

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 Blacksbury, 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 Blacksbury (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 Blacksbury, 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, Ibarguren, Martínez, 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 sí 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., Ibarra B., Martínez 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 retrospective 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.