

## «Está dentro de mí!» reescribiendo un nuevo guión: estudio de caso de un trauma emocional en un adulto, aplicando el protocolo CATT (Children's Accelerated Trauma Treatment)

Neus Selga i Martí

Licenciada en Historia del Arte por la Universitat de Barcelona. Máster en Arteterapia de la Universitat de Barcelona-Metàfora. CATT Level II (Children's Accelerated Trauma Treatment). Tutora y profesora del Postgrado de Arteterapia de Metàfora (2010-2012). Profesora del Máster en Arteterapia e Intervención Psicosocial, iDEC – UPF (2011-2016). Máster en Arteterapia de Metàfora (2016–2017). Trabajo clínico en arteterapia desarrollado desde 2009, en salud mental, escuelas, y en un CRAE, con adultos, niños y jóvenes.

[neus.selga@gmail.com](mailto:neus.selga@gmail.com)

### PALABRAS CLAVE

*Trastornos por estrés postraumático (TEPT)*

*CATT (Children's Accelerated Trauma Treatment)*

*Resiliencia*

*Narrativa*

*Arte*

*Juego*

### SUMARIO

Con el presente artículo, quiero mostrar la existencia y la efectividad de técnicas basadas en el juego y el arte, para tratar el trauma y los trastornos por estrés postraumático. Me centraré en el estudio de caso de un paciente de 41 años, quien, después de tres años de haber sufrido un violento atraco, empezó a padecer TEPT (Trastorno de estrés postraumático).

El protocolo que se aplicó para tratar este trastorno fue el llamado CATT, siglas en inglés del Tratamiento acelerado para el trauma infantil. Este protocolo terapéutico cognitivo fue creado por Carly Raby, quién utilizó varias técnicas centradas en los niños, con el fin de ayudarles de manera rápida y efectiva a procesar sus recuerdos traumáticos. Éste es un método holístico que no solo se centra en tratar la sintomatología de este trastorno, sino que tiene en cuenta las necesidades de los niños para garantizar la construcción de su resiliencia y de un bienestar mental sostenido.

A continuación, voy a mostrar cómo esta técnica, aplicada en niños y jóvenes es, asimismo, adaptable a personas adultas que han sufrido un trauma.

### KEY WORDS

*Post-traumatic stress disorder (PTSD)*

*CATT (Children's Accelerated Trauma Treatment)*

*Resilience*

*Narrative*

*Art*

*Play*

### ABSTRACT

In the following article, I want to show the existence of techniques, based on playing and art, to treat post-traumatic stress trauma and disorders. I will focus on the study of a 41 year-old patient, who, three years after being the victim of a violent attack, started to suffer from PTST.

The protocol applied to treat this disorder is the CATT, Children's Accelerated Trauma Therapy. This cognitive, therapeutic protocol was created by Carly Raby, who used various techniques focused on the child, with the aim of helping them to quickly and effectively process their traumatic memories. This is a holistic protocol which doesn't just focus on treating the symptoms of this disorder, but it also takes the needs of the children into account in order to guarantee the building of resilience and sustained mental wellbeing.

Below, I will show how this technique, applied to children and young people, is likewise adaptable to adults who have suffered trauma.

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene por objetivo mostrar la utilización y la efectividad de la técnica CATT para el tratamiento del trauma, aplicada en un caso clínico con una persona adulta.

Considero necesario señalar que este tipo de técnica, de carácter cognitivo, puede ser muy útil dentro de un proceso arteterapéutico largo, es decir, como un paréntesis para desbloquear una situación en la que están presentes los síntomas de estrés postraumático, o bien de forma puntual en una intervención única, como en el proceso terapéutico

## Artículos Clínicos

que aquí presento, el cual, así mismo, permitirá entender el funcionamiento y las ideas básicas que sustentan la técnica CATT.

El desarrollo del caso puede a su vez mostrar la harmónica relación entre el trabajo como arteterapeutas y la utilización de una técnica para el tratamiento del trauma que se lleva a cabo con el uso de materiales plásticos.

La intención de este texto está focalizada en la descripción de un trabajo clínico; llevar a cabo una extensa revisión bibliográfica previa no ha sido uno de los objetivos para ello. Los aportes teóricos están pues entrelazados en el relato para una mayor comprensión de los diferentes aspectos del caso a medida que éste se desarrolla.

### EL CASO DE TONI. CONTEXTO

*“Una reacción anormal ante una situación anormal es normal” (Viktor Frankl)*

*“Ya no puedo dormir, no puedo cerrar los ojos y no pensar en el trabajo, siempre está dentro de mí... estoy tan agotado que quiero poner fin a esto.”* Estas fueron las primeras palabras que oí de Toni.

Una semana antes, fue su mujer quien acudió a mí, preocupada por su marido. Desde hacía unas semanas lo notaba muy alterado. Después de haber padecido una fuerte gripe que lo mantuvo en cama durante diez días, era incapaz de regresar a su puesto de trabajo. Había empezado a sentirse muy angustiado y a padecer insomnio. Luisa, su mujer, estaba inquieta desde el momento en que Toni empezó a expresar pensamientos negativos. Decía no tener ánimos para nada, que no les servía ni como marido ni como padre y que lo mejor sería desaparecer.

Según Echeburúa (2012, p126), son tres los criterios de búsqueda de ayuda profesional, cuando las reacciones psicológicas (pensamientos, sentimientos o conductas) perturbadoras duran más de 4 o 6 semanas. Cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela) y cuando una persona se siente incómoda con sus pensamientos, sentimientos o conductas o se siente desbordada por ellos. Por ello, ante a su frágil situación, acudió a su doctor de cabecera, el cual le mantuvo la baja laboral y lo derivó a la consulta de la psicóloga para que hiciera una valoración de su estado emocional, de su ansiedad, con el fin de propiciar una mejora urgente en su estado.

Echeburúa nos indica así mismo que Los objetivos fundamentales de la terapia son proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves (lo cual puede ser conseguido a veces por los psicofármacos), hacer frente al trauma, restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas y facilitar la reintegración social de la víctima en el contexto comunitario. En realidad, la víctima solo llega a sentirse recuperada cuando recobra la sensación de que puede tomar decisiones y controlar razonablemente su vida (Echeburúa, 2012, p127)

Sin embargo, esta derivación no fue lo suficientemente rápida y el estado de Toni fue empeorando notablemente. Se veía desbordado frente a cualquier situación, incapaz de tomar ninguna decisión. Su insomnio fue en aumento, lo que conllevó cansancio, falta de apetito y un enorme malestar general. Poco a poco, la idea del suicidio empezó a rondar por su cabeza.

Podríamos definir la ansiedad como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, alarma, que hace que el sujeto se sienta molesto. (...) La ansiedad es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, ya sea externo o interno. (...) en la ansiedad la causa permanece oculta para el observador y para el propio sujeto. (Talarn, 2000 p.236-237)

Toni fue descrito por su esposa como un buen padre, una persona familiar, trabajador y amante de la naturaleza. Llevaban catorce años casados y tenían dos hijos de 11 y 5 años. Entonces él tenía 41 años.

Cuando Toni llegó a mi consulta, entró cabizbajo, me miró por encima de las gafas, parecía avergonzado. Lo primero que me dijo es que no sabía dibujar, “Mi mujer dice que tú ayudas a la gente con los dibujos”. Sonreí, quizás sea ésta la frase más común que oímos las arteterapeutas. Intenté tranquilizarlo diciéndole que si algo le costaba yo

## Artículos Clínicos

le echaría una mano, pero que lo más importante era el proceso, no una obra final.

Nos sentamos de lado, frente a la mesa con los materiales de arte. Le pregunté qué tal se encontraba. Me explicó que desde hacía semanas le costaba conciliar el sueño, “Creo que me estoy volviendo loco”, dijo bajando más la cabeza. ¿Qué te hace pensar esto? Le pregunté. “Quiero terminar con todo esto... sería más fácil... Siento que no tengo ánimos para nada, tengo que volver al trabajo... ¿para qué? ... no sirvo para nada, ¿qué futuro les voy a dar a mis hijos?” Toni estaba aturdido, empezó a llorar.

Esta pérdida de sentido es descrita por Echeburúa (2012, p.56), cuando expone que al darse cuenta la víctima de que ya no es la que era y que los demás esperan una vuelta a su conducta anterior al trauma, se puede sentir como una pérdida de ilusión por el futuro, así como un cuestionamiento del significado y valor de la vida. La víctima puede resistirse a disfrutar de las experiencias de la vida cotidiana.

Al preguntarle qué era aquello que tanto le preocupaba y que no le dejaba dormir, contó que trabajaba en una gasolinera donde tenían una tienda de comestibles que abría las 24 horas del día. Poco antes de contraer la gripe, en el trabajo volían a establecer un cambio de horarios y esto suponía que otra vez se quedaría solo en los turnos de noche. Cuando le pedí que me hablara de su empleo, salió a la luz que había sufrido un atraco en su puesto de trabajo hacía ya tiempo. La crisis económica de aquel momento afectó a la empresa donde trabajaba y él vio cómo sus horarios se multiplicaban por dos, dejándolo solo en el turno de noche y los fines de semana. La gasolinera se encontraba apartada del pueblo, al pie de una carretera comarcal y, a pesar de las medidas de seguridad, sufrió un atraco con violencia. Estaba solo en el establecimiento, era de madrugada.

Sin duda ésta fue una situación altamente traumática, a pesar de haber salido ileso del atraco, ya que “Lo que fractura el espíritu de una persona es la violencia intencional e injustificada generada por otros seres humanos” (Echeburúa, 2012, p. 30).

Parecía evidente que el hecho de conectar de nuevo con la agresión que sufrió, podía haber desencadenado los síntomas de estrés postraumático, tal como los describe Talarn, diferenciando entre los síntomas por estrés agudo y los de estrés postraumático:

El trastorno por estrés agudo es un trastorno transitorio, pero de gravedad notable, que surge como respuesta a una situación estresante excepcional. El agente estresante puede ser una experiencia traumática muy impactante que puede implicar una amenaza a la integridad física del paciente (...) (Talarn, 2000 p.250)

Los síntomas del trastorno por estrés agudo deben presentarse inmediatamente después del trauma y, por definición, tener una duración igual o menor a 1 mes. Si los síntomas del paciente se prolongan durante más tiempo, el diagnóstico se sustituye por el de “trastorno por estrés postraumático”. (Talarn, 2000 p.252)

Los síntomas por estrés postraumático suelen aparecer en los 3 primeros meses tras el trauma. En el caso de Toni, estos aparecieron a los tres años de haber sufrido el violento atraco en el trabajo. El hecho de encontrarse otra vez en una situación similar posiblemente desencadenó en él el TEPT. Toni no relacionaba su alterado estado emocional con el atraco que sufrió. Hasta entonces, había llevado una vida relativamente normal.

Según lo que expone Echeburúa (2012, p 54) las conductas de evitación desempeñan un papel muy importante en las limitaciones experimentadas por las víctimas. Además de rehuir las situaciones y los lugares relacionados directa o indirectamente con el suceso.

En relación a la memoria del trauma, Manzanero describe así su complejidad y su impacto a largo plazo:

Se definen las memorias traumáticas como recuerdos sobre hechos con una valencia negativa y alto impacto emocional. No obstante, el impacto que los hechos traumáticos tienen sobre las personas depende de diferentes factores, existiendo importantes diferencias individuales, que determinarán la experiencia

## Artículos Clínicos

fenomenológica asociada el recuerdo del suceso vivido. En general, estos sucesos pueden dar lugar a un trastorno de estrés post-traumático, que se caracteriza por la tendencia en las personas que la sufren a la reexperimentación, el bloqueo emocional, la hipervigilancia y la hiperactivación, entre otras. A largo plazo, los efectos dependerán no tanto de la gravedad de los hechos como de las estrategias de afrontamiento, los apoyos sociales recibidos por las víctimas, su vulnerabilidad y la vivencia de otras experiencias traumáticas. (Manzanero 2010, p. 4)

Existen instrumentos de evaluación que permiten medir el impacto cognitivo y emocional de los sucesos, como la Escala de Impacto de Eventos (IES), desarrollada en 1979 por Horowitz, Wilner y Álvarez. Posteriormente revisada (IES-R) por Weiss y Marmar (1997). Se basa en los criterios del DSM-IV para el trastorno por estrés postraumático. La escala, que contiene 22 síntomas, ayuda a evaluar el malestar subjetivo de los adultos que han estado expuestos a una experiencia altamente estresante y/o traumática. Para los niños a partir de 8 años existe una versión reducida: CRIES – 8 (Children's Revised Impact of Event Scale), con solo 8 ítems respecto a los 22 de los adultos. De los síntomas que se recogen en esta escala revisada consta de 8 síntomas de intrusión, 8 de evitación, 6 de hiperactivación:

Davison y Foa (1991) resumen los síntomas de este trastorno en tres grandes grupos: a) síntomas intrusivos (recuerdos, pesadillas, flahsbacks); b) síntomas de evitación y paralización (evitación de estímulos vinculados al trauma, tendencia a estar alerta, pérdida de interés, desesperanza, escasa implicación social), y c) síntomas de hiperactivación (ansiedad, incapacidad para relajarse, insomnio). (Talarn, 2000 p.255)

Este cuestionario es importante aplicarlo antes y después del tratamiento, pues nos dará una información muy valiosa del malestar del paciente frente a los hechos acaecidos.

El tiempo para responder a esta escala no toma más de 10 minutos. Así que propuse a Toni que contestara a las 22 preguntas y que las respondiera pensando en el atraco que sufrió. Los síntomas descritos tienen que haberse experimentado en los últimos 7 días.

Hay una escala de 5 valores que oscilan entre 0 (Nunca), 1 (un poco), 2 (a veces), 3 (bastante) y 4 (Siempre). A partir de la puntuación total obtenida, sumando las puntuaciones de todos los ítems, se establece que una puntuación total IES-R de 33 o más de un máximo teórico de 88, significa la probable presencia de TEPT.

Después de contestar el cuestionario y revisar las puntuaciones, los resultados de Toni dieron una suma total de 48 puntos. Todo apuntaba a que estaba sufriendo un trastorno de estrés postraumático, con la correspondiente alteración en los afectos que define Talarn:

(...) a esta sintomatología cabe añadir un mayor componente de alteración en la esfera afectiva: notable pérdida de interés y motivación por cuestiones y actividades antaño gratificantes, sensación de desapego con respecto a los demás, incapacidad para los sentimientos amorosos (...) sensación de desesperanza de cara al futuro, etc. (Talarn, 2000, p.255).

Toni había perdido totalmente las ganas de hacer nada, de estar con sus hijos, su familia, de salir, ni siquiera de arreglar el jardín, actividad que tanto le apasionaba.

Repasando sus respuestas en el cuestionario, era evidente que Toni tenía altos niveles de síntomas intrusivos (19 puntos) el más acentuado de los cuáles quizás fuera el de no poder dormir, junto con los constantes recuerdos que tenía del atraco. En cuanto a la sintomatología de evitación (18 puntos) estaba claro que las más elevadas se concentraban en evitar todo lo relacionado con el suceso: evitaba volver al trabajo, hablar con su jefe, en definitiva, alejarse del escenario principal del atraco. Respecto a la hiperactivación (11 puntos) acusaba un fuerte insomnio y una elevada ansiedad.

## Aplicación del protocolo terapéutico para el tratamiento del trauma – CATT

*«Como todos los sentimientos, el miedo tiene una estructura narrativa.  
Por eso conviene describirlo explicando historias».  
(Anatomía del miedo. José Antonio Marina)*

Después de valorar que Toni sufría el TEPT, argumento confirmado por el IES-R y por la psicóloga del Centro de Atención Primaria, con quién había iniciado ya una terapia, cambié mi enfoque de trabajo con Toni y le propuse abordar su Trastorno con el CATT, técnica creada por Carly Raby y que podemos describir del siguiente modo:

El CATT (Children's Accelerated Trauma Treatment) Tratamiento Acelerado para el Trauma Infantil. Es un protocolo terapéutico cognitivo que utiliza técnicas específicas centradas en los niños, integrando juego y arte, con el fin de ayudarles a procesar y reescribir de nuevo el guion de sus recuerdos traumáticos, de la manera que les resulte más cómoda y agradable para su edad. El CATT se ha utilizado en niños de tres años hasta adultos. (Raby, C., Apuntes impresos, noviembre 2013)

La ventaja de este enfoque es que no se basa tanto en la comunicación verbal, sino en métodos centrados en el juego y el arte, los cuales, junto con la técnica del rebobinado, ayudan a niños y personas de todas las edades a recuperarse del trastorno de estrés postraumático. Este protocolo consta de varios pasos para proteger en todo momento la seguridad del paciente que ha sufrido un trauma, sobre todo cuando se trata de niños. Al iniciar la terapia, es importante asegurar que el lugar y el ambiente sean confortables para el paciente, así como poder percibir si ha bajado su ansiedad.

¿En qué quieres que te ayude? Le pregunté a Toni, la segunda vez que nos vimos, "A quitarme estos pensamientos y aclararme la mente", me respondió. ¿Qué es lo que te gustaría mejorar o cambiar? "Tengo que esclarecer que hago con el trabajo, no puedo estar más tiempo así, mi jefe me llama cada semana para saber cuándo me voy a reincorporar". Entonces establecimos un objetivo, cambiar de trabajo. Para ello tenía primero que aclarar la situación en su actual empleo y plantearse a qué podía dedicarse profesionalmente a partir de aquel momento. Pero antes necesitaba sentirse libre de los sentimientos depresivos y de su ansiedad. Las metas de la terapia deben ser establecidas y acordadas con el paciente. Los objetivos deben ser pequeños, medibles, realizables y realistas. Estos tienen que ser revisados a intervalos regulares y reemplazables si es necesario. Es importante reafirmar que puede existir un futuro.

Toni sabía que esta sería una sesión intensa. Estaba nervioso, pero parecía más relajado que la primera vez. La primera sesión sirvió para valorar como estaba y si él se sentía lo suficientemente cómodo con la terapia. Después de valorar el cuestionario del IES-R, y sopesar que podía tratarse de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, expliqué a Toni cómo funciona nuestro cerebro en situaciones de estrés. Carly Raby habla de la importancia de la psico-educación; el paciente tiene que entender que el TEPT es una respuesta psicológica al estrés agudo y que es tratable. Así pues, era importante que Toni entendiera que su reacción al trauma era normal y que eso no significaba que estuviera loco.

Frente a una situación de peligro para nuestra integridad física, nuestro cerebro puede reaccionar de cuatro formas distintas: a través de la lucha, la huida, el colapso o la parálisis. Este sistema de alarma frente a situaciones de peligro nos salva la vida.

La amígdala es una estructura de neuronas situada en la parte más profunda de los lóbulos temporales; es la encargada de procesar las emociones (alegría, afecto, miedo, angustia, sorpresa, etc.), con los patrones de respuesta correspondientes a éstas. Por ejemplo, frente a un posible atropello en un paso de cebra, es la encargada de activar todo nuestro organismo para que reaccionemos ante el peligro. Pero la amígdala también juega un papel muy importante en la memoria, estructurando los recuerdos. La mayoría de nuestros recuerdos están guardados en el hipocampo, que se encuentra justo a continuación de la amígdala; éste tiene la función de generar y recuperar los recuerdos. Por lo tanto, la amígdala y el hipocampo son significativos en el TEPT. Así como los recuerdos guardados en el hipocampo se procesan como algo pasado, objetivo y racional, en la amígdala éstos no tienen sentido de paso del tiempo, con lo cual esos recuerdos emocionales se mantienen en alerta, lo que conlleva que la persona se encuentre en un estado de estrés permanente. Según los indicadores positivos de recuperación que Echeburúa (2012, p.183) menciona en su libro, el objetivo fundamental de la víctima es aprender a corregir la mirada para centrarse en los recuerdos agradables y en la

## Artículos Clínicos

parte positiva de la realidad. A ello se llega cuando la víctima considera ya el suceso traumático como algo pasado que forma parte de su historia personal. Toni pudo entender y visualizar que el suceso del atraco quedó guardado en la amígdala, como un recuerdo reciente, como si aún estuviera activo. Cuando esto sucede aparecen los síntomas de estrés postraumático. El tratamiento con CATT facilita que estos recuerdos, con un fuerte contenido emocional, “mal almacenados” en la amígdala, pasen al hipocampo como memoria autobiográfica. Por ello aceptó llevar a cabo este tipo de tratamiento.

Así pues, en esta segunda sesión empezamos con la primera fase del tratamiento del trauma, como incidente único. Le expliqué a Toni lo que íbamos a hacer; se trataba de “reproducir” el atraco, como si estuviéramos viendo una película en el cine. Para ello necesitábamos crear una “escenografía” donde estuvieran todos los personajes y elementos básicos y necesarios para la película. Esto en cierto modo tendría relación con lo que propone Reddemann (2003, p118), el cual, en su apartado de confrontación con el trauma, habla de la técnica de la televisión, técnica que ha demostrado su eficacia. La terapeuta y la paciente se sientan una la lado de la otra y se imaginan que ambas miran una pantalla. Debido que a menudo los recuerdos pueden ser muy intensos, se tranquiliza al paciente diciéndole que no hace falta que nos diga nada ni reflexione en profundidad sobre el suceso. Sencillamente se le invita a que piense que estaba allí y que escriba una lista (o la escribimos para ellos) de las personas que estaban presentes en el acontecimiento; en el caso de Toni, de los personajes que intervinieron en el atraco.

Le pedí que hiciera una lista de los personajes que estuvieron presentes en el evento, teniendo en cuenta que esto debía ser un ejercicio metódico, no una oportunidad para reflexionar. Toni anotó: “atracador vestido de blanco, atracador vestido de negro...” y ya está”, dijo mirándome extrañado, como buscando una aprobación. Le comenté que para poder hacer toda la escena necesitábamos más elementos, la gasolinera... y sobre todo a su personaje. Entonces prosiguió la lista y dijo que también era importante su coche. Así que ya teníamos a todos los protagonistas: tres figuras humanas, dos coches y una gasolinera. Es esencial en este punto comprobar que el paciente está trabajando con la parte lógica del cerebro, no con la emocional. Después de la lista le pedí que pensara si había algún olor especial que recordara, o colores, o sonidos, etc. Y si era de día o de noche. Toni mencionó que era de madrugada y que recordaba los gritos de los atracadores mientras aporreaban la puerta. Los olores y los sonidos, por ejemplo, no son fácilmente representables pero tienen el poder de evocar la memoria. Por ello es importante incluirlos en la narración, lo cual facilita el proceso del tratamiento a la vez que disminuye el número de factores desencadenantes en un futuro. Si notamos que aparecen emociones, es necesario parar, ya que puede ser perjudicial, con lo cual me mantenía atenta ante cualquier indicador de ello.

Una vez hubo hecho la lista, le animé a crear los personajes. Le mostré todos los materiales de arte disponibles. Toni escogió fabricarlos con limpia pipas de colores. Hizo unos muñequitos sencillos. Las imágenes aquí representadas son una reconstrucción de las que hizo Toni. Debido a que el protocolo CATT es un proceso narrativo que no debe ser interrumpido, mientras el paciente hace el recorrido de lo sucedido, no se toman fotografías. Para poder comprender como el paciente avanza por la narración recreé las posiciones que tomaron sus personajes a lo largo del relato.

Para representarse a sí mismo escogió el color rojo y para los atracadores el blanco y el negro (Fig. 1). Luego sobre un papel de color blanco dibujó lo que sería la gasolinera. Para los coches utilizó un trocito de papel blanco y otro de papel



Fig. 1

verde claro, los cuales representaban el coche de los atracadores y el suyo respectivamente. No dibujó nada en ellos, simplemente el fragmento de papel. A continuación, le pedí que seleccionara un “lugar seguro”, en el comienzo del evento. Este lugar debía ser un espacio en el que se hubiera sentido seguro antes del atraco. Dijo que era su casa, que representó con un pedazo de papel azul. Luego le pedí que me explicara cual fue el “lugar seguro” al finalizar el suceso, y dijo ser su coche. Este “lugar seguro” final tiene que ser el lugar donde la persona sabía que estaba viva, respirando, y donde podía constatar que no había muerto después del incidente.

## Artículos Clínicos

Le recordé, señalando los dos lugares seguros, que eran los puntos donde debería dirigirse (su personaje), en caso de sentirse mal emocionalmente durante el proceso de narración. Estos puntos sirven de anclaje. Reddemann (2003, p.163) coincide con este aspecto de la técnica CATT, cuando señala que todos los aliados reales o imaginarios deberían ser creados por el paciente en la medida de lo posible, ya que éstos, al haber sido creados con sus propias manos, estarán mucho más arraigados al papel positivo que les ha tocado representar y de una forma más individual. Antes de que contara la historia, le pedí a Toni que eligiera un título relacionado con el hecho. No tuvo ninguna duda y lo tituló "El atraco".

Ya teníamos todos los elementos para avanzar a través del trauma. Estábamos sentados de lado, frente a la mesa y dispuse, de izquierda a derecha, su lugar seguro antes del atraco (su casa), la gasolinera y su lugar seguro después del evento (su coche) (Fig. 2). A partir de aquí yo no tocaría ninguno de estos elementos, sobre todo los personajes, que solo podría mover él. Antes de empezar le recordé que para explicar la historia debía hacerlo utilizando los personajes y que éstos debían moverse desde el "lugar seguro" inicial, hasta el "lugar seguro" final, de manera rápida, sin titubeos, pero describiéndolo todo con el mayor detalle posible. Si en algún momento el paciente deja de mover los personajes, le invitamos a no parar el relato.

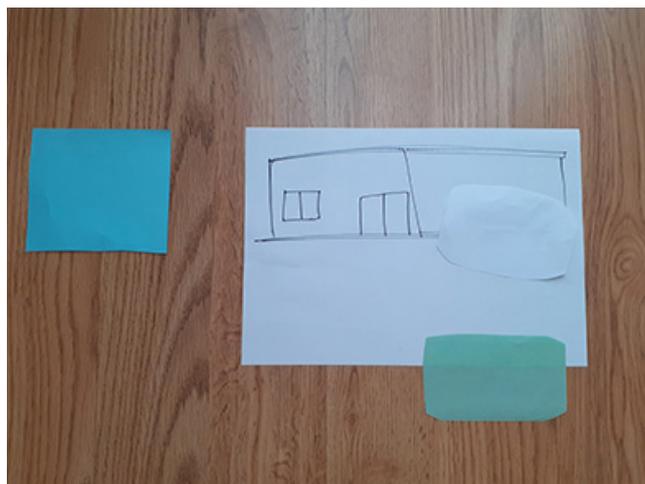


Fig. 2

Le indiqué que no debería desviar la mirada de ellos en ningún momento. A menudo, como protección, el paciente deja de mirar los personajes y dirige la vista hacia arriba o hacia al terapeuta mientras se realiza este ejercicio. Entonces le animamos a continuar con la narración para evitar la inundación de emociones.

Durante el relato, tenemos que prestar atención a lo que Raby llama "hotpots" (puntos calientes). Probablemente serán fáciles de ver: aumento de la frecuencia cardíaca, rubor, sudoración en la nariz o la frente, cambio en el tono de voz o voz temblorosa, etc. Puede haber sólo uno, o muchos, y en general se manifiestan cuando la persona cuenta la historia la primera vez. Aunque aparezca alguno, no debemos interrumpir su narración, lo dejaremos para el final, cuando todo haya sido procesado y podamos discutir lo que pasó con menor excitación emocional.

Le pregunté a Toni si estaba bien, si tenía alguna pregunta y lo animé a narrar su historia.

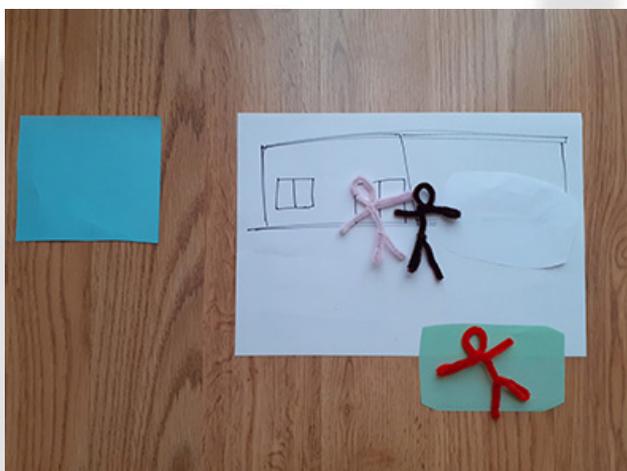


Fig. 3

"Estaba en casa y salí a trabajar. Hicimos el cambio de turno con mi compañero, quién se fue hacia su casa (personaje que agregó más tarde). Me quedé solo. De madrugada sobre las cuatro, llegó un coche blanco con dos atracadores. Pararon frente a la puerta, que tenía una barra antirrobo para los coches, y empezaron a gritar para que les abriera, les dije que no... entonces empezaron a aporrear la puerta con los pies... yo no sabía que hacer... la puerta era de seguridad, de las que se abren solas, pero cuando las bloqueas no pueden abrirse, pero ¡se la cargaron! Y en el momento que ellos lograron entrar... yo salté por la ventanita de la taquilla, por donde cobramos a los clientes de noche... y corrí a encerrarme a mi coche... lloraba... allí me quedé hasta que llegó la policía." (Fig. 3)

Le agradecí que hubiera contado la historia. Estaba muy emocionado, no paraba de llorar, las manos le temblaban. Esta situación es bien descrita por Reddemann: "Una vez se haya trabajado todo el material traumático es probable que se

## Artículos Clínicos

produzca lo que se conoce como catarsis, pudiendo producirse temblores, lloros o reacciones similares” (Reddemann, 2003, p.118).

De su relato salió a relucir un cierto sentido de vergüenza cuando mencionó que huyó por la ventana. Para Echeburúa (2012, p.109) la culpa y la vergüenza son dos emociones relacionadas pero distintas. La culpa alude a una conducta concreta; la vergüenza, por el contrario, implica una autodescalificación global y es una emoción más devastadora y dolorosa que la primera.

Cuando se hubo recuperado un poco le pedí por favor que repitiera la historia, pero esta vez al revés. Como si estuviera rebobinando la película; ahora tenía que pasar del “lugar seguro” del final, hasta el “lugar seguro” del principio. Aquí el terapeuta puede ayudar al paciente si a éste le cuesta incluir todos los elementos mencionados anteriormente. En este momento entra en acción una parte diferente del cerebro, permitiendo que el evento sea procesado, ya que es un orden confuso y la emoción se reduce.

Este ejercicio le costó más, tenía dificultades para recordar el orden al revés. Se le veía confundido, pero había bajado bastante su ansiedad. Cuando llegó al “lugar seguro” inicial, le dije, una vez más, que lo había hecho muy bien. Entonces le pedí que volviera a explicarme la historia de nuevo y que lo hiciera de la manera más rápida posible, utilizando los personajes y los demás elementos. En esta segunda repetición estuvo mucho más tranquilo que en la primera. Le pedí que repitiera el proceso de contar la historia y rebobinar, tres veces, hasta que ya no hubo en Toni ningún “hotpot”.

Aunque Toni se había calmado, parecía cansado. Recordar el trauma es difícil y desagradable; había suscitado en él un montón de sentimientos. Para Reddemann (2003, p.163) si un trauma se considera como un comportamiento inadecuado e interrumpido por la reacción de inmovilidad (P. Levine), el tratamiento del trauma ofrece la oportunidad de reestablecer la capacidad de actuación y terminar el comportamiento interrumpido. El uso de figuras permite una continuación y una transformación de la escena en la que la persona afectada pasa a actuar de forma activa. Con las figuras aliadas (...) el paciente se encuentra en condiciones de huir hacia la salvación o derrotar al agresor.

Le propuse pensar en su historia otra vez y elaborar un nuevo personaje o elemento imaginario, que pudiera entrar en la historia, en cualquier momento, y crear un relato diferente, con un mejor resultado, o que pueda decir y hacer algo que le haga sentir diferente acerca de lo que pasó. Toni no se lo pensó ni un segundo... “voy a escoger a mi compañero” y cogió al personaje que había hecho anteriormente. Le propuse poner un título a la nueva película, “Tengo compañía”, dijo. Entonces procedió a contar la historia, sin lugares seguros ni rebobinados. En la nueva narrativa, Toni estaba trabajando con su compañero; cuando sufren el atraco, los dos se encierran en el almacén, bajo llave y llaman a la policía. (Fig. 4)

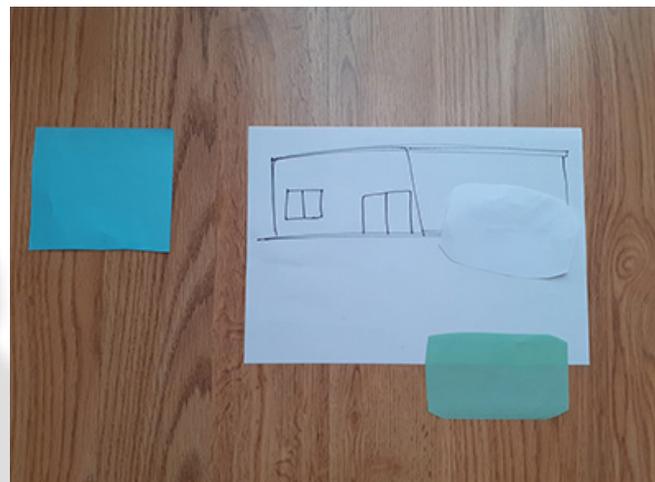


Fig. 4

Toni se sintió enormemente aliviado después de la sesión. Su semblante estaba relajado a pesar de reflejar un enorme cansancio. Nos despedimos y quedamos en vernos otra vez para comprobar cómo se encontraba y repetir la escala de impacto de los eventos.

*Cada brizna de hierba tiene su ángel que se inclina sobre ella y le susurra: « crece, crece!» (Talmud)*

Actualmente Toni está trabajando como agente forestal. A las dos semanas de la sesión en la que se adentró en el trauma, pudo hablar con su jefe. Le comunicó sus intenciones de no regresar a su puesto de trabajo y se matriculó a un curso para obtener la licencia de forestal. Prosiguió con la terapia semanal con la psicóloga durante cuatro meses más, sobre todo porqué durante la sesión emergieron muchos sentimientos que necesitaba elaborar.

## Artículos Clínicos

Luego de haber elaborado el trauma, Toni pudo tomar estas decisiones; según Echeburúa (2012, p 178) todos los días las personas se encuentran con dificultades a las que tienen que hacer frente (...) es inherente a la vida misma. Lo que diferencia a las personas felices de las que no lo son es que las primeras tienen problemas, los aceptan y aplican remedios adecuados para solucionarlos. Toni buscó una solución y tuvo que transitar por el trauma para finalmente hacer frente a un cambio profesional.

A las tres semanas le pedí si podía contestarme el cuestionario del IES-R; en esta ocasión sus valores se habían reducido considerablemente, había pasado de un IES-R total de 48 a 15. Sus valores de evitación e hiperactivación habían sido los que más había bajado. Ahora se siente tranquilo... “ya no está dentro de mí... no he vuelto a tener pensamientos de suicidio y esto me hace muy feliz”, dijo al repasar con él los resultados del test.

### CONCLUSIÓN

Con este estudio de caso he querido mostrar como la aplicación del CATT, técnica para tratar el trauma de manera acelerada en niños, es efectiva y muy válida también en adultos.

Al mismo tiempo, la experiencia que he compartido permite mostrar cómo esta técnica puede resultar un recurso útil para las arteterapeutas, tanto si se aplica dentro de un proceso arteterapéutico largo, como si es una intervención breve para tratar sólo los síntomas de estrés postraumático.

En el caso expuesto, haber podido liberar al paciente del bloqueo y el sufrimiento que implicaba el TEPT, facilitó que pudieran llevarse a cabo otros objetivos terapéuticos, como encaminarse hacia un cambio de trabajo y conseguir una mejora en sus relaciones familiares y sociales.

Si bien el CATT es una técnica que pueden aplicar psicólogos o terapeutas formados en ella, podemos deducir que, cuando se lleva a cabo dentro de un proceso de arteterapia, en un marco teórico psicodinámico, en el cual ya se utilizan habitualmente materiales artísticos, resulta un recurso especialmente coherente e integrador.

### REFERENCIAS

Echeburúa, E. (2012). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones pirámide.

Jarne, A y Talarn, A. (2000). Manual de psicopatología clínica. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer – Paidós.

Manzanero, A. L. (2010). Recuerdos de hechos traumáticos: de la introspección al estudio objetivo. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol.10, 2010, pp. 149-164. ISSN: 1576-9941

Raby, C. (2013, noviembre) CATT Level II (Luna Children’s Charity y Anem) (Apuntes impresos). MSC Mental Health Studies. Service evaluation of a training course, new PTSD treatment protocol designed for children: Assessing the potential of an arts based, cognitive approach to treating traumatized children in Rwanda; through the training of lay counsellors. Barcelona

Reddemann, L. (2003). La imaginación como fuerza curativa. Barcelona: Herder