



asociación profesional
española de arteterapeutas

B-3391-2012 ISSN: 2014-5594
Inspira Vol.7 (Barc., 2022)

inspira

revista de la ATe
número 7



sumario



04 EDITORIAL

ARTÍCULOS CLÍNICOS

- 05 Arteterapia en la rehabilitación del ictus** por Ester Fernández Martínez
- 22 «Está dentro de mí!» reescribiendo un nuevo guión: estudio de caso de un trauma emocional en un adulto, aplicando el protocolo CATT** por Neus Selga i Martí
- 31 Uso combinado de Arteterapia y EMDR, en la intervención de sintomatología del trauma por acoso escolar en niñas, niños y adolescentes con obesidad** por Norma Irene García Reyna
- 47 Violencia oculta. Sombras y silencios** por Rosa Royo Esqués

ENTREVISTAS

- 54 Entrevista a Carly Raby** por Montserrat Montané
- 58 Entrevista a Cathy Malchiodi** por Elena Wallet

CAPÍTULO DE LIBRO

- 65 Capítulo del libro «El cuerpo recuerda. La psicofisiología del trauma y el tratamiento»**
Capítulo 1. Resumen del trastorno por estrés postraumático (TEPT): El impacto del trauma en cuerpo y mente.

“Cuando la conciencia dolorosa de la pérdida provoca una rabia reparadora, la creatividad se convierte en una obligación feliz”

B. Cyrulnik

EQUIPO EDITORIAL

DIRECCIÓN

Montserrat Montané

GESTIÓN

M^a Ángeles Herrero,

Anaïs Vidal, Elena Vallet

y Ester Fernández

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Susana Freije

CONSEJO DE REDACCIÓN

Elena Ricart,

Angelina Graell

y Elena Vega

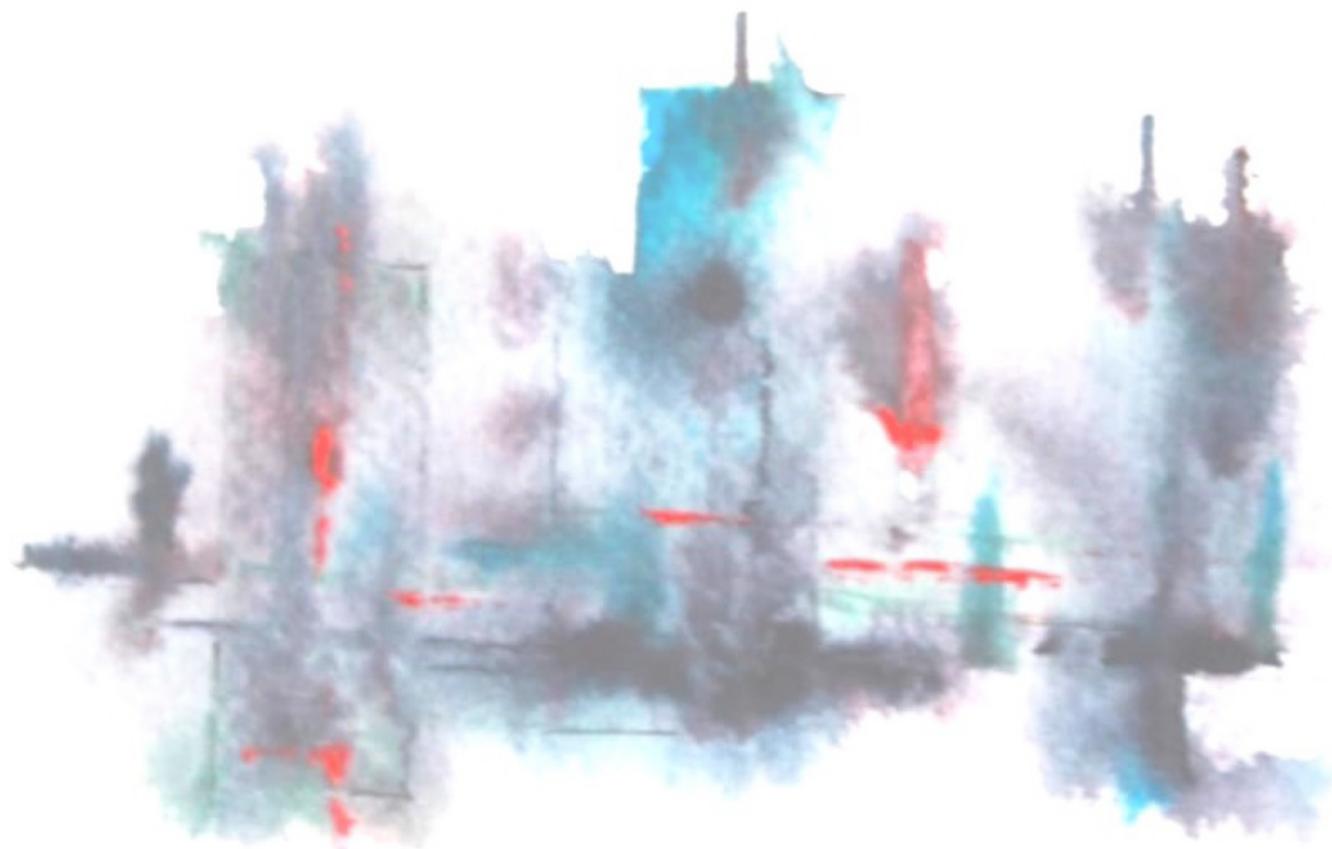


Ilustración: M^a Ángeles Herrero

editorial



Montserrat Montané
montserratma@artterapiagranollers.com



Los distintos trabajos que componen el contenido de este monográfico sobre trauma nos invitan a focalizarnos en varios puntos. Por una parte, sobre todo a partir del artículo de Rosa Royo, queda patente la enorme complejidad del trauma, en este caso desde la mirada de la psicoterapia relacional; por otra, podemos ver el valor innegable del trabajo arteterapéutico en el tratamiento de las experiencias traumáticas, evidenciado en el resto de artículos.

En este volumen hemos incluido dos entrevistas en vez de una, por ser del todo relevantes. Así, junto con la entrevista a Carly Raby, creadora de la técnica CATT para el tratamiento del trauma, tenemos la que se realizó a Cathy Malchiodi, a propósito del seminario que impartió en noviembre de 2019 en Barcelona. Lo que en ella explica es del todo congruente con los casos clínicos de los artículos de arteterapia presentados aquí, mostrando el equilibrio entre la sencillez y el rigor de la forma de trabajar -validada por los recientes estudios de las neurociencias y la neurobiología- y la comprensión de los eventos traumáticos y sus efectos. Malchiodi utiliza, con evidente éxito, diversas artes expresivas en su metodología.

El seminario fue organizado, en colaboración con la ATe, por el Instituto Cuatro Ciclos, el cual nos cedió amablemente un capítulo del libro *El cuerpo recuerda*, de Babette Rothschild, publicado por la editorial Eleftheria, para ser incluido en este Volumen 7. En este capítulo la autora describe el estrés postraumático desde un punto de vista psicofisiológico.

Me gustaría destacar así mismo algunos aspectos de los cuatro artículos. Tres de ellos nos muestran casos clínicos en los cuales podemos ver los beneficios de la arteterapia en diversas situaciones de trauma. El de Ester Fernández se centra en el trauma que comporta haber sufrido un ictus, viendo como el trabajo con el arte, junto con una relación de confianza entre paciente y terapeuta, puede aportar mejoras evidentes en la persona afectada.

El de Neus Selga nos lleva, de forma sencilla, a la posibilidad de un tratamiento puntual y efectivo con la técnica CATT, con un usuario que sufría graves síntomas de estrés postraumático. Norma Irene García, por su parte, nos ofrece una rigurosa revisión bibliográfica sobre la utilización de la arteterapia de forma combinada con la técnica EMDR, que ilustra con el caso clínico de un niño con obesidad y con una dolorosa experiencia traumática por bullying.

La conexión entre los trabajos de Neus Selga y de Norma Irene García está en que ambas nos muestran la utilidad del encuentro entre la arteterapia relacional con técnicas o protocolos de carácter más cognitivo, como son EMDR y CATT. En el caso de ésta última, la entrevista con su creadora, Carly Raby, nos permite una mayor comprensión de sus bases y de sus aplicaciones.

El punto común en lo que presentan todas las autoras y la misma Cathy Malchiodi, estaría en la importancia de abordar el trauma yendo de lo no verbal a lo verbal; como dice ella misma, en arteterapia podemos pensar y sentir al mismo tiempo. Las imágenes facilitan el procesamiento de la memoria traumática, teniendo siempre en cuenta la implicación del cuerpo.

El de Rosa Royo es un artículo que invita a reflexionar. Aporta, a través de su larga experiencia como psicoanalista, una comprensión amplia de la diversidad de aspectos de las experiencias traumáticas, derivadas en muchas ocasiones del abuso de poder y que se extienden a todos los ámbitos de la condición humana: lo individual, lo colectivo, institucional, político... incluyendo las manifestaciones no visibles de la violencia, cuando ésta no puede ser pensada y genera una mayor probabilidad de cronificarse como trauma. Me ha hecho pensar en que esta clase de trauma puede también no hacerse visible, sobre todo cuando se normaliza y que la gravedad de ello estaría justo en la "normalidad" del abuso. A nivel social, el abuso que el mismo sistema ejerce sobre las personas, puede llevar a otro tipo de trauma: el de individuos con una vida con absoluta falta de sentido, abducidos en la multiplicidad de distracciones (y de dispositivos). Por lógica, en este caso, la salida estaría en el esfuerzo de pensar por nosotros mismos, de conectar con lo más esencial de nuestra naturaleza, de salir de la "normalidad": "(...) la mente es manipulable, pero el corazón no lo es. La voz del corazón nos hace ser quienes somos." (Piguem, 2021, p. 25)*.

Arteterapia en la rehabilitación del ictus.

Ester Fernández Martínez

Licenciada en Filología Hispánica (UB), Lingüística (UB) y Logopedia (UAB). Formada en Supported Conversations (Aphasia Center, Toronto, Canadá). Master en Rehabilitación Neuropsicológica y Estimulación Cognitiva (UAB). Master en Arteterapia por Metàfora Centre d'Estudis d'Artteràpia. Miembro activo de ATe y FEAPA. Como arteterapeuta, ha trabajado con menores, en contexto escolar, y con adultos afectados por ictus. En este contexto, ha colaborado con la asociación AVECE y con el Grup de Suport Neuropsicològic. Como logopeda, ha trabajado en rehabilitación de habla, lenguaje y deglución con personas que han sufrido daño cerebral adquirido en el Institut Guttmann.

esterc.fdez@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Ictus
Arteterapia
Autoestima
Confianza
Identidad

SUMARIO

El siguiente artículo explora el efecto que el arteterapia puede tener en el proceso rehabilitador de las personas que han sufrido un ictus, concretamente en los aspectos emocionales y psicosociales. Una breve descripción de algunos de los últimos estudios publicados en este campo sirve para poner de manifiesto que el arteterapia puede ser, en efecto, una buena herramienta de intervención en estos casos.

Finalmente, la presentación de un caso práctico, muestra cómo, a través del proceso creativo, el paciente explora sus miedos y ansiedades, para, finalmente, ganar confianza en sí mismo e iniciar el restablecimiento de una identidad positiva.

KEY WORDS

Stroke
Art therapy
Self-esteem
Self-confidence
Identity

ABSTRACT

This work explores the effect that art therapy can have on the rehabilitation process of people who have suffered a stroke, specifically in the emotional and psychosocial aspects. A brief description of some of the recent studies published in this field shows that art therapy may be a good intervention tool in these cases.

Finally, the presentation of a case study shows how, through the creative process, the patient explores his fears and anxieties, to finally gain self-confidence and initiate the reestablishment of a positive sense of identity.

INTRODUCCIÓN

La razón de este estudio es la de ahondar en los beneficios que puede ofrecer intervenir desde el arteterapia en el proceso de rehabilitación de las personas afectadas de un ictus. Para ello, se plantea como principal objetivo explorar si este tipo de intervención puede ayudar a potenciar los recursos del paciente, aumentar su autoestima y favorecer una identidad positiva.

Con la finalidad de situar al lector y aclarar algunos conceptos que se irán repitiendo a lo largo del texto, se inicia con una revisión de la literatura existente en este campo. En este apartado, en primer lugar, se describe brevemente qué es el ictus y qué tipos de ictus existen, cuáles pueden ser los factores de riesgo, los síntomas de alarma y qué secuelas puede presentar la persona que lo padece, prestando especial atención a las secuelas emocionales y psicosociales. En segundo lugar, se presentan algunos estudios realizados que muestran la efectividad del arteterapia y de otras terapias basadas en el arte en la rehabilitación del ictus.

A continuación, se dedica un espacio a la presentación y estudio de un caso concreto. En este punto, se describe el proceso terapéutico, mostrando cómo, a partir de la creación de un espacio de contención seguro, el paciente puede ir explorando, a través de la creación, sus miedos y ansiedades.

Finalmente, una vez analizado el caso práctico, el apartado de conclusiones, se dedica a establecer una interrelación entre este y los conceptos teóricos presentados.

¿Qué es el ictus?

Según la OMS, el ictus es la aparición súbita de síntomas clínicos, indicativos de un trastorno focal o generalizado de la función cerebral, que persisten 24 o más horas o que conducen a la muerte sin que exista otra causa que la vascular. Tiene una incidencia de 200 nuevos casos/año por 100.000 habitantes, de los que un 50% presentará secuelas y necesitará rehabilitación de mantenimiento.

En España, es la segunda causa de muerte y el principal motivo de invalidez permanente entre las personas adultas. Es considerada una enfermedad crónica que causa una importante demanda de cuidados, los cuales han de ser suplidos por terceros, sean estos miembros de la familia del paciente o instituciones públicas o privadas, lo que conlleva una gran repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, así como la necesidad de una importante inversión económica (Egido, Díez-Tejedor y Álvarez, 2003).

Hay dos tipos de ictus: isquémicos y hemorrágicos. Los primeros son los más frecuentes, y se producen por una interrupción o descenso del aporte sanguíneo que puede llevar a la oclusión parcial o total de una arteria cerebral, produciendo la reducción de oxígeno y glucosa en una determinada región del cerebro. Los segundos se producen por una hemorragia causada por la rotura de un vaso sanguíneo cerebral (Egido, et al., 2003).

Entre los factores de riesgo encontramos algunos; por sus propias características, inmodificables, como la edad, el sexo, los antecedentes familiares o el haber sufrido un ictus con anterioridad; por sus propias características. Por el contrario, otros factores, tales como la hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades cardíacas, el consumo de tabaco o la hipercolesterolemia, sí pueden ser modificados incorporando algunos cambios en el estilo de vida y siguiendo el tratamiento farmacológico adecuado. Además, está demostrado que el mejor tratamiento existente a día de hoy es la prevención.

En la actualidad, se sabe que la gravedad de las consecuencias de un ictus puede disminuir si se acude con rapidez al hospital, de ahí la importancia de reconocer los síntomas de alarma:

- Pérdida de fuerza o sensibilidad en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo. De inicio brusco.
- Pérdida súbita de la visión total o parcial en uno o ambos ojos.
- Alteración repentina del lenguaje, dificultades de expresión o comprensión.
- Dolor de cabeza caracterizado por su inicio súbito, intensidad inhabitual y la no existencia de causa aparente.
- Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio (Egido et al. 2003).

Las alteraciones que sufrirá la persona afectada pueden ser físicas y neuropsicológicas. La afectación cognitiva puede ser muy variada: alteraciones en el estado de alerta, apatía, dificultades en la percepción, atención o memoria, enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información, déficits en la iniciación y planificación; rigidez y pensamiento concreto, o dificultades en la comunicación. A nivel emocional, puede haber pérdida de autoestima, depresión, ansiedad, sentimientos de impotencia y desesperación (García-Molina, Roig-Rovira, Enseñat-Cantallops, Sánchez-Carrión, 2014). Consecuentemente, las personas afectadas experimentan una importante pérdida de independencia en las actividades de la vida diaria, ven como son alteradas sus relaciones sociales y sufren grandes dificultades para volver a participar en los roles que ocupaban. Diversos estudios han relacionado la limitada capacidad de realizar actividades, la restringida participación y el aumento de dependencia con una insatisfacción generalizada a largo plazo y con una disminución de la calidad de vida (Beesley, White, Alston, Sweetapple, Pollack, 2011; Morris, Kelly, Toma, Kroll, Joice, Donnan y Williams, 2014; Reynolds, 2012).

El sentido de uno mismo se crea a través de la narrativa de la propia historia, la cual dota de un sentido de temporalidad y coherencia a nuestra biografía (Ellis-Hill, Hor, 2000). El ictus supone un cambio en las vidas de las personas que lo sufren, una repentina ruptura biográfica (Bury, 1982) en la que ciertos aspectos de la historia de vida se ven interrumpidos, habiendo de enfrentarse a un reto único, la pérdida de la identidad propia. Tras perder aquellas cosas que antes uno asumía como válidas, el restablecimiento de la confianza perdida y de un sentido positivo del sí mismo parecen estar ligados a la capacidad de generar nuevos modos de estar y de reconstruir un sentido de significación, predictibilidad y coherencia en el día a día. Sin embargo, tras el daño cerebral, la persona cuenta con menos recursos cognitivos y emocionales para afrontar estos cambios de un modo apropiado.

Artículos Clínicos

Sumado a todo lo expuesto, es importante tener en cuenta que este cambio radical no afecta únicamente a la persona que lo padece, sino también a su entorno más cercano, la familia, y en especial al cuidador principal que, en función de la gravedad de la lesión, tendrá que enfrentarse a una dura tarea que tiende a ser crónica (Fernández Guinea, Muñoz Céspedes, 1997; Muñoz Céspedes, Tirapu Ustarroz, 2003). Muchas de las cosas que antes se daban por supuestas van a cambiar, entre ellas: el modo en que se relacionaban previamente, los roles que ejercían, las expectativas y los planes de futuro (Fernández Guinea, Muñoz Céspedes, 1997). Además, el daño cerebral puede llevar a la pérdida del trabajo y a la consiguiente disminución de ingresos, a lo que hay que sumar el aumento de gastos que conlleva la rehabilitación.

Arteterapia y terapias basadas en el arte en la rehabilitación del ictus

Después de un ictus, las personas han de enfrentarse a un duro cambio existencial y a la sensación de pérdida de lo que era el día a día. Las secuelas motoras y cognitivas, afectan a la independencia, a la autoimagen, a los roles desempeñados con anterioridad y a la economía (Gonen, Soroker, 2000). Diversos estudios han evidenciado que, tras el ictus, las personas muestran un sentido negativo de sí mismas, se ven afectadas por una gran pérdida de confianza, se sienten aisladas y con muchas dificultades para formar parte de actividades sociales, muestran cambios de humor, y tienen poca confianza en el futuro (Ellis-Hill, Horn 2000; Ellis-Hill, et al. 2015).

Existen diferencias en el modo de enfrentarse tanto al proceso de rehabilitación como al reto de aprender a vivir con una enfermedad neurológica crónica. Tener una discapacidad puede significar algo muy distinto para unas personas u otras en función de aspectos tan variados como: la profesión, el nivel económico, la edad, etc. (Gonen, Soroker, 2000). Con el soporte necesario, muchos afectados logran establecer un nuevo equilibrio; sin embargo, otros pueden desarrollar altos niveles de ansiedad y depresión, haciendo que el proceso de ajuste y adaptación a las demandas sociales y ambientales a largo plazo sea muy difícil (Weston, Liebmann, 2015).

En los centros dedicados a la neurorrehabilitación se suele enfatizar la rehabilitación de los déficits físicos y cognitivos (Morris et al. 2014), sin embargo, los aspectos emocionales pueden dejarse de lado, a pesar de estar asociados a una peor recuperación funcional, a mayores dificultades en las actividades de la vida diaria y social, y a una peor calidad de vida (Espárrago Llorca, Castilla-Guerra, Fernández Moreno, Ruiz Doblado, Jiménez Hernández, 2012). La razón de esto puede ser que históricamente se ha asumido que las dificultades cognitivas y lingüísticas podrían limitar los beneficios de una intervención psicoterapéutica (Michaels, 2010).

El proceso creativo tiene un efecto sanador que afecta a todas las esferas del yo, sean estas psicológicas, emocionales o espirituales (Higgins, Mckevitt, Wolf, 2009; Kongkasuwan, Voraakhom, Pisalayabutra, Maneechai, Boonin, Kuptniratsaikul, 2015). El arteterapia, desde su enfoque no verbal, proporciona un modo alternativo de expresión de los conflictos internos y emocionales, de ahí que deba considerarse para el trabajo con personas con dificultades cognitivas y de la comunicación (Michaels, 2010; Eum, Yim, 2015). Los objetivos generales que se plantean desde el campo de la neurología incluyen, entre otros: resolver problemas de ajuste al cambio, disminuir la tensión entre la función anterior de la persona y la actual; mantener un sentido de equilibrio y bienestar; trabajar en las fortalezas para la mejor aceptación de los déficits; restablecer un sentido de identidad y dignidad; y construir/mantener relaciones con otros (Weston, Liebmann, 2015). Además, algunos estudios han evidenciado mejoras en coordinación motora, atención sostenida, lenguaje, secuenciación y planificación, y procesamiento viso-espacial (Kim, Kim, Lee, Chun, 2008; Reynolds, 2012).

A pesar de ser escasa la investigación en lo relativo al uso del arteterapia en el proceso rehabilitador del ictus, parece que empieza a crecer el interés en mostrar que las terapias creativas y el arteterapia en concreto, aplicadas en este colectivo, tienen un impacto positivo en diversos aspectos psicosociales: mejoran el ánimo, la confianza y la autoestima, además de proporcionar un sentido de esperanza (Morris, Toma, Kelly, Joice, Kroll, Mead, 2016; Morris et al., 2014). En palabras de Malchiodi (Malchiodi, 1999; p.16, en Reynolds, 2012) participar en terapias artísticas «contribuye a experimentar sentimientos de autonomía y dignidad cuando otros aspectos de la vida parecen estar fuera de control»¹.

Artículos Clínicos

La creación artística permite la expresión simbólica de emociones difíciles de manejar; disminuye la ansiedad y la depresión, además, ofrece una oportunidad de reflexión y aporta una sensación de control sobre uno mismo (Morris et al., 2015; Eum, Yim, 2015; Reynolds, 2012; Michaels, 2010). Al trabajar con materiales y crear una pieza artística, la persona ha de plantearse unos objetivos y tomar decisiones, además de enfrentarse a retos distintos a medida que avanza, soluciona, prueba, cambia, rehace, etc. Todo ello otorga un cierto empoderamiento, facilita el desarrollo de nuevas habilidades, aumenta la confianza en uno mismo y genera un sentido de orgullo y eficacia, potenciando la fuerza y las ganas de lidiar con la nueva situación (Morris et al., 2015). En el estudio realizado por Gonen y Soroker (2000), se seleccionó el caso de un usuario que, a través de su creación artística, exploró los cambios producidos en su identidad, profundizó en sus emociones y adquirió un mayor control sobre sí mismo.

La pérdida de los roles desempeñados, los cambios en el estilo de vida, la dependencia de un tercero o el obligado abandono del empleo, suponen una inevitable pérdida de confianza en las propias capacidades, lo cual disminuye el interés por buscar y probar actividades alternativas con las que ocupar el tiempo (Beesley et al., 2011). En un estudio realizado con el fin de valorar la experiencia de participar en un programa de arte, desde la perspectiva de personas con discapacidad física como consecuencia de una lesión cerebral, muchos de los participantes dijeron sentir que estaban desarrollando un tipo de identidad positiva, de persona con intereses artísticos y con el potencial de tener algo nuevo en su vida más allá del ictus (Symons, Clark, Williams, Hansen, Orpin, 2011). En este sentido, Beesley et al. (2011) observaron que el desarrollo de un nuevo interés artístico promovía en los pacientes otros modos de verse a sí mismos. Morris et al., 2015 encontraron resultados similares; las personas supervivientes al ictus dejaban de ser identificadas únicamente de esta manera, pasando a recibir la admiración de sus familiares por lo que podían hacer a nivel artístico.

ESTUDIO DE CASO

Usuario

Juan es un hombre de 59 años de edad que, en 2001, padeció un ictus isquémico en la arteria cerebral media (ACM). Está casado y vive con su mujer. Trabajó siempre como operario de una empresa de artes gráficas. Sin embargo, a raíz del ictus y de las secuelas derivadas de este, tuvo que dejar su empleo y, en el momento en que se inicia la intervención, se encuentra en situación de desempleo, cobrando los últimos meses de prestación, y a la espera de volver a solicitar la invalidez, que ya le fue denegada en una ocasión.

Según el último informe neuropsicológico presenta diversos déficits cognitivos y emocionales:

- Déficit moderado en Funciones Ejecutivas.
- Enlentecimiento de la Velocidad de Procesamiento de la Información.
- Leve alteración de la atención
- Baja iniciativa, dificultad en la regulación emocional y en el establecimiento de metas.
- Apatía.
- Leve alteración de la memoria.

Además de las secuelas derivadas del ictus, presenta una hipoacusia moderada bilateral y una eritroqueratodermia, afección de la piel que suele estar presente desde el nacimiento.

Desde el equipo que coordina la asociación a la que acude, se deriva a arteterapia por presentar apatía y un cierto estado depresivo.

Tras conocer al paciente, los objetivos que se plantean son los siguientes: Facilitar la expresión de conflictos a través de la obra plástica, favorecer vías de comunicación alternativas a la expresión oral, aumentar la autoestima, ayudar al restablecimiento de un sentido de identidad positiva, y potenciar los recursos y habilidades del paciente.

¹The choices experienced when engaging in creative arts therapies «contribute to feelings of autonomy and dignity when other aspects of life seem out of control» (Malchiodi, 1999; p.16, en Reynolds, 2012).

Asesoramiento

Como es habitual, las primeras cuatro sesiones se destinaron al asesoramiento. El primer día lo dedicamos a hablar bastante, le expliqué cómo íbamos a trabajar y él me puso al corriente de una parte de la historia de su enfermedad. Desde un primer momento, me resultó una persona entrañable, educada y sumamente respetuosa.



Fig. 1

Tras la charla inicial, le animé a explorar los materiales. Alargó su mano, cogió lápiz y papel, me miró con un cierto nerviosismo, y empezó a dibujar.

En su primera obra (Fig.1), representó una casa a la que fue de vacaciones con su familia siendo niño. Para él, fueron unas vacaciones maravillosas. No tenían coche, así que tuvieron que ir todos juntos en autobús. El viaje se le hizo muy largo, aunque solo recorrieron 25 kilómetros. En su obra, representó la casa, el autobús y la playa. Explicó que cuando era pequeño, no le gustaba ir a la piscina por su problema en la piel, pero que, en la playa, no se preocupó de nada.

Antes de despedirnos, le pregunté cómo se había sentido, respondió que bien, que había estado muy a gusto, y nos despedimos con un apretón de manos. Sentí que habíamos tenido un buen inicio.

En la segunda sesión, lo noté muy inseguro. Lo primero que me dijo fue que él era un inútil para esas cosas artísticas. Hablamos de su día a día, me explicó que normalmente se aburría o se sentía indiferente, que no hacía gran cosa: se levantaba sobre las diez y media, desayunaba, se duchaba y hacía algún pequeño recado que le hubiese encargado su mujer.

Le propuse explorar y probar los materiales, pero no se decidía. Al notar esta falta de iniciativa y apatía, me animé a mostrarle cómo funcionaban y las posibilidades existentes más allá de tratar de hacer "algo bonito". Esto pareció animarlo y se puso manos a la obra.

Dibujó el huerto que tenían (Fig. 2), al que iba con su mujer dos o tres veces por semana, y que se había convertido en su principal ocupación. Allí, él hacía poco y era su mujer quien realizaba el trabajo duro, ya que ambos tenían miedo de que le pudiese dar un mareo. Sonriente y satisfecho, explicó que su ocupación eran las gallinas, que les abría la puerta, las llamaba y ellas le seguían, caminaban un rato y luego volvían al gallinero.

El huerto era, sin duda, un lugar importante para él, su lugar de paz, dijo. En la cuarta sesión, volvió a aparecer (Fig. 3), y, además, hablamos de él en repetidas ocasiones.



Fig. 2

Artículos Clínicos



Fig. 3

Al inicio de la tercera sesión, y ya cerca del final del asesoramiento, aprovechamos para hablar un poco de cómo se sentía en las sesiones:

-Mi mujer me dijo "harás un cursillo nuevo".

Yo, lo que tengo aquí es un chollo, porque tú te ocupas de mí, y yo... agradecido. Te tiras aquí unas horas para ver si esto... (se señala la cabeza) pero esto ya no se arregla. Yo imagino que tú eres más lista que yo, y me enseñarás algo. Yo me levanto y pienso que tengo esta actividad, que si no... me quedaría en la cama hasta las diez y media.

No pude quedarme indiferente ante la baja autoestima que reflejaban sus palabras y esa falta de actividad en su vida. Además, me llamó la atención el imperativo "harás un cursillo", y eso me llevó a preguntarme cómo ha de sentirse una persona que, de repente, pierde gran parte de su autonomía y poder de decisión. Tenía que ser una experiencia difícil, sin embargo, ahí estaba Juan, diciéndome aquello con una amplia sonrisa.

Ese día, tomó lápiz y papel, y dibujó la máquina que había manipulado durante los años en los que trabajó en la empresa de artes gráficas. Me explicó su complejo funcionamiento, lo delicada que era y el cuidado que había que tener para que el resultado fuese exactamente el que tenía que ser, y no otro aproximado. Inmediatamente, volvió a nombrar que su cabeza ya no daba para más, que antes sí podía, pero que ya no funcionaba. Hablamos del proceso desde que tuvo el ictus hasta la pérdida de su trabajo. Había trabajado en artes gráficas desde su adolescencia, tenía una gran experiencia y conocimiento, y ocupaba una posición de oficial. Tras el ictus, pasó siete meses de baja, y, al reincorporarse al trabajo, lo bajaron a la categoría de ayudante, y le dijeron que el sueldo también tendría que ser inferior. Él se negó y, finalmente, lo despidieron.

Aquella fue la primera vez que se nombró el ictus y que comparó la vida que tenía antes con la del presente.

En el momento en que nos encontrábamos, Juan estaba ya agotando los últimos meses de la prestación por desempleo. Había solicitado la incapacidad permanente en una ocasión y le había sido denegada. Ahora, tenía que presentar nuevamente los papeles, y se sentía muy preocupado por lo que pudiera suceder.

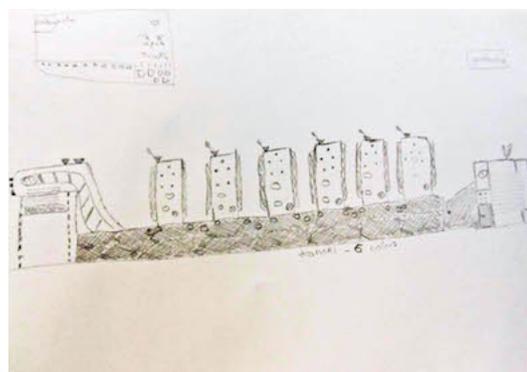


Fig. 4

Intervención

En la quinta sesión, se inició la intervención terapéutica. Ese día, Juan llegó con bastante retraso. Al entrar en la sala, observé que tenía un ojo morado y varios puntos en la ceja. Le pregunté qué había sucedido, y me explicó que tres días antes, estando en el baño, se había desmayado y perdido la conciencia brevemente. Al despertar, había llamado a su mujer, pero había caído de tal manera que ésta no podía abrir la puerta, por lo que pasaron unos minutos de muchos nervios. Seguidamente, dijo que quería trabajar sobre ello.

Pasó unos veinticinco minutos dibujando y, cuando finalizó, me pidió que me acercara para explicarme la obra. En la imagen, podían verse los diferentes momentos por los que pasó desde que estaba en la bañera, hasta que su mujer lo ayudó a levantarse. Dijo sentir miedo ya que había sido la tercera vez que se mareaba. Siempre le sucedía tras darse uno de los baños que necesitaba hacer para controlar la enfermedad de la piel, y le preocupaba que volviera a pasar. El resto de la sesión lo dedicamos a hablar de cosas prácticas como el cuidado de uno mismo o el cómo evitar los golpes si se sentía mareado. Al despedirse, dijo sentirse algo más tranquilo.

Artículos Clínicos

El ictus volvió a aparecer, en aquella ocasión, para nombrar los cambios producidos en él. Dijo sentir que se mostraba distinto ante los otros y que estos, a su vez, se acercaban a él de otro modo.

Seguimos hablando del proceso de creación, de cómo se había sentido usando pintura. Habló de los colores y de las distintas tonalidades que se veían.

-Me gusta, mira, este marrón ha quedado más claro, éste más oscuro... Aquí me lo paso bien. No es un Velázquez, pero creo que está bien... ¿No? ¿A ti te gusta?

Juan necesitaba mucho mi valoración y, al final de las obras, siempre me preguntaba si me gustaba lo que había hecho. Yo, al principio, insistía en que el resultado no era lo importante, sino el proceso de creación de la obra, y le devolvía la pregunta, ¿a ti te gusta?, pero él seguía queriendo mi opinión. Poco a poco, entendí que necesitaba escuchar esas valoraciones positivas para ir recobrando una visión más amable de sí mismo.

A partir de la novena sesión, el paso del tiempo y la monotonía se convirtieron en los temas recurrentes de esta primera etapa de intervención.

En la décima sesión, no sabía qué pintar, así que, nuevamente, le animé a probar algún material distinto. Se decidió por las acuarelas. El papel que teníamos no era el mejor para usar un medio húmedo, él me explicó cuál sería el adecuado, y yo aproveché para tratar de reforzar su autoestima mostrándole todo el conocimiento que tenía sobre materiales de artes gráficas. A veces, sentía que se creía mucho menos de lo que era, como si hubiese asumido que, tras el ictus, la persona que era ya no existía; pero no, todavía quedaban muchas cosas, e infinidad de posibilidades que estaban por venir.



Fig.8

Ese día usó un material nuevo e hizo un dibujo, en sus propias palabras, no realista. Era un tren lleno de colores. Un tren que, probablemente, los llevaría, a él y a su mujer al pueblo. Había querido hacerlo con esos colores para que no fuese un tren típico, para probar cosas nuevas. Sentí como si me estuviera diciendo algo, tal vez, necesitaba salir de su monotonía y pensé que el trabajo artístico, le ofrecía esa oportunidad. Las acuarelas, aunque habían sido utilizadas con muy poca agua, eran un medio menos controlado que los usados hasta el momento, mayoritariamente medios secos, y permitían algo más de juego.

En la siguiente sesión, me explicó que el fin de semana anterior su mujer había estado fuera y él había ido a comer a casa de su suegra, a jugar al billar, al huerto a ver las gallinas y a comer a casa de su cuñado. Volvió a usar los lápices de colores y dibujó el billar al que iba casi a diario. Nunca quedaba con nadie para ir, ya que allí siempre había gente con quien jugar. Me llamó la atención que en el billar no hubiese nadie, dijo que no dibujaba personas porque no sabía cómo hacerlo. Yo no pude evitar sentir un cierto vacío y soledad ante la imagen. Un tiempo más tarde, supe, por la psicóloga de la asociación, que iba al billar desde hacía un año, había sido algo que se había trabajado en un grupo de so-

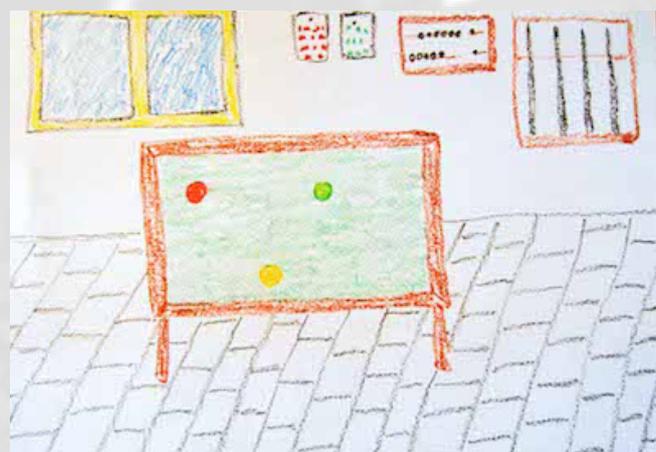


Fig.9

Artículos Clínicos

porte al que asistía Juan, porque, hasta entonces, no hacía ninguna actividad.

En la sesión doce, habló del cumpleaños del suegro de su cuñado, que había cumplido ochenta y siete años el fin de semana anterior. En más de una ocasión me había hablado de las personas mayores que tenía a su alrededor, de las que ya no estaban y del paso del tiempo. A veces, tenía la sensación de que él se veía también como un anciano al que ya le quedaba poco por hacer, pero tan solo tenía sesenta años.

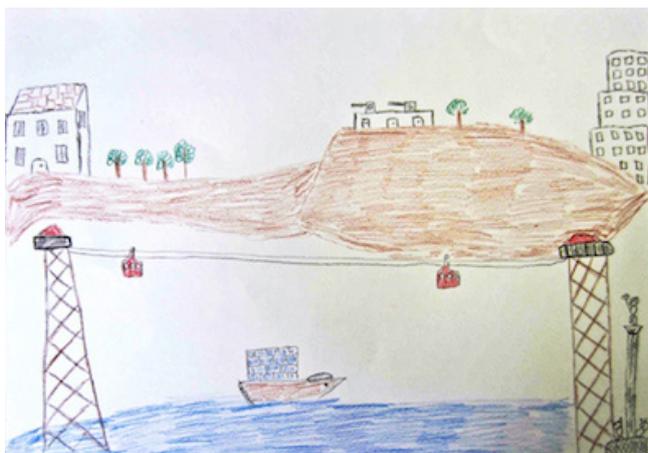


Fig. 10

En aquella ocasión, dibujó, con lápices de colores, el teleférico que llegaba hasta el cementerio de la ciudad. Para él, el cementerio era un lugar de paz por el que sentía un gran respeto. Comentó, también, que en ese cementerio estaban enterrados sus padres y su suegro, y que él tenía un nicho allí. Observamos que, en el teleférico, había dos cabinas, una de ellas iba hacia la montaña y la otra hacia el mar. Dijo que él iba en la que se dirigía a la montaña. Tras esta conversación, miró su obra y dijo que le faltaba algo de color. Yo, no sé si era por el modo en que me explicaba las cosas, pero no podía evitar sentir que a su vida también le faltaba algo de color.

En la sesión trece, volvió a manifestar no saber qué hacer. Notaba que tenía que ayudarle a salir de aquella monotonía, pero no sabía hacerlo sin mostrarme muy directiva. Le animé a explorar los materiales, para ver si probaba cosas nuevas, pero volvió a los lápices de colores. Como me había dicho que nunca dibujaba personas, le propuse introducir algún personaje en sus obras.

Recreó una escena cotidiana de su pueblo. En ella aparecía el párroco, una vecina y el pastor con sus ovejas. Me habló de los personajes. El párroco llevaba cuarenta años en la parroquia, y seguía vistiendo sotana. La vecina era una señora cualquiera que, yendo a la compra, se había cruzado con el párroco y se había detenido a charlar con él. El otro personaje era el único pastor que quedaba en el pueblo, tenía unas mil ovejas y tres perros, y su día a día transcurría siempre del mismo modo: llevaba las ovejas a la montaña por la mañana, y regresaba al pueblo casi por la noche. Esta vida, según Juan, le resultaba tremendamente monótona y aburrida.

Observó su dibujo y dijo que le parecía triste, que le faltaba color y, quizá, alguna flor. Le pregunté por el proceso, y dijo que se había sentido muy bien haciéndolo. Intenté hablar del sentimiento de tristeza que le evocaba el dibujo, y me comentó que la vida del pastor le parecía muy aburrida y que, además, el párroco ya era muy mayor. Nuevamente volvió a aparecer, junto a la monotonía, la idea del paso del tiempo.

A lo largo de estas trece primeras sesiones, Juan fue poniéndome al día de su pasado y presente. Todas sus imágenes ilustraban lugares, elementos o acciones importantes, que le permitían ir describiendo cómo había transcurrido su vida hasta el momento presente en que nos encontrábamos.



Fig. 11

Artículos Clínicos

Me habló de su infancia, su juventud, sus padres, la piel, el ictus, el trabajo, el pueblo, su mujer, su presente... Esta exposición me ayudó a recrear una imagen de la persona que tenía ante mí, la cual de un día a otro, había visto su vida cambiar de modo drástico, enfrentándose a la muerte, viendo como el rol que ejercía a nivel laboral y familiar mutaba, tal vez, para siempre, haciéndose consciente de algunas de las secuelas en su capacidad cognitiva y, en definitiva, teniendo que encontrarse de nuevo, conocerse y aceptarse en ese cambio. Con sus limitaciones, pero también con sus capacidades, aunque a él todavía le resultase difícil verlas.

Yo sentía que se había quedado limitado y hasta estancado, quizá yo también. Teníamos que salir de ahí. Había probado ser lo menos directiva posible, darle la oportunidad de que fuese él quien tomase las riendas, pero había olvidado algo que caracteriza, en función de la lesión cerebral, a las personas que han padecido un ictus: la apatía, la falta de iniciativa y las dificultades para planificar. Tal vez tenía que ser yo quien tomase las primeras decisiones y lo empujara a experimentar en la obra.

Nuevas posibilidades

La sesión catorce marcó un cambio en el proceso. Empezamos, como de costumbre, hablando de la semana. Me explicó que había hecho lo de siempre: levantarse, dar una vuelta e ir al huerto y al billar. Yo percibía un cierto aburrimiento o resignación en su discurso, por lo que me animé a nombrar la monotonía, y le pregunté si se sentía algo aburrido. Respondió que su mujer le decía que era muy lento, y que eso era cierto, que desde el ictus hacía las cosas con mucha más lentitud; ella, en cambio, tenía mucha más energía.

Le propuse hacer algo distinto aquel día y aprovechar el espacio para salir de aquella monotonía. Decidimos usar los materiales de modo más experimental y ver qué cosas iban sucediendo. Le propuse usar ténpera y hacer estampación. Como no lo veía del todo convencido, hice yo una muestra, trabajando sin pincel y vertiendo pintura directamente sobre el papel.

Cogió un pincel y pintó tratando de no hacer nada figurativo, pero le costaba mucho, así que le propuse dejar el pincel, tirar pintura sobre una hoja y estampar. Probó y le gustó, pero volvió a coger el pincel. Quedó algo decepcionado ya que mezcló tantos colores que todo quedó gris (ver Fig. 12). Volvió a probar tratando de no mezclar todo e hizo una primera estampación. Le quedó muy limpia y le pedí que me dejase guardarla. Me la dio y siguió probando (ver Fig. 13).

Pasó mucho tiempo trabajando y, al final de la sesión, tenía varias muestras. Las repartí por la sala para poder mirarlas juntos. Cuando terminó la última obra, nos levantamos y fuimos observando las obras como si estuviésemos en una galería. Se detuvo ante una y me dijo que no sabía qué pensar (ver Fig. 14). Cogí esa obra, le di la vuelta y la miramos. Le sorprendió la posibilidad de poder verlo desde otra perspectiva.

-Al principio, si te soy sincero, me sentía un poco ridículo, porque no sabía lo que estaba haciendo, pero luego me he relajado. Mira, este no me gustaba hasta que me has dicho que hay distintas posibilidades y que se puede girar.

Aproveché para comentar que, del mismo modo que la obra tiene distintas posibilidades y la podemos mirar desde diferentes ángulos, en la vida diaria sucedía lo mismo.

Seguimos nuestro recorrido y hablamos de los colores, de las mezclas, de los cambios que se producían en las distintas estampaciones, de la sorpresa, etc. Me contó que la última obra que había hecho le recordaba un hígado y glóbulos de la sangre (ver Fig. 15). Dijo no saber muy bien cómo era un hígado y que quizá alguien pudiera decirle que así no eran, pero que eso no le importaba, porque, para él, era un hígado. Noté que mostraba más seguridad que nunca.

Le pregunté por el proceso y, como era habitual, describió lo que había dibujado. Le dije que en lugar de hablar de lo que era, ya que estábamos intentando hacer cosas nuevas, podríamos hablar de lo que sentía mientras creaba o en aquel momento, al mirar la obra. Respondió *"a mí me gusta"*. Le pregunté qué nombre de emoción o sentimiento le daría, puse algunos ejemplos y respondió:

-Alegría. Al principio, ya te he dicho que me sentía ridículo, no sabía qué hacer, pero, después, me ha gustado porque

Artículos Clínicos

veía lo que pasaba y que éste, por ejemplo, aquí tiene estos tonos y en éste salen estos otros. Y ahora que he hecho esto, voy a intentar pensar más cosas de este tipo.

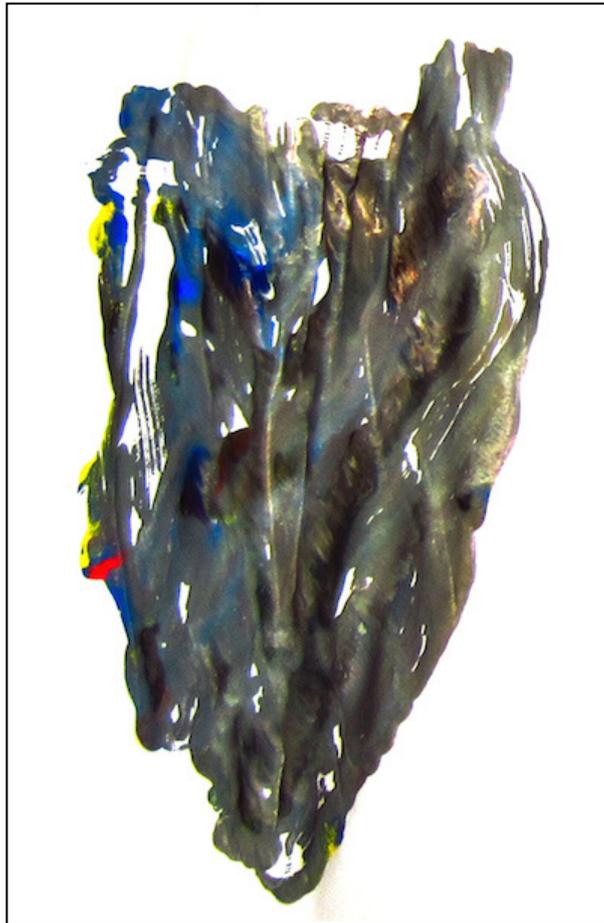


Fig. 12

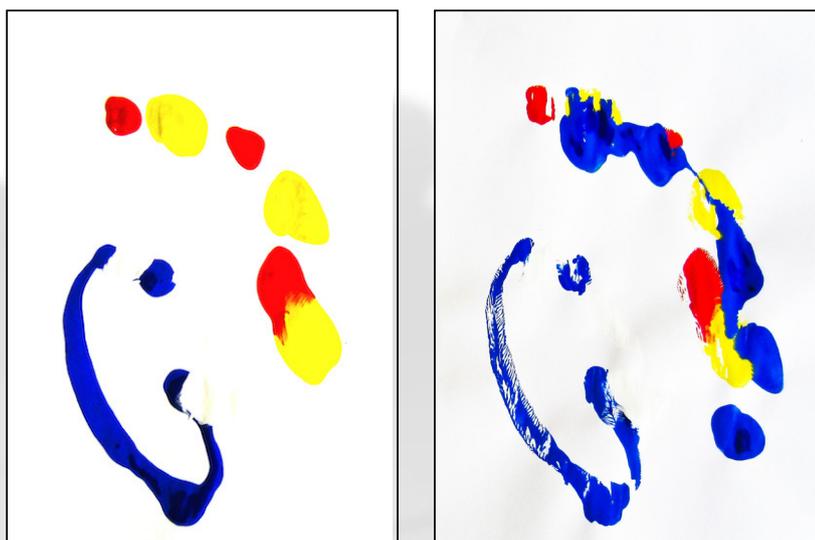


Fig. 13

Artículos Clínicos

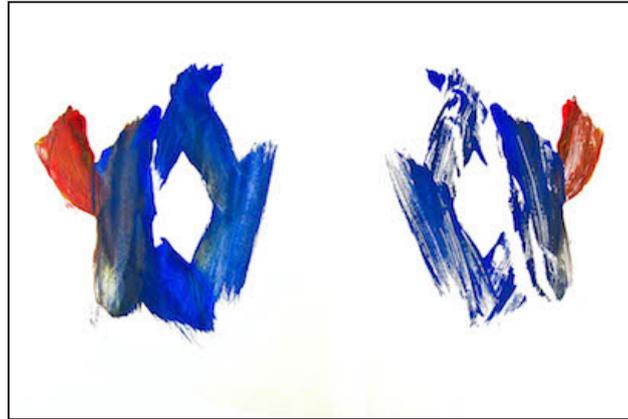


Fig. 14



Fig. 15

En esta sesión, Juan pudo probar y permitirse salir de aquello que controlaba. Pudimos salir de la zona de confort y experimentar algo nuevo dentro de un contexto seguro. Creo que fue muy positivo para ambos.

A la siguiente sesión llevé un nuevo material, acuarelas líquidas, tinta y pigmentos, y Juan se animó en seguida a probarlos. Durante su proceso creativo, sentí que estaba disfrutando casi como un niño. Mezclaba colores y sonreía cada vez que sucedía algo. Dijo que nunca había usado unas acuarelas así y que le gustaban mucho los efectos. Por primera vez, le pusimos título a la obra: Amanecer. Me explicó que había querido representar unas flores, un árbol y un cielo. Dijo que se sentía más contento que al llegar. Estaba sorprendido con el resultado, nunca hubiese imaginado poder hacer algo así.

Artículos Clínicos



Fig. 16

Sobre la mesa estaban los materiales de siempre y las acuarelas. Fue directo hacia éstas y me miró sonriente. Dijo que su mujer quería ver sus pinturas, que sentía mucha curiosidad. Le había explicado lo que había hecho el día anterior, y se iba a quedar muy sorprendida cuando lo viese, porque no se imaginaba que pudiese pintar así.

-Hoy hemos trabajado con unas pinturas que ha traído Ester. Primero mojaba el papel y luego echaba unas gotas de pintura, y se movía. Entonces, al echar otro color, se mezclaban entre ellos y hacían formas.

Noté un cierto empoderamiento en sus palabras, estaba más seguro de sí mismo y, poco a poco, iba ganando confianza y dándose un valor más positivo. Parecía que quedaba atrás aquella persona que no podía hacer nada, aquella a la que la cabeza ya no le funcionaba. Ahora, era capaz de crear algo.

En la siguiente sesión, me explicó que había sido su cumpleaños y que le habían regalado un fin de semana por algún lugar de la Costa Brava. Le pregunté por el lugar que le gustaría visitar y dijo que le daba igual, que ya lo decidiría su familia. Por lo visto, a raíz del ictus, él se había mantenido siempre un poco al margen, dejando que fuesen otros los que tomasen las decisiones. En la actividad artística, pensé, podía tomar decisiones sobre qué y cómo desarrollar su obra y quizá podría trasladar ese aprendizaje a su día a día.

Trabajó nuevamente con acuarelas. En esta ocasión, puse cinta de pintor alrededor de la hoja para proteger los bordes y crear un marco.



Fig. 17

Mientras pintaba, me contó que había leído un artículo en el periódico en el que se hablaba de arteterapia y se había acordado de mí, porque muchas de las cosas que decían eran las mismas que yo le decía a él.

-Es que, yo pienso que las personas que, como yo, han tenido un ictus, necesitan hacer esto, recibir ayuda y trabajar.

Al terminar la obra, retiramos la cinta y, automáticamente, su obra quedó enmarcada, adquiriendo una mayor identidad y valor. Juan quedó muy impresionado, cogió la obra entre sus manos, la separó y la observó. Podía notar el orgullo en su mirada.

-Me gusta muchísimo, es precioso. Cuando se lo enseñe a mi mujer...

Qué importante era la mirada del otro, pensé. Qué necesidad de volver a sentirse valorado.

Artículos Clínicos



Fig. 18

En la siguiente sesión, me contó que le había explicado a su mujer que había hecho un cuadro que se llamaba “Picar gama” (ver fig.19), le explicó cómo había trabajado y que el resultado había sido una obra abstracta. Por el modo en que me hablaba, tuve la sensación de que a su mujer le sorprendía gratamente aquella capacidad de tomar la iniciativa y hacer cosas por sí mismo que mostraba Juan. Mirando nuevamente la obra, me dijo que había trabajado sin pensar en lo que hacía, que lo había disfrutado mucho, y que se sentía muy orgulloso del trabajo que estaba realizando.

-Los de antes me gustaban, pero éstos que hago ahora me encantan, me hacen sentir bien. Vengo muy contento aquí, me lo paso bien. En la familia dicen que me ven bien, y es que estoy bien.



Fig. 19

Las palabras de Juan me trajeron el recuerdo de nuestro inicio, cuando él sentía que ya no podía hacer nada y dudaba de sus capacidades. Quise aprovechar la ocasión para hablar de que aquello que sucedía en el espacio de arteterapia, como la capacidad de iniciativa, la toma de decisiones o la resolución de conflictos, podía ser llevado fuera. Dijo que era cierto y que, de hecho, el día anterior había ido a poner al día la libreta bancaria, algo que antes hacía y, desde el ictus, había dejado de hacer.



Fig. 20

En la sesión veinte, volvió a trabajar con acuarelas líquidas. En esta ocasión, dibujó un puente que cruzaba una cascada. Hablamos sobre el significado de los puentes y su función, que, según él, era la comunicación entre las personas que viven a ambos lados del río. Dijo que era un puente fuerte por el que podía pasar con seguridad un coche, pero sin correr. Si él lo cruzase, se encontraría con su mujer. Sentí que él, igual que el puente, poco a poco, iba siendo más fuerte.

Ese día no nos despedimos hasta el miércoles como era costumbre, sino hasta el lunes, ya que ambos íbamos a asistir a una jornadas sobre ictus que celebraba

Artículos Clínicos

la Federación Española de Ictus, por lo que, cuando nos volvimos a encontrar en sesión, teníamos mucho de lo que hablar. Juan se había quedado muy impresionado al ver tantos asistentes y tanta profesionalidad en el evento. Se sintió muy emocionado. Comentamos las charlas de los profesionales invitados y de los pacientes que narraron su experiencia. Estaba impactado por las secuelas de algunas personas, y afirmó sentirse ridículo al no saber qué decir ante ellas. Hablamos de las diferencias entre las secuelas físicas, que son mucho más visibles, y las cognitivas y emocionales, mucho menos visibles, pero, a veces, más incapacitantes. Con su obra quiso hacer un homenaje a todas aquellas personas que habían sufrido un ictus.



Fig. 21

La sesión veintidós fue la última. Ese día, en lugar de hacer obra, Juan decidió revisar el trabajo realizado hasta ese momento. Mientras íbamos mirando las obras, comentábamos sobre ellas, sobre el tiempo que habíamos pasado juntos, el aprendizaje que se llevaba, y los pequeños cambios que habían sucedido. Juan dijo haberse sentido muy bien todo el tiempo, no se imaginaba que pudiese hacer cosas como ésas, se sentía muy orgulloso y su mujer también lo estaba. Habló del proceso creativo y de cómo éste le ayudaba a liberar ansiedades.

-No sé cómo explicártelo. Es que, cuando me pongo a pintar, es como si se me abriese una cosa en el pecho. Estoy mucho mejor, hago más cosas.

Me habló de su mujer. Tenía muchas ganas de llegar a casa y enseñarle las obras, ella ya estaba pensando en colgar alguna por la casa. Dijo que ella tenía miedo de que le pasase algo, y por eso no le dejaba hacer muchas cosas, pero él necesitaba algo más de libertad.

Me dio las gracias por el tiempo que había dedicado en la actividad, yo se las di a él por haber compartido tanto conmigo. Nos dimos un abrazo y nos despedimos.

CONCLUSIONES

El ictus supone un cambio repentino y radical en la vida de la persona que lo sufre y en la de sus familiares más cercanos. Las secuelas, múltiples y diversas, harán que el proceso rehabilitador sea largo; de hecho, en la mayor parte de las personas, estas secuelas serán crónicas. En este trabajo, nos hemos centrado en las emocionales y psicosociales, y, a través del análisis de un caso práctico, se ha pretendido observar si el arteterapia puede reportar beneficios en la rehabilitación post-ictus.

Al iniciar la intervención, el usuario mostraba una autoestima muy baja, escasa iniciativa, una gran dependencia, y poca confianza en sus capacidades. El ictus había alterado completamente su vida, haciéndole muy difícil recuperar los roles que había ocupado antes, tanto a nivel laboral como familiar, y llevándolo a una situación de incertidumbre con respecto al futuro. Algunos autores han relacionado esta pérdida de roles y de independencia con la disminución del interés por buscar y probar nuevas actividades (Beesley et al. 2011). Juan mostraba una gran apatía y desinterés, su día a día transcurría siempre igual, no tenía grandes ocupaciones y apenas hacía unos meses que había introducido, tras trabajarlo en un grupo de soporte, una actividad de ocio.

La narrativa de nuestra propia historia otorga una sensación de temporalidad y coherencia a nuestra biografía (Ellis-Hill, Hor, 2000). Juan dedicó las primeras sesiones a narrar e ilustrar su vida, pasando por su infancia, juventud, madurez y el momento presente en que nos encontrábamos. Era como si tratase de encontrarse y situarse en su propia

Artículos Clínicos

historia, y poder ver otras posibilidades a través del arte le permitió generar un nuevo modo de estar en ella.

Algunos estudios han mostrado que, tras la participación en actividades artísticas, los participantes desarrollaron un tipo de identidad positiva de persona con intereses artísticos. Asimismo, los demás dejaron de ver en ellos únicamente las secuelas del ictus, para encontrarse con alguien que tenía un potencial artístico (Symons et al. 2011). En el caso presentado, a lo largo del proceso de intervención, pudo observarse cómo se fueron dando una serie de cambios en el modo en que Juan se veía a sí mismo y, también, en cómo lo veía su mujer. Él pasó de ser una persona que ya no podía hacer nada más porque la cabeza “ya no le funcionaba”, a ser alguien capaz de crear una pieza artística con todo lo que ello conlleva: planificar, tomar decisiones, enfrentarse a retos diversos, solucionar, etc. Su mujer le mostró su orgullo, lo cual era el mejor regalo que podía hacerle.

Así pues, vemos que este caso corrobora el beneficio que supone el arteterapia en la rehabilitación post-ictus. Juan ganó la posibilidad de situarse de una forma nueva en su realidad, recuperando autoestima, caminando hacia una identidad algo diferente y avanzando en la elaboración de lo sucedido.

REFERENCIAS

Beesley, K., White, J.H., Alston, M.K., Sweetapple, A.L., Pollack, M. (2011). Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme, *Disability and Rehabilitation*, 33, (22-23), 2346-2355.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), 167-182.

Egido, J.A, Díez-Tejedor, E., Álvarez Sabín, J., (2003), Después del Ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores (2ª ed.). Edide, Barcelona.

Ellis-Hill, C., Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14, 279-287.

Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M.C., Ruiz Doblado, S., Jiménez Hernández, M.D. (2015), Depresión post ictus, una actualización. *Neurología*, 30, (1), 23-31.

Eum, Y., Yim, J., (2015), Literature and art therapy in post-stroke psychological disorders. *Tohoku J Exp Med*. 2015;235(1): 17-23.

Fernández Guinea, S., Muñoz Céspedes, J.M. (1997). Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrenido. *Revista Electrónica de Psicología*, 1, (1).

García-Molina, A., Roig-Rovira, T., Enseñat-Cantalops, A., Sánchez-Carrión, R. (2014). Neuropsicología en la rehabilitación del daño cerebral. *Revista de Neurología*, 58, 125-132.

Gonen, J., Soroker, N. (2000). Art therapy in stroke rehabilitation: a model of short-term group treatment. *The Arts in Psychotherapy*, (1), 41-50.

Higgins, M., Mckevitt, C., Wolfe, C. (2009). Reading to stroke unit patients: Perceived impact and potential of an innovative arts based therapy. *Disability and Rehabilitation*, 27, (22), 1391-1398.

Kim, S., Kim, M., Lee, J., Chun, S. (2008). Art therapy outcomes in the rehabilitation treatment of a stroke patient: A case report. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25 (3), 129-133.

Kongkasuwan, R., Voraakhom, K., Pisolayabutra, P., Maneechai, P., Boonin, J., Kuptniratsaikul, V. (2016). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30 (10), 1016-1023.

Artículos Clínicos

Michaels, D. (2010). A space for linking: Art therapy and stroke rehabilitation. *International Journal of Art Therapy*, 15, 65-74.

Morris, J., Kelly, C., Toma, M., Kroll, T., Joice, S., Mead, S., Donnan, P., Williams, B. (2014). Feasibility study of effects of art as a creative engagement intervention during stroke rehabilitation on improvement of psychosocial outcomes: study protocol for a single blind randomized controlled trial: the ACES study. *Trials*, 15, 380.

Morris, J., Toma, M., Kelly, C., Joice, S., Kroll, T., Mead, G. (2016). Social context, art making and processes and creative output: a qualitative study exploring how psychosocial benefits of art participation during stroke rehabilitation occur. *Disability and Rehabilitation*, 38, 661-672.

Muñoz Céspedes, J.M., Tirapu Ustarroz, J. (2008), *Rehabilitación neuropsicológica*. Síntesis. Madrid.

Reynolds, F. (2012). Art therapy after stroke: evidence and need for further research. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 239-244.

Symons, J., Clark, H., Williams, K., Hansen., Orpin., P. (2011). Visual art in physical rehabilitation: Experience of people with neurological conditions. *British Journal of Occupational Therapy*, 74 (1), 44-52.

Weston, S., Liebmann, M. (2015), *Art Therapy with Neurological Conditions*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

<http://www.ictusfederacion.es>

<http://www.who.int/es/>

<https://fedace.org> N. (2006)

«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

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.

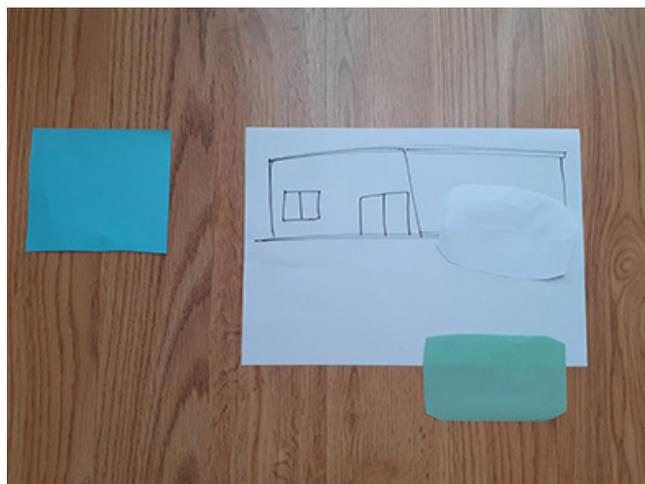


Fig. 2

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.

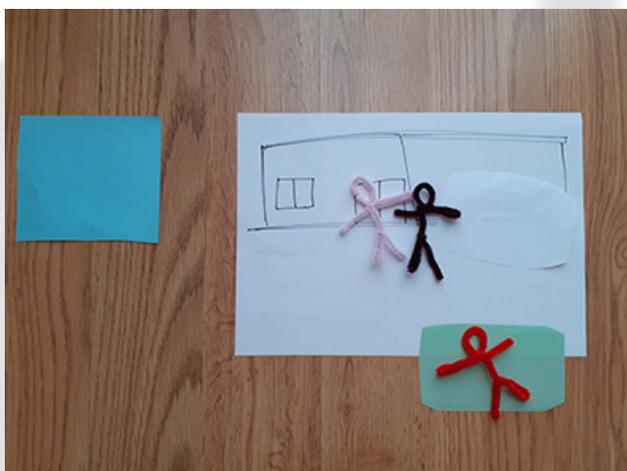


Fig. 3

"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)

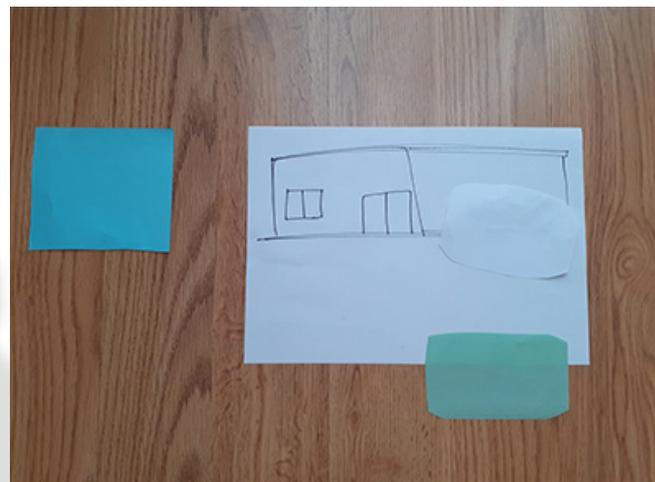


Fig. 4

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

Uso combinado de Arteterapia y EMDR, en la intervención de sintomatología del trauma por acoso escolar en niñas, niños y adolescentes con obesidad.

Norma Irene García Reyna

Arteterapeuta por la Universidad de Barcelona (Escuela de Metáfora). Dra. En Psicología, por la UAB. Licenciada en Nutrición. Miembro de ATE; Acreditada como terapeuta didáctica y supervisora por ATE. Docente de la Escuela Metáfora de Arteterapia: Supervisora de las prácticas clínicas de arteterapia; Conductora de grupos experienciales de Arteterapia. Editora de la Revista de Metáfora. Formada para el tratamiento de estrés postraumático a través de EMDR, por la Asociación EMDR, España; Niveles I y II en población infanto-juvenil y personas adultas. Registrada en la Asociación EMDR España.

normairene.garcia@metafora.org

PALABRAS CLAVE

Arteterapia
EMDR
Trauma
Estigma
Obesidad
Bullying

SUMARIO

Este trabajo describe la experiencia clínica en el uso combinado de arteterapia y la terapia de desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR), con víctimas de acoso escolar por obesidad en la infancia y adolescencia. Se explica cómo esta combinación de metodologías ha resultado útil para tomar en cuenta la memoria somática del evento, complementaria y convergente en el uso de las imágenes físicas en el caso de arteterapia y mentales en el EMDR, y como ambas han servido para el proceso de simbolización.

La experiencia clínica se apoya en una revisión bibliográfica que ilustra como otras/os arteterapeutas han seguido esta vía de trabajo o han sido influenciadas/os por la terapia EMDR, creando sus propios protocolos para la intervención del trauma. Se ofrece también teoría sobre el estigma del peso, bullying y trauma. Se integra una viñeta clínica para ilustrar algunas de las funciones observadas. Me apoyo en notas clínicas a fin de mostrar los cambios observados, así como en la escala de unidades subjetivas de perturbación (SUD) y la escala de validez de la creencia (VOC).

KEY WORDS

Art therapy
EMDR
Trauma
Stigma
Obesity
Bullying

ABSTRACT

This work describes the clinical experience, in the combined use of art therapy and the Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR), with victims of bullying in adolescent patients with obesity. It is explained how this combination of methodologies has been useful, considering the somatic memory of the event, complementary and convergent in the use of images, physical in the case of art therapy and mental in EMDR and how both have served for the symbolization process.

The clinical experience is supported by a literature review, which illustrates how other art therapists have followed this work path or have been influenced by EMDR therapy, creating their own protocols for trauma intervention. In addition, theory is also offered on the stigma of weight, bullying and trauma. A clinical case vignette is integrated to illustrate some of the functions observed. I use the clinical notes to show the observed changes, as well as the scale of subjective units of disturbance (SUD) and the scale of validity of cognition (VOC).

INTRODUCCIÓN

El uso combinado de arteterapia y la terapia de desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR) con clientes que han sufrido eventos traumáticos, ha sido descrito por Breed (2013) y Urhausen (2015). Por otro lado, se han creado protocolos de arteterapia que han tomado parte del modelo de la EMDR, los cuales describen resultados satisfactorios en la recuperación de clientes con síntomas de trauma psicológico.

Artículos Clínicos

Este trabajo resume la experiencia clínica en el uso combinado de ambas metodologías, con niñas, niños y adolescentes con sintomatología traumática derivada de bullying a causa de la obesidad.

La primera parte consiste en una revisión bibliográfica en la cual se definen los conceptos sobre el trauma, memoria y EMDR. Se ofrece una descripción de trabajos de arteterapeutas que han realizado intervención combinada de arteterapia y EMDR; y otras/os que han sido influenciadas/os por este modelo, creando sus propios protocolos de arteterapia para la intervención del trauma.

Se explica cómo esta combinación ha resultado útil, complementaria y convergente en el uso de las imágenes físicas y mentales para acceder al pensamiento simbólico por ambas vías, así como para acceder a la memoria somática del evento.

Por otro lado, también describo el proceso de integración y aceptación en trabajar con ambas metodologías sin perder mi identidad como arteterapeuta, siendo ésta desde una línea no directiva el eje principal de mi trabajo clínico, en la que los temas que la persona trae a la consulta son usados para el desarrollo terapéutico.

Con el fin de mostrar algunas de las funciones observadas, se integra una viñeta clínica sobre un caso de bullying, apoyada con teoría sobre el estigma del peso y el trauma causado por acoso escolar, a fin de exponer la magnitud de este problema. Me apoyo en notas clínicas para describir los cambios observados, así como en la escala de unidades subjetivas de perturbación (SUD) y la escala de validez de la creencia (VOC) (Shapiro y Forrest, 2007). La pregunta de investigación fue: ¿Se pueden enriquecer las intervenciones terapéuticas de Arteterapia y EMDR si se combinan en la práctica clínica?

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Almacenamiento y tratamiento de la memoria traumática.

El área de Broca (ubicada en el hemisferio izquierdo del cerebro) uno de los centros del habla, suele verse afectada cuando se desencadena un flashback en pacientes con trauma; sin la función de esta área es imposible expresar con palabras nuestros sentimientos y nuestras ideas (van der Kolk, 2015).

Hillman hizo referencia a que, un trauma no consiste en un evento intolerable, consiste en una imagen intolerable (Hillman, 1983, p.47, citado en Tobin, 2006). Treinta y dos años después van der Kolk (2015) comenta al respecto: “Los acontecimientos traumáticos son casi imposibles de traducir en palabras, eso se aplica a todas/os nosotras/os, no solo a las personas que sufren trastorno de estrés postraumático (TEPT), las huellas iniciales de los acontecimientos del 11 de septiembre no eran historias, sino imágenes”.

El trauma crea un estado de activación fisiológica intensificada iniciada por una experiencia sensorial (sonidos, imágenes, sensación de tacto, olor o gusto), las imágenes de los traumas del pasado activan el hemisferio derecho del cerebro (intuitivo, emocional, visual, espacial y táctil) y desactivan el izquierdo (lingüístico, secuencial y analítico). La desactivación del hemisferio izquierdo perturba la capacidad de organizar la experiencia en orden lógico y en traducir en palabras sentimientos y pensamientos (van der Kolk, 2015).

Schore (2000) y Siegel (2001) describieron que en el hemisferio derecho es donde se almacenan los recuerdos implícitos de las primeras experiencias tempranas de apego (citados en McNamee, 2003), lo mismo sucede con un evento traumático: es almacenado en la memoria implícita o no declarativa, conservando sensaciones corporales y emociones que fueron parte de él, por lo que no se pueden identificar ni comprender la causa y el efecto de las acciones, la persona puede terminar alrededor de la lucha y la neutralización de experiencias sensoriales no deseadas, volviéndose expertas en esta insensibilización (Shapiro y Forrest, 2007; van der Kolk, 2015).

Trauma y Arteterapia

En la intervención de personas con un trastorno de estrés postraumático (TEPT), la explicación verbal (del hemisferio izquierdo) no es importante, según refiere van der Kolk (2015); la creación artística entonces puede ser útil en la intervención, facilitando la expresión de emociones y experiencias (van Westrhenen et. al. 2017), el pensamiento visual del cerebro derecho facilita la autoexpresión y el desarrollo personal (McNamee, 2003).

Existe una creciente evidencia desde la neurología a favor de la arteterapia (Van Westrhenen y Fritz, 2014; Smith, 2016), específicamente para la intervención del trauma, donde cobra importancia trabajar con los elementos visuales, sensoriales, emocionales y memorias no verbales de la experiencia traumática almacenadas en el cerebro, sin necesidad de una traducción narrativa para su intervención terapéutica (Perry, 2009; Shapiro y Forrest, 2007; van der Kolk, 2015). Debido a que el arte es una actividad psicomotora, se ha sugerido que tiene la capacidad de extraer recuerdos sensoriales del trauma (Tripp, 2007).

A través de arteterapia una persona puede pensar y sentir al mismo tiempo, gracias a los procesos sensoriales que participan en la creación artística, que parecen tener un impacto en la recuperación de eventos traumáticos (Malchiodi, 2015). A las personas con sintomatología traumática se les da la oportunidad mediante la arteterapia, de salir de la mente racional en la cual está atascada, dándole la oportunidad de entrar a un territorio en el que realmente pueden tener un impacto de lo que está sucediendo; ya sea mediante el uso de materiales y de transformar una imagen en otra, o empleando el simbolismo como un tipo de barrera protectora contra la realidad de lo que sucedió (van Westrhenen et. al. 2017).

Tobin (2006) comenta que el origen de las palabras resulta de nuestras imágenes internas; son estas dice, las que dan vida a nuestra historia personal, dan forma a la manera de como nos experimentamos a nosotras mismas como personas con nuestro drama cotidiano. Arteterapia ha sido reconocida como una intervención que se sostiene del territorio no verbal de las imágenes (Talwar, 2007). Las imágenes externalizadas facilitan el procesamiento de la memoria, siendo el tránsito hacia el proceso verbal; las representaciones y los productos artísticos pueden usarse como base para nombrar los sucesos verbalmente, este proceso conduce a un cambio en la naturaleza del almacenamiento de la memoria (Smith, 2016).

Sobre la terapia EMDR.

EMDR, cuyas siglas en español significan Desensibilización y Reprocesamiento a través de los Movimientos Oculares, fue desarrollada por Francine Shapiro (1989), es una terapia neuropsicológica que reprocesa las memorias traumáticas a través de estimulación bilateral, desensibilizando la intensidad de las emociones sentidas mientras se recuerda un evento perturbador. Centra la atención en la experiencia de la persona, minimiza lo que el terapeuta piensa del evento y trata directamente cómo la experiencia ha afectado a la/el cliente (Shapiro y Forrest, 2007).

La diferencia más evidente e importante de la EMDR con respecto a otras intervenciones psicoterapéuticas, es que las creencias negativas, el sufrimiento emocional y los paradigmas del desarrollo personal, no son el problema sino los síntomas, es decir, las consecuencias de una o varias experiencias vitales que el cerebro no pudo procesar cuando ocurrieron. Son las memorias no procesadas (pensamientos, emociones, sensaciones corporales, imágenes y olores) con las que trabaja, vistas como manifestaciones de las percepciones almacenadas fisiológicamente en la memoria y las reacciones con respecto a ella (Piñuel y Cervera, 2016).

A menudo se define como una terapia cognitiva y de exposición, sin embargo, también es un enfoque de tratamiento psicodinámico y humanista. La base principal del trabajo de EMDR es que todas las personas tenemos la capacidad de curarnos a nosotras mismas, siempre y cuando se elimine o disminuya el factor que se interpone en el camino del alivio natural (Urhausen, 2015).

Esta premisa de resiliencia inherente al ser humano radica en el modelo PAI (procesamiento adaptativo de la información) propuesto por Shapiro y Forrest (2007), el cual postula que las personas tenemos un sistema de procesamiento de información innato que asimila nuevas experiencias y las almacena en redes de memoria, construyendo soluciones adaptativas de experiencias negativas e integrando esquemas emocionales positivos y negativos. Estas redes vinculan los pensamientos, imágenes, emociones y sensaciones corporales asociadas con las experiencias, el modelo PAI ha

Artículos Clínicos

sido validado por estudios de neurobiología (Shapiro, 2001; Tinker-Wilson y Tinker, 2011, citados en Urhausen, 2015).

Aunque EMDR trabaja con la imagen (recuerdo) de los eventos traumáticos, hay terapeutas que han referenciado de forma explícita como la imaginación de sus pacientes durante el desarrollo de las sesiones ha favorecido a la recuperación y procesamiento del trauma (Schmidt, 1999; Tobin, 2006; van der Kolk, 2015); Piñuel y Cervera (2016) refieren al respecto que cada persona procesa la información de acuerdo a como puede soportar y elaborar el trauma, comentan que algunas personas trabajan a partir de las metáforas, como “un soñar despierto”; otras como cambios emocionales o como un profundo viaje de introspección.

A pesar de los ejemplos anteriores, en la mayoría de las publicaciones sobre la metodología EMDR no se hace referencia al uso potencial de la imaginación, ni a la exploración no verbal de la memoria del trauma (Lahad, Farhi, Leykin y Kaplansky, 2010; Talwar, 2007); por ello, hay arteterapeutas que han abogado por la integración de la creación artística y uso de la imagen para hacer frente a este déficit, con el fin de probar los efectos curativos de la creación de arte (Lahan et al. 2010 y Talwar, 2007).

El uso de la imagen en la EMDR.

Es importante señalar que dentro de algunos de los protocolos de EMDR, el uso de la creación de imágenes ha estado presente; por nombrar solo algunos ejemplos, el protocolo grupal para víctimas de desastres naturales (Jarero, Artigas, Montero y López, 2008); o el de Piñuel y Cervera (2016) para el tratamiento del mobbing y bullying. Actualmente en Estados Unidos, se realizan formaciones específicas para capacitar a terapeutas EMDR en el uso del arte dentro de sus intervenciones.

De acuerdo a mi experiencia durante la formación de EMDR tanto en niñas, niños, adolescentes y en personas adultas, el uso que se les da a las imágenes ha tenido los siguientes fines:

- a) Para mostrar la imagen más perturbadora del evento traumático: un recurso para ofrecer la posibilidad de una narrativa no verbal.
- b) Para instalar un lugar seguro: forma parte de las primeras fases del protocolo, a fin de preparar a la persona con recursos internos, antes de procesar el trauma, consiste en dibujar un lugar que la persona sienta confortable.
- c) Para evaluar la eficacia del proceso terapéutico: este último, ha sido útil para ofrecer publicaciones en base a la evidencia de EMDR, la persona dibuja antes y después de la sesión, la imagen perturbadora, a modo de evaluar la efectividad de la intervención y el cambio de percepción por parte de clientes.

El uso de la metáfora como apoyo para el autoconocimiento pocas veces está presente; tampoco se toma en cuenta el proceso creativo, aspectos que forman parte inherente en arteterapia. Se podría hacer el paralelismo de la teoría de Schaverien (2000) sobre las imágenes; en EMDR la imagen creada tiene tendencia diagramática, aquella que representa un momento del evento traumático, la cual ayuda a comunicar de forma consciente una memoria.

Uso combinado de ambas líneas.

El uso combinado de arteterapia y EMDR con clientes que han sufrido eventos traumáticos ha sido descrito por Breed y Urhausen, refiriendo ambas autoras como los estilos de apego desempeñan un papel fundamental en la determinación de cómo se aplican ambos enfoques (Breed, 2013; Urhausen, 2015).

Breed (2013) en su trabajo de final de máster exploró cómo ambas líneas de trabajo se podían combinar de una manera efectiva. Realizó un análisis de entrevistas a Theresa Dausch, arteterapeuta con experiencia en la integración y uso de arteterapia y EMDR, quien refiere combinar las dos modalidades cuando existe evidencia de trauma en la historia de vida.

Artículos Clínicos

Dausch refiere que la EMDR puso sobre la mesa la importancia del cuerpo en el proceso de curación del trauma, entendió que el cuerpo almacena todo, incluso aquello que todavía no entendemos a nivel cognitivo, pero lo sentimos en nuestro cuerpo. EMDR y arteterapia son dos enfoques que tienen procesamiento somático en su núcleo.

El proceso de EMDR ocurre en el cerebro rápidamente; las imágenes se suceden de manera vívida y veloz, al igual que las emociones y sensaciones corporales. Este proceso puede ser abrumador para algunas personas. El proceso de arteterapia ralentiza las cosas y les ayuda a embellecer su visión de un lugar seguro; a involucrarse de manera implícita con su cuerpo, así como con su imaginación. La rapidez o lentitud del proceso es el inconveniente principal del uso combinado de ambas técnicas refiere Dausch, teniendo que estar atenta a las necesidades de cada persona para ir adaptándose a ella (Breed, 2013).

Para Urhausen (2015) el uso de ambos modelos es un enfoque multimodal. Comenta que gran parte del trabajo desarrollado a través de arteterapia sirve de apoyo para la preparación de la/el cliente, para su posterior procesamiento del trauma a través de EMDR; también para crear el vínculo terapéutico; instalar recursos y mejorar la calidad de las interacciones. El componente artístico proporciona la hoja de ruta de las estrategias exitosas para mejorar la estimulación bilateral y facilitar la integración sensorial. La autora advierte que deben de prevalecer las necesidades de la persona usuaria, a fin de promover su resiliencia. Advierte la necesidad de ser cuidadosas, sobre todo en el trabajo con niñas y niños que sufren trauma, ofreciendo con cautela la combinación de ambas modalidades.

Protocolos de arteterapia y la influencia de EMDR.

Se han creado protocolos de arteterapia que han tomado parte del modelo EMDR, que describen resultados satisfactorios en la recuperación de sintomatología traumática (Brown, 2010; McNamee, 2003; McNamee y Blacksborg, 2006; Schmidt, 1999; Talwar, 2007; Tripp, 2007; Tobin 2006).

En 1999 Schmidt, siendo terapeuta EMDR, propuso un protocolo modificado incluyendo la creación artística a través de la mano dominante y no dominante, centrándose en los recursos en lugar del trauma, justificando que las/los clientes se mantenían en mayor conexión con los sentimientos asociados y por consiguiente, alcanzaban una resolución adaptativa más rápida.

McNamee (2003), propone una modalidad de arteterapia de base neurológica. Su trabajo está fundado en el modelo creado por Cartwright (1999) -citado en McNamee, 2003-, quien desarrolló un protocolo para el uso del arte bilateral o trabajo artístico basado en la neurología. La autora ha realizado modificaciones al modelo de Cartwright, una de ellas es la incorporación de la escala de unidades subjetivas de perturbación (SUD) y la escala de validez de la creencia (VOC), mediciones usadas en EMDR (Shapiro y Forrest, 2007); así como la exploración de los trabajos de clientes con la mano opuesta a la creación de la imagen.

La escala SUD oscila del 0 al 10, mide la afectación en el presente sobre el recuerdo. La escala VOC mide la validez de una creencia que a la persona le gustaría pensar sobre si misma, oscila de 1 al 7, donde 1 es totalmente falso y 7 totalmente verdadero. El propósito principal de ambas mediciones es monitorear el progreso del procesamiento. Proveen a las personas usuarias de una forma gráfica y concreta la verificación del progreso.

La autora postula que el arte bilateral es útil para organizar la función neurótica desadaptativa, según en el supuesto de Cozolino (2002), sobre la necesidad de integración entre los hemisferios derecho e izquierdo para un funcionamiento saludable del cerebro. McNamee y Blacksborg (2006) buscan explícitamente respuestas de ambos hemisferios con el propósito de integrar y equilibrar creencias polarizadas, cogniciones o sentimientos. Para el protocolo propuesto por la autora al igual que Schmidt (1999) y Talwar (2007), sus clientes usan ambas manos para la creación artística. El protocolo de McNamee se ha aplicado con buenos resultados en problemas que incluyen: depresión, ansiedad y trauma; (McNamee, 2003; McNamee y Blacksborg, 2006).

Tobin (2006) desarrolló un protocolo que implica trabajar con una imagen en papel usando movimientos oculares de tipo EMDR. El autor examina el papel de la imagen en la EMDR y en arteterapia, donde en ambas modalidades se tiene como premisa. En arteterapia son usadas las imágenes físicas, siendo nuestro pilar de trabajo, junto con el proceso

Artículos Clínicos

creativo; en EMDR las imágenes usadas prioritariamente son mentales, se experimentan de manera privada dentro de la imaginación de la persona usuaria. Para este autor, la EMDR puede complementar y enriquecer la arteterapia, haciéndola más efectiva para el cambio favorable de personas usuarias. El autor señala cuatro creencias centrales que comparten arteterapia y EMDR:

- 1) Las dos operan desde la convicción de que los actos voluntarios, intencionales y explícitos de la imaginación, así como el procesamiento de imágenes, tienen una importancia fundamental en la curación de la angustia emocional.
- 2) Una y otra responden al material imaginario (imágenes, sueños, fantasías, etc.), y les guían para que creen y se centren en él.
- 3) En ambas líneas de trabajo, se es consciente de que todas las imágenes importantes están cargadas emocionalmente: los encuentros con la imagen inducen esa carga emocional en la mente de clientes.
- 4) Las dos modalidades, sostienen que la transformación curativa se produce al exponerse y enfocarse en la imagen, en lugar de intelectualizar e interpretar el significado de ella.

En el año 2007 se publicaron dos protocolos de intervención, el de Talwar y el de Tripp. La primera, desarrolló el protocolo Trauma y Arteterapia (ATTP), un modelo de intervención basado en arteterapia a fin de abordar el núcleo no verbal de la memoria traumática; su modelo está influenciado por el protocolo EMDR; el protocolo de arte bilateral de McNamee (2003) y el método de pintura Point Zero de Cassou (2001). El objetivo de su metodología es brindar al cliente herramientas para crear conciencia sensorial, que promueve el afecto y la regulación emocional; para desarrollarlo hace falta tener suficiente espacio para que la persona usuaria pueda tener movilidad a fin de que pueda caminar hacia adelante y hacia atrás, con el objetivo de estimular la activación entre el proceso de ambos hemisferios.

La autora refiere que durante este proceso, las estructuras límbicas mediadoras, el hipocampo y la amígdala, están creando una secuencia de eventos y asignando su significado emocional. El proceso de creación de la imagen ayuda a observar pensamientos y acciones, tomando conciencia de la experiencia sensoriomotora y promoviendo la propiocepción (Talwar, 2007).

El trabajo de Tripp (2007), es un protocolo modificado de EMDR donde incluye la creación artística con estimulación bilateral y procesamiento verbal. Al igual que Talwar (2007) incorpora la atención en la conciencia somática, integra la creación artística, la narrativa y atención en la conciencia somática. Ha sido desarrollado a partir de la neurobiología, teoría del apego, terapia sensoriomotora y de EMDR. El proceso creativo es acompañado de tonos y música suave que se alterna bilateralmente entre los oídos izquierdo y derecho, colocando además un dispositivo pulsátil debajo de las rodillas que de forma alterna vibra bilateralmente.

En su trabajo Tripp refiere que las asociaciones suceden rápidamente y son traídas a la consciencia, las cuales se expresan en una serie de dibujos. A medida que se accede a nueva información el material se metaboliza e integra; como resultado, hay una transformación de la memoria traumática y una resolución adaptativa del trauma.

Más recientemente Lahan, Farchi Leykin y Kaplansky (2010), con el fin de probar la eficacia de un protocolo de base artística para la intervención del TEPT, y compararlo con un tratamiento basado en la evidencia como EMDR, crearon el protocolo SEE FAR CBT, indicado para el tratamiento de los trastornos por ansiedad y TEPT.

Su trabajo, al igual que el de Talwar (2007) y el de Tripp (2007), incluyen aspectos de la experiencia somática. Se trata de un modelo de intervención de base creativa, apoyado en el empoderamiento a través de la realidad fantástica. La combinación de métodos que incluye su modelo de trabajo es: (a) aspectos de la experiencia somática (SE) (Levine y Frederick, 1997), (b) realidad fantástica (FR) (Lahad, 2000, 2005) y (c) terapia cognitiva conductual (CBT) (Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009; citados en Lahan y Farchi, 2010).

El modelo enfatiza el papel de la realidad fantástica y el uso de la re-narración imaginaria del evento traumático con la utilización de tarjetas terapéuticas (representaciones de lugares seguros y experiencias desagradables -no traumáticas-), como un medio de exteriorización o distanciamiento. Los autores encontraron que SEE FAR CBT fue eficaz para

Artículos Clínicos

el tratamiento de los síntomas de TEPT en personas adultas, manteniendo su efecto durante un año de seguimiento.

Brown (2010), para su estudio de final de máster, desarrolló un protocolo interdisciplinario a corto plazo para el tratamiento TEPT que combina intervenciones de arteterapia, elementos EMDR, estimulación bilateral y técnicas de conexión a tierra; el protocolo fue basado en la metodología de Talwar (2007), reportando mejoras en el funcionamiento de las participantes en todas las áreas después de seis sesiones de su aplicación.

Tobin (2006); McNamee (2003 y 2006); Talwar (2007) y Tripp (2007), ofrecen la descripción detalladas de los protocolos para ser consultados, en el caso del trabajo de Tripp hace falta la formación en EMDR para llevar a cabo dicho protocolo.

En todos los trabajos expuestos es inherente el uso de la estimulación bilateral, el cual ha sido un elemento clave en un esfuerzo de estimular las memorias y experiencias que residen en ambos lados del cerebro. Cada metodología usa diferentes modalidades para esta estimulación: EMDR utiliza movimientos oculares, suaves golpes de manos, vibración o tonos alternos; Tripp (2007) usa tonos, música suave y un dispositivo pulsátil vibratorio debajo de las rodillas; Tobin (2006) utiliza el movimiento ocular; McNamee (2003), Talwar (2007) y Schmidt (1999) crean estimulación bilateral a través del uso de ambas manos durante la creación artística.

Justificación.

Bullying por estigma de peso:

En año 1999 empecé a trabajar con niñas/os y adolescentes con obesidad, en el departamento de endocrinología pediátrica del Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron de Barcelona; primero como Dietista-Nutricionista y luego como Doctora en Psicología; donde fueron creados los programas infanto-juveniles "En Movimiento" para la intervención holística de obesidad, los cuales se siguen aplicando actualmente (García-Reyna, Gussinyer y Carrascosa, 2007; Gussinyer, García-Reyna, Carrascosa, Gussinyer, Yeste et. al. 2008; Lizarralde, Herrero, Del Rio, Iburguren, Martinez, Arrate y Gravina, 2017).

Después de varios años atendiendo y escuchando a pacientes con sus familias, para el equipo de trabajo era evidente que en muchos casos, el inicio del problema de obesidad era posterior al hecho de haber vivido un evento traumático (muerte de algún familiar, una operación de larga duración hospitalaria, cambio de domicilio, separación conyugal, maltrato, etc.).

Esta evidencia, sumada al estigma del peso que en niñas/os y adolescentes con obesidad, se expresa principalmente como victimización basada en el peso, burlas y acoso escolar (Adams y Bukowski, 2008; Palad, Yarlagaadda y Cody, 2018; Pont, Puhl, Cook, Slusser, 2017; Puhl y Luedicke, 2012), me llevó a especializarme en EMDR, a fin de poder atender una necesidad urgente de sintomatología traumática relacionada con el estigma del peso como: atracones, aislamiento social, conductas de evitación, somatizaciones, inactividad física y continuo aumento de peso.

El acoso escolar provoca un tipo de trauma relacional complejo (McGuinness y Schnur, 2015; Piñuel y Cervera, 2016). La obesidad es una condición física que en la infancia y la adolescencia, es la razón más común para sufrir acoso escolar (Griffiths, Wolke, Page y Horwood, 2006; Lumeng, Forrest, Appugliese, Kaciroti, Corwyn y Bradley, 2010; Puhl y Luedicke, 2012; Warschburger, 2005).

La formación de EMDR y arteterapia fue realizada de forma simultánea por lo que, la combinación de ambos protocolos surgió de forma sincronizada (aunque con cautela) en mi quehacer profesional en el hospital hasta el año 2012, y posteriormente en un centro para la intervención de trastornos de la conducta alimentaria. Me fui dando cuenta a través de la práctica, sobre la ventaja de trabajar con ambas metodologías, pues ofrecían la posibilidad de basar mi práctica en las imágenes físicas o mentales, y acceder al pensamiento simbólico por ambas vías.

Actualmente, el eje principal de mi trabajo clínico es arteterapia desde una línea no directiva. Los temas que las personas traen a la consulta son usados para el desarrollo terapéutico. La importancia del arte creada por la persona usuaria está implícita, como modo de trabajar e interactuar con el sistema del apego y la mentalización (Springham y Huet, 2018).

Artículos Clínicos

Recurro a EMDR cuando por sintomatologías de trauma, la persona experimenta recuerdos o imágenes mentales que son particularmente angustiosos, que se repiten y son inhabilitantes. Eventualmente he utilizado el protocolo de McNamee (2003 y 2006) para integrar y equilibrar creencias, cogniciones o sentimientos polarizados.

A modo de ejemplo y para ilustrar algunas de las funciones observadas, principalmente el uso de las imágenes mentales, muestro una viñeta del caso de Mario, un adolescente de 16 años quien sufrió bullying desde los 7 a los 12 años por causa de su obesidad, sobrellevando en silencio acoso escolar físico y psicológico.

Los datos de Mario han sido modificados a fin de conservar su anonimato, él ha dado el consentimiento de publicar este escrito y sus imágenes; al igual que la imagen de otra usuaria, quien también ha dado su consentimiento para que sea publicada.

Mi intención es mostrar extractos de algunas sesiones, en las cuales se puede ilustrar el modo en que surgen las imágenes mentales que nos han ayudado en su proceso de simbolización, del mismo modo que las imágenes físicas y que a diferencia de éstas, existe menos resistencia en el trabajo terapéutico, ya que como comentan Tobin (2006) y van der Kolk (2015), las imágenes mentales ocurren en la privacidad, sin que la terapeuta tenga que conocer todos los detalles ni el contenido total de la imagen para ayudar a procesarla.

El inicio.

Mario presentaba sintomatología traumática debido al bullying: rasgos depresivos y ansiosos; terror intenso; respuestas psicósomáticas (cefaleas, dolor de pecho y abdominal); conductas de evitación; indefensión; sentimiento de aislamiento y pérdida de confianza en si mismo.

Cuando inició el trabajo individual, llevaba 6 meses de terapia grupal con una regularidad semanal. Al igual que sus compañeras/os del grupo, estaba allí para llevar a cabo un trabajo terapéutico y psicoeducativo por motivo de la obesidad, a través del programa "Adolescentes en Movimiento" (Gussinyer y García-Reyna, 2018). Todos las/los participantes habían sufrido de acoso escolar de mayor o menor gravedad. La madre de Mario también realizaba terapia grupal de forma simultánea con la misma periodicidad en un grupo aparte, conformado por las familias de adolescentes participantes. Tanto el padre como la madre sentían un alto grado de culpabilidad por no haberse dado cuenta del problema, hasta que su hijo estaba muy afectado a nivel psicológico.

En el momento en el que Mario acudió al centro, estaba estudiando el último año de secundaria obligatoria, en el centro educativo estaba cuidado, ya no sufría de bullying, y el profesorado enterado de la situación por la que había pasado, ofrecía la atención que necesitaba.

En el grupo había hecho un buen vínculo con sus compañeras/os. Después de algunos meses, se reunían fuera de la terapia para ir al cine o ir a tomar algo. Dentro de las sesiones se relacionaba en ocasiones de manera tímida y reservada, y en otras de forma histriónica; durante las últimas sesiones, empezó a quedarse en silencio de forma inusual, desconectado de la conversación del grupo, semanas anteriores había referido autolesionarse. Fue cuando se tomó la decisión de intervenir con EMDR.

Mario acudió a un total de 28 sesiones individuales en dos momentos diferentes. El segundo periodo fue un año y medio después, por una recaída causada por la enfermedad oncológica de su padre.

En la primera etapa se combinó la terapia grupal e individual. Realizamos 11 sesiones individuales en un período de 5 meses, de las cuales 9 fueron intervenciones a través de EMDR y 2 de carácter verbal. Los materiales plásticos estaban a su disposición, sin embargo no fueron utilizados a pesar de su predilección por el dibujo y la pintura; la rapidez acelerada del trabajo con EMDR era adecuada y urgente para él. Realizaba trabajo artístico en casa como apoyo en el proceso de la información, que en una ocasión aportó a la consulta.

En el segundo periodo, la intervención a través de arteterapia fue más predominante. De 17 sesiones, 8 fueron a través del arteterapia (de estas, 1 fue a través del protocolo de McNamee (2003, 2006) y dos fueron combinadas con EMDR);

Artículos Clínicos

4 a través de EMDR exclusivamente y 5 sesiones de carácter verbal. La viñeta presentada está enfocada especialmente en la intervención de la primera etapa.

Viñeta clínica.

Mario se sentía hipervigilado, la mirada de todas las personas caía sobre él de manera casi insoportable, su corporalidad era su trauma. Sentía terror e indefensión al salir a la calle o subirse a un ascensor. “Para mí salir a la calle representa un suplicio... y que la gente vea mi cuerpo”. Tenía sentimientos de baja competencia y autoconcepto a escala grave; así como un alto grado de culpabilidad, “Todo lo que hay de la cabeza para abajo no me gusta”.

Considerado inteligente, reflexivo y participativo en clase, sin embargo durante los exámenes se quedaba “en blanco” frente al papel, incapaz de contestar ninguna pregunta, volviendo en sí mismo pocos minutos antes de la entrega del examen. El profesorado no entendía lo que le pasaba, esta sintomatología era inhabilitante para llevar a cabo sus estudios. Mario sentía un excesivo grado de culpabilidad sobre la situación traumática, haciendo suyas responsabilidades que no le correspondían, la vida se presentaba insegura y frágil, distorsionando su percepción de seguridad, tal y como describen Shapiro y Forrest (2007).

El siguiente suceso en terapia con Mario marcó mi modo de valorar las imágenes mentales de las personas con las que trabajo. Se trata de la primera sesión de la fase de desensibilización de EMDR, el objetivo era procesar el siguiente evento traumático:

Él con 10 años rodeado por 25 niñas y niños en el patio de la escuela, empujándole e insultándole por el peso y su “torpeza”. Cabe señalar que el insulto verbal menos grave que reciben niñas y niños con sobrepeso es “gordo”. Su creencia negativa al pensar en el evento era “soy una mierda de persona”; la escala de unidades subjetivas de perturbación (SUD) era un 8; esta escala (que oscila del 0 al 10) mide la afectación en el presente sobre el recuerdo. Su creencia positiva fue: “Soy listo”, con una escala de validez de la creencia (VOC) de 1. Esta escala mide la validez de una creencia que le gustaría pensar sobre sí mismo, oscila de 1 al 7, donde 1 es totalmente falso y 7 totalmente verdadero.

Al intentar procesar el recuerdo de Mario a través de la estimulación bilateral, inmediatamente el evento desaparecía de su memoria y era sustituido por una sombra que iba tras de él. Después de un tiempo indeterminado en la sesión acompañando a Mario en esta abrumadora experiencia y no logrando escapar de ella le pregunté (con el temor a equivocarme), “¿Te podrías girar hacia ella?”. Mario accedió e inmediatamente dijo: “Soy yo mismo”, ambos nos llevamos una gran sorpresa, en seguida vi en su rostro como los músculos se relajaban y sus labios dibujaban una leve sonrisa.

Dentro del protocolo EMDR, cuando no se puede procesar el recuerdo como estaba ocurriendo con Mario, que puede ser ocasionado por el alto grado de culpabilidad, Shapiro et. al. (2007) menciona la importancia de recurrir a la técnica de “el entretejido cognitivo”, que consiste en introducir frases concretas relativas al procesamiento, para que la persona pueda integrar la información y salga de la abreacción en el que se encuentra. Con Mario, el uso de entretejido cognitivo no fue suficiente para dejar de ser perseguido por la sombra.

No era la primera vez que me encontraba con imágenes metafóricas inquietantes, principalmente con la población infanto-juvenil; sin embargo, siempre intentaba volver al recuerdo o recurrir al entretejido cognitivo, tal y como aconseja el protocolo. Ésta fue la primera vez que intenté algo diferente.

Cuando ocurrió el encuentro de Mario con su sombra pude entonces valorar la imagen mental del mismo modo que si hubiera sido una imagen física. Observando la imagen, nos dimos cuenta ambos de la importancia de enfrentarse a ella, de verla y reconocerla para darle en este caso, la oportunidad de integrarla como parte de él mismo, quitándole la carga negativa que representaba.

Mario refirió con respecto a la imagen, que le recordaba a una pintura que había realizado días atrás, la cual trajo posteriormente y fue guardada en su carpeta de imágenes físicas (Fig. 1). La imagen física sobre la sombra no tenía la fuerza para inquietarle, quizá por el trabajo que habíamos realizado, fue reconocido el valor de su creación como un

Artículos Clínicos

puente hacia el trabajo posterior con EMDR.

Dejar de huir de si mismo le permitió integrar una parte disociada, el camino a la recuperación se aceleró, en poco tiempo dejó de autolesionarse y los dolores de cabeza disminuyeron. Los adolescentes que sufren sobrepeso u obesidad y han sufrido acoso escolar por varios años, tienen un ego muy debilitado, contraen un excesivo grado de culpabilidad ante la situación pasada y asumen responsabilidades que no son suyas. La parte infantil que no se pudo defender puede aparecer muy herida, literalmente pueden verse rotas/os.



Fig. 1

Una pieza esencial del trabajo con niñas, niños y adolescentes que han sufrido bullying es restablecer la cognición positiva básica de su inocencia, hay una necesidad de instalar la afirmación interna de que son personas que merecen ser tratadas con respeto; que no deben, ni merecen ser maltratadas (McGuinness y Schnur, 2015; Otañe y Piñuel, 2007; Piñuel y Cervera, 2016); es importante que puedan integrar interiormente que el déficit está en la persona acosadora y no en ellas (McGuinness y Schnur, 2015).



Fig. 2

He observado que existen algunas imágenes mentales que coexisten en adolescentes que han sufrido bullying, principalmente en el acoso escolar de larga duración; un ejemplo sería la imagen autobiográfica de “verse con la boca cosida”; eventualmente creada como imagen física (Fig.2) como en el caso de A., una adolescente que sufrió Bullying durante 5 años en la etapa escolar.

En este caso la imagen física externalizada facilitó el camino para la expresión verbal de la experiencia, así como las emociones sentidas, representando el símbolo de la consecuencia del silencio con respecto al evento traumático, por no haberse podido defender (pues ocurre cuando no tienen herramientas para ello), la metáfora del silencio autoimpuesto,

o el desasosiego por no haber sido escuchadas/os, ni haber encontrado la ayuda que necesitaban. Representa la indefensión, que genera vergüenza y debilita.

Artículos Clínicos

El acoso escolar provoca un tipo de trauma relacional complejo, esta clase de victimización ocurre en una etapa del desarrollo en la que no se posee aún capacidades desarrolladas por completo para enfrentarse a un problema de tal gravedad, minando sobre todo su autoconcepto (McGuinness y Schnur, 2015; Piñuel y Cervera, 2016). Suele presentarse como un epifenómeno del mecanismo de chivo expiatorio, en el que se termina expulsado de forma conjunta a un miembro de un grupo en crisis, ayudando al grupo a evacuar su propia violencia, canalizándola sobre una víctima inocente (Piñuel y Cervera, 2016). Para salir del problema necesitan ayuda, pues difícilmente pueden hacerlo en solitud.

En el caso de Mario, verse con la boca cosida apareció como imagen mental, una mezcla de recuerdos sobre el acoso y la subsecuente costura labial se iban sucediendo mentalmente, dándose cuenta como se relacionaban ambos fenómenos, él mismo imponiéndose el silencio por miedo a no ser escuchado y a empeorar la situación. Enfrentarse a la imagen mental le dio la oportunidad de verbalizarlo y quitarse (en su imaginación) las costuras de la boca; sentir el dolor de tantos años de silencio y el amor hacia él mismo. La expresión metafórica del contenido intrapsíquico y su posterior elaboración narrativa resultó útil, dándole la oportunidad de reparar esas partes internas tan heridas.

“Cuando me insultaban la comida era mi única salida”. Mario refería que había perdido la fuerza, la alegría y las ganas de vivir. El bullying ha sido considerado como el tipo de victimización entre pares más dañina a nivel psicológico. Las burlas centradas en el peso y la forma del cuerpo están asociadas con un funcionamiento psicológico más pobre; trastornos del comportamiento alimentario; baja autoestima y depresión (Hayden–Wade, Stein y Ghaderi, 2005).

Faltaban 4 meses para el final del curso escolar y Mario se enfrentaba a una situación académica poco esperanzadora, tenía todas las asignaturas suspendidas y se quedaba en blanco a la hora de presentarse en los exámenes, por lo que no veía la posibilidad de sacar el curso adelante; se estaba organizando el viaje de final de curso, al cual no quería asistir, *“prefiero quedarme castigado”, “Nomás de pensarlo me pongo enfermo”.*

Otras imágenes metafóricas con las que Mario se enfrentó durante las sesiones de EMDR fueron: verse atado a una silla; con grilletes en los tobillos, con cadenas y bola de presidiario; con una mochila que crecía hasta ser 4 veces mas grande que él, sobre la cual comentó: *“La mochila era todo aquello que no logré decirles a los que me hicieron bullying”.* Las imágenes eran acompañadas muchas veces por cefaleas; presión en el pecho o dolor abdominal, el cuerpo sufría lo que su mente estaba padeciendo. Hubo un par de sesiones en la que trabajamos solo a partir de sus sensaciones corporales, como huellas que el trauma había dejado.

Todas estas imágenes de indefensión con las que Mario se tuvo que afrontar, fueron resueltas por su propia capacidad interna de curación de la cual habla Shapiro y Forrest (2007) que radica en modelo PAI, que se refiere al sistema de procesamiento de información innato inherente a cada persona; el cual asimila nuevas experiencias y las almacena en redes de memoria, construyendo soluciones adaptativas. Las cadenas de Mario desaparecieron, la mochila la dejó a un lado del camino cuando se dio cuenta que no le pertenecía, y él mismo se desató de la silla para levantarse.

Durante las primeras sesiones, la escala SUD y la creencia VOC prácticamente no cambiaban, el daño psicológico relacionado con el trauma era complejo; cerrábamos las sesiones con imaginación guiada para finalizar la sesión de forma estable; a partir de la sesión 4 la escala SUD empezó a bajar a 3 y en alguna sesión a 0; la creencia VOC también mejoraba; tuvo que quitarse la culpa y la responsabilidad que no le correspondía para creer que realmente era inocente, listo, inteligente y digno de ser querido.

Era la sesión 8, faltaban 3 para despedirnos de esta etapa, parecía otro, ya no iba en chándal, llevaba tejanos y se le veía con un aspecto más cuidado, ganó un concurso de poesía y había decidido que iría al viaje de final de curso, seguía procesando información y aunque faltaba mucho trabajo por hacer, realmente parecía más ligero y así lo referenciaba.

Las sesiones pasaron de ser semanales a ser realizadas cada 3 semanas, ya que el seguro escolar que cubría su intervención estaba finalizando. En la penúltima sesión Mario estaba mucho mejor; llegó con la buena noticia de haber aprobado todas las asignaturas; le pregunté si ya no se quedaba *“en blanco”*; *“sí, pero solo 5 minutos”*, contestó.

“Cada uno tiene una pasión en la vida y la mía es el dibujo”. Así se despidió Mario en esta primera etapa de terapia.

Artículos Clínicos

Después de un año y medio Mario volvió; su padre había sido diagnosticado de un cáncer con metástasis cerebral, lo cual hizo que se reactivara la sintomatología de somatización e inseguridad ante la vida.

Durante este segundo encuentro trabajamos diferentes temas a través de las vías antes mencionadas, en esta ocasión hubo la oportunidad de trabajar de manera más pausada. El ritmo más lento de arteterapia dio la oportunidad de reconocer el dolor por la enfermedad del padre; se permitió sentir la fragilidad humana; el miedo a la muerte que en la situación en la que se encontraba era inevitable que no se acentuara. El contacto con los materiales le proporcionó tranquilidad y calma que refería necesitar; comprometiéndose con su imaginación, en pos de la simbolización a través de imágenes físicas, que fueron puentes hacia la narración verbal de su dolor (Fig.3 y 4).



Fig. 3

El trabajo terapéutico con Mario fue rico en imágenes mentales y físicas, el bullying ha sido superado aunque ha dejado sus secuelas. Sin embargo, Mario ahora tiene más recursos, estudia el bachillerato artístico; conoció a una chica con la que entabló una relación y cuenta con un grupo social de amigas y amigos. A pesar de las experiencias vitales que ha vivido, es una persona resiliente, inteligente y reflexiva.



Fig. 4

DISCUSIÓN

Suelo recurrir a la intervención a través de arteterapia en las primeras fases de preparación, cuando se crea y fortalece un vínculo que una vez conseguido, sirve para entrar en el proceso de sensibilización de una manera más segura. Es importante informar a la persona que viene en busca de intervención a través de EMDR sobre esta necesidad; así como la importancia de la creación de confianza como parte esencial de la intervención para valorar que tenga los suficientes recursos, y sobre todo que sienta confianza por su terapeuta, antes de llegar a la fase de reprocesamiento. Arteterapia suele ser muy útil en estos momentos de preparación.

Trabajar con ambas metodologías ofrece la oportunidad de basar la práctica en las imágenes, ya sean físicas o mentales, accediendo al pensamiento simbólico por ambas vías. En la EMDR el objetivo es aliviar la sintomatología de un evento de vida traumático no resuelto a partir del recuerdo (imagen) de ese suceso. Talwar (2007) sugiere que, las personas usuarias, pueden usar de forma cómoda y clara las imágenes creadas físicamente, ya que capturan la memoria somática del evento.

Lo que he querido sugerir en este trabajo es que estas imágenes físicas, referidas por Talwar también pueden aparecer de forma mental dentro de la imaginación de la/el paciente durante la estimulación bilateral en una sesión de reprocesamiento de EMDR. La expresión artística representada de forma concreta, metafórica o abstracta que nombra Schmidt (1999), está presente en la mente antes de ser creadas a través del arte. Al igual que la imagen física, las imágenes mentales que aparecen como metáforas ofrecen una representación simbólica del trauma y sirve para contener los sentimientos sobre el evento.

El recuerdo literal del trauma puede ayudar a narrar el evento, como si se tratara de una imagen esquemática; en cambio las imágenes metafóricas sobre el trauma, son una especie de imágenes oníricas que se escapan a la vigilia, como pesadilla, que invade el territorio mental como pensamiento (imagen) intrusivo, que perturba el mundo interior de la persona afectada.

Por otro lado, la resolución puede darse también a través de la metáfora; la imaginación viene al rescate para encontrar la resolución a la memoria traumática como un buen sueño; por ejemplo: una niña vio una goma de borrar gigante que borró su miedo a los tsunamis; un adolescente "vio" como los acosadores se hacían pequeños, del tamaño de una hormiga; otra, después de procesar un recuerdo de bullying, descansó un buen rato sobre el mar encima de una clave de sol.

Cada persona procesa la información de diferentes formas, el procesamiento a través de la imaginación y de la metáfora es más frecuente en la infancia y la adolescencia, procesando a través de "imágenes oníricas" con la consciencia de la vigilia; otras personas pueden procesar la información a partir de la memoria somática del evento; o como un profundo viaje de introspección; cuando hay dificultades para visualizar imágenes puede haber un reprocesamiento a través de cambios de estados emocionales.

CONCLUSIONES

Tener formación en el uso de ambas intervenciones ha enriquecido mi práctica profesional, principalmente por la población tan dañada con la que he trabajado, pues me ha dado la posibilidad de ofrecer resolución efectiva a su dolor mental y físico.

Inicialmente me encontré en conflicto interno hasta que encontré el modo para que ambas vías fueran complementarias y no invasiva una de la otra, conservando ambas identidades profesionales. Cada persona tiene ritmos, modos y predilecciones diferentes para trabajar a nivel terapéutico, por lo que tenemos que valorar lo que la persona necesita.

Los protocolos presentados creados por arteterapeutas pueden ser un mapa para la profesión de arteterapia; estudiarlos y valorar la posibilidad de uso, según nuestra línea de trabajo puede ser una vía útil, siempre acompañados con el estudio y formación pertinente sobre el trauma y su intervención, imprescindible para nuestra formación continua

Artículos Clínicos

y para un ejercicio arteterapéutico cuidadoso, principalmente cuando se trata de niñas y niños.

Espero que este trabajo sea útil tanto para arteterapeutas como a terapeutas EMDR.

REFERENCIAS

Adams R., Bukowski W. (2008). Peer victimization as a predictor of depression and body mass index in obese and non-obese adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(8):858-66. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01886.x.

Breed, H. (2013). «Integrating Art Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Treat Post Traumatic Stress». Tesis doctoral. 15. <http://digitalcommons.lmu.edu/etd/15>

Brown, Laurie Elizabeth (2010). Developing a Short-Term Art Therapy Protocol for a University Counseling Center to Address Trauma. Tesis doctoral. Florida State University Libraries. <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:181134/datastream/PDF/view>

Cartwright, L. (1999). Sct DTM Meditations: Neurological approaches to dream and art work. Santa Fe, NM: Lee Cartwright.

Cassou, M. (2001). Point zero: Creativity without limits. New York: Penguin Putnam Inc.

Cozolino, L. (2002). The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain. New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Foa, E., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: The Guilford Press.

García-Reyna N., Gussinyer S. & Carrascosa A. (2007). «Niñ@s en movimiento». Un programa para el tratamiento de la obesidad infantil. *Medicina Clínica (Barc)*. 129, 619-623

Griffiths L, Wolke D, Page A, Horwood J (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*; 91(2):121-5. DOI: 10.1136/adc.2005.072314

Gussinyer S. y García-Reyna N. (2018). Programa “Adolescentes en Movimiento”. Programa holístico para la intervención del sobrepeso y obesidad en la adolescencia. Recuperado de <http://anem.org.es/adolescentes-en-movimiento/>

Gussinyer, S., García-Reyna, N., Carrascosa, A., Gussinyer, M., Yeste, D., Clemente, M. & Albisu, M. (2008). Obesidad infantil, cambios antropométricos, dietéticos y psicológicos, tras la aplicación del programa “Niñ@s en Movimiento”. *Medicina Clínica (Barc)*. 131: 244-249.

Hayden–Wade H., Stein R. & Ghaderi A. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Journal*. 13(8):1381–92. [Google Scholar]

Hillman, J. (1983). Healing fiction. New York: Spring Publications.

Jarero, I., Artigas, L., Montero, M. y López L. (2008). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: Application With Child Victims of a Mass Disaster 97. *Journal of EMDR practice and research*, V.2,(2) 97-105

Lahad, M. (2000). Creative supervision. London: Jessica Kingsley Publication.

Artículos Clínicos

Lahad, M. (2005). Transcending into fantastic reality: Story making with adolescents in Crisis. In C. Schaefer, J. McCormick, & A. Ohnogi (Eds.). *International handbook of play therapy: Advances in assessment, theory, research and practice*. Lanham: Jason Aronson Publication.

Lahad, M., Farhi, M., Leykin, D., & Kaplansky, N. (2010). Preliminary study of a new integrative approach in treating post-traumatic stress disorder: SEE FAR CBT. *The Arts In Psychotherapy*, 37(5), 391-399. doi:10.1016/j.aip.2010.07.003.

Levine, P., & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma through the innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Lizarralde A., Herrero G., Del Rio M., Ibarburen B., Martinez P., Arrate L. y Gravina A. (2017). Aplicación del programa “Niños en movimiento” a nivel de una comarca: primeros datos. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 8(3); 40-47. Doi. 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2018.Jan.441

Lumeng J, Forrest P, Appugliese D, Kaciroti N, Corwyn R & Bradley R. (2010). Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics*, 125(6), 301-7. doi: 10.1542/peds.2009-0774.

Malchiodi C. (2015). *Bilateral Drawing: Self-Regulation for Trauma Reparation Let's draw on the power of both hands to modulate stress*. Recuperado de: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/arts-and-health/201509/bilateral-drawing-self-regulation-trauma-reparation>

McGuinness M., Schnur K., (2015). *Bullying, Trauma, and Creative Art Interventions Building Resilience and Supporting Prevention*. En: Malchiodi. (Second Edition), *Creative Interventions with Traumatized Children* (pp. 355-380). New York: The Guilford Press.

McNamee, C. M. (2003). Bilateral art: Facilitating systemic integration and balance. *The Arts In Psychotherapy*, 30(5), 283-292. doi:10.1016/j.aip.2003.08.005

McNamee, C. M. (2006). Experiences with bilateral art: A retro-spective study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(1), 7-13. doi.org/10.1080/07421656.2006.10129526

Otañe A. y Piñuel I., (2007). Informe Cisneros X – “Acoso y Violencia Escolar en España”. <http://www.acosoescolar.com/estudios-cisneros-acoso-escolar/>

Palad C., Yarlagadda S. & Cody S. (2018). Weight stigma and its impact on paediatric care. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*. Publish Ahead of Print, DEC 3; DOI: 10.1097/MED.0000000000000453

Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 14(4), 240–255. <http://dx.doi.org/10.1080/15325020903004350>

Piñuel I. & Cervera M. (2016). *Tratamiento EMDR del mobbing y el bullying. Una guía para terapeutas*. Editorial EOS. España.

Pont S., Puhl R., Cook S., Slusser W. (2017). Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 140(6); DOI: 10.1542/peds.2017-3034

Puhl R & Luedicke J. (2012). Weight-based victimization among adolescents in the school setting: emotional reactions and coping behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(1):27-40. doi: 10.1007/s10964-011-9713-z.

Schaverien, J. (2000). *The Triangular Relationship and the Aesthetic Countertransference in Analytical Art Therapy*. In Gilroy, A. and McNeilly, G. (eds). *The Changing Shape of Art Therapy: New Developments in Theory and Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.

Artículos Clínicos

Schmidt, S. J. (1999). Resource-focused EMDR: Integration of ego state therapy, alternating bilateral stimulation, and art therapy. *EMDRIA Newsletter*, 4(1), 8, 10-13, 25-28.

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2(1), 23–47.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F., & Forrest, M. (2007). *EMDR: Una terapia innovadora para superar la ansiedad, el estrés y el trauma*. Buenos Aires. Editorial SAPsi.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*. 2 (2), 199-223.

Siegel, D. (2001). Memory: An overview, with emphasis on developmental, interpersonal, and neuro- biological aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 997– 1011.

Smith A., (2016). A literature review of the therapeutic mechanisms of art therapy for veterans with post-traumatic stress disorder. *International Journal of Art Therapy*, 21:2, 66-74, DOI: 10.1080/17454832.2016.1170055

Springham N. & Huet V. (2018). Art as Relational Encounter: An Ostensive Communication Theory of Art Therapy, *Art Therapy*, 35:1, 4-10, DOI: 10.1080/07421656.2018.1460103

Talwar, Savneet (2007). "Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP)." *The Arts In Psychotherapy*, 34(1), 22-35. doi:10.1016/j.aip.2006.09.001

Tinker-Wilson, S. A., & Tinker, R. H. (2011). EMDR cases on the cutting edge of neuroscience. Lecture presented at the EMDRIA conference, Anaheim, CA.

Tobin B. (2006). Art Therapy Meets EMDR. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 19:2, 27-38, DOI: 10.1080/08322473.2006.11432286

Tripp T. (2007). A Short Term Therapy Approach to Processing Trauma: Art Therapy and Bilateral Stimulation. *Art Therapy*, 24:4, 176-183. DOI: 10.1080/07421656.2007.10129476

Urhausen, M. T. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing and art therapy with traumatized children. In C. M. Malchiodi (Ed.), *Creative interventions with traumatized children* (2nd ed., pp. 45–74). Guilford Press.

Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Olivella, Barcelona. España. Editorial Eleftheria.

Van Westrhenen, N., & Fritz, E. (2014). Creative arts therapy as treatment for child trauma: An overview. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 527–534. <http://dx.doi>.

Van Westrhenen, N., Fritz, E., Oosthuizen, H., Lemont, S., Vermeer, A., & Kleber, R. J. (2017). Creative arts in psychotherapy treatment protocol for children after trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 128-135.

Warschburger P., (2005). "The unhappy obese child," *International Journal of Obesity*, vol. 29, no. 2, pp. S127–S129.

Violencia oculta. Sombras y Silencios

Rosa Royo Esqués

Psicóloga Clínica. Psicoanalista (SEP/IPA) Psicoterapeuta (EFPA/COP). Supervisora Servicios de salud mental en general y de instituciones especializadas en la atención a diversos tipos de violencia: familiar; maltrato y abuso sexual infanto-juvenil; social. Profesora Instituto Universitario de Salut Mental de la de la Fundació Vidal i Barraquer (URLI)

rosaroyo@copc.cat

PALABRAS CLAVE

*Violencia
invisibilidad
trauma
abuso sexual
negligencia
victimización*

SUMARIO

Se presentan algunas reflexiones sobre la violencia estructural del ser humano. Se destacan las formas ocultas de la violencia, aquellas modalidades menos evidentes por su invisibilidad para el entorno, a menudo también para la víctima o el mismo agresor. Se considera el valor traumático de la violencia cuando esta no puede ser en algún grado elaborada, lo que diferencia un trauma de una experiencia traumática.

Las manifestaciones de la violencia son muy numerosas e inabarcables en su totalidad, por lo que las ideas vertidas en el artículo solo pretenden ser elementos de reflexión conjunta con el lector. Se tratan a modo de ejemplo algunas formas de violencia: abuso sexual, negligencia, vínculos violentos agresividad filial y social

KEY WORDS

*Violence
Invisibility
Trauma
Sexual abuse
Negligence
Victimization*

ABSTRACT

This abstract presents some reflections on the structural violence of human beings. It focuses on the hidden forms of violence, those less obvious because of their invisibility for the environment, often also for the victim or the aggressor himself. The traumatic value of violence is considered when it cannot be elaborated to a certain degree, what differentiates a trauma from a traumatic experience.

There are numerous manifestations of violence, which cannot be fully covered here. Therefore, the ideas expressed in this article only intend to be elements of joint reflection with the reader. The following forms of violence will be discussed as an example: sexual abuse, negligence, violent bonds, filial and social aggression.

ARTÍCULO BASADO EN LA COMUNICACIÓN PRESENTADA EN EL IX TALLER PSICOANALÍTICO DE BARCELONA (GPB) "LA VIOLENCIA Y SUS FORMAS OCULTAS". COPC BARCELONA, 14.1.17

"No hay nada más duro que la suavidad de la indiferencia" Juan Montalvo (escritor 1832-1889)

INTRODUCCIÓN

Reflexionar sobre la violencia, preguntarnos por qué la agresividad necesaria como empuje ligado a la supervivencia, puede degenerar en agresividad gratuita, depredadora, destructiva que identificamos como violencia, es una pregunta a la que intentan responder filósofos, científicos, artistas, psicoanalistas, desde siempre.

En un monográfico dedicado al trauma, pensar sobre la violencia como condición humana, puede ser un marco útil para comprender algunos traumas y sus efectos.

La violencia es poliédrica, tiene muchas caras, algunas evidentes y por tanto más conocidas, otras más invisibles e inasequibles. Este artículo trata especialmente sobre las formas ocultas de la violencia, en un intento de lanzar algunas ideas para ser pensadas con el lector.

Artículos Clínicos

Por tanto, tener en cuenta las formas no visibles de la violencia amplían el foco y nos abre innumerables caminos para reflexionar.

Si lo oculto lo pensamos como la violencia no evidente, latente, secreta, que se expresa a nivel consciente o inconsciente, el campo se hace casi inabarcable ya que transita por todo lo humano: individual, grupal, institucional, social, cultural, político.

LA VIOLENCIA Y EL SER HUMANO

En su libro “Malestar en la cultura” (1929), Freud ya comentó: *“la verdad oculta tras de todo esto, que negaríamos de buen grado, es la de que el hombre no es una criatura tierna y necesitada de amor, que sólo osaría defenderse si se le atacara, sino por el contrario, un ser entre cuyas disposiciones instintivas también debe incluirse una buena porción de agresividad. Por consiguiente, el prójimo no le representa únicamente un posible colaborador y objeto sexual, sino también un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad, para explotar su capacidad de trabajo sin retribuirlo, para aprovecharlo sexualmente sin su consentimiento, para apoderarse de sus bienes, para humillarlo, para ocasionarle sufrimientos, martirizarlo y matarlo”*.

Más tarde, con los horrores de la segunda guerra mundial, muchos psicoanalistas de la época, destacando a Melanie Klein en el desarrollo individual y a Bion en lo referente a grupos, se preocuparon, estudiaron y teorizaron sobre la violencia y la destructividad humana.

La violencia es común a todos los humanos. No sé si se trata de una constitución biológica como defendían Freud y Klein con el concepto de pulsión; de una inscripción en la cultura por medio del lenguaje que, como decía Lacan, al ser impuesta la manera como los humanos devenimos seres sociales, siempre contendrá cierta violencia; o invariablemente es una respuesta a una agresión externa, según defiende el psicoanálisis relacional. Sea como fuere la violencia es parte estructural del ser humano.

Aunque por efecto de la socialización se supone que en general las personas no acostumbramos a pasar la línea, si no es en situaciones extremas o particulares, siempre sorprenden las diferentes maneras, sutiles o burdas, abiertas u ocultas en las que la violencia se nos presenta una y otra vez. Ya sea a nivel individual, institucional o social.

¿Qué oculta la violencia?

La violencia es sobre todo abuso de poder, es cosificación del otro, una manera de deshumanizarlo convirtiéndolo en una “cosa” a controlar, a poseer. ¿Por qué lo hacemos?

El concepto de “identificación proyectiva” nos permite alguna hipotética respuesta a la pregunta, ya que nos ayuda a comprender su funcionamiento. A menudo la violencia es ejercida sobre el otro en base a la proyección de las propias debilidades, odios y desprecios hacia uno mismo; miedos al abandono, a no merecer el amor de los demás, etc. Si un otro se hace cargo de los aspectos propios rechazados, entonces es ese otro el débil, el despreciable, el sujeto de odio y lo podemos abandonar, utilizar o desvalorizar y por medio de la disociación deshacernos de la responsabilidad, culpa, compasión y cualquier sentimiento de empatía que pudiera surgir hacia él.

A modo de ejemplo recordemos la película “Te doy mis ojos”, ganadora de cuatro Goyas (2004), que trata de una pareja unida por un vínculo violento, él inicia una terapia de corte cognitivo conductual en la que le piden escriba en un cuaderno las sensaciones y los sentimientos que tiene cuando está a punto de maltratar a su pareja. Ésta encuentra el bloc donde él los escribe, lo lee y para su sorpresa observa que son prácticamente los mismos que ella siente cuando va a ser golpeada, entonces comprende el mecanismo de él, y le dice: *“no tengas miedo”*. Lo que no sabemos es si ella puede ver sus propios aspectos que le unen a él. Pero sobre la idea de vínculo violento volveré más adelante.

Podríamos decir entonces que la violencia oculta principalmente las miserias del ser humano.

Trauma y experiencia traumática

Existe una violencia abierta, que deja huellas evidentes en el cuerpo y en la mente. Es el maltrato físico, traumático sin lugar a dudas y algo difícil de ocultar. Pero hay otra violencia, cuya marca es más invisible, que pasa por debajo de la mirada del entorno, que no puede ser pensada y, por tanto, tiene mayor probabilidad de cronificarse como trauma. La elaboración de un trauma, en el grado que sea posible, viene determinada por la posibilidad de reconocerlo como tal, compartirlo, pensarlo. Así un trauma puede llegar a convertirse en una experiencia traumática perdiendo parte de su valor patógeno. Es decir, quedar inscrito como algo que ocurrió, nos conmocionó, nos dolió, pensamos que no podríamos sobreponernos, sin embargo, llega un momento que ya no está completamente activo, sino que queda en la historia como un capítulo duro y oscuro de nuestra vida.

En cambio, cuando no se reconoce no se puede pensar, lo que dificulta severamente su conversión de trauma a experiencia traumática, como es habitual en el maltrato psicológico, la negligencia o el abuso sexual infantil.

Abuso sexual y banalidad del mal

El abuso sexual a niños y adolescentes (ASI) basa gran parte de su existencia en el secreto y ocultamiento bajo el que se produce, tanto por parte del menor que lo sufre como por parte del entorno. El niño ya sea por desconocimiento, miedo, vergüenza y/o culpa, lo silencia. El entorno, por su parte, se mueve entre el espanto y la consternación al reconocer el abuso, cuando sucede a un menor en concreto, y el pseudo consentimiento social y la minimización de su existencia cuando se piensa a nivel general. La razón es que se desea creer que no pasa, pasa poco o al menos pasa fuera de nuestro entorno próximo. Actitud que adoptamos frente a tantas otras formas de violencia.

Hay mucha banalidad en el mal, concepto desarrollado por Hannah Arendt (1963). Por ejemplo, en el ASI, no todos los pederastas son unos perversos en su organización mental. Es verdad que siempre hay un grado de perversión y en algunos abusadores es el centro de su funcionamiento mental, son los que ambicionan envilecer a los niños buscando su complicidad, su deseo, o algunos pederastas que utilizan al menor para su disfrute personal u otros usos abusivos como ejercer la prostitución, hacer pornografía, trata de niños, etc. sabiendo conscientemente el mal que hacen. Como decía, cuando se cosifica al otro se le deshumaniza, lo que facilita que la pena y la culpa por el mal causado se disocie fácilmente.

Pero hay otros abusadores que son... ¿qué adjetivo usar? Poca cosa, aunque hagan mucho daño, son miserables. Donnadies en el mundo de los adultos, que no despiertan interés, en cambio entre los niños pueden encontrar un lugar para su omnipotencia. Son el profesor o el entrenador "guay", el cómplice, y se convierten en un ídolo para los menores.

En la película "Spotlight", ganadora de un Oscar a la mejor película (2016), hay una escena que muestra claramente esta tipología. Se trata de un encuentro de unos periodistas con un cura pederasta al que van hacer una entrevista. Éste no parece tener consciencia del mal causado y se justifica diciendo: *"solo eran juegos, los niños se divertían"*.

En esta misma línea, aunque con ciertas diferencias, también se puede dar el abuso sexual intrafamiliar. Personas de poco valor para los adultos de la familia, para la pareja... que se refugian en los niños. Se plasma bien en otra película "No tengas miedo", la que ganó la primera edición del premio FADA a la cultura (2013) que la Fundació Vicky Bernadet otorga a obras que pongan en valor la lucha contra el ASI. En el acto de la entrega pude hablar con Lluís Homar, quien representa al personaje de padre abusador. Me explicó que fue un papel muy difícil de representar ya que el guion pretendía no juzgar, no tirar de tópicos, sino describir a una persona con esas características de poco interés y con poca consciencia del mal que infringe. Es evidente que esta falta de resonancia no justifica ni exculpa. Por eso la violencia y el abuso o se define solo por la intención del que la produce, sino por los efectos que tiene en el que la sufre. Una forma de compensar la banalidad.

Abusador-es: perversos y donnadies

Sigamos un poco más en esta línea. No hay una clara tipología del pederasta, pero algún elemento se apunta en las dos líneas mencionadas: perversos y donnadies.

Mi experiencia con abusadores adultos es limitada y siempre vinculada a las entidades con las que colaboro. He supervisado algunos casos de abusadores que van voluntariamente a buscar ayuda terapéutica y otros, derivados por el departamento de justicia, para ser tratados como condición obligatoria dentro de la condena impuesta. Diferenciar las dos situaciones, voluntariedad u obligatoriedad, es muy importante tanto de cara al tratamiento como al pronóstico. Tanto en unos como en otros se pueden observar a la vez las líneas mencionadas: pederastas con francos elementos perversos y otros más confusos e inmaduros.

Tengo algo más de experiencia con menores abusadores. Un menor abusador se considera un menor en riesgo tanto para los otros como para su propio desarrollo, y por ello DGAIA ha organizado programas de ayuda. Pues bien, ya en estos menores se apuntan las dos maneras descritas. Recuerdo un chico de unos 17 años que empezó a abusar a los 11, después de un tiempo en tratamiento y de manera sentida le decía a su terapeuta: *“mi cuerpo crece, pero mi deseo no”*. Era también una pregunta que el chico se hacía a sí mismo, una pregunta que interpela a su mundo interno. Al contrario de otro chico de la misma edad, que idealizaba la inocencia infantil, entraba en blogs en la red en los que se describía la infancia como algo sutil, candoroso, hablaba de su deseo de acercarse a estas virtudes por medio de los niños, pero a poco que se profundizaba en la terapia aparecía el deseo de arruinar las tan valoradas cualidades. En la contratransferencia uno despertaba pena, el otro rechazo y una sensación física de helor. No es casualidad que la contratransferencia en estos temas, al menos de inicio, tenga características sensoriales, cuesta pasarla por la mente. Eso de tocar el mundo interno del otro cuando en él hay perversión es un tema cuanto menos espinoso.

Pequeñas negligencias cotidianas

Otra de las manifestaciones no siempre evidente es la negligencia, un tipo de violencia por omisión, pasiva. Sucede cuando dándose las condiciones, no pasa aquello que debería pasar para recibir un buen trato. Hay niños claramente tratados con desidia en sus cuidados básicos, situación que es más fácil de detectar, pero también hay otros expuestos a “pequeñas negligencias cotidianas”: inatenciones repetidas, faltas de acople continuadas, diversas formas que dejan al pequeño solo con sus angustias. No únicamente por no contener su miedo y su rabia, sino también su amor, que no encuentra resonancia. La indiferencia, puede ser experimentada como un sentimiento hostil de rechazo que se hace aún más intolerable que los golpes. Hay personas que, por así decir, prefieren los golpes a la indiferencia. Aunque sea por la confusión entre el afecto genuino y el amor de características narcisistas y ambivalentes como culturalmente se aprecia en la frase: *“Quien bien te quiere te hará llorar”*.

Las fallas frecuentes en los vínculos producen vacíos en la cimentación de la mente infantil. Cómo dijo C. Jung: *“la vida no vivida es una enfermedad de la que se puede morir”*. Aquí se abre un amplio tema que está en la base de muchas historias desgraciadas, de personas que lo pasan mal, y también en la biografía de algunos que lo harán pasar mal a los otros, que se convertirán en “desgraciados” en la doble acepción de la palabra.

Anne Álvarez, en unas Jornadas de la Revista Catalana de Psicoanálisis (2017), comentó que hay mucha estupidez en algunos tipos de violencia. Se refería a adultos con dificultades para atender adecuadamente a sus hijos o menores a su cargo. Habló del “objeto estúpido”, definiéndolo como un objeto no necesariamente malo pero que por diferentes razones no entiende ni sostiene al, generando deficiencias en el self en construcción del niño. Por los procesos de introyección estos déficits del objeto externo se convierten también en déficits en el objeto interno de éste. El mundo interno se puebla de objetos sin valor, objetos que no perdieron su valor, sino que nunca llegaron a tenerlo, concepto diferente de objetos desvalorizados. Lo que se traduce en que al niño ya no le resulta interesante ni el mundo, ni el encuentro con el otro. No hay misterio, nada le despierta la curiosidad. La negligencia produce aburrimiento, vacío y de esta manera, por la falta de respuesta, los niños negligidos generan a su vez más negligencia cerrándose así el círculo.

Artículos Clínicos

Víctima y victimización.

Sigamos con la reflexión sobre lo que oculta la violencia. Decía que oculta las miserias y estupidez del violento, pero, ¿y la víctima?, ¿qué decimos de ella? Es políticamente poco correcto hablar de su responsabilidad, pero también lo sería no planteárselo. Se dice que “el culto a las víctimas victimiza”

Lacan pensaba que: *“de nuestra posición de sujetos somos siempre responsables”*. No conozco en profundidad su pensamiento, seguro que tiene muchos matices y en la mayoría de casos seguro que es así, que somos responsables, al menos en gran medida, de nuestra posición en la vida. Consideración que, lejos de culpabilizar, da esperanza, algo podemos hacer para liberarnos de las ataduras violentas.

No obstante, partiendo de esa idea, se debe hacer alguna salvedad en cuanto al lugar de la víctima, por ejemplo, personas necesariamente dependientes y vulnerables por edad, con limitaciones, discapacidades o ciertas situaciones (machismo, racismo) que, por la presión social, pueden ser difíciles de encarar y las que quizás no sería justo incluirlas.

En esta línea Héctor Gallo (1999), propone en su libro “Usos y abusos del maltrato” la necesidad de diferenciar la posición subjetiva de personas que sufren tortura de los maltratados. Los primeros tienen que confesar una verdad y no hay escapatoria, y los otros pueden tener alguna opción para oponerse al maltratante. Dice: *“si el maltratado no es un niño completamente desamparado o un anciano completamente indefenso, tiene oportunidad de oponerse a su condición de víctima, poniendo en cuestión su vínculo y haciendo valer sus derechos”*.

Justo teniendo en cuenta estas posiciones y diferenciándolas, podremos observar que hay situaciones en las que la implicación por parte de la víctima es más evidente, como si de un pacto, casi siempre inconsciente, se tratase. Son personas atrapadas en un círculo violento, como a menudo se observa en la violencia de pareja, que no siempre de género, en la que al ser posicionada una persona como víctima corre el riesgo de que el victimismo colonice a su yo. También encontramos en este tipo de violencia otras manifestaciones en las que hay cierta satisfacción, tanto en el que agrede y como en el agredido, que tiende a perpetuarlas, son los vínculos de carácter sadomasoquista. Pero esto solo puede ser esclarecido en el caso por caso.

Vuelta de tuerca, la violencia filial

Por último, quisiera apuntar una idea más, de las muchas que quedan en el tintero: la problemática que vemos más recientemente respecto a la violencia de hijos a padres. En algunos foros de discusión se plantea si es una nueva problemática o una ya existente que ahora sale a la luz. Creo que cuando en este tipo de problemáticas psicológicas nos planteamos si es una u otra, acaba siendo casi siempre una “y” otra. Seguramente había una parte que no había aflorado, que estaba oculta y otra que tiene que ver con cambios socio-culturales en los vínculos parentales que fomentan o sostienen estas nuevas manifestaciones del malestar.

Hace poco leí un artículo de un psicoanalista italiano, Massimo Recalcati (2016), respecto a un libro que acababa de publicar “La hora de clase: por una erótica de la enseñanza”, en el que aborda alguna idea que puede sernos útil.

Según Recalcati *“se ha roto el pacto generacional; los padres y los profesores ya no trabajan juntos en la educación de los jóvenes”*. Reflexiona sobre algo en lo que estoy de acuerdo: como se ha diluido la autoridad paterna y por extensión la del profesor.

Recalcati, que también es profesor, lo piensa desde la escuela, pero la esencia sigue estando en los vínculos paterno-filiales. A diferencia de lo que ocurría en la generación del 68, los jóvenes ya no tienen que rebelarse contra sus progenitores, ni matar, como Edipo, al padre, porque los tienen de su lado casi como compañeros de juego. Siguiendo a Meltzer (1998), se trataría de la falta de “diferenciación generacional”, la igualación de roles entre niños y adultos. El niño casi se ha convertido no en el principito sino en el rey de la familia y todo se somete a sus “exigencias”. No se le ayuda a entenderse con la realidad, sino que es esta la que tiene que adaptarse al niño. Esta laxitud en la crianza asentada en la confusión entre autoridad y autoritarismo, sea por herencias culturales o cualquier otra razón, es otra de las negligencias cotidianas que antes comentaba.

Trazas ocultas de violencia institucional y social

Hasta ahora he sugerido algunas ideas sobre las modalidades ocultas de la violencia: aspectos inconscientes de la naturaleza humana, la sociabilización impuesta, las fallas en los vínculos, ... Es imposible en un artículo abarcar todas sus formas, pero no quisiera olvidar algunas, que aún siendo muy antiguas, actualmente por las condiciones sociales, han tomado relevancia. Pienso en los adultos y especialmente en los niños, víctimas de las guerras, de los campos de refugiados, del exilio, para los cuales la situación toma magnitudes casi impensables. Existen millones de niños sin hogar, en zonas de guerra, sufriendo violencia por defecto o exceso.

Recuerdo en una conversación con Liliana Orjuela, responsable de un programa de Save the Children llevado a cabo en los campos de refugiados, en la que me explicó una actividad que hacían con los niños, les preguntaban qué era un hogar. Una niña de 7 años respondió: *“Un hogar es un lugar donde plantas una flor y la puedes ver crecer”*. Simple ¿verdad? No se necesitan más palabras para intuir el desasosiego que genera la incertidumbre.

En un nivel más concreto y cercano, no deberíamos despreciar en nuestras sociedades las trazas de violencia que se cuelan por las grietas del sistema de atención, efecto de la dificultad para pensar que se produce ya sea por desconocimiento, desborde de trabajo, falta de recursos o cualquier otra causa. Las instituciones se convierten a veces en objetos insuficientes que retraumatizan.

Apuntes frente a la desesperanza

Para no quedarnos con el sabor de la queja o la denuncia en la boca, apuntaré algunas intervenciones que como psicoanalistas podemos hacer para encarar la violencia y sus repercusiones. Y por tanto aliviar los posibles traumas resultantes.

En primer lugar, favorecer la concienciación de cada uno de nosotros frente la violencia en su vida, en la propia y en la de nuestros pacientes ya sean individuos o grupos. Tomar muy en cuenta los aspectos inconscientes, las identificaciones proyectivas con el agresor o con la víctima, para desanudar disociaciones que están en la base y sostienen la violencia.

Del polo de la persona que la ejerce es necesario distinguir entre destructividad y maldad. Es decir, diferenciar entre la evacuación de ansiedades no mentalizadas que tienen consecuencias destructivas para el otro y para uno mismo, de la destructividad basada en la intención de utilizar y dañar al otro. Punto importante de cara a la técnica de trabajo. El proceso terapéutico con ambos tipos de agresores, aún usando estrategias diferentes, pasa por el retiro de las proyecciones hacia el exterior, lo que los lleva a enfrentar su propia destructividad, sus conflictos internos y su culpabilidad.

Del otro polo, la persona que sufre la violencia, nuestra función como psicoanalistas será ayudarles a reconocer la situación vivida, desentrañar el trauma, recomponer su autoestima, a la vez que comprender la parte de ellos mismos que puede estar comprometida en ese vínculo sadomasoquista. Ayudar a la persona, que se ha adaptado a una situación humillante, a darse cuenta cómo sin proponérselo, colabora en el diseño de esa misma relación.

Y, por último, en cuanto a los niños y adolescentes o adultos en situaciones especiales, que por su vulnerabilidad y dependencia necesaria no pueden desasirse fácilmente de los lazos violento trabajar primero para protegerles, y poco a poco para recuperarles del daño sufrido, promoviendo recursos psíquicos que les permitan sobrellevar las situaciones adversa que han vivido.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, A. (2017). Els nens desatesos: psicoteràpia de la manca d'integració i de l'inconscient invalidat. Barcelona: Revista Catalana de Psicoanàlisi. Vol 34 N°1 (pp 7-24)
- Arendt, H. (1963) Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal. NYC: Ed. Viking Press
- Armendáriz, M. (2011). Película: "No tengas miedo". España: Oria Films.
- Bollaín, I. (2003). Película: "Te doy mis ojos". España: Producciones La Iguana S.L.
- Freud, S. (1929), Malestar en la cultura. Obras Completas, Tomo VII, Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Gallo, H. (1999), Usos y abusos del maltrato: una perspectiva psicoanalítica. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia.
- Lacan, J. (1966) Escritos2. La ciencia y la verdad. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- McCarthy, T. (2015). Película: "Spotlight". EE.UU.: Open Road Films.
- Meltzer, D. (1998), Adolescentes. Barcelona: Spatia Ed.
- Recalcati, M. (2016), La hora de clase. Por una erótica de la enseñanza. Barcelona, Ed. Anagrama.

Entrevista a Carly Raby, psicoterapeuta y especialista en derechos de la infancia

por Montserrat Montané

Esta entrevista, realizada en el año 2013, fue reservada para para que formara parte de un futuro monográfico sobre trauma. A pesar de que este monográfico se edita finalmente 9 años después, consideramos que sigue siendo un material muy interesante para ser integrado en él.

Carly Raby, psicoterapeuta y especialista en derechos de la infancia (PG Dip. Psychology, HG Dip Psychotherapy, MA, MEd, MHGI), se formó en Psicología Clínica y en Trauma en UK. Es miembro de la Sociedad Internacional de Estudios sobre el Estrés Traumático, la Sociedad Europea de Estudios sobre el Estrés Traumático y la Sociedad de Trauma Psicológico de Reino Unido. Trabaja con niños, jóvenes y adultos con trastorno de estrés postraumático. Es así mismo Investigadora Asociada Honoraria de la Universidad de Rhodes.

En el año 2003, después de haber trabajado en la defensa de niños y jóvenes con problemas de salud mental, desarrolló el protocolo CATT (Children's Accelerated Trauma Therapy) para el tratamiento del trauma y del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático). Posteriormente se ha dedicado a formar profesionales en esta técnica en zonas afectadas por conflictos armados o por catástrofes. En el 2008 creó la Fundación Luna para ofrecer soporte a estas situaciones (www.lunachildren.org.uk/carly.html)

La técnica CATT, si bien fue inicialmente diseñada para niños y adolescentes, se ha demostrado igualmente eficaz en su utilización con adultos. Su diferencia, respecto a otros tipos de intervenciones terapéuticas, radica en que se lleva a cabo con materiales plásticos y en que no está basada en la expresión verbal o las capacidades cognitivas de quien recibe el tratamiento, lo cual proporciona una gran amplitud de posibilidades, tanto en relación a la edad, la cultura o la situación social del usuario. Un ejemplo de ello es su trabajo en Rwanda con niños víctimas del genocidio. Las investigaciones sobre la técnica están ofreciendo rigurosas muestras de su éxito

18 de noviembre de 2013, Hotel Acevi Villarroel, Barcelona

Carly, muchas gracias por ofrecernos la oportunidad de entrevistarle; consideramos que conocer un poco más algunos aspectos de su trabajo podrá ser muy útil al colectivo de arteterapeutas, ya que una parte de él está involucrado en el trabajo con el trauma.

¿Qué la llevo a dedicarse al tratamiento del trauma infantil?

Al trabajar con niños excluidos de la escuela, veía como muchos de ellos sufrían graves síntomas de estrés; ahora, quince años más tarde, vemos que todos padecían PTSD (TEPT en español –Trastorno de estrés postraumático). En aquellos tiempos no se creía que los niños estuvieran experimentando traumas, los consideraban más resilientes. Por otra parte, tampoco había técnicas específicas en Inglaterra para el tratamiento del trauma. Así que era muy importante encontrar maneras de trabajar con los niños y desarrollar una técnica apropiada para ellos. Me atrajo trabajar con este colectivo, para crear la técnica y después mejorarla con el tiempo.

Considero que el área del trauma es fascinante; además está cambiando rápidamente. Podemos desarrollar una mejor técnica en la medida en la que vamos descubriendo más acerca de la biología del trauma. Me gusta la transparencia del tratamiento trauma con trauma. Podemos ver, a través de escáneres cerebrales, como se sitúa el trauma en el cerebro. Esto genera evidencias para saber cómo ayudar mejor a estos niños. Es un área muy interesante y gratificante en la que

Entrevistas

trabajar, porque cambia muy rápida y significativamente, así que lo disfruto mucho. Por otra parte, en todo el tiempo que he trabajado en el trauma, también me doy cuenta de la relación que tiene con mi propio pasado. Mi pasado y la historia de mi propia familia son parte de las razones por las que estoy involucrada en este tipo de tarea. Mi abuela escapó de Rusia y de Alemania por el holocausto, pero nunca nos hablaba de sus historias. Tenía una profunda conciencia de ser judía en Alemania. El impacto del trauma de esa generación en mi familia, y de algún modo también mi experiencia de cuando trabajaba en Ruanda, me han clarificado que realmente desde pequeña he crecido con el conocimiento del trauma. Cuando tenía 12 años experimenté un evento traumático y, aunque no tuve PTSD, sí podía sentir en mí algunos elementos traumáticos, así que fácilmente comprendo cómo se siente uno en estas circunstancias. Puedo ver también como la técnica que utilizamos ayuda a reducir el estrés para posteriormente poder hablar de esas cosas. Así pues es fácil para mí conectar con la experiencia del trauma y trabajo de forma confortable en este ambiente.

¿Cuál sería la esencia de la técnica CATT, o cuál es el concepto básico a partir del que se desarrolla?

Una de las cosas más importantes es que la técnica CATT está creada de forma que a los niños les resulte agradable y natural. La técnica ha crecido orgánicamente a través de ellos; todo mi entrenamiento ha ido de la mano de los niños, teniendo a favor que les gusta usar el juego y el arte en la terapia. Así que investigué y me entrené en esta área para apoyarlos, pero viendo también que, en situaciones de trauma, nada parecía ser suficiente para ayudarles en sus síntomas. Por ello profundicé en la terapia del trauma, en la cual había muchas investigaciones en técnicas para adultos. Esta carencia me llevó a intentar aplicar los estudios de neurobiología para conseguir una forma de trabajar que también incluyera el juego, y que les gustara a los niños, generando un entrenamiento para tratar el trauma que uniera varias cosas. Los niños eran muy directos, ¡o les gustaba o no! Por ello fuimos cambiando y calibrando cada elemento, para desarrollar, con el tiempo, algo útil para ellos.

Yo era muy receptiva a lo que los niños me decían; y observé que el elemento “control” era fundamental. Parte del trauma era la violación de sus derechos y necesitaban por encima de todo retomar el control. A partir de ahí, el entrenamiento estuvo unido a mi enfoque sobre los derechos humanos, integrándolo en todo lo que hacía, para desarrollar mejor el protocolo y ofrecerles ese control de forma completa. Así que lo principal de la técnica es que viene de las necesidades del niño y requiere que seamos flexibles y cambiantes. Si en algún momento, al cabo de un tiempo, vemos que hay algo que no funciona, entonces tenemos que modificarlo de nuevo. Me gusta que nuestro trabajo continúe siendo fluido. Y cuanto más nos cuentan los niños y cuanto más aprendemos de ellos, mejor se puede desarrollar la técnica.

Parece evidente que la técnica CATT va unida a una concepción muy respetuosa del ser humano.

Así es. El control que toman los niños después de la técnica es tan terapéutico como el trabajo con el trauma en sí mismo; unido a la experiencia de trabajar el protocolo los dos juntos, a la par y en igualdad. Hay un gran respeto en todo el proceso; ellos son expertos en su propia vida y son los que tienen la información que necesito para ayudarles a través de mi experiencia y entrenamiento. Pero lo importante es trabajar juntos, y es realmente una manera bonita de trabajar. La relación entre el niño y el terapeuta tiene una gran importancia en lo que supone este programa.

¿Considera que la técnica CATT puede ser utilizada dentro del marco de diferentes orientaciones teóricas en psicoterapia?

La técnica CATT tiene un encaje muy natural con la terapia cognitiva; los profesionales que vienen con este bagaje la toman muy naturalmente, pero puede ser un poco difícil integrarla en otros tipos de terapia. Sin embargo, como ahora la técnica ya está más reconocida y hay muchas más personas entrenadas, han ido surgiendo maneras de integrarla en el propio terreno, e incluso los terapeutas ven que esto es bastante fácil de hacer.

Sin embargo hay algo a tener en cuenta acerca de la relación terapéutica: necesita ser suave y sin sobresaltos. Tiene además mucho que ver con la psicoeducación; el terapeuta que está llevando a cabo un proceso de terapia con alguien en estas circunstancias, debe entender que está ante una memoria traumática, que explica el mismo cliente, y que tal

Entrevistas

vez de ahí en adelante necesitará trabajar de una manera un poco diferente. La técnica CATT puede así integrarse en diferentes modelos psicoterapéuticos. Por ello he ido desarrollando la comprensión de cómo aprenderla a través de diferentes módulos; por ejemplo, los entrenadores del Nivel III, son una mezcla de CBT (Cognitive Behavioral Therapy) y de orientación psicoanalítica. Algunos de ellos han empezado a escribir sus propias investigaciones en este viaje. Así pues de esta forma es más fácil para mí ayudar a encajar la técnica en diferentes escuelas terapéuticas. En ocasiones, cuando he sentido que la técnica tal vez podría ir en contra de una determinada manera de trabajar, he aconsejado a esa persona que haga algún otro acercamiento para formarse sobre el trauma y después regrese. Así que hay muchas maneras diferentes de trabajar.

En relación con esta última pregunta, ¿Considera que la técnica CATT podría formar parte de un proceso terapéutico más largo, como una intervención puntual dentro de él?

Normalmente los casos que nos llegan son de trauma complejo; en estas situaciones va bien que así sea porque ayuda a reparar apegos negativos y a poder trabajar después con todas las emociones que van ligadas a ello. Es quizás una manera más confortable de trabajar y de procesar el trauma. Cuando se llega a la fase en la que es necesaria una intervención con la técnica CATT, que tiene una base cognitiva, se puede hacer de forma que encaje lo más fácilmente posible con el modelo psicoterapéutico con el que estás trabajando. Pero es importante explicar muy bien el porqué del cambio de estilo que se llevará a cabo en algunas sesiones, dentro del proceso.

¿La técnica CATT sería compatible con un trabajo sistémico?

Buena parte del trabajo internacional que se está haciendo involucra la intervención sistémica. Entramos en la tarea y nos vamos, es algo breve... y no puedes hacer terapia individualmente por mucho tiempo, con lo cual a veces necesitas acompañar a todo el sistema. Y es necesario trabajar también con los sistemas de apoyo existentes.

Hay que tener en cuenta así mismo como va a experimentar el trauma cada persona que está en el mismo sistema, y cómo puede impactar lo propio en los otros individuos de la sala. De esta forma, si en la sesión del proceso de trauma hay riesgo de que otras personas se traumatizan, se puede explicar el sentido de esta forma de intervenir, procurando proteger de alguna manera a todo el grupo.

Los profesionales en este campo trabajan de muchas formas diferentes y en realidad no hay una fórmula específica para trabajar desde lo sistémico con la técnica CATT.

¿Considera importante que los terapeutas que trabajan con la técnica CATT hagan terapia personal y utilicen la supervisión clínica habitualmente, como un aspecto de su responsabilidad profesional?

Aunque puedo animar a muchos terapeutas a ello, no puedo controlar que sea así, teniendo en cuenta también la situación económica de cada uno. En general, les invito a que tomen responsabilidad sobre esto, de cualquier forma que ellos puedan hacerlo. Algunas orientaciones terapéuticas valoran mucho la terapia personal y la supervisión, pero otras no tanto.

En el trabajo con los niños, con sus dificultades, en un estado de hipervigilancia, buscamos una serie de terapeutas capaces, y procuramos hacer también con cada uno una tarea de introspección, y les enseñamos a “conocernos a nosotros mismos”, para evitar que todo el material traumático pase a ser una carga para el terapeuta. Es importante que puedan mantenerse calmados y seguros para hacer bien su trabajo, sentirse bien ellos mismos y poder facilitar el procesamiento del trauma adecuadamente. Así que cuanto más sepamos acerca de nosotros, tratando nuestros propios temas, más nos protegemos y más eficientes seremos en nuestra intervención. En cambio si de repente sentimos algo intenso, o reaccionamos de una cierta manera durante el protocolo, puede ser que esté directamente en función de lo que le ocurre al usuario; es esencial entonces que los terapeutas lo entiendan, para que puedan calmarse y enfocarse de nuevo en la técnica.

Entrevistas

En ocasiones, algunos grupos que he entrenado forman su propio grupo de supervisión, de manera que pueden aconsejarse uno a otro respecto al uso de CATT. Si en algún momento no pueden dar respuesta a algo, les sugiero que pregunten a su profesor, y en caso de que no les puedan responder, yo o mi colega les atendemos. Es una forma de apoyo y de consejo mutuo. Tal vez para nosotros la supervisión tengo un carácter algo diferente, pero la consideramos muy importante para estar afinados para la otra persona. En general los terapeutas de trauma son propensos a sentirse cargados y tal vez a sentirse quemados en un par de años, pero el CATT es una técnica bastante protectora; necesita serlo porque la intervención en el trauma, estando en contacto con el relato de la persona, puede generar un trauma secundario. El hecho de estar al lado del usuario, con su historia, puede sobrecargar la memoria de trabajo del terapeuta y, aunque hay formas de trabajar más protegidas que otras, pueden dispararse imágenes o pensamientos que afectan intensamente. Por ello es necesario que lo que se experimenta pueda ser descargado en otro lugar y que no afecte a la terapia.

¿Cuál es su base personal para llevar a cabo una tarea tan dura, que implica trabajo clínico, docente, sumado a la vida familiar?

Me encanta lo que hago y disfruto muchísimo haciendo mi trabajo y también en la docencia; por ello no acabo exhausta al final del día. Pero para cuidarme y activarme tengo muchos amigos. La mitad de ellos hacen trabajos diferentes al mío, también interesantes; la otra mitad hace trabajos similares, algunos en relación al trauma. En estos últimos encuentro una gran comprensión sin tener que hablar de algún tema en detalle. Y si tengo en perspectiva un viaje difícil a algún lugar, igual llamo a alguno de ellos para tener una conversación que no tenga nada que ver con lo que tengo ante mí, pero por debajo hay una gran comprensión mutua y saben por el tipo de cosas que estoy pasando. Y no tengo amigos que no me escuchen o que note que para ellos lo que explico es demasiado abrumador; así que suelen darme conversaciones de cosas completamente diferentes.

A veces hablamos de baloncesto, de ropa... Por otra parte mi familia siempre está cerca y muchos de ellos son terapeutas. Con ellos, como con los amigos, hay una bonita mezcla, que me permite charlar de mil cosas distintas, o bien de trabajo con una gran comprensión mutua.

Gracias Carly por esta entrevista y por tu tiempo.

Entrevista a Cathy Malchiodi, presidenta de Art Therapy Without Borders y fundadora de The Trauma Informed Practices and Expressive Arts Therapy Institute.

por Elena Vallet

El seminario sobre arteterapia y trauma, que Cathy Machodi impartió el 23 de noviembre de 2019, organizado por el Instituto Cuatro Ciclos en colaboración con la ATe, nos dio la oportunidad de llevar a cabo esta entrevista.

El seminario fue sin duda una experiencia especialmente enriquecedora para todas las que pudimos participar; la entrevista, por otra parte, nos aporta un acercamiento mayor a esta arteterapeuta, a sus innovaciones y a la profundidad de su trabajo como experta en el trauma.

Cathy Malchiodi es psicóloga y arteterapeuta con más de treinta años de experiencia clínica y docente, vive en Kentucky y es autora numerosos libros, entre ellos Trauma and Expressive Arts Therapy, What to Do When Children Clam Up in Psychotherapy y The Art Therapy Sourcebook. Es así mismo presidenta de Art Therapy Without Borders y fundadora de The Trauma Informed Practices and Expressive Arts Therapy Institute.

24 de noviembre de 2019, Hotel Acevi Villarroel, Barcelona

Hola Cathy. En primer lugar muchas gracias por concedernos tu tiempo para Inspira. La primera pregunta que queríamos hacerte es sobre tu perfil profesional dentro del mundo de las terapias creativas en relación con el trauma. ¿Cómo combinas tu perfil como investigadora, como terapeuta y como docente? Y ¿cómo se enriquecen entre ellas estas prácticas?

Muchas gracias a vosotras, encantada de estar aquí. ¡Creo que soy una arteterapeuta distinta a las que se encuentra en Estados Unidos! Tengo una mente muy activa, me gusta participar en muchas cosas. Hasta ahora en Estados Unidos básicamente los arteterapeutas eran más bien investigadores o escribían muchas publicaciones. Por lo que a mí respecta, ahora no estoy tan centrada en investigar, pero el motivo por el que he escrito mucho es para entender qué es la arteterapia. En este momento he acabado un libro sobre arteterapia y trauma, pero el anterior era sobre arteterapia en contextos digitales y la utilización de los distintos dispositivos. Cuando me preguntan por qué hice ese libro, mi respuesta es que creo que esto es lo que está por venir y necesitaba profundizar en ello. Éste es uno de los aspectos de mi carrera. Me interesan muchas cosas diferentes y en lo académico me he sentido muy limitada. Así entiendo la arteterapia: – se trata de vivirla! – y luego llevar la práctica a la investigación y la investigación a las publicaciones y ver después qué interés despierta todo ello; que los colegas arteterapeutas puedan decir: – “ah, sí, vale entiendo”! o bien que pueda resultar de interés la experiencia con cierto grupo de clientes.

Y por supuesto, Cathy también sucede que en la práctica clínica descubres que hay parte de la teoría que queda desmentida o que puede no ser tan cierta, ¿Es así?

Sí claro, realmente es así; cuando salí de la Universidad la aproximación era psicoanalítica. Las publicaciones y los textos seguían esa orientación. Pero el primer grupo de clientes con el que trabajé eran niños sometidos a violencia doméstica

Entrevistas

por sus padres o por miembros de su familia, o incluso habían sufrido abusos; y eran niños que estaban realmente muy expuestos y muy vulnerables. Para mí era muy difícil llevar esa teoría a la práctica, ya que disponía de pocas sesiones con ellos; descubrí que lo que había aprendido estaba muy bien a nivel teórico, pero no tanto en la práctica. Así que empecé a escribir para entender mejor. Claro, ahora hemos avanzado, tenemos mucha más información sobre el trauma y es más fácil entender cómo todas las artes pueden ser de ayuda. Pero creo que en ese momento, hace más de 30 años, también lo sabíamos. Sabíamos que esto funcionaba pero... ¿Cómo? Teníamos una manera diferente de pensar. Antes las terapias eran más verbales; en cambio ahora se centran más en el cuerpo y en cómo se siente a través de él y es en ese punto donde las artes ayudan de verdad.

Informarte y estar en contacto con profesionales de todo el mundo contribuye al desarrollo de tu práctica clínica y también a tu investigación. Imagino que trabajas en red, ¿Es así?

Sí es cierto, ahora lo bueno es que podemos movernos, nos comunicamos de manera casi inmediata; la información se transmite de una manera muy rápida también. De esta forma también podemos verificar rápidamente si algo es efectivo o no y ver qué teorías funcionan realmente con determinados grupos de clientes. Ahora hay un diálogo muy rico entre arteterapeutas.

Queremos preguntarte sobre las terapias creativas como herramienta para trabajar con estrés postraumático, nos interesa mucho esta idea y la teoría de la introspección. Cuando ha habido un evento traumático, como abandono, abuso o cualquier tipo de maltrato, las ansiedades que desarrolló el niño o niña en algún punto muy inicial de su desarrollo pueden haberse quedado ancladas de forma muy visceral. ¿Es posible que se reactiven ante determinados estímulos sensoriales? en este caso ¿Cómo trabajas con materiales táctiles artísticos para acceder a estos traumas que están anclados en estados tan primarios? ¿De qué manera los materiales o las artes visuales ayudan en este contexto?

Hace unos diez años empecé a trabajar militares con trauma, con soldados que habían visto mucha violencia o que hicieron cosas que nunca pensaron que harían, o que vieron morir a compañeros en el frente. Entonces me di cuenta de que el arte es realmente útil para contar historias para las que no tienes palabras. También descubrí la importancia del silencio para autorregularse y calmarse.

Volví a trabajar con niños que habían sufrido violencia siendo muy pequeños; algunos investigadores nos dicen que incluso estando en el útero puede sentirse el abandono. Vi que siendo arteterapeuta mi principal herramienta eran las artes visuales, pero también vi que otras artes pueden ser muy útiles en el trabajo con el trauma. Por ejemplo, procuraba que los niños empezaran a moverse, para aliviar la ansiedad que genera el estrés postraumático. Pueden tener sensaciones potentes... y sentir ese dolor que se reactiva con un olor. El movimiento puede ser muy simple, como bailar conmigo o replicar mis movimientos bilaterales, o incluso puede ser útil dibujar en papeles muy grandes. Así que no solo crean con materiales, no solo se meten en procesos artísticos, sino que también están moviéndose para poder iniciar el proceso de volver a sentir el cuerpo, volver a sentir el control. Si estás viviendo en el pasado tu cuerpo permanece en ese estado traumático. Así que en el momento presente el cuerpo no se puede sentir con ganas de jugar o de moverse. Encontré esta misma situación cuando empecé a trabajar con niños que habían presenciado violencia o la habían sufrido directamente. No sabían jugar, no sabían usar los materiales o los juguetes y no sabían ser niños. Muchos se habían convertido en adultos prematuros cuidando a sus padres. Tal vez estaban en el refugio con su madre, porque también había sido víctima de violencia. Imagínate un niño de 8 años con una madre de 26 años cuidándola o incluso tratando de cuidarme. Así que vi lo importante era activar el movimiento, usar música sonidos, trabajar con marionetas, con teatro, etcétera. Utilizo todo esto, aunque para mí el arte plástico está en el centro de mi trabajo y así es como me formé. Me di cuenta que para recuperarse era necesario crear nuevas narrativas. Esto lo aprendí en el trabajo con los soldados. El trauma sucedió, no se va a ir, pero hay que evitar que tome el control de nuestra vida; es necesario pues tomar el control, imaginando y cambiando la narrativa vital. Esto es muy complicado porque cuando estás traumatizado, tu imaginación tiende a bloquearse ya que no quieres imaginar cosas porque serán horribles y dolorosas. ¿Cómo reemplazamos esto con narrativas nuevas, que sean placenteras, de juego, de diversión...? Cuando estás traumatizado no crees que te vayas a divertir nunca más. El cuerpo dice que no, se siente terrible. Por ello he estado trabajando con técnicas combinadas, tal vez empezando a trabajar desde lo visual, lo plástico y trasladándolo

Entrevistas

luego a un juego o una acción si veo que el niño se siente bloqueado en lo visual. Le digo: “Vamos, ¡venga! por qué no vamos al gimnasio, a correr o jugar, a mover el cuerpo?” a veces me pregunto por qué lo hago, pero sé que si se quedan muy quietos tampoco va a funcionar. El arte sirve para contar historias pero no debes sentirte atrapado en la imagen. El arte sirve para llevarte a la calma pero hay momentos en los que hay que desbloquear el cuerpo.

Es muy interesante lo que dices, pero en la mayoría de formaciones de arteterapeutas apenas se oye hablar de las posibilidades de otras terapias expresivas. Es a través de la autoevaluación de tu propia práctica que te das cuenta de que tienes que atender las necesidades específicas de cada cliente en cada momento y que la forma de hacerlo puede no estar en lo que has aprendido, así que nos alegramos de que gente como tú haya estado trabajando en este campo, abriendo camino hacia las terapias expresivas en el campo de la arteterapia.

Sí, en Estados Unidos la mayoría de formaciones de arteterapia son a nivel de Master. La musicoterapia también es un máster o también dramaterapia o danzaterapia. Son como departamentos totalmente cerrados a pesar de estar conectados. Sé que salir de lo que estrictamente dicen las formaciones ha sido controvertido en mi generación. La pregunta es ¿Qué hago para ayudar a la persona que está sentada frente a mí? Hay que dejar ir parte de tus propios miedos y pensar que ellos necesitan hacer un cambio y tú como terapeuta puedes necesitar aprender a ayudarles a hacer ese cambio y debes arriesgarte. Y he descubierto que la mayoría de los pacientes, a pesar de que no te salga bien del todo, agradecen el esfuerzo (risas). Nos reímos juntos y si podemos reírnos juntos ya he logrado algo, porque pueden sentir eso en su cuerpo, algo positivo. Es necesario acercarnos a la transversalidad.

Por otra parte, tal vez en ocasiones puede dar miedo arriesgarse, para evitar que te juzguen como alguien irresponsable, que no sabe lo que hace, o sentir que no es lícito utilizar una técnica porque no te has formado específicamente en ella.

Pero de hecho en terapia de juego se mezclan distintas técnicas; puede haber un dibujo como punto de partida que luego se escenifique a partir de la emoción que surja o que lleve a un trabajo con marionetas para narrar la historia que hay detrás. Y los terapeutas no tienen por qué decir que son especialistas en todas las disciplinas, sino que parten de las necesidades del niño, del paciente. Si le conviene moverse, jugar o actuar, lo harán en la sesión.

No sé todos los detalles sobre dramaterapia, pero tenemos suficiente formación para ser capaces de usar el movimiento por ejemplo; al fin y al cabo se trata de ver qué le va mejor a cada persona y de utilizar el arte que mejor funcione en cada momento.

En España, por ejemplo, al no estar reconocida la arteterapia, nos inclina a ser muy serios en nuestra práctica, para evitar que te tomen por alguien poco profesional, que actúa sin base científica; así se evita salir de los parámetros establecidos; según que le propongas al cliente, pueden considerar que lo que haces es terapia ocupacional, por ejemplo; por ello muchos profesionales son recelosos de compartir su técnica o sus herramientas para no ser cuestionados.

Sí, por eso escribí este libro. Hace mucho que pienso sobre este tema y en el hecho de que las artes expresivas no tengan aun el reconocimiento que deberían; no se las considera como una forma de psicoterapia, incluso en Estados Unidos. Obviamente, trabajar en el Departamento de Defensa con los militares, ha hecho que mi trabajo obtuviera reconocimiento y tengo credibilidad en mi área. Me costó ver cómo me percibían, qué expectativa tenían sobre lo que yo iba a hacer; no quería que pensarán que era un trabajo recreacional o por diversión, así que lo hablé con los responsables y lo entendieron, pero no siempre sucede esto. Pensé que, de una vez por todas, esta era mi oportunidad para escribir. Empecé a vincular lo que hacemos con las neurociencias y la neurobiología, las cuales explican muy bien nuestra forma de intervenir. Esto es lo que desarrollo en el libro y que está alineado con las teorías de Peter Levine y Peter Fonagy y el trabajo en mentalización. De hecho ellos han leído el libro y consideran que explica bien cómo funciona arteterapia. Pero no ha sido hasta este año 2019, habiendo reunido toda la información, que he podido ver como el conjunto se integra perfectamente. Ha habido también expertos capaces de explicar algunos aspectos del trauma y lo que yo hice fue ver de qué manera las artes expresivas pueden atender estos aspectos del trauma: viendo como el arte ayuda a

Entrevistas

crear una narrativa del trauma, a desarrollar la resiliencia, a crear una nueva narrativa... y así es como funcionamos. Todas las artes expresivas, por tanto, son formas de psicoterapia, no son actividades recreativas para pasarlo bien, hemos recorrido un camino muy largo para llegar hasta aquí. Todos sabíamos que era así pero no teníamos la información que nos permitía integrarlo, y muchas de las personas que ahora me apoyan me decían “busca los datos que reafirmen tus afirmaciones, todos sabemos que funciona, pero nos faltan datos que lo demuestren”. Empecé a darle vueltas y hablé con un amigo que es antropólogo cultural y me dijo algo clave: “aquí está la evidencia científica, simplemente en que estas prácticas de sanación relacionadas con las artes expresivas han existido siempre”. Miles de años atrás ya se hacían este tipo de prácticas ancestrales en comunidad. Y esto interesa mucho a los científicos. En mi charla en Boston los psiquiatras y médicos que me rodeaban estaban muy interesados. Estas prácticas culturales y artísticas funcionan porque venimos llevándolas a cabo desde el inicio de los tiempos. Esta es la evidencia de que funcionan.

Y los beneficios no se miden solo en la reducción del estrés derivada de una mejora del ritmo cardíaco, presión sanguínea o regulación de ciertos niveles físicos, sino por el hecho de que los usuarios eligen estar en estos programas. Por ello cuando escribí el libro introduje esta información, refiriéndome a que la falta de evidencia en nuestro ámbito es generalizada ya que muchos de nosotros no somos investigadores, pero tenemos que completar la información a partir de las valoraciones de los usuarios. Son datos fiables. No podemos negar el hecho de que siempre ha existido el arte, los artistas no lo hacen por dinero pero siguen creando.

Ha existido en la forma de música, movimiento, narrativa, teatro y también en el silencio. En el trabajo con mi amigo, el antropólogo cultural, obtuve una visión de estas prácticas en distintas partes del mundo. Hay unas 200 o 300 prácticas a nivel mundial que pueden agruparse en estas cuatro áreas. También lo táctil es muy importante; la forma en la que nos relacionamos con todo ello es algo transversal.

¿Qué dicen las neurociencias acerca de los cambios que se producen a nivel cerebral cuando intervienen este tipo de prácticas relacionadas con el cuerpo, por ejemplo con el movimiento en el tratamiento del trauma?

De hecho en las prácticas dentro del ejército, trabajando con artes expresivas, se demostró que con ellas el cerebro se abre al trabajo comunicativo, es como una puerta de acceso. Hay un libro fantástico del neurocientífico Antonio Damasio, “El sentido de lo que sucede: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia”, en el que dice algo muy significativo sobre el origen de las historias, de las narrativas. No se originan en el lenguaje, sino en zonas muy específicas del hemisferio derecho; usamos todo el cerebro para prácticas relacionadas con las artes que se vinculan más a zonas no relacionadas con el lenguaje. Estos estudios indican que se debe empezar en las partes más interoceptivas, las que no están vinculadas con el lenguaje para desplazarse hacia las áreas más relacionadas con éste. El trabajo con los soldados indica esto y también lo hacen los escáneres cerebrales... el hemisferio izquierdo se empieza a activar partiendo de lo no verbal y yendo hacia lo verbal.

Los estudios no son numerosos, pero nos empiezan a indicar que es más seguro empezar desde lo no verbal para ir progresivamente a una narrativa verbal de lo que les sucede. Pensemos de hecho en un niño normal que no ha pasado por un trauma significativo. Este niño empieza a dibujar, le preguntas muchas cosas, señalas aspectos del dibujo y puede responder. Esto es algo que los padres hacen y es muy importante, según nos indican los expertos en desarrollo lingüístico, porque los niños al hablar de su dibujo estimulan el lenguaje, jugando también.

Pensemos ahora en alguien que ha sufrido trauma y está cerrado a la expresión verbal o ésta no se ha podido desarrollar; en este caso empezar desde lo no verbal le permite regresar a este lugar. Al escuchar música, mover el cuerpo o crear una obra, se estimula la creación de una historia, de una narrativa. Se activa esa zona en el cerebro. Bessel van der Kolk y otros científicos que hicieron estudios acerca de cómo el trauma limita el lenguaje, muestran que cuando el trauma es tan doloroso y tan potente que impide poner palabras, hay que ver cómo activarlo de nuevo de una forma progresiva, para permitir a las personas, poco a poco, poder hablar de lo que sucedió.

¿Y el hecho de activar el hemisferio derecho con el contacto y el trabajo con materiales puede contribuir a desactivar esas respuestas automáticas que se generan a través de estímulos sensoriales (olores, imágenes) y hacen revivir la situación traumática?

Entrevistas

Puede contribuir, con las herramientas suficientes para ayudar a la autorregulación, que no son puramente las verbales, ya que lo verbal no ayuda a ello sino al hacer. Incluso lo táctil en arteterapia puede ser muy tranquilizador cuando estás trabajando ciertos aspectos. Pero antes de todo es fundamental haber trabajado la relación, si no existe la relación con esa persona, no puede funcionar. Por ello yo trabajo con mucho cuidado, progresivamente. El día que nos conocemos, el primer día en la primera sesión en mi práctica privada, entro incluso a la sala de espera y hablo con la recepcionista. Cuando entran en la consulta lo primero que les pregunto es donde quieren sentarse y dónde quieren que yo me siente, lo primero que quiero que definamos es lo alejados o cerca que tenemos que sentarnos, o si quieren que haya una mesa entre nosotros... Cada paciente tiene una reacción y es muy interesante porque los soldados necesitan ver la puerta porque quieren protegerme en caso de que alguien o algo entre porque así han sido formados. Algunos también dicen que no se sienten muy cómodos sentándose cerca y eso no es problema, así que lo primero es darle el poder sobre la relación entre nosotros; y también conocer el espacio y sentirse cómodos para recuperar el control, para después manejar situaciones que pueden ser complicadas y que se sientan seguros. Ellos deben sentir el control sobre la relación.

Y, en caso de que haya existido trauma relacional, ¿Cómo valorarías la importancia de la relación con tu cliente en este caso concreto? ¿Es algo en lo que te enfocas y tal vez dejas de lado otros aspectos en la práctica?

Como terapeuta crees que siempre te ven como alguien benevolente. Pero me di cuenta, sobre todo con los niños que no sabían si iba a ser capaz de hacer algo que les dañara. Pensaba ¿Cómo puede suceder esto? Pronto me di cuenta de algunos detalles en las sesiones, por ejemplo en las que se derramaba el agua y los niños se quedaban petrificados y yo reaccionaba sin ningún tipo de importancia. La recogía, pero en realidad ellos pensaban que podría pasar algo, que podría reaccionar de forma violenta ya que es lo que sucedía en su casa. De hecho el trauma te saca del aquí y ahora, no tiene nada que ver lo que sucede en el momento presente de la sesión, porque están viviendo continuamente la narrativa de este trauma que puede estar ubicado en el pasado. En una sesión con 6 niños que eran bastante difíciles de gestionar, con problemas bastante serios, estábamos haciendo actividades grupales de juego y en un momento alguien tiró pintura por el suelo y a la que fui a coger papel para secarlo y volver, vi a unos niños bajo la mesa, otros dos salieron de la habitación, otro de ellos estaba petrificado y el otro había entrado en una actuación física y estaba vomitando en el baño. ¿Qué hago? ¿Qué ha sucedido? Me pregunté si todos habían tenido algo dentro de su lógica privada que les llevó a reaccionar de esa manera. Dos de ellos se fueron de la sala a esconderse en otro lugar, los que estaban bajo la mesa estaban aterrados y uno de ellos no podía ni hablar ni moverse. El niño que se descompuso se disculpó. No sabían lo que iba a hacer. Era necesario recomponer la confianza. Cada uno de nosotros reacciona ante el stress de una manera distinta. Lo que sucedió conectó a cada uno con una experiencia difícil ante la autoridad de un adulto y los adultos dañan, no cuidan... así que se pusieron a salvo.

Cuándo se pone en juego todo el material sensorial a través del trabajo con las artes estamos activando mucho más que la terapia verbal. Por eso creo que los terapeutas verbales tienen que tener en cuenta, a la hora de trabajar con lo sensorial en las sesiones, que van a aproximarse más rápido a la forma en que las personas reaccionan. Porque no están en el aquí y ahora. Cuando sucede una situación, como por ejemplo el derramar la pintura, pone al cuerpo en acción porque lo conecta inmediatamente con el trauma del pasado.

¿Crees que en el caso de algunos niños que han sido diagnosticados erróneamente de Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad puede existir un trauma temprano que no haya sido detectado y eso lleve a confundir los comportamientos derivados de este trauma con otros diagnósticos?

Si, de hecho es muy importante ser conscientes de la posible existencia de un trauma y hacer un tipo de preguntas muy concretas. Podemos ver en cómo responden a través de sus comportamientos y ver si eso ha sucedido. Hay reacciones que no parecen lógicas, como por ejemplo esconderte o correr en relación a ciertas situaciones, lo cual nos puede ayudar a pensar qué sucede. Si hay ciertos diagnósticos que son erróneos; y podrían hacerse de una manera más acertada haciendo un trabajo más basado en el conocimiento del trauma y haciendo las preguntas adecuadas poco a poco. Que el cerebro no pueda mantener la atención no implica que esté mal, sino puede ocurrir que el cuerpo y la mente estén preocupados y eso no deja centrarse. Puede ser que todos tengamos algo en nuestra infancia que nos haya marcado, incidentes, pérdidas inesperadas o traumas en la familia que nunca se trataron, así que es importante enfocarse en el

Entrevistas

trabajo del trauma porque nos ayuda a centrarnos en esa parte de nuestra historia personal lo antes posible. Puede ser que no recordemos esa situación, pero reaccionemos de una manera que nos haga pensar de dónde surge la reacción. Es una respuesta automática del cuerpo.

¿Entonces haces que la persona se dé cuenta de lo que acaba de ocurrir y que eso puede estar conectado con un trauma del cual no es consciente? ¿Cómo lo abordas?

Es un trabajo detectivesco; de alguna manera somos un poco detectives, percibimos cosas y tratamos de reconstruir la historia. Pero el hecho de empezar a identificar cuál es el estímulo que la produce puede ayudar a que el cuerpo no reaccione de esa manera. Puede ser un proceso corto o largo.

¿El objetivo del tratamiento entonces es que el paciente se dé cuenta de lo que sucedió o abordar los síntomas?

Aunque creemos que sabemos lo que sucedió, en muchos casos nuestros recuerdos son muy difusos. Cada uno de nosotros recordamos de una manera diferente el mismo evento, por tanto no es tan importante el recuerdo sino la reacción, porque el recuerdo puede ser que no quede nunca claro. Tal vez no recordemos lo que pasó hace tres o cuatro días o qué desayunamos, creemos que sí, pero tal vez nos equivoquemos. Así que ¿Cómo puedo ayudar a mi cuerpo a que responda de una forma más positiva para sentirme cómodo y no inquieto ante ciertas situaciones?

Haces referencia a tratamientos de largo y corto plazo ¿Cómo definirías los objetivos del tratamiento en ambos casos?

En los EEUU, es complicado, porque para que el seguro médico cubra el tratamiento, debe limitarse a un número limitado de sesiones. A veces, en casos de trauma agudo esto es posible, si es una situación excepcional en la que el trauma está muy localizado. Es habitual que el motivo de consulta sea un caso agudo (accidente, testigo de un caso de violencia...) pero descubres que está anclado en sucesos anteriores... aun así se puede tratar. Pero en casos de trauma crónico, el trabajo se alarga mucho tiempo, años o toda la vida. Puede estar originado por varios acontecimientos: abandono en la infancia, abusos, paso por distintas casas de acogida, adicciones, duelo complicado, pobreza o temas de justicia social, que por desgracia en EEUU afecta a personas de color. En relación con esto, una persona de color que es amiga mía declara temer salir a la calle por miedo a hacer un gesto equivocado mientras pone gasolina y que eso resulte en una reacción desproporcionada de la policía. Yo aquí, como mujer blanca, me enfrento a amenazas muy distintas a las de otros colectivos en EEUU.

El trauma se extiende más allá de la sesión y lo que podemos trabajar, ya que se enfrentan a un entorno muy hostil. No me puedo creer que en mi país haya este grado de racismo, y esto genera trauma a nivel colectivo.

En mi libro hago referencia a esta situación (que merecería un libro entero), que ha generado un trauma intergeneracional, y es algo que las personas traen a sesión. Están en sesión porque sienten dolor, y trabajamos lo que es más inmediato en su dolor pero también sobre lo que generaciones anteriores han podido causar – en cuanto a violencia doméstica o temas de justicia social. Esto tiene que ser reconocido y abordado en un trabajo a largo plazo. Siempre digo: “soy una mujer blanca, no sé cómo te sientes, pero sé que en tu narrativa existe esto, tal vez lo podamos trabajar en sesión”. Puede que seas la primera persona en generaciones que viene a terapia a curar estas heridas traumáticas y estás curando a generaciones pasadas, todo esto lo traes contigo a la sesión. Es algo importante para personas de color, en personas con preferencias de género diferentes (y ahora ya no tanto ya que se ha aprobado el matrimonio homosexual, etc) pero en generaciones anteriores se ha tenido que lidiar con todo ello. Ha habido mucho prejuicio por temas de género, pero el racismo es aún más grave en EEUU. Afecta a muchos ámbitos de mi país, lo cual en parte es el motivo por el que no existe la cobertura sanitaria universal; hay personas en cargos poderosos que no quieren que exista la igualdad. Como arteterapeutas trabajamos con todo esto que aún no está resuelto; algo muy potente es poder trabajarlos recreando narrativas, explorando el trauma histórico e intergeneracional. Puedes explicar tu historia a un terapeuta verbal pero puedes mirarlas y crearlas a través de las terapias creativas, e incluso reactivarlas. Quiero decir que los científicos pueden cuestionar las terapias creativas lo que quieran, pero hay evidencia de que algo sucede al

Entrevistas

trabajar con ellas que no tiene lugar en otros espacios de terapia verbal, sobre todo en el modelo imperante en EEUU de terapia cognitivo-conductual estricta. Trabajan con lo que sucede en la mente pero hay tanto más que sucede en el cuerpo que no abarcan.

Hay innumerables prácticas terapéuticas, y es cierto que en algunos casos las terapias cognitivas pueden ser útiles para algunas personas. Pero cuando trabajas en sesión, individual o en grupo, interactúas con la terapeuta o con los miembros del grupo. Lo sanador aparece siempre en la relación. Las terapias creativas aportan desde lo sensorial, el movimiento en la ecuación de la relación, lo que es un valor añadido en mi opinión. Los terapeutas creativos sumamos ya que conocemos cómo llevar a cabo la parte verbal de la terapia y añadimos valor a través de los sentidos.

Tuve todo esto muy en cuenta a la hora de escribir el libro, además de ubicar la práctica de la arteterapia cerca de la de la psicoterapia. Además, recogí las aportaciones de “pesos pesados” precisamente para buscar el respaldo que desde algunos lugares se nos exige. Todos ellos entendieron bien la finalidad del libro, escribieron bonitas palabras acerca de él. En el caso concreto de Peter Fonagy, me llamó la atención porque lo entendió rápidamente. Dijo “¿Por qué no está esto en todas partes? Se debe usar la imaginación, como dice Cathy, y no puedes explicarle a un paciente eso con palabras, hay que vivir la experiencia”. Pensé que, para alguien muy orientado a lo científico y con una mente afilada, que lo entendiera tan rápido nos acercaba más a nuestro objetivo, creo que estamos ya casi allí!

Gracias Cathy por esta entrevista y por tu tiempo.

«El cuerpo recuerda. La psicofisiología del trauma y el tratamiento» Capítulo 1. Resumen del trastorno por estrés postraumático (TEPT): El impacto del trauma en cuerpo y mente.

A raíz de la colaboración entre el Instituto Cuatro Ciclos y la ATe en la organización del seminario de Cathy Malchiodi, en noviembre de 2019, la editorial Eleftheria nos cedió amablemente el primer capítulo del libro “El cuerpo recuerda” de Babette Rothschild, publicado en 2015, en el cual la autora resume con suma claridad el trastorno de estrés postraumático. Es pues un complemento que encaja de forma perfecta en el contenido de este volumen 7.

Babette Rothschild es una de las psicoterapeutas con mayor conocimiento en relación al tratamiento del trauma. Su libro “El cuerpo recuerda” es un trabajo excelente que ayuda a comprender la psicofisiología y el tratamiento del trauma desde la psicoterapia, en especial en lo referente al impacto del trauma en el cuerpo y al fenómeno de la memoria somática. Esta relación con la memoria implícita de las experiencias traumáticas nos resulta especialmente útil para las profesionales que trabajamos desde la arteterapia relacional.

Babette Rothschild. Editorial Eleftheria, 2015

Es verdad que en el núcleo de la desorganización de nuestros pacientes traumatizados y descuidados está el problema de que no pueden analizar qué es lo que está sucediendo cuando vuelven a experimentar las sensaciones físicas del trauma pasado, por lo que si esas sensaciones sólo producen emociones intensas sin que sean capaces de modularlas, entonces nuestra terapia debe consistir en ayuda para que las personas puedan permanecer en sus cuerpos y para comprender estas sensaciones corporales. Y, ciertamente, eso no es algo que ninguna de las psicoterapias tradicionales, que todos hemos aprendido, ayuden a las personas a hacer bien.

–Bessel van der Kolk (1998)

El hecho de que el cuerpo recuerda las experiencias traumáticas está ilustrado acertadamente por el siguiente caso de «Charlie y el perro».¹ Este caso está presentado en varias partes, comenzando con esta primera, que presenta el suceso traumático de Charlie y sus síntomas somáticos y psicológicos resultantes. En capítulos posteriores se detallarán las intervenciones que ayudaron a Charlie a resolver el impacto del incidente traumático. Además, las referencias ilustrativas de Charlie se entretrejarán en el texto para proporcionar un hilo común que conecte los elementos teóricos y prácticos de este libro.

CHARLIE Y EL PERRO, PARTE I

Hace unos años, mientras pedaleaba durante un tranquilo paseo en bicicleta en una tarde de domingo, Charlie fue repentinamente sacado de su ensoñación cuando un gran perro comenzó a perseguirlo ladrando furiosamente. El ritmo cardíaco de Charlie se disparó, se le secó la boca y las piernas de pronto tenían más poder y fuerza de lo que hubiera imaginado. Pedaleó más y más rápido, pero el perro igualó y luego rebasó su velocidad. Finalmente el perro lo alcanzó

¹ Por el bien de la protección de la privacidad y confidencialidad, toda la información de identificación ha sido alterada en cada ejemplo de caso y anécdota a través del libro. Por la misma razón, muchos de los casos aquí presentados son en realidad compuestos de varios casos. En cada instancia, los principios y sentidos básicos de la terapia presentada se han mantenido.

Capítulo de libro

y le mordió en el muslo derecho. Mientras que Charlie y su bicicleta caían, el perro continuó con su ataque y sus lamentos. Charlie perdió la conciencia. Afortunadamente, había aterrizado en un área pública donde varias personas se apresuraron a ayudarlo ahuyentando al perro y llamando a una ambulancia. La pierna de Charlie sanó rápidamente, a diferencia de su mente y su sistema nervioso. Continuó sintiéndose afectado cada vez que veía un perro. El simple hecho de verlo, aun si estaba encerrado en una casa, tras una puerta, una ventana o una cerca, hacía que Charlie comenzara a sudar frío, que se le secara la boca y se sintiera débil. Desde ese incidente, se había mantenido a distancia de todos los perros, aun de las mascotas de amigos, evitando el contacto siempre que le resultara posible. Solía cruzar la calle para evitar a un perro, sin importar que estuviera en la acera o detrás de una cerca. Nunca establecía contacto con un perro, nunca le hablaba, nunca lo acariciaba. A medida que el tiempo pasaba, la vida de Charlie se volvió más y más limitada, mientras intentaba evitar cualquier contacto con perros.

Luego, un día durante una sesión de práctica en un centro de retiro, Charlie inesperadamente se enfrentó con su peor miedo. Se sentó cómodamente en un cojín mientras escuchaba la conferencia, centrado en el orador (quien estaba parado a su izquierda) y no en su alrededor. Sin que Charlie supiera de su existencia, la mascota canina del centro, Ruff, se había unido al grupo. Sin que nadie lo invitara, Ruff se acercó silenciosamente desde el lado derecho de Charlie (fuera de su campo de visión), se acostó y descansó suavemente su cabeza en la pierna derecha de Charlie, esperando ser acariciado. Charlie, al sentir el peso sobre su pierna derecha, miró hacia abajo de reojo a Ruff, e inmediatamente, y literalmente, se congeló de pánico. Se le secó la boca, se le disparó el ritmo cardíaco y los miembros se le pusieron rígidos, hasta tal punto que era completamente incapaz de moverse y apenas podía hablar.

La reacción de Charlie hacia Ruff no sólo estaba en su mente. Racionalmente, Charlie recordaba el ataque del perro y sabía que les tenía miedo a los perros. También sabía que Ruff no lo estaba atacando. Pero todos sus pensamientos racionales parecían no tener ningún efecto en su sistema nervioso. El cuerpo de Charlie reaccionaba como si estuviera siendo atacado, o a punto de serlo, otra vez. Se paralizó. ¿Qué es lo que ocurrió en el cerebro y cuerpo de Charlie para causar una reacción tan extrema en ausencia de una amenaza real? ¿Por qué Charlie era incapaz de moverse o alejar al perro de sí? ¿Por qué continuaba sintiendo la boca seca y comenzaba a sudar frío en cuanto veía un perro, incluso si se encontraba a una distancia segura? ¿Qué se podía hacer para ayudar a Charlie a que pusiera fin a estas reacciones extremas en la presencia de perros? La respuesta a estas preguntas es lo que proporciona los fundamentos de *El cuerpo recuerda*.

Una premisa básica

El trauma es una experiencia psicofísica, aun cuando el evento traumático no cause ningún daño físico directo. El hecho de que los eventos traumáticos se cobren un precio en el cuerpo y en la mente es ya una conclusión bien documentada y acordada dentro de la comunidad psiquiátrica, como queda registrado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés), cuarta edición, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés). Una de las características principales en la lista de síntomas del TEPT es «síntomas persistentes de una activación aumentada» en el sistema nervioso autónomo (SNA) (APA, 1994). Sin embargo, aunque existe una plétora de estudios y escritos sobre la neurobiología y psicobiología del estrés, el trauma y el TEPT, el psicoterapeuta ha tenido hasta ahora pocas herramientas para sanar el cuerpo y la mente traumatizados. Habitualmente, la atención dirigida hacia al cuerpo se ha centrado en los síntomas angustiosos del TEPT, los problemas de adaptación resultantes y en una posible intervención farmacológica. Usar al cuerpo en sí como un recurso posible del tratamiento del trauma raramente se ha explorado. La memoria somática se ha identificado como fenómeno (Van der Kolk, 1994), pero han surgido pocas teorías y estrategias científicamente apoyadas para identificarla, contenerla y hacer uso de ella en un proceso terapéutico.

Comprender cómo el cerebro y el proceso corporal recuerdan y perpetúan los eventos traumáticos conlleva muchas claves para el tratamiento del cuerpo y la mente traumatizada. En algunos casos, las intervenciones somáticas directas, cuando se usan como adjuntas a las terapias de trauma existentes, pueden ser poderosas en el combate de los efectos del trauma. Además, se pueden utilizar varias técnicas somáticas para hacer que cualquier proceso terapéutico sea más fácil de moderar y menos volátil. La atención al aspecto somático del trauma no debe requerir que el practicante cambie su dirección o enfoque. Las herramientas ofrecidas aquí se pueden utilizar o adaptar a los modelos existentes de terapia del trauma, expandiendo y aumentando lo que ya se ha hecho.

Capítulo de libro

LA SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT

El TEPT perturba la actividad de aquéllos a quienes afecta, interfiriendo con sus habilidades para satisfacer las necesidades diarias y desempeñar las tareas más básicas. En el TEPT, un evento traumático no recordado queda relegado al pasado de uno mismo de la misma forma que otros eventos de la vida. El trauma continúa entrometiéndose con la realidad visual, auditiva u otra realidad somática de las vidas de sus víctimas. Una vez tras otra, reviven las experiencias amenazantes que han sufrido, reaccionando con la mente y el cuerpo como si aquellos eventos aún estuvieran ocurriendo. El TEPT es una condición psicobiológica compleja.

Puede emerger tras experiencias que amenazan la vida, cuando las respuestas psicológicas y de estrés somático persisten mucho después de que el evento traumático haya pasado.

Existe la suposición errónea de que cualquiera que experimenta un evento traumático desarrollará TEPT. Esto está lejos de ser verdad. Los resultados de los estudios varían, pero, en general, confirman que sólo una parte de aquellos que se enfrentan a tales incidentes –alrededor del 20 %– desarrollarán TEPT (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Elliott, 1997; Kulka et al., 1990). Lo que distingue a aquellos que no lo desarrollan sigue siendo un tema controversial, pero hay varias claves. Los factores no clínicos que median en el estrés traumático parecen incluir: preparación para un estrés esperado (cuando resulta posible), respuestas de lucha o huida exitosas, historia de desarrollo, sistema de creencias, experiencia previa, recursos internos, y apoyo (de la familia, la comunidad y las redes sociales).

En la historia de la psicología, el TEPT es una categoría de diagnóstico relativamente nueva. Apareció por primera vez en 1980 en la autoridad internacionalmente aceptada sobre la psicología y la psicodiagnos, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III; APA, 1980). La definición del manual (DSM) sobre lo que pudiera causar el TEPT era limitada. Se veía como algo que se desarrollaba de una experiencia que cualquiera podría vivir como traumática. Había por lo menos dos problemas con esta definición: no dejaba espacio para la percepción o experiencia individual de un evento y se suponía erróneamente que todos desarrollarían TEPT tras tal evento. La aceptación actualmente, revisada en la cuarta edición del DSM (APA, 1994), es más amplia. Esta definición toma en cuenta que el TEPT puede desarrollarse en un individuo como respuesta a tres tipos de eventos:

- incidentes que amenazan la propia vida o la integridad corporal de uno mismo, o que son percibidos como tales.
- ser testigo de actos de violencia hacia otros.
- escuchar violencia dirigida hacia personas cercanas o la muerte violenta inesperada de éstas.

Los eventos que se podrían calificar como traumáticos tanto para adultos como para niños, según el DSM-IV, incluyen entrar en combate, asalto sexual y físico, ser secuestrado o hecho prisionero, terrorismo, tortura, desastres naturales y causados por el hombre, accidentes y recibir el diagnóstico de una enfermedad mortal. Además, el DSM-IV señala que el TEPT se puede desarrollar en los niños que han sufrido abuso sexual aun si no pone en riesgo sus vidas. Añade, «El trastorno puede ser especialmente severo o duradero cuando el agente estresante es de diseño humano (ejemplo, tortura, violación)» (APA, 1994, p. 424)

Los síntomas asociados con el TEPT incluyen: volver a experimentar el evento de formas sensoriales variadas (flash-backs), evitar recordatorios del trauma, e hiperestimulación crónica del SNA. El DSM-IV reconoce que tales síntomas son normales en las secuelas inmediatas de un evento traumático. El TEPT se diagnostica cuando estos síntomas duran más de un mes y se combinan con la pérdida de funcionalidad en áreas como el trabajo o las relaciones sociales.

La perturbación somática se encuentra en el núcleo del TEPT. La gente que la sufre presenta muchos de los síntomas corporales aterradores que son característicos de la hiperestimulación del SNA experimentados durante un incidente traumático (como le sucedió a Charlie): un ritmo cardíaco acelerado, sudor frío, respiración rápida, palpitaciones cardíacas, hipervigilancia y respuestas de sobresalto potenciado (nerviosismo). Cuando son crónicos, estos síntomas pueden conducir a perturbaciones en el sueño, pérdida de apetito, disfunción sexual, dificultades para concentrarse, todas características distintivas del TEPT. El DSM-IV reconoce que los síntomas del TEPT pueden ser provocados por recuerdos externos o internos de un evento traumático, advirtiéndonos de que los síntomas somáticos, por sí mismos, pueden disparar una reacción del TEPT. El TEPT puede ser un círculo vicioso.

Capítulo de libro

DISTINGUIR ENTRE ESTRÉS, ESTRÉS TRAUMÁTICO, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TEPT

Hans Selye definió al estrés como «la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda» (1984, p. 74). Generalmente considerado como una respuesta a experiencias negativas, el estrés también puede resultar de experiencias deseadas y positivas, como el matrimonio, una mudanza, cambio de trabajo y abandonar el hogar para ir a la universidad.

La forma más extrema del estrés es, por supuesto, el estrés que resulta de un incidente traumático: el estrés traumático. El estrés postraumático (EPT) es un estrés traumático que persiste después de un incidente (pos)traumático (Rothschild, 1995a). Sólo cuando el estrés postraumático se acumula de tal modo que produce los síntomas indicados en el DSM-IV es cuando se puede aplicar el término trastorno por estrés postraumático (TEPT). El TEPT implica un nivel alto de disfunción diaria. Aunque no hay estadísticas, uno podría adivinar que hay un número significativo de supervivientes de traumas con EPT, aquellos que caen entre las grietas, no están recuperados de sus traumas, pero no sufren de la debilitación del TEPT. Estos individuos también pueden beneficiarse de la terapia de trauma. (El nivel de perturbación de Charlie es típico del EPT. Le causaba limitaciones en un área de su vida –evitar a los perros–, pero se comportaba normalmente en las otras áreas de su vida).

LA SUPERVIVENCIA Y EL SISTEMA NERVIOSO

La estimulación, y por tanto la hiperestimulación traumática, tiene lugar a través del sistema límbico, el cual está localizado en el centro del cerebro entre el tallo cerebral y la corteza cerebral. Esta parte del cerebro regula los comportamientos de supervivencia y la expresión emocional. Le atañen principalmente las tareas de supervivencia, como comer, la reproducción sexual y las defensas instintivas de lucha y huida. También influye el procesamiento de la memoria.

El sistema límbico tiene una relación íntima con el SNA. Evalúa una situación y envía señales al SNA para que le dé descanso al cuerpo o bien para que lo prepare para un esfuerzo. El SNA interviene en la regulación de los músculos lisos y otras vísceras: el corazón y el sistema circulatorio, riñones, pulmones, intestinos, vejiga, colon, pupila. Sus dos sistemas, el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP) normalmente funcionan en equilibrio el uno con el otro: cuando uno se activa, el otro se inhibe. El SNS principalmente se activa en estados de esfuerzo y estrés, tanto positivo como negativo. El SNP principalmente se activa en estados de descanso y relajación.

El sistema límbico responde en las circunstancias extremas de una amenaza traumática al liberar hormonas que le dicen al cuerpo que se prepare para una acción de defensa (ver figura 1.1). Siguiendo la percepción de amenaza, la amígdala envía señales de alarma al hipotálamo (ambas estructuras del sistema límbico), que enciende dos sistemas: la activación del SNS y la liberación de una hormona liberadora de corticotropina (CRH). Estas acciones continúan, cada una con una tarea separada pero relacionada. Primero, la activación del SNS activará, a su vez, las glándulas suprarrenales para liberar epinefrina y norepinefrina para movilizar al cuerpo y llevarlo a la lucha o a la huida. Esto se logra al incrementar la respiración y el ritmo cardíaco para proporcionar más oxígeno y enviando sangre de la piel hacia los músculos para permitir un rápido movimiento. (En el caso de Charlie, la respiración aumentada y el flujo de sangre a sus piernas lo ayudaron a pedalear más rápido de lo habitual). Al mismo tiempo, en el otro sistema, la CRH, activa la glándula pituitaria para liberar la hormona adrenocorticotropa (ACTH), la cual también activará las glándulas suprarrenales, esta vez para liberar una hidrocortisona, cortisol. Una vez que el incidente traumático ha terminado o la lucha o huida ha sido exitosa, el cortisol detendrá a la reacción de alarma y la producción de epinefrina y norepinefrina, ayudando a restaurar en el cuerpo la homeostasis.

Este sistema se llama el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA). La razón por la cual resulta importante para el trabajo del trauma es que en el TEPT algo falla en él. Rachel Yehuda (Yehuda et al., 1990) fue pionera en el descubrimiento de que en aquéllos con TEPT, las glándulas suprarrenales no liberan suficiente cortisol para detener la reacción de alarma (ver figura 1.2). Varios estudios han mostrado que los individuos con TEPT tienen niveles de cortisol más bajos que los indicadores de aquéllos con otros problemas psicológicos como depresión (Bauer, Priebe y Graf, 1994; Yehuda et al., 1990, 1995; Yehuda, Teicher, Levengood, Trestman y Siever, 1996). Una de las conclusiones que se pueden obtener de esta evidencia es que a nivel químico, la reacción de alarma continua típica del TEPT se debe a una deficiencia de producción de cortisol. Sin embargo, no se sabe si es un proceso puramente biológico o si está influido por la percepción en el sistema límbico. A pesar de que los niveles bajos de cortisol están documentados en el TEPT, su

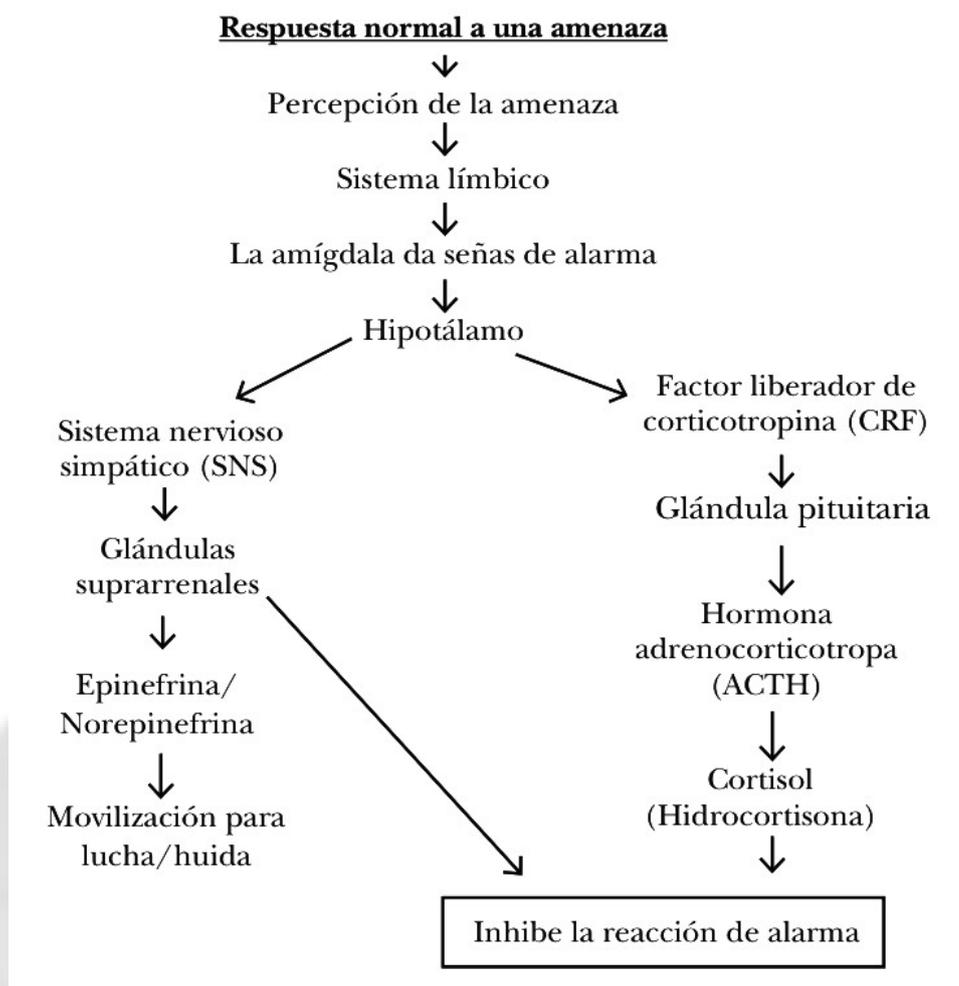
Capítulo de libro

causa sigue siendo un interrogante.

Un área de interés con respecto al eje HHA y al cortisol es la respuesta de paralización a una amenaza traumática. Cuando la muerte puede ser inminente, el escape imposible o la amenaza traumática se prolonga, el sistema límbico puede activar simultáneamente el SNP, causando un estado de paralización llamado inmovilidad tónica; como un ratón haciéndose el muerto cuando es atrapado por un gato, o quedarse quieto, como un venado deslumbrado por los faros de un coche (Gallup y Maser, 1977). La imagen química que causa la paralización se debe vincular al eje HHA, pero esto aún no se ha estudiado.

Estas respuestas del sistema nervioso –lucha, huida y parálisis (o inmovilidad tónica)– son acciones automáticas de supervivencia. Son similares a los reflejos en tanto que son mucho más complejas que los reflejos simples. Si la percepción en el sistema límbico es que hay una fuerza, tiempo y espacio adecuado para huir, entonces el cuerpo se echa a correr. Si la percepción límbica es que no hay tiempo para huir pero hay fuerza adecuada para defenderse, entonces el cuerpo luchará.

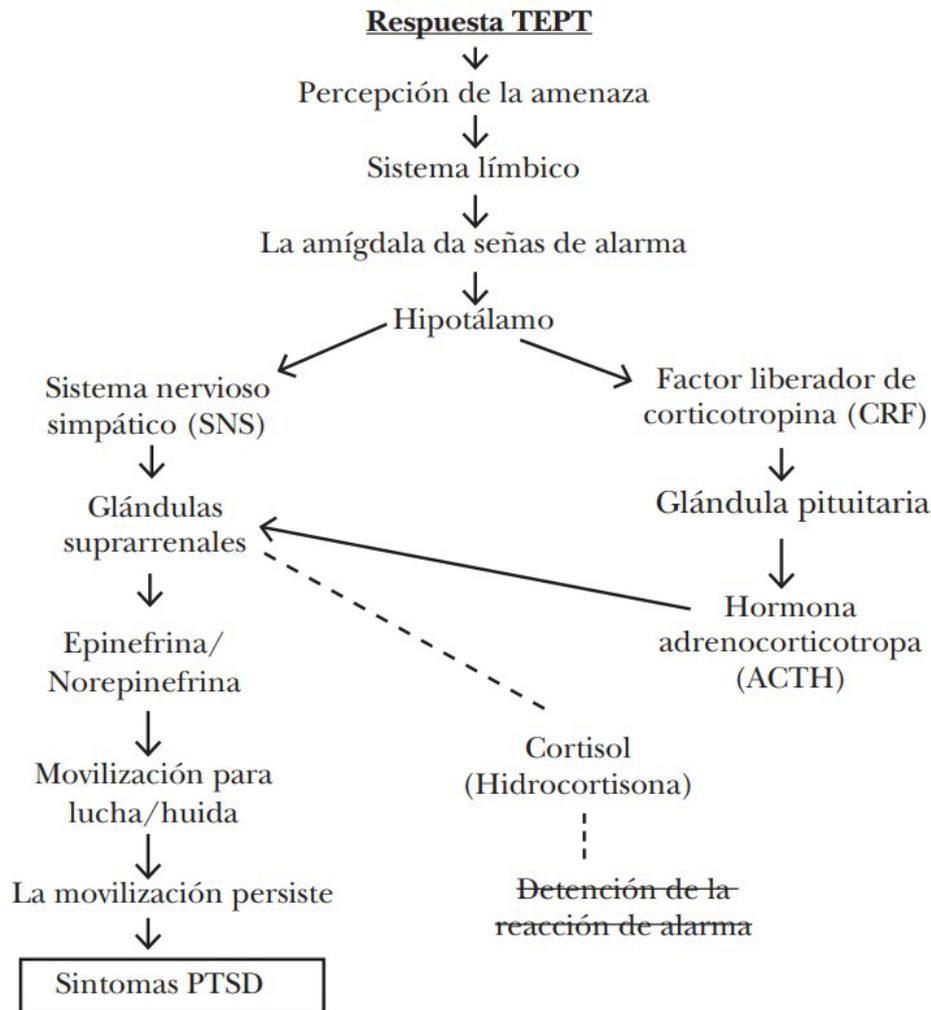
Figura 1.1. Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA).



Si el sistema límbico percibe que no hay ni tiempo ni fuerza para luchar o huir, y la muerte pudiera ser inminente, entonces el cuerpo se paralizará. En este estado, la víctima del trauma entra en una realidad alterada. El tiempo se vuelve más lento y no hay miedo o dolor. En este estado, si en efecto ocurren daños o incluso la muerte, el dolor no se siente de manera tan intensa. Las personas que han caído desde grandes alturas, o han sido atacadas por animales y han sobrevivido, atestiguan semejantes reacciones. La respuesta de paralización también puede incrementar las probabilidades de supervivencia.

Capítulo de libro

Figura 1.2. Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA).



Si la causa es un ataque por un hombre o un animal, el atacante puede perder interés una vez que la presa parece no tener vida, igual que un gato pierde interés en un ratón sin vida. *(Charlie perdió la conciencia durante el ataque del perro, y cuando más tarde se enfrentó al contacto con un perro, se paralizó. Ambas son formas de respuestas de paralización).*

Es importante entender que estas respuestas del sistema límbico/SNA son instantáneas, son respuestas instintivas a una amenaza percibida. No son elegidas después de haber reflexionado cuidadosamente. Muchas de las personas que han sufrido un trauma sienten mucha culpa y vergüenza por haberse paralizado o «congelado» en vez de hacer algo para protegerse a sí mismos o a otros, al luchar o huir. En esos casos, comprender que la parálisis es automática a menudo facilita el difícil proceso del perdón a uno mismo.

RESPUESTA DEFENSIVA A UNA AMENAZA RECORDADA

Cuando el sistema límbico activa el SNA para enfrentarse a la amenaza de un evento traumático es una respuesta de supervivencia normal, sana y adaptativa. Cuando el SNA continúa activándose de manera crónica aun cuando la amenaza ha pasado y se ha sobrevivido, se trata de TEPT. Parece que el evento traumático continúa flotando libremente en el tiempo más que ocupando su lugar en el pasado, a menudo surgiendo sin invitación a la percepción presente, como si estuviera, efectivamente, ocurriendo ahora. *(A Charlie nunca lo volvió a atacar un perro. Sin embargo, cada vez que se encontraba con uno continuaba respondiendo en su mente y en su cuerpo como si estuviera siendo atacado otra vez*

Capítulo de libro

o a punto de serlo).

Dentro del sistema límbico hay dos áreas relacionadas que resultan centrales en el almacenamiento de la memoria: el hipocampo y la amígdala. En los últimos años se han llevado a cabo un conjunto de investigaciones que indican que estas dos partes del cerebro están implicadas de manera central en grabar, archivar y recordar sucesos traumáticos (Nadel y Jacobs, 1996; Van der Kolk, 1994, entre otros). Se sabe que la amígdala ayuda en el procesamiento de recuerdos con una carga altamente emotiva, como el terror y el horror, y que está muy activa tanto durante como mientras se recuerda un incidente traumático. Por otro lado, el hipocampo le da contexto de tiempo y espacio a un suceso, poniendo nuestros recuerdos en su propia perspectiva y lugar dentro de la línea de tiempo de nuestra vida. El procesamiento hipocámpico le da a los sucesos un inicio, un medio y un fin. Esto es muy importante con respecto al TEPT, dado que una de las características es la sensación de que el trauma aún no ha terminado. Se ha demostrado que la actividad del hipocampo a menudo se ve suprimida durante una amenaza traumática; su ayuda habitual en el procesamiento y almacenamiento de un evento no está disponible (Nadel y Jacobs, 1996; Van der Kolk, 1994, entre otros). Cuando esto ocurre, se impide que el suceso traumático ocupe su posición adecuada dentro de la historia del individuo y continúa invadiendo el presente. Falta la percepción de que el evento ha terminado y de que la víctima ha sobrevivido. Éste es probablemente el mecanismo central de los síntomas por excelencia de los «flashbacks» del TEPT, los episodios que reviven el trauma en la mente o el cuerpo.

DISOCIACIÓN, PARALIZACIÓN Y TEPT

Sorprendentemente, la disociación, una escisión de la consciencia, no es mencionada ni por el DSM-III ni por el DSM-IV como un síntoma del TEPT, aunque se reconoce como un síntoma del trastorno por estrés agudo (APA, 1994). Existe un creciente debate sobre si el TEPT es en realidad un trastorno disociativo en vez de un trastorno de ansiedad como se lo clasifica actualmente (Brett, 1996). En la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático, un comité sostuvo un debate sobre el tema (Wahlberg, Van der Kolk, Brett, y Marmar, 1996). Nadie sabe realmente qué es la disociación o cómo ocurre, aunque hay mucha especulación. Parece ser una serie de formas relacionadas de consciencia desdoblada. La amplia diversidad del desdoblamiento abarca sucesos tan simples como olvidar por qué estabas yendo a la cocina o tan extremas como el trastorno de identidad disociativo (antes llamado trastorno de personalidad múltiple). El tipo de disociación descrita por aquellos con TEPT durante el suceso traumático –sentido alterado del tiempo, sensaciones de dolor reducidas, ausencia de terror u horror– se parece a las características de aquellos que declaran haber respondido por paralización a una amenaza traumática. Se deben llevar a cabo más investigación antes de que se pueda saber si la respuesta de paralización es una forma de disociación.

Comprender el mecanismo es importante porque parece que las consecuencias más severas del TEPT resultan de la disociación. A pesar de que parece que la disociación es una respuesta instintiva para salvar al ser del sufrimiento –y lo hace muy bien–, conlleva un precio muy alto. Hay varias áreas de investigación sobre el fenómeno de la disociación. Muchos señalan la probabilidad de que la disociación durante un evento traumático (disociación peritraumática) prediga el desarrollo final de TEPT (Bremner et al., 1992; Classen, Koopman, y Spiegel, 1993; Marmar et al., 1996).

CONSECUENCIAS DEL TRAUMA Y DEL TEPT

Las consecuencias del trauma y del TEPT varían en gran medida dependiendo de la edad de la víctima, de la naturaleza del trauma, de la respuesta al trauma y del apoyo que recibe la víctima más tarde. En general, quienes sufren el TEPT viven una calidad de vida reducida a causa de los síntomas intrusivos, los cuales limitan su habilidad para actuar. Pueden alternar períodos de hiperactividad con períodos de agotamiento, a medida que sus cuerpos sufren los efectos de la hiperestimulación traumática del SNA. Los recuerdos del trauma que sufrieron pueden aparecer repentinamente, causando un pánico instantáneo. Se vuelven temerosos no sólo del trauma en sí, sino también de sus propias reacciones al trauma. Las señales corporales que una vez proporcionaron información esencial se vuelven peligrosas. Por ejemplo, la aceleración del ritmo cardíaco, que puede indicar un esfuerzo excesivo o entusiasmo, se puede convertir en una señal de peligro en sí misma porque es un recordatorio del ritmo cardíaco acelerado de la respuesta al trauma y, por tanto, es asociada con el trauma. La habilidad para orientarse hacia la seguridad y el peligro disminuye cuando muchas cosas, o a veces todo, en el ambiente se perciben como peligrosas. Se puede volver un círculo vicioso.

Capítulo de libro

Con el tiempo, una víctima de TEPT se puede ver extremadamente limitada, con miedo de estar con otros o de salir de casa. *(Como se mencionó antes, Charlie sufría de estrés postraumático y no de TEPT; el grado de su limitación nunca alcanzaba extremos como éste. Sin embargo, se estaba viendo cada vez más limitado con cada encuentro canino pavoroso, y el potencial de desarrollo de TEPT subsistía).*

¿Cómo es posible que la mente se vea tan abrumada que ya no pueda procesar un evento traumático hasta su término para archivarlo en el pasado? El siguiente capítulo avanza hacia las posibles respuestas de esta pregunta.

Barcelona, octubre 2022

inspira
revista de la ATe



asociación profesional
española de arteterapeutas

Aviso Legal

©Derechos reservados/Copyright de Inspira, revista de la ATe. Queda prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material puede ser utilizado para docencia, investigación y estudio con fines privados. El equipo editorial de Inspira no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones del autor o autores en sus trabajos originales. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a gruporevista.ate@gmail.com

B-3391-2012 ISSN: 2014-5594 Inspira Vol.7 (Barc.,2022)