancialmente la realidad objetiva no cambie. Esto, sin embargo, tiene un impacto positivo en la vivencia del sujeto.

### ***1.3. Entorno terapéutico***

El espacio terapéutico es el contexto en el que se crea el vínculo. Facilitar el establecimiento de un espacio en el que la persona se sienta segura, aceptada y comprendida por el terapeuta, permitirá su paulatina apertura, sintiéndose libre para experimentar, comunicarse y desplegar todo el potencial del que dispone (Barceló, 2012). La genuina confianza del terapeuta en él, contribuye a una progresiva recuperación de la confianza en sí mismo.

El carácter terapéutico de la relación reside en numerosos factores como la asimetría inherente a la demanda, la retribución económica que suele estar asociada al uso de este servicio, el encuadre y la realización de una intervención basada en las necesidades del paciente y fundamentada en principios teórico-empíricos contundentes (García, Fantin, e Isgró, 2015). Estos elementos convierten esta relación en singular, con límites particulares que la diferencian de cualquier otro tipo de vínculo, sin por tanto excluir su autenticidad.

Los límites establecen las condiciones de trabajo, siendo un marco de referencia que se explicita, entre otros elementos, gracias al encuadre. Provee a través del espacio y el tiempo, pistas sólidas que permiten al paciente ubicarse en su proceso y relación con el terapeuta. Además, proporciona estabilidad y una sensación de continuidad al repetirse el momento y lugar en el que se da el trabajo terapéutico, contribuyendo de este modo a la asociación del contexto a la labor desarrollada y al progreso alcanzado.

Menéndez y Del Olmo (2010) recogen la especial relevancia del encuadre en procesos que implican el uso de herramientas creativas, al proporcionar un espacio de contención y de límite para las producciones artísticas que participan en la construcción de “pedazos de identidad”. Crea un espacio en el cual la persona se siente segura para “pensarse y hacerse” a través de su obra, limitando la angustia de conectar con contenidos intolerables o dolorosos e invitándole a asumir riesgos, aventurarse a explorar su interior, aceptando emociones y negociando significados.

## **II. METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL DESARROLLO DEL PRÁCTICUM**

### ***2.1. Presentación del caso***

El paciente con el que se ha realizado el trabajo terapéutico es un varón de 36 años diagnosticado con esquizofrenia paranoide, con predominancia de la sintomatología negativa. Reporta sentimientos de impotencia, tristeza, cansancio y desgana. También, comenta tender a la rumiación y sentirse frecuentemente “agobiado”.

Presenta sentimientos de desilusión e insatisfacción con su vida actual y está convencido de la imposibilidad de cambio. Considera la esquizofrenia como una condición irremediable que le incapacita por completo en todos los ámbitos que considera relevantes (social, laboral, interpersonal) y coarta el desarrollo de una vida autónoma. Atribuye el surgimiento y desarrollo de la misma a la relación calificada como traumática que tuvo con su padrastro y al consumo prolongado de cannabis.

Ha sido consumidor de cannabis desde los 15 años. A los 20 años, se produjo su primer ingreso psiquiátrico tras un brote psicótico desencadenado por una disputa con su madre. El segundo ingreso fue voluntario y se dio tras la ruptura con su pareja, reportando un grave estado depresivo y un intento de suicidio a través de consumo de pastillas. Tras el ingreso, se mudó al centro sociosanitario en el que actualmente reside y comenzó a acudir al CRPS. Actualmente, no consume cannabis más que de forma puntual, tras lo que experimenta profundos sentimientos de culpa y arrepentimiento.

Una de las mayores preocupaciones del paciente se enraizaba en la relación que tenía con su esquizofrenia y la monopolización de su identidad por la etiqueta de “enfermo mental”, teniendo un impacto negativo en su autoestima y autoconcepto. Esto le generaba sentimientos de rechazo hacia sí mismo, impotencia, tristeza, que le llevaban a una gran pasividad en su funcionamiento diario.

### ***2.2. Objetivos***

El objetivo principal fue generar una mejoría en el bienestar general y funcionalidad diaria del paciente. Estos elementos se veían afectados por un autoconcepto y autoestima negativos, fuertemente marcados por la etiqueta de “enfermo mental” y los “fracasos relacionales” que había sufrido a lo largo de su vida. Tomando esto en consideración, la

consecución del objetivo principal estaba relacionada con el mejoramiento de la autoestima del paciente, pudiendo desglosarse el trabajo realizado en base a objetivos específicos íntimamente ligados y fundados en el establecimiento y consolidación de la alianza terapéutica:

- Resignificación de la enfermedad del paciente.
- Construcción de un autoconcepto polifacético separando a la persona de la enfermedad, de modo que permita la detección e integración de los demás aspectos que componen su identidad.

### ***2.3. Procedimiento***

El trabajo terapéutico se realizó durante 12 sesiones individuales efectuadas en el periodo de febrero a mayo. En ellas, se emplearon diversas técnicas expresivas como el dibujo, manualidades, escritura y la narración de historias. Asimismo, se realizaron 8 sesiones grupales y 12 sesiones de relajación en las que el paciente participó con el resto de usuarios del centro.

- Las sesiones individuales tenían lugar una vez a la semana y duraban aproximadamente una hora, llevándose a cabo mayoritariamente en el despacho. Aun así, al principio, las sesiones no contaban con una estructuración tan estable. Las características del centro proporcionan una interacción continua con los pacientes, de modo que inicialmente se realizaron las sesiones en espacios como el jardín o la zona de dibujo, y a demanda del paciente. No fue hasta más tarde que se estableció un encuadre explícito, al tomar conciencia sobre su importancia.
- Las sesiones grupales se daban semanalmente en una sala del centro que contaba con sillones cómodos, que se disponían en círculo y espacio suficiente para todos los usuarios. Las relajaciones se realizaban asimismo en esta sala, empleando colchonetas o los sillones, en función de las preferencias de cada paciente.

El trabajo terapéutico ha sido llevado a cabo respetando los principios de confidencialidad y protección de datos del paciente (Anexo 1). Al inicio del mismo, se le explicaron las condiciones de trabajo, aludiendo al carácter confidencial del mismo. Aun así, al enmarcarse la intervención en un centro multidisciplinar, el paciente conocía que la información sobre los casos es compartida por los profesionales del mismo. La autorización para emplear el material terapéutico surgido a lo largo de este proceso (Anexo 2) y el certificado que asegura que la información expuesta en el presente documento protege la identidad del paciente, siendo

éste inidentificable (Anexo 3), han sido firmados por el tutor de prácticas, psicólogo y responsable del CRPS, tras la lectura del este trabajo.

#### ***2.4. Técnicas empleadas a nivel individual***

La selección de las técnicas empleadas se realizó en base a las necesidades, características e intereses del paciente. Proponer actividades adaptadas al mismo nos acerca a su mundo interno, ajustándonos a él y atrayendo su interés. Esto puede facilitar una mayor motivación interna y una actitud más abierta, factores relacionados con la eficacia de la terapia. Además, cuanto más significativas sean las actividades realizadas para la persona que las lleva a cabo, mayor impacto pueden tener en la promoción de su salud mental (Fletcher y Lawrence, 2017).

De este modo, las técnicas expresivas no se usaron con objetivo de realizar una interpretación del contenido proyectivo que suelen proporcionar, sino desde su utilidad como conducto comunicativo y exploratorio, constituyendo el puente para materializar el trabajo terapéutico.

##### ***2.4.1. Técnica del dibujo: árbol, familia, persona y dibujo libre***

La pasión que el paciente presentaba por el dibujo, constituyendo su principal actividad en el centro, fue uno de los elementos clave que contribuyó a la consolidación de la alianza, al tratarse de un interés que ambos compartíamos. Hallar un lenguaje común en el que se sentía seguro y poderoso orientó el trabajo terapéutico, realizándose principalmente a través de este canal. Por otro lado, una de sus mayores dificultades residía en la comunicación y elaboración verbal de sus vivencias, pensamientos y emociones. El dibujo constituía un área en la que el paciente se comunicaba con fluidez, estableciendo numerosos nexos simbólicos entre el contenido expresado y su realidad. Se evitaba imponer interpretaciones al entender que el artista es el mejor intérprete de sus propias obras, tratándose de expresiones de su mundo interno (Menéndez y Del Olmo, 2010).

A lo largo de este proceso, el paciente realizó tres dibujos y añadió un cuarto al material que deseaba comentar y trabajar. Los materiales empleados fueron lápiz HB, goma de borrar, rotulador de dibujo negro, lápices de colores y rotuladores de colores, al igual que hojas de dibujo tamaño A4.

Los dibujos realizados fueron un árbol (Anexo 4), la familia (Anexo 5) y la representación de su esquizofrenia (Anexo 6), mientras que el cuarto dibujo, llamado “los cuatro elementos” (Anexo 7) fue aportado por él como regalo, y asimismo empleado en el trabajo terapéutico.

#### ***2.4.2. Técnica narrativa y uso de metáforas***

Se realizó la narración de un cuento que el paciente fue elaborando de forma verbal espontáneamente a lo largo de una sesión.

La utilidad terapéutica de las técnicas narrativas reside en su capacidad simbólica, permitiendo trabajar analógicamente contenidos que pueden ser difíciles de trabajar de forma directa. Es un medio no invasivo e indirecto de posibilitar la construcción de un nuevo significado (Villegas y Mallor, 2010). En esta clase de relatos, el paciente se libera de las exigencias de la realidad, pudiendo construir un mundo en el que se sienta seguro para explorar y negociar nuevos significados posibles.

Por otro lado, el trabajo realizado con el paciente ha estado impregnado de metáforas. Su utilidad es especialmente significativa para el manejo de contenidos difíciles de tolerar a través del “como si” e imágenes que no resultan tan amenazadoras para su integridad, de modo que permiten el abordaje y elaboración de estos contenidos. Es una modalidad de trabajo en la que los contenidos aparecen de forma lateral, llamando a jugar con la imaginación y sensibilidad del paciente y accediendo a la reflexión de un modo indirecto (Villegas y Mallor, 2010). El trabajo a partir de metáforas permite representar una realidad abstracta de forma sensible o tangible, teniendo su uso numerosos beneficios como facilitar el afloramiento de emociones y reducir las resistencias (González-Pando, 2015).

A pesar de la utilidad de este trabajo realizado desde otro plano, es esencial enlazarlo con la realidad, una vez elaborado el contenido. Sin embargo, se debe tener cuidado de no salir de la metáfora en el momento en el que se está trabajando con ella, si el paciente aún no está preparado para afrontar su contenido de forma directa.

### ***2.4.3. Técnica de la máscara***

El arquetipo de la sombra, desarrollado por Jung (1970) hace referencia al lado “oscuro” que todas las personas tienen en su interior, compuesto por los contenidos que pueden resultar intolerables, siendo ocultados o rechazados. Un alter ego, enfrentado a nuestra “luz”. Recalca la importancia de integrar y aceptar ambas partes, más que su confrontación, para alcanzar un funcionamiento sano y mayor bienestar.

Inspirándome de este concepto, se empleó una máscara de cartón blanca como metáfora de sí mismo y soporte para la representación de aspectos de su personalidad aparentemente opuestos (cualidades que acepta, que le gustan y aquellas que rechaza o resultan intolerables) detectados y externalizados en sesiones anteriores, con el objetivo de facilitar su elaboración e integración. Cada faceta fue representada en una de las caras de la máscara, a través de rotuladores de color, recogidas en los Anexos 10 y 11.

## ***2.5. Técnicas empleadas a nivel grupal***

Organicé sesiones grupales semanales con el objetivo de fomentar la cohesión grupal al igual que brindar conocimientos básicos sobre diversas cuestiones que inquietaban a los pacientes.

A pesar de que una buena relación entre pacientes pudiera constituir una fuente de apoyo de gran valor, especialmente para aquellos que carecían de red social fuera del centro, no existía una cohesión grupal sólida. Con el objetivo de fomentarla, se creó un espacio seguro que les invitara a compartir su experiencia y hablar de temas que les preocuparan. Para estimular la participación de los usuarios, se abordaron diversos temas que pudieran interesarles y en los que se pudieran ver reflejados, encontrando nexos comunes e identificándose entre ellos. Compartir su historia, emociones, experiencias, puede ayudar a tomar conciencia sobre la situación de los demás compañeros, la realidad y problemas que compartían, además de generar nuevos vínculos entre ellos.

### ***2.5.1. Psicoeducación***

Estas sesiones tenían asimismo un objetivo transversal psicoeducativo, ya que los temas abordados les brindaban conocimientos que resultaban útiles sobre diversos temas que les interesaban y preocupaban. Los temas tratados fueron las habilidades sociales y la relación con

el otro, la personalidad desde el autoconocimiento (“cómo soy”, rasgos más o menos adaptativos...), la enfermedad (sintomatología, miedos relacionados, vivencias...), el estigma social (qué es, diferencia entre diagnóstico y persona...), autoestima y autoconcepto (qué son, cómo son en cada uno, qué factores influyen...) y las emociones (percepción de mis emociones y de las del resto, expresión y gestión emocional). La relación existente entre estos temas permitió hilarlos de forma natural y dar espacio a que los pacientes realizaran sus propias sugerencias, construyeran parte del conocimiento a través de su experiencia y adquirieran protagonismo en este proceso.

### ***2.5.2. Relajación***

Una vez a la semana, se realizaban sesiones de relajación que duraban aproximadamente 30 minutos. El objetivo principal era la generación de un espacio de distensión, deteniendo momentáneamente la actividad cerebral que pudieran estar experimentando los pacientes a través de la realización de una actividad que procura bienestar. Se practicó la relajación muscular progresiva de Jacobson, al ser considerada como más indicada dado que la mayoría de los pacientes padecían trastornos mentales severos, presentando una gran actividad mental (voces, flujo continuo de pensamientos, etc.). Esta relajación, al actuar sobre circuitos neuro-musculares, produce una actividad cerebral reducida, procurando “silencio mental” (Vázquez Segura, 2017). Otras técnicas, como la imaginación guiada o la relajación endógena, fueron descartadas al ser más propensas a fomentar esta actividad mental, además de implicar una mayor capacidad de abstracción y requerir mayores niveles de atención y concentración, de la que no todos los pacientes disponían.

## **III. PROCESO TERAPÉUTICO Y CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS**

### ***3.1. Establecimiento del vínculo***

El establecimiento del vínculo se realizó simultáneamente junto a la exploración, tratándose de dos procesos que se retroalimentan. El primer acercamiento al paciente se dio en contextos informales (en el jardín, en momentos lúdicos, etc.). Esto contribuyó a que no me percibiera como una figura amenazadora, estableciendo un primer contacto. A pesar de ello, el vínculo comenzó a cristalizarse al descubrir que compartíamos un interés común (la creación

artística), abriendo un primer canal de comunicación que desembocó en una petición explícita de iniciar un proceso terapéutico.

Parte de la exploración se realizó a través de dibujos, como medio para facilitar el diálogo. El árbol (Anexo 4) fue el primer dibujo realizado, como parte del proceso de vinculación. Este primer dibujo permitió abrir un espacio de conversación en el que el paciente abordó numerosos aspectos relevantes de su historia personal, permitiendo comenzar a orientar la comprensión de su problemática.

A lo largo de las conversaciones que mantuvimos, su familia aparecía de forma recurrente. Le pedí que realizara un dibujo de una familia (Anexo 5) con el objetivo de explorar sus relaciones familiares, el lugar que se da en ella y las fantasías relacionadas con la misma. Según le fue encomendada esta tarea, preguntó si debía representar a su familia real o ideal. Decidió realizar una mezcla de ambas. Una de las particularidades de su dibujo es que los miembros de la familia fueron representados como alienígenas (“sino sería muy aburrido, no me motivaría”). El dibujo fue realizado fuera de sesión, al preferir disponer del tiempo que deseara para su elaboración. Este dibujo permitió explorar con mayor profundidad la relación con su padrastro y los elementos que llevaron a considerarla traumática, al igual que afloró su visión sobre su enfermedad.

Asimismo, el paciente me ofreció como regalo un dibujo realizado por él entre noviembre y diciembre de 2018 (Anexo 7), que fue utilizado para la exploración, dada su riqueza en contenido. El paciente explicó el significado de todos los elementos y elaboró el contenido con la ayuda de las diferentes preguntas que le realicé, identificándose en numerosos elementos y detectando diversas inquietudes y miedos que había expresado en él. Este dibujo fue retomado numerosas veces a lo largo del resto del proceso. Por otro lado, también constituyó un símbolo de la consolidación de la alianza.

La exploración de todos los contenidos que facilitaron los dibujos conllevó a la elaboración verbal de elementos de su mundo interno, permitiendo al paciente una progresiva detección y explicitación de sus motivos de sufrimiento, en un principio omnipresentes y a su vez difusos. La construcción de un espacio en el que pudiese hablar, compartir lo que sentía, pensaba y vivía, sintiéndose escuchado y no juzgado, fue un modo de validar su experiencia, ayudar a elaborarla y proporcionar un sentimiento de importancia. Estos elementos fueron, en ocasiones, suficientes para que el paciente se sintiera mejor e incluso experimentara *insights*.

Los silencios y respeto del ritmo del paciente fueron asimismo primordiales en su proceso. Compartir determinadas experiencias, emociones, pensamientos, generó un gran movimiento interno que necesitó ser procesado. Proporcionarle espacio, sin forzarle a seguir hablando y lidiando con su silencio, acompañándole a su vez con pequeños gestos de contención, constituyeron pruebas de sensibilidad y respeto hacia él, lo que participó a la consolidación del vínculo.

Mi actitud como terapeuta y la dedicación a la creación tanto de un espacio seguro como al cuidado del vínculo establecido, permitió fundar los cimientos sobre los que se construiría el trabajo por venir.

### ***3.2. Resignificación de la esquizofrenia***

Tras la exploración y la creación de una buena alianza, se seleccionó un objetivo de trabajo con el paciente, teniendo en cuenta las limitaciones temporales impuestas. Para ello, elaboró una lista con elementos sobre los que deseaba trabajar, destacando la esquizofrenia, la gestión de sentimientos de ira, el disgusto con su aspecto físico y sus dificultades para relacionarse con los demás. Todos estos elementos estaban relacionados con una baja autoestima.

Se decidió trabajar la relación del paciente con su esquizofrenia debido al peso que tenía en su narrativa personal y el lugar privilegiado que ocupaba en su identidad, constituyendo una importante fuente de sufrimiento. Para poder contemplar este objetivo como realizable debía separarse a la persona del problema, empoderando al paciente para luchar contra un elemento que podía situarse fuera de él y no contra sí mismo. De este modo, se pretendía lograr una resignificación de su enfermedad, acompañándole en la búsqueda y construcción de nuevo significado más tolerable.

Una vez fueron concretados los objetivos terapéuticos, se orientó el trabajo a su logro. Como se ha mencionado anteriormente, las técnicas creativas fueron herramientas especialmente útiles en la canalización del trabajo.

### *3.2.1. Mediante la externalización*

Para comenzar a trabajar la relación con su esquizofrenia, le pedí que la representara a través de un dibujo (ver Anexo 6). El objetivo era explorar cómo percibía su enfermedad en sí mismo, qué representaba y qué lugar ocupaba en él. Este dibujo facilitó la externalización de la enfermedad, situándola fuera de sí mismo y abriendo un espacio de diálogo y negociación con ella. Separar a la persona del problema fue el primer paso necesario para la resignificación de la misma. Esto permitió que el paciente la mirara desde fuera, detectando las emociones que le suscitaba y el impacto que tenía ese “ente” en su vida, descomponiendo de este modo los aspectos que constituían una fuente de sufrimiento.

Ayudó al paciente a hablar sobre los inicios de su enfermedad, su contexto familiar de entonces y el consumo de cannabis.

### *3.2.2. Mediante el uso de narrativas*

A través del esquema de las cuatro emociones basado en el modelo circular de las emociones propuesto por Russell (1980), se facilitó la comprensión y ubicación de aquellos elementos que suscitaban en el paciente la rabia, el miedo, la tristeza y el placer, atenuando los sentimientos de culpabilidad y de castigo (“me merezco lo que me ocurre”) asociados a los mismos. Este trabajo inspiró el poema recogido en el Anexo 8, que fue trabajado a posteriori. De este modo, se inició la deconstrucción de la narrativa negativa que predominaba sobre sí mismo. Aun así, fue tan sólo un primer acercamiento que se iría consolidando a lo largo de las siguientes sesiones.

El paciente recalca sentirse más cómodo en el ámbito de la fantasía que en la realidad y deseaba explorar los motivos que podían estar relacionados con esto. Le invité a explorar la fantasía que mencionaba. Así el paciente comenzó la narración de un cuento creando un mundo fantástico en el que puso en escena a dos personajes antagonistas que le representaban: “El elfo mago bueno y el elfo mago oscuro”.

Esta narración fue estimulada por las diversas preguntas que le realicé orientadas a la construcción del espacio en el que se daba la historia, desarrollo del personaje principal, con el que se identificó dándole su mismo nombre (quién es, qué hace, qué le gusta, con quién se relaciona, cómo le perciben en el pueblo...), y de su “enemigo” (quién es, por qué, cómo es su relación con él, cuál es su historia...), resultando ser un alter ego. La descripción del primer

personaje rescataba aspectos y cualidades positivas mientras que la del segundo se recalcaba su naturaleza “maliciosa” (empleando la misma palabra con la que calificó al ser que representó en la esquizofrenia) y atribuirle una historia vital similar a la suya.

A medida que desarrollaba la historia del personaje oscuro experimentó un *insight* que le llevó a interrumpir su narración al tomar conciencia de que él era los dos personajes y reconociendo de este modo diversas facetas sobre su persona que no había conseguido ver anteriormente. Se sintió sobrecogido ante la cantidad de elementos que había conseguido expresar y comprender a través de la narración del cuento que él mismo había creado. El paciente necesitó de cierto tiempo para la asimilación de éstos. Esta sesión constituyó un punto de inflexión en su proceso terapéutico tras el cual se comenzó a percibir una sensible mejoría en el estado de ánimo del paciente.

### 3.2.3. *Mediante la integración de su yo bueno (elfo bueno) y su yo malo (elfo oscuro)*

Gracias al contenido surgido de la narración y al *insight* que experimentó, el paciente descubrió diversos elementos sobre sí mismo que le permitieron hallar un mayor sentido al contenido representado en sus obras anteriores. Retomando el dibujo de los cuatro elementos (en el cual había reflejado varios de esos elementos) y la representación de su esquizofrenia, el paciente consiguió reconstruir el significado de su enfermedad, entendiéndola como un mecanismo de defensa que surgió ante la situación de maltrato que sufrió durante su infancia y adolescencia. Constituía un elemento “terrorífico” que le protegía frente a un entorno hostil y dañino y no únicamente un ente que atentaba contra sí mismo, generando sufrimiento y autodestrucción.

Por otro lado, el cuento proporcionó una abundante cantidad de material que exponía numerosas facetas de la personalidad del paciente, que él no identificaba conscientemente como propias, hasta que los verbalizó por sí mismo. El lugar que ocupaba la enfermedad en su identidad eclipsaba las demás facetas. Para acabar de integrar estos nuevos elementos, se propuso la realización de una máscara, en la que representaría a los dos elfos, ambos formando parte del mismo individuo al constituir simbólicamente su “luz” y “sombra”. Esto facilitó alcanzar una visión más sana e integral de sí mismo.

La elaboración de la máscara se demoró durante dos semanas en las que no realizamos sesiones. Al finalizarla, la presentó definiendo cada color empleado, la razón de su elección y

lo que simbolizaban (Anexos 10 y 11). Al describir las dos caras, ya no aludía a la esquizofrenia sino a los diversos aspectos que consideraba “oscuros” sobre su personalidad al igual que los que le agradaban y le resultaban positivos (éstos últimos tratándose de elementos que durante las primeras sesiones no conseguía detectar).

El trabajo terapéutico se finalizó con esta sesión, siendo empleadas las restantes a la preparación del cierre.

### ***3.3. Psicoeducación***

La participación en las sesiones grupales, más allá de los conocimientos que pudiera brindar, permitió que los pacientes pusieran en práctica determinadas habilidades sociales como la escucha, el respeto del turno de palabra y la comunicación asertiva. Encontrarse en un contexto seguro, en el que se sentían respetados, escuchados y no juzgados, animó a numerosos pacientes a hablar en público, confrontando su timidez e inseguridades, al igual que a encontrar nuevas formas de expresión y canalización emocional. Además, la identificación entre pacientes con preocupaciones que pensaban estar viviendo aisladamente tuvo un efecto terapéutico notable, incrementando la sensación de compartir numerosas dimensiones de una realidad común y contribuyendo al desarrollo de la cohesión grupal.

Las sesiones en las que se trataron los temas relativos a la enfermedad y al estigma fueron especialmente fructíferas para el paciente con el que se realizó la intervención individual, al descubrir que otros pacientes sufrían de un modo similar sus circunstancias. La dinámica grupal que se generó durante estas sesiones se basó en separar a la persona de la enfermedad, invitándoles a mirarse como seres humanos más allá de su diagnóstico. También se dio espacio a que compartieran sus experiencias en relación al estigma social asociado a sus trastornos. Cabe mencionar que los propios pacientes, construyeron la dinámica, relegándose mi rol a un segundo plano.

### ***3.4. Cierre: la bifurcación de caminos***

El cierre se fue trabajado a lo largo de las tres últimas sesiones, al finalizar la última actividad terapéutica (la máscara). Sin embargo, se fue introduciendo desde la mitad del proceso, recordando la naturaleza finita del mismo y de la relación.

Durante las dos primeras sesiones dedicadas al cierre se comentó el progreso realizado, revisando el recorrido que se había llevado a cabo desde el inicio del trabajo terapéutico hasta el momento actual, haciendo hincapié en los hitos del mismo, describiendo los cambios percibidos y dando un espacio para contener la tristeza e incertidumbre que suponía el final del tratamiento realizado juntos.

Para la última sesión y cierre definitivo, le ofrecí dos regalos simbólicos: le devolví todas las producciones artísticas surgidas a lo largo de la terapia en una carpeta de color verde, al ser considerado por el paciente como representante de esperanza, “claridad de mente” y positividad. Fue un modo simbólico de devolverle todo lo que formaba parte de él, tanto lo que en un principio rechazaba como lo que no. Asimismo, le regalé el libro de Siddhartha, de Herman Hesse, y un marca páginas en forma de bastón que elaboré, símbolo que surgió durante la narración del cuento como metáfora del apoyo que proporciona la figura terapéutica y que fue retomada en numerosas ocasiones, permitiendo trabajar en particular la tendencia a la dependencia que presentaba. El paciente realizó asimismo una devolución a través de la metáfora del bastón y manifestó desear escribir un relato que titularía “el elfo avaricioso”, sobre un elfo deseoso de apoderarse de un “bastón mágico” y su progresivo entendimiento acerca de las razones por las que eso no es posible, aludiendo de este modo a esta tendencia y a la resignificación que había realizado del vínculo terapéutico. La despedida, construida por ambos de este modo, permitió la aceptación de la separación y la realización de un cierre sosegado.

La atención prestada a la finalización del vínculo y cierre del proceso es tan relevante como la prestada al establecimiento de una alianza sólida, especialmente al trabajar con población vulnerable, sensible al sufrimiento producido por las separaciones o que presenta o ha presentado riesgo de suicidio. Implica asegurar el cierre de todo “cabo suelto”, anticipando las posibles consecuencias emocionales que pueda tener, lo que constituye una forma más de cuidado, prevención y respeto hacia el paciente.

## **IV. CONCLUSIONES FINALES**

### ***4.1. Limitaciones***

A lo largo del proceso, se dio una confusión de los límites de la relación terapéutica por parte del paciente, expresando deseos de mantener una amistad fuera del centro, lo que transgredía con la relación profesional. Ante esta delicada declaración fue necesaria la re-

explicación de la naturaleza terapéutica de la relación, con las singularidades que implicaba, sin por ello excluir su genuinidad, pero imposibilitando en toda medida una amistad. Esta confusión se dio probablemente debido a la ausencia de un encuadre estable (en los inicios, el trabajo terapéutico se llevó a cabo en espacios como el jardín o la zona de dibujo del paciente y a demanda del mismo). El cambio de encuadre permitió explicitar los límites, pasando a trabajar de forma continua en el despacho y estableciendo un día a la semana para las sesiones que durarían de 45 a 60 minutos.

Aun así, esta situación generó una fisura en la relación que fue tratada a largo de las siguientes sesiones. Produjo un gran movimiento emocional al ser entendido como un “fracaso relacional” más. Tras este episodio el paciente escribió dos poemas, uno de los cuales hacía referencia a esta fisura (Anexo 9) y sirvió para trabajarla, junto con otras metáforas. Se extrapoló lo ocurrido a otras situaciones, rompiendo con la exclusividad de la situación y facilitando una mejor comprensión de lo ocurrido. Esto ayudó a disminuir el malestar del paciente al igual que a sanar la relación y recuperar el cauce del trabajo.

Otra limitación del trabajo llevado a cabo es la imposibilidad de realizar un seguimiento sobre la evolución del paciente a largo plazo. A pesar de haber alcanzado el objetivo establecido a corto plazo, no se puede asegurar cuál será su evolución durante el tiempo a venir. Por otro lado, el paciente presenta numerosas necesidades que no han sido atendidas debido a la duración del periodo práctico, que obligó a seleccionar un objetivo terapéutico concreto y abordable en ese tiempo. El trabajo realizado ha constituido el “aflojamiento de un nudo” en la cuerda vital del paciente, que, a pesar de procurar una mejoría en su bienestar, constituye una pequeña parte de todo el trabajo terapéutico del que se podría beneficiar. La ausencia de una figura de psicólogo/a presente en ese centro, dadas las circunstancias particulares del mismo, añade una dificultad a la continuación del trabajo con el paciente al igual que con el resto de lo/as usuario/as.

#### ***4.2. Fortalezas***

La etiqueta con la que el paciente se definía (“esquizofrenia”), impregnada con el estigma vinculado a la esquizofrenia, le causaba sentimientos de impotencia y por ello, bajas expectativas de cambio, al ser su enfermedad una condición que no podía modificar. El establecimiento de una alianza sólida y la creación de un entorno terapéutico seguro y creativo, invitó al paciente a explorar nuevas posibilidades, respaldado por la confianza que como

terapeuta experimentaba hacia él y que contribuyó a que él mismo comenzara a confiar en sí mismo paulatinamente.

La utilización de intervenciones narrativas, como la externalización, permitieron separar a la persona del problema, cesando de este modo su identificación con él. Esta ruptura con la ecuación de *persona igual a problema* elimina los efectos incapacitantes que éste tiene sobre ella y su narrativa personal. Esto abrió el camino a la reconstrucción de su autoconcepto y proporcionó un sentimiento de empoderamiento que le permitió recuperar su posición de constructor y dueño de su vida (Montesano, 2012). La resignificación y atribución de otro sentido que él mismo halló, facilitó una mejora en su bienestar y autoestima (suponiendo un cambio en su realidad subjetiva), a pesar de que la realidad objetiva o problema original (padecimiento de la esquizofrenia) no cambiara. El trabajo realizado permitió de este modo desmonopolizar la enfermedad como núcleo de su identidad al igual que detectar e integrar las otras numerosas facetas que la componían.

La clave del trabajo residió en reducir el problema a un tamaño más manejable y, por tanto, ante el cual el paciente sintió que podía actuar. Esto requirió de todo un proceso durante el cual se dio una reformulación dinámica del mismo, fragmentándolo en sus componentes, despatologizándolo, sin por ello olvidar el marco y contexto de la persona, para evitar la creación de expectativas irreales.

El acercamiento y comprensión del modo en el que cada individuo construye su realidad, la singularidad de tal edificación y la forma en la que le afecta particularmente, hace patente la necesidad de que todo proceso terapéutico esté centrado en la persona. Se la debe contemplar en su globalidad y desde sí misma, incluyendo sus necesidades, características, intereses, dificultades y fortalezas, en pos de diseñar una intervención profundamente adaptada a ella. Esto implica el uso de toda herramienta que pueda ser útil y beneficiosa para el paciente en su proceso único e individualizado, independientemente de las preferencias personales o profesionales del terapeuta, siendo la versatilidad, humildad y flexibilidad virtudes que todo profesional de la salud mental debe cultivar. En este caso, junto a la alianza y entorno creados, ajustarse al canal de comunicación artístico que presentaba el paciente fue determinante en la construcción de un trabajo que fuera significativo para él.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70(136), 123-160.
- Bermejo, J. C. (2011). El proceso de counselling. En J. C. Bermejo, *Introducción al counselling* (pp. 29-64). Santander: Sal Terrae.
- COP (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Comisión deontológica estatal del Colegio Oficial de Psicólogos de España. Madrid: COP.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Eack, S. M., Newhill, C. E., Anderson, C. M., y Rotondi, A. J. (2007). Quality of life for persons living with Schizophrenia: more than just symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 219-222. <http://dx.doi.org/10.2975/30.3.2007.219.222>
- Escudero Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2), 247-259.
- Fletcher, T. S. y Lawrence, S. S. (2017). Art making and identity formation in children and adolescents with differing social behaviors. *Journal of Creativity in Mental Health*, 13(2), 185-205. <http://dx.doi.org/10.1080/15401383.2017.1355290>
- García, H. D., Fantin, M. B., e Isgró, A. (2015). Estudio descriptivo de la percepción de la relación psicoterapéutica en pacientes de la ciudad de San Luis. *Liberabit*, 21(1), 141-151.
- González, D. (Mayo 2015). El uso de metáforas como instrumento de cambio en salud mental. En F. Megias (Presidencia), *XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Congreso llevado a cabo en Burgos, España.
- Hernández Córdoba, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas Psychologica*, 6(2), 285-293.
- Huang, W. Y., Chen, S. P., Pakpour, A. H., y Lin, C. Y. (2018). The mediation role of self-esteem for self-stigma on quality of life for people with schizophrenia: a retrospectively longitudinal study. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 12(10), 1-7. <https://doi.org.ehu.idm.oclc.org/10.1017/prp.2017.18>
- Jiménez, M. P., Ramos, F., y Sanchís, M. C. (2008). Las esquizofrenias: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología. Vol. II* (pp. 371-396). Madrid: Mc Graw Hill.
- Jung, C. G. (1970). *Arquetipos e inconsciente colectivo* (Miguel Mermis, trad.). Barcelona: Paidós.
- Karakaş, S. A., Okanlı, A., y Yilmaz, E. (2016). The effect of internalized stigma on the self-esteem in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 648-652. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.006>

- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York, NY: Basic Books.
- Lossa, L., Corbella, S., y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103.
- Menéndez, C. y Del Olmo, F. (2010). Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. *Informaciones Psiquiátricas*, 201(3), 367-380.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 5-50.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Russell, J. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. <http://dx.doi.org/10.1037/h0077714>
- Selvini, M., Boscolo, I., Cecchin, G., y Prata, G. (1980). Hipotetización, circularidad, neutralidad. Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión. *Terapias Familiares*, 7(7), 7-19.
- Vancampfort, D., Probst, M., Helvik, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., ... De Hert, M. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical Therapy*, 92(1), 11-23. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20110218>
- Valdés Díaz, M. y Gómez de Terreros Guardiola, M. (2005). Las técnicas proyectivas. En C. Moreno-Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. (pp. 371-481). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Vázquez Segura, M. A. (2017, noviembre 25). Técnicas de relajación muscular, por Blanca Mas Hesse. [Archivo de vídeo]. Recuperado de [https://www.intecca.uned.es/portalavip/grabacion.php?ID\\_Sala=3&ID\\_Grabacion=267073&hashData=40f51fd9d860b25f729782b356413e28&paramsToCheck=SURfR3JhYmFjaW9uLElEX1NhbGEs](https://www.intecca.uned.es/portalavip/grabacion.php?ID_Sala=3&ID_Grabacion=267073&hashData=40f51fd9d860b25f729782b356413e28&paramsToCheck=SURfR3JhYmFjaW9uLElEX1NhbGEs)
- Villegas, M. y Mallor, P. (2010). Recursos analógicos en psicoterapia (I): Metáforas, mitos y cuentos. *Revista de Psicoterapia*, 21, 5-63.
- Watzlawick, P. (1988). ¿Adaptación a la realidad o “realidad adaptada”? Constructivismo y psicoterapia. En P. Watzlawick, *La coleta del barón Münchhausen: Psicoterapia y realidad*. Barcelona: Herder.

## ANEXOS

Anexo 1: Compromiso de confidencialidad firmado por la alumna en prácticas .....	24
Anexo 2: Autorización para el uso del material clínico e información sobre el paciente ....	26
Anexo 3: Acreditación sobre la protección de la identidad del paciente.....	27
Anexo 4: Dibujo de un árbol .....	28
Anexo 5: Dibujo de la familia .....	29
Anexo 6: Representación de la esquizofrenia.....	30
Anexo 7: Dibujo “Los cuatro elementos”.....	31
Anexo 8: Poema “Ojos tristes”.....	32
Anexo 9: Poema “Terminando” .....	32
Anexo 10: Máscara, parte externa. ....	33
Anexo 11: Máscara, parte interna.....	34

**Anexo 1: Compromiso de confidencialidad firmado por la alumna en prácticas**



PSIKOLOGIA  
FAKULTATEA  
FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

**PRAKTIKA EGINGO DUTEN IKASLEEK IZENPETU BEHARREKO AGIRIA/  
DOCUMENTO A SUSCRIBIR POR EL ALUMNADO PARTICIPANTE EN LA PRÁCTICA**

D/D<sup>a</sup> Nerea Beunza Petkov con  
DNI/NIF/NIE 49582435W, tiene la condición de personal en formación  
"en régimen de alumno/a en el Centro CRPS Aitzamen, Naldarua" como:

- Alumno/a universitario/a de Grado de psicología  
 Alumno/a universitario del Máster de Psicología general Sanitaria

Declaro que,

1. Reconoce que los usuarios/pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los usuarios/pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, el 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su período formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta la Instrucción mediante la que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del usuario/paciente por los alumnos relacionados con las Ciencias de la Salud.
6. Está enterado/a de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

7. Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro se adecúe a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado.

En Drosha a 07 de Mayo de 2013



Firma del alumno/a

Ejemplar interesado/a

Ejemplar Centro Sanitario

**Anexo 2: Autorización para el uso del material clínico e información sobre el paciente**

**Uso del material clínico e información sobre el paciente**

Yo, Vicente Hueso Corral, tutor externo de la alumna Nora Beunza Petrov y coordinador responsable del Centro de Rehabilitación Psicosocial Maldatxo de Aita Menni en el cual ha realizado las prácticas, doy mi visto bueno para que utilice el material clínico surgido del trabajo terapéutico realizado con un paciente del centro, a saber, las producciones artísticas (dibujos, manualidad, poesía), al igual que cierta información sobre el mismo, para la elaboración de su trabajo de fin de grado, siempre y cuando se garantice la protección de la identidad del paciente.

En....., a ..... de ..... de .....

  
Firma del tutor

### **Anexo 3: Acreditación sobre la protección de la identidad del paciente**

#### **Protección de la identidad del paciente y confidencialidad**

Yo, Vicente Hueso Corral, tutor externo de la alumna Nora Beunza Petrov y coordinador responsable del Centro de Rehabilitación Psicosocial Maldatxo Aita Menni de en el cual ha realizado las prácticas, confirmo que, tras la lectura del trabajo de fin de grado elaborado por la alumna, este documento no contiene datos que den a conocer la identidad de ningún paciente del centro.

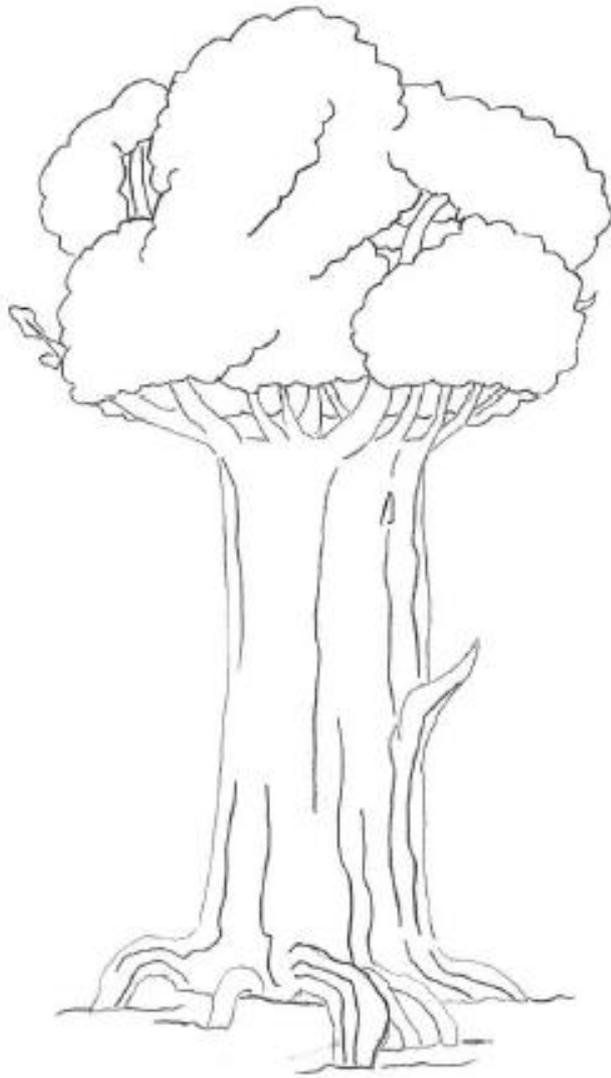
En..... a ..... de ..... de .....

Firma del tutor



27-02-19

*Anexo 4: Dibujo de un árbol*



*Anexo 5: Dibujo de la familia*



*Anexo 6: Representación de la esquizofrenia*





Anexo 8: Poema "Ojos tristes"

OJOS TRISTES

Ojos tristes, alma en ira  
con mucho miedo y sin placer alguno.  
La llama triza tambaleandose hacia todos los lados.  
Se arremolinan las líneas invisibles en un mareo de Torbellino angustioso.  
Me devoran el corazón y arrancan el alma.  
El dolor es inaudible pero puro y cruel.  
Tengo placer insano y evito el pozo donde los sentimientos afloran.  
No funciona, no arregla, los ojos ciegos que únicamente atisban una figura  
se quedarán en una oscuridad sin fin.  
Nada funciona, no tiene arreglo, los ojos tristes crearan rios, mares y a  
un mar de distancia hallaré la paz, en la imaginación de la desolación.  
Quiero acabar con esto pero las palabras del mal son infinitas.  
Así lo dejo, sin acabar, con la mochila llena y sin margaritas.

Anexo 9: Poema "Terminando"

TERMINANDO

Largo ahogo agónico, palabras mudas, sonido sin voz.  
Un grito sin escuchar con un llanto evitado.  
Empatía sin conexión profundamente sentida.  
Un largo malestar eternamente vivida.  
El miedo a la vida, malherida y sufrida.  
La luz de un camino con un stop y una tormenta eléctrica.  
No hay desvío ni atajo, tan solo queda sufrir.  
En un desierto agónico, tan solo me queda morir.

*Anexo 10: Máscara, parte externa.*



*Anexo 11: Máscara, parte interna.*

