

Arteterapia e integración cerebral en el trabajo con trauma

María Ángeles Alonso Garrido¹

Recibido: 12 de octubre 2020 / Aceptado: 23 de febrero 2021

Resumen. Basándose en el concepto de integración cerebral desarrollado por autores como Daniel J. Siegel (2018) y Bessel van der Kolk (2017), el presente artículo trata de relacionarlo con diferentes métodos utilizados en arteterapia que tienen en cuenta las nuevas disciplinas de la neurociencia, la psicopatología del desarrollo y la neurobiología interpersonal a la hora de plantear su enfoque para abordar el trauma.

Palabras clave: Arteterapia, integración cerebral, neurociencia, trauma.

[en] Art therapy and brain integration in trauma work

Abstract. Based on the concept of brain integration developed by authors such as Daniel J. Siegel (2018) and Bessel van der Kolk (2017), this article tries to relate it to different methods used in art therapy that take into account the new disciplines of neuroscience, developmental psychopathology and interpersonal neurobiology when considering their approach to dealing with trauma.

Keywords: Art therapy, brain integration, neuroscience, trauma.

Sumario: 1. Introducción 2. Integración de la conciencia. 3. Integración horizontal. 4. Integración vertical. 5. Integración de los recuerdos. 6. Integración narrativa. 7. Integración de estados. 8. Integración interpersonal. 9. Integración temporal. 10. Conclusiones.

Cómo citar: Alonso Garrido, M. Á. (2021). Arteterapia e integración cerebral en el trabajo con trauma, *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 15, 171-178.

1. Introducción

Trauma: Experiencia abrumadora con posibles efectos negativos en un individuo, en el momento presente y en el futuro. El trauma designa con frecuencia una experiencia más allá de la capacidad de adaptación eficaz de un individuo y, en algunas situaciones, puede dar lugar al trastorno de estrés postraumático (Siegel, 2016, IT-64).

La aparición de tres nuevas ramas de la ciencia ha supuesto grandes descubrimientos acerca del trauma en los últimos años. Estas son la neurociencia (que se ocupa del sistema nervioso o de cada uno de sus diversos aspectos y funciones especializadas), la psicopatología del desarrollo (estudia la influencia de las experiencias negativas en el desarrollo de la mente y el cerebro) y la neurobiología interpersonal (analiza cómo afecta nuestra forma de actuar a las emociones, la biología y la mentalidad de la gente que nos rodea) (Van der Kolk, 2017). Paralelamente a su desarrollo, los investigadores/as arteterapeutas han empezado a prestarles atención y a tener en cuenta las implicaciones que suponen para su práctica profesional. Las posibilidades que ofrecen estas disciplinas para comprender mejor por qué funciona la arteterapia o qué mecanismos contribuyen a ello despiertan el interés de nuestra comunidad profesional, que observa con atención y curiosidad las explicaciones que aportan a su conocimiento.

El cerebro es moldeable a lo largo de toda nuestra vida a través de las experiencias que tenemos y, especialmente, por medio de las interacciones con otras personas. Como han señalado autores como Daniel J. Siegel y Bessel van der Kolk, la integración cerebral es uno de los elementos fundamentales a la hora de sanar cualquier mente dañada. Integración hace referencia a la conexión entre partes diferentes de un sistema (Siegel y Payne, 2018).

Siegel (2018, 2016) establece ocho ámbitos de integración esenciales para el bienestar de cualquier persona, dentro del modelo que él ha denominado con el término “*mindsight*”. Vamos a ilustrar la descripción de cada uno

¹ Arteterapeuta. Profesora Asociada. Máster Interuniversitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. UCM.
E-mail: maagarrido@ucm.es

de ellos con ejemplos de distintos métodos utilizados en arteterapia que tienen en cuenta estas nuevas ramas de la ciencia a la hora de plantear su enfoque.

Aunque hay muchos más métodos, mencionaremos aquí tan solo algunos de los más emblemáticos. Si bien todos ellos podrían abarcar varios ámbitos de integración, elegiremos el que nos parezca más representativo, de forma que cada ámbito se verá ilustrado por uno o dos métodos arteterapéuticos que supone este tipo de integración.

2. Integración de la conciencia

La integración de la conciencia es una manera de aprender a centrar la atención conscientemente en diferentes sensaciones, percepciones, recuerdos, etc. Cuando no hay integración en este ámbito, una persona puede creer que “es” sus pensamientos o sus sentimientos, en lugar de entender que “los tiene” (Siegel, 2016).

Las prácticas de *mindfulness* (atención plena) son muy adecuadas para ayudar a la persona a ser consciente de la actividad de su mente. La integración de la conciencia le permite una mayor libertad y una sensación más plena de identidad (Siegel, 2018).

Un ejemplo de método arteterapéutico que trabaja la integración de la conciencia es el **Dibujo Guiado (Guided Drawing)**. Se trata de una forma de “arteterapia sensoriomotora” utilizada para sanar el trauma. Ha sido desarrollada y reformulada por la arteterapeuta **Cornelia Elbrecht** (2018), basándose en el trabajo que Maria Hippius realizaba en la Selva Negra (Alemania), junto a su marido Karlfried G. Dürkheim. Elbrecht, consciente de que en el abordaje del trauma es fundamental el enfoque corporal, ha querido introducir en el contexto de las neurociencias una técnica que permite la integración sensorial, basada en el movimiento y la bilateralidad (Elbrecht, 2018). En este método es importante la expresión y posterior transformación de las sensaciones corporales implícitas sobre el papel, más que los recuerdos conscientes sobre un suceso. En palabras de su creadora: “el dibujo guiado es una forma de terapia corporal. Todas las sensaciones, emociones y sentimientos están conectados con patrones de pensamiento y posturas corporales. Todos están sutilmente interrelacionados” (Elbrecht, 2018, p. 6).

Se comienza cerrando los ojos (o dejándolos semiabiertos) y tomando contacto con el cuerpo, bajo la guía del/la arteterapeuta. La razón de no mantener los ojos abiertos es poder concentrarse mejor en el interior y evitar la tentación de controlar el resultado estético del dibujo. Después, sin perder la conexión con las sensaciones internas, se toma una barra de pastel u otra pintura en cada mano y se empieza a dibujar sobre un gran papel de tamaño DIN A2. Se utiliza la repetición en los movimientos y las formas dibujadas para probar si éstas se ajustan a las sensaciones corporales. Se cambia de papel cuando se desea explorar un nuevo impulso. Emplear ambas manos contribuye a implicar a la persona en su totalidad y estimula la sincronización entre los dos hemisferios cerebrales. Lo más habitual es que el resultado final se corresponda con formas abstractas. La siguiente parte del proceso será aprender a entender este lenguaje visual, cuyo significado será diferente en cada persona, y observar la evolución de las secuencias. El/la arteterapeuta puede sugerir a su cliente en algún momento la realización de alguna forma en particular. En ese caso, la persona probará a dibujar esas formas e investigará qué sensaciones provocan en ellas.

Las sesiones de Dibujo Guiado pueden ser individuales o grupales. Es importante que la persona trabaje en una postura cómoda y tenga suficientes materiales a mano. Suelen emplearse barras de pastel y pasteles al óleo. En ocasiones, también se puede utilizar pintura de dedos, aunque no es adecuada para todas las personas. En cuanto al color, Elbrecht (2018) anima a sus clientes a utilizarlo, proponiéndoles que lo asocien a la sensación. El significado que cada persona da a cada color es individual. El Dibujo Guiado puede ser facilitado de forma directiva o no directiva, en función de las necesidades del cliente. En cualquier caso, la directividad disminuye y se limita a hacer preguntas y dar apoyo en cuanto el cliente conecta con sus sensaciones.

Además del Dibujo Guiado, Cornelia Elbrecht también emplea otro método denominado *Clay Field Therapy* (algo así como *Terapia en el Ámbito de la Arcilla*), utilizando este material, la arcilla, con una fundamentación similar.

3. Integración horizontal (o bilateral)

La integración horizontal supone la integración entre los dos hemisferios del cerebro.

Cuando las dos partes del cerebro no están perfectamente coordinadas predomina uno de los dos modos de procesamiento, el izquierdo o el derecho, desactivando al otro. El modo izquierdo, que es generalmente más tardío en su desarrollo, es lógico, lingüístico y literal. El derecho suele tener un desarrollo más temprano y se caracteriza por ser emocional, intuitivo, no verbal, social y estar más basado en el cuerpo. En el caso del trauma, cuando se activan los recuerdos traumáticos, la parte del cerebro que está relacionada con la cognición, el lenguaje y el “modo izquierdo” se apaga. A través de la resonancia magnética funcional podemos visualizar cómo en esos momentos sólo está activa la parte derecha (Van der Kolk, 2017).

La estimulación de ambos lados del cuerpo y, por consiguiente, de los dos hemisferios cerebrales aumenta la comunicación entre ambos, lo cual puede mejorar la integración de los recuerdos no procesados que contienen las emociones, sensaciones y creencias negativas, al igual que se produce de forma natural mientras dormimos, durante el sueño REM (*Rapid Eye Movements*, Movimientos Oculares Rápidos) (Shapiro, 2013).

Como ejemplo de método arteterapéutico que trabaja la integración bilateral podemos nombrar el **protocolo de arte bilateral basado en el cuerpo para reprocesar el trauma (*Body-Based Bilateral Art Protocol for Reprocessing Trauma*)**, por Tally Tripp (2016).

Este método se basa en la idea de que acceder verbalmente a la historia traumática no siempre sana a la persona. Es una adaptación de una primera versión publicada por la autora en 2007: la “herramienta de procesamiento traumático con arteterapia bilateral”, a la que incorpora en esta ocasión un mayor enfoque corporal. Tripp parte del cuerpo teórico de la arteterapia, combinándolo con EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares*) y neurociencia interpersonal. Como en cualquier terapia orientada al trauma, en la primera fase no se aborda éste directamente, sino que se proporciona seguridad y se cuida el vínculo terapéutico. Después, el protocolo comienza por pedir al cliente que haga una exploración de su cuerpo y compruebe si encuentra en él alguna sensación de incomodidad, tensión o estrés, representándola/s, si es así, con formas, líneas o colores sobre la plantilla de una silueta corporal que se le proporciona. De esta forma se accede a las emociones, imágenes y sensaciones que han sido registradas por el hemisferio derecho, sin hacer preguntas que puedan interrumpir el proceso. A continuación, se invita al cliente a concentrarse en su cuerpo e identificar las respectivas creencias negativas que aparecen. Se comienza la estimulación bilateral del cliente, bien mediante sonidos, golpecitos ligeros (*tapping*) o movimientos oculares, mientras éste se centra en la imagen que ha creado y en las creencias asociadas a esas sensaciones que ha representado. Después se le pide que vuelva a dirigir su atención al cuerpo y exprese plásticamente, en la plantilla con la silueta, cualquier cambio corporal, emocional o cognitivo que haya notado. Se realizan así varios dibujos. Finalmente, se hace un escáner corporal (o *body scan*, dirigiendo la atención a la sensación interna del cuerpo) y se cierra la sesión examinando todas las imágenes producidas, hablando sobre ellas y todo lo ocurrido (empleando ahora el hemisferio izquierdo). Este proceso de crear una narrativa visual del trauma basada en el cuerpo está siempre centrado en el momento presente.

4. Integración vertical

La integración vertical se produce desde el tronco del encéfalo hasta la corteza cerebral, pasando por el sistema límbico.

En la parte baja del cerebro se encuentran el tronco cerebral y el sistema límbico, que son zonas más primitivas y se ocupan de funciones básicas, de reacciones instintivas y de las emociones fuertes, como la ira y el miedo. El cerebro superior es más evolucionado y está formado por la corteza cerebral y sus distintas partes. Es muy complejo, piensa, planifica e imagina.

La integración vertical puede funcionar de arriba abajo, cuando la parte superior supervisa las acciones de la inferior. Esto sucede al hablar y conectar con los demás, y nos permite conocer y entender qué nos sucede mientras procesamos los recuerdos del trauma. También puede funcionar de abajo arriba, cuando los instintos y el cuerpo son tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones importantes. Por ejemplo, podemos permitir al cuerpo tener experiencias que contradigan las sensaciones o emociones resultantes del trauma (Siegel y Payne, 2018; Van der Kolk, 2017).

Podemos elegir como ejemplo de método arteterapéutico que tiene en cuenta la integración vertical el **Continuo de las Terapias Expresivas (*The Expressive Therapies Continuum, ETC*)**.

El ETC fue publicado por primera vez en 1978 por las arteterapeutas **Sandra L. Kagin y Vija B. Lusebrink**. Posteriormente, ha sido también desarrollado por **Lisa D. Hinz**. Se basa en la teoría de Joaquín Fuster (2003) sobre las áreas del cerebro involucradas en el procesamiento de la información sensorial. Según ésta, propone tres niveles de procesamiento de la información visual, organizados en un orden escalonado de menor a mayor complejidad: cinestésico-sensorial, perceptivo-afectivo y cognitivo-simbólico. Cada uno de ellos se representa como un continuo entre dos polaridades. Existe un nivel extra, el creativo, que los interconecta. En el extremo izquierdo de cada nivel se representan los estilos más cognitivos y en el derecho los más emocionales, de forma paralela a las diferencias de funcionamiento de los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro (Lusebrink & Hinz, 2016; Kinz, 2020).

Empezando por abajo, el procesamiento de la información más simple se realiza en el nivel preverbal, a través de experiencias cinestésicas y sensoriales (de ahí su nombre), sin palabras. En el polo cinestésico se tiene menor conciencia del funcionamiento sensorial, de las sensaciones, mientras que en el polo sensorial se tiene una menor conciencia de la acción cinestésica. El trabajo en este nivel libera tensiones, despierta los sentidos y puede conectar con recuerdos corporales preverbales. El siguiente nivel en la jerarquía de desarrollo es el perceptivo-afectivo. Puede requerir o no de palabras. En el extremo perceptivo, las imágenes se caracterizan por una cuidada atención a los elementos formales de la expresión visual: diferenciación de figura y fondo, definición de las formas y relaciones espaciales entre ellas. En el polo afectivo, el procesamiento de la información puede ser emocional, a través de simples colores, de distintos tonos, sin importar la forma. En el tercer nivel, el cognitivo-simbólico, la información procesada es compleja y requiere de planificación, actividad cognitiva y comprensión intuitiva. No siempre hace falta utilizar palabras, pero a menudo se emplean. El extremo cognitivo se caracteriza por la categorización, la formación de conceptos o la resolución de problemas, mientras que el simbólico enfatiza el procesamiento intuitivo de experiencias por fuentes sensoriales y afectivas, el uso simbólico del color y la abstracción, etc. Por último, el nivel creativo apunta a la importancia de la experiencia creativa, que puede darse en todos los niveles o en alguno de ellos (Hinz, 2020).

El ETC supone que los procesos durante la creación artística son un reflejo de los patrones de pensamiento, sentimiento y acción de las vidas de las personas. De esta forma, el procesamiento realizado en las sesiones de arteterapia las influirá a nivel psicológico, conductual, cognitivo y emocional. Este método se puede utilizar tanto para hacer una integración vertical de abajo arriba como de arriba abajo.

Otro modelo arteterapéutico que se fundamenta en el anterior es la **Arteterapia del Neurodesarrollo (*Neurodevelopmental Art Therapy, NDAT*)**, una terapia del trauma basada en la neurobiología creada por **Linda Chapman** para tratar a niños/as y adolescentes.

Este modelo fue desarrollado por Chapman en 2002, partiendo de un método anterior denominado Intervención de tratamiento arteterapéutico Chapman (*Chapman Art Therapy Treatment Intervention, CATTI*), diseñado para disminuir los síntomas postraumáticos agudos en niños hospitalizados. El tratamiento se llevaba a cabo en cuatro etapas que se correspondían con los niveles de procesamiento de la información visual del Continuo de las Terapias Expresivas (ETC). La primera se centraba en actividades cinestésico-sensoriales, como el garabateo bilateral, que estimulaban las estructuras del tronco encefálico inferior. La segunda se correspondía con el nivel afectivo-perceptivo, trabajando con el sistema límbico. Aquí se expresaban y liberaban las emociones a través del proceso artístico. A continuación, se activaba el procesamiento cognitivo-simbólico de la información en el nivel de la corteza cerebral. Por último, se accedía a los niveles más altos prefrontales de creatividad, integración, e incluso alegría y sorpresa (Chapman, 2014).

Ampliando el primer método de Chapman (*Chapman Art Therapy Treatment Intervention, CATTI*), el modelo de la Arteterapia del Neurodesarrollo (*Neurodevelopmental Art Therapy, NDAT*) consta también de cuatro fases que se corresponden con las anteriores y se denominan: Fase del Yo, Fase del Problema, Fase de Transformación y Fase de Integración. Estas fases deben entenderse como un continuo, más que como etapas claramente delimitadas. Cada sesión de trabajo consta de cuatro elementos: motivación, creación artística, exploración de imágenes y cierre.

Además de Linda Chapman, también la arteterapeuta **Cathy A. Malchiodi** ha trabajado sobre el modelo del Continuo de las Terapias Expresivas para desarrollar sus propios métodos: Prácticas conocedoras del Trauma (*Trauma-Informed Practices, TIPs*) (Steele & Malchiodi, 2012) y Terapia de Artes Expresivas (*Expressive Arts Therapy*), aunándolos en la **Terapia de Artes Expresivas conocedora del Trauma (*Trauma-Informed Expressive Arts Therapy*)** (Malchiodi, 2020).

5. Integración de los recuerdos

La integración de los recuerdos trata de integrar la memoria explícita y la implícita, es decir, los recuerdos disociados de la memoria implícita van encajándose para formar más tarde recuerdos explícitos.

Aun cuando no somos conscientes de los recuerdos que albergamos en nuestro interior, estos pueden influirnos y, si son dolorosos o negativos, limitarnos sin que lo sepamos. Para sanar podemos “proyectar sobre esos recuerdos implícitos la luz de la conciencia, volviéndolos explícitos” (Siegel, 2018, p. 110), lo que nos permitirá trabajar directamente con ellos y sobre su impacto en nosotros. Si logramos integrar ambos tipos de recuerdos, tanto los explícitos como los implícitos, dejaremos de estar gobernados por ellos, podremos aprender de nuestras experiencias dolorosas y comprendernos a nosotros mismos. La parte de nuestro cerebro encargada de cumplir con esta función es el hipocampo.

Como ejemplo de método arteterapéutico que aborda la integración de los recuerdos podemos citar **el protocolo de reconsolidación de la memoria (*Memory reconsolidation, MR*) en cuatro dibujos**, por **Noah Hass-Cohen** y **Joanna M. A. Clyde Findlay**. Este protocolo está basado en los fundamentos del método desarrollado por los mismos autores, que se comentará más adelante: *Art Therapy Relational Neuroscience, ATR-N* (“La neurociencia de la arteterapia relacional”).

Los cuatro temas que se pide al/a la cliente que represente en una hoja de papel son los siguientes: 1) “Haz un dibujo del problema”, 2) “Dibújate a ti mismo/a”, 3) “Dibuja los recursos internos y externos que te ayudaron con el problema” y 4) “Dibújate a ti mismo/a tal como te ves ahora”. Después de terminar cada dibujo el/la cliente les pone un título y escribe una pequeña historia sobre él. Los tres primeros dibujos se hacen seguidos. Los dos primeros no se comentan, pero sí el tercero. Para ello se da la vuelta antes a los otros dos y se pregunta al/a la cliente cuáles de esos recursos representados son internos y cuáles externos, en qué orden los ha dibujado y cuál es el más importante para él/ella, además de discutir cada uno de ellos. Una vez terminado esto, se pide al/a la cliente que realice el cuarto dibujo. Cuando se observa la secuencia completa de los cuatro dibujos se anima al/a la cliente a comparar el segundo y el cuarto, los dos dibujos sobre sí mismo/a (Hass-Cohen & Clyde, 2019).

Dar la vuelta a los dos primeros dibujos, controlar el tiempo y los materiales que el/la cliente puede dedicar a elaborarlos e insistir en preguntarle por la manera en la que lidió con el problema son estrategias que ayudan a no volver a traumatizarle.

La tercera propuesta, representar los recursos, es clave a la hora de actualizar la memoria autobiográfica, puesto que reúne una experiencia negativa (el recuerdo del problema) con otra positiva (la rememoración de los recursos que ayudaron a la persona, unida a la experiencia creativa a la hora de representarlos). Comentar este tercer dibujo entre cliente y arteterapeuta con preguntas que están dirigidas a la recuperación refuerza la recién contextualizada memoria basada en sus recursos (Hass-Cohen & Clyde, 2019).

6. Integración narrativa

En palabras de Siegel (2016, p. 41-8), la integración narrativa puede definirse como “la forma en que la capacidad de observar el yo en el tiempo nos permite dar sentido a nuestras vidas conectando el pasado, el presente y el futuro previsto”. A través de la creación de historias coherentes que hacen de puente entre el hemisferio izquierdo (capacidad narrativa) y el derecho (memoria autobiográfica) damos sentido a nuestra vida y nos interconectamos con los demás. Una narración sobre algo que nos ocurrió nos ayuda a asimilarlo e integrarlo en nuestro presente, a la vez que nos pone en contacto con los demás.

Un ejemplo de método arteterapéutico que trabaja la integración narrativa es **la Terapia Intensiva de Trauma (Intensive Trauma Therapy, ITT)**. Este enfoque fue creado por **Louis Tinning y Linda Gantt** a finales de los 90 sobre la base de que el trauma es un problema no verbal (Gantt & Tinning, 2009). El cerebro verbal no puede acceder a esta memoria preverbal, en cambio el arte sí es capaz de hacerlo.

Su teoría de *Instinctual Trauma Response, ITR* (“Respuesta Instintiva al Trauma”) sostiene que ante una situación aterradora, ya sea vivida por la persona como protagonista o como observador, se produce una misma respuesta universal, tanto en animales como en seres humanos, que puede ser alguna de éstas: asustarse, luchar, huir, quedarse paralizado, entrar en un estado alterado de conciencia, obedecer automáticamente o hacer esfuerzos de autorreparación (Gantt & Tripp, 2016).

Este modelo consta de tres partes: *the graphic narrative (GN)*, *the re-presentation of the GN* y *the externalized dialog (ED)* (“la narrativa gráfica”, “la re-presentación de la narrativa gráfica” y “el diálogo exteriorizado”) (Gantt & Greenstone, 2016):

- La narrativa gráfica
El cliente realiza una serie de representaciones plásticas que se utilizan para el procesamiento del trauma. Una narrativa gráfica básica tiene al menos ocho: una sobre el antes y otra sobre el después del acontecimiento traumático y, entre estas dos, otras tantas imágenes que simbolicen cada una de las posibles respuestas ITR. También se pueden acompañar de pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales.
- La re-presentación de la narrativa gráfica
En esta parte del proceso terapéutico el/la arteterapeuta repite la historia traumática a su cliente. Para ello coloca los dibujos de su cliente en la pared, se asegura de que el orden sea el correcto y de todos los detalles que están representados en cada uno, preguntando a su cliente, sin añadir interpretaciones ni comentarios. Al terminar es importante que el/la terapeuta confirme que esa historia, que ha escuchado sinceramente con todos sus detalles, se ha acabado, pertenece al pasado.
- El diálogo exteriorizado
En una vivencia traumática es posible que partes de la persona se hayan disociado, arraigado u olvidado. El/la arteterapeuta invita a su cliente a dialogar con ellas. El proceso es parecido al de la “silla vacía”, utilizado por Fritz Perls en la terapia Gestalt. En este diálogo representa a las dos partes y esto puede hacerlo utilizando marionetas, escribiendo, grabándose en vídeo, etc.

7. Integración de estados

Para comprender a qué se refiere la integración de estados podemos recordar cómo cualquier ser humano atravesamos en nuestra vida distintos estados, que a veces podemos vivir como contradictorios. Algunos son más efímeros, otros son más prolongados en el tiempo. Podemos acoger sus diferencias, entendiéndolas como diversos aspectos o partes de la persona y aceptar a todos. Los integramos cuando reconocemos estas partes para no quedarnos atascados en los aspectos que nos limitan, escuchando lo que cada una tiene que decir y comprendiendo así la multiplicidad de nuestro ser.

Como ejemplo de método arteterapéutico que tiene presente la integración de estados vamos a mencionar **Arteterapia y Terapia de los Sistemas de la Familia Interna (Art Therapy and Internal Family Systems Therapy -IFS-)**.

Este modelo integrativo ha sido publicado por la arteterapeuta **Majie Lavergne** (2004). La Terapia de los Sistemas de la Familia Interna (IFS) fue desarrollada por Richard C. Schwartz en los años 80, como respuesta a las descripciones que varios de sus clientes hacían de las “partes” que vivían dentro de ellos. En esta terapia se da voz a las diferentes subpersonalidades internas de la persona, que tienen sus propios sentimientos, creencias, recuerdos y motivaciones, dando por sentado que todas ellas tienen una intención positiva, aun cuando a veces causen alguna disfunción. Se comprenden sus puntos de vista y sus relaciones con otras partes. Se sanan, a la vez que se diferencian del verdadero Yo (*Self*). Cada parte interpreta un papel en la vida de la persona. Estos papeles se pueden agrupar en tres tipos (Schwartz, 2015):

- Los protectores, gerentes o directivos, que intentan evitar con todo tipo de estrategias que la persona sienta el dolor.
- Los exiliados, que son partes del niño/a pequeño/a que sufren desde el pasado. Con frecuencia están atascados en una edad determinada de la infancia, en la que la persona vivió alguna/s experiencia/s dolorosa/s.
- Los bomberos o apagafuegos, que surgen cuando aparecen los exiliados y reclaman atención. Intentan distraer a la persona del dolor haciendo lo que haga falta, empujándola a involucrarse en comportamientos impulsivos.

Desde la arteterapia se exterioriza y se da forma a estas partes mediante el dibujo, la escultura o cualquier otra técnica creativa. De esta forma se crea una distancia que ayuda a restaurar el sistema y a distinguir las partes del verdadero Yo (*Self*), que está siempre presente (Lavergne, 2004). Si nuestras partes extremas no están activadas, el Yo es quien somos. Cuando la persona está en contacto con su verdadero Yo está centrada, serena, no es reactiva. El verdadero Yo es el que sana, es el guía natural del sistema interno (Schwartz, 2015).

8. Integración interpersonal

Al mismo tiempo que mantenemos el contacto con nuestro “yo” individual nos sabemos parte de un “nosotros” y nos relacionamos con otras personas: así llevamos a cabo la integración interpersonal. El cerebro humano es un órgano social. Multitud de estudios demuestran que las relaciones son un factor clave en la felicidad y salud de las personas.

Poder conectar con los demás depende de la capacidad de empatía que tengamos. Gracias a ella sentimos el mundo interior de otras personas, dándonos cuenta de las conexiones y diferencias que tiene con respecto al nuestro, disfrutándolas y respetándolas. Nuestro historial de apego puede causarnos dificultades en este ámbito de integración interpersonal, en el caso de que desarrolláramos un apego inseguro en nuestra infancia (Siegel, 2018).

Como afirma el psiquiatra infantil Bruce Perry, especializado en el campo de la salud mental infantil y de las neurociencias:

Debido a que los seres humanos son incuestionablemente sociales, las peores catástrofes que nos pueden ocurrir implican la pérdida de los vínculos relacionales. Como resultado, recuperarse de un trauma o un abandono es asimismo una cuestión de relaciones. (...) La curación y la recuperación no son posibles -incluso con los mejores fármacos y terapias del mundo- sin las conexiones cariñosas y duraderas con los demás (Perry & Szalavitz, 2016, p. 283-284).

La neurociencia de la arteterapia relacional (*Art Therapy Relational Neuroscience, ATR-N*) es un método arteterapéutico que trabaja la integración interpersonal. Vamos a desarrollarlo brevemente como ejemplo de ello.

Publicado por primera vez en 2008 por **Noah Hass-Cohen** y desarrollado posteriormente junto a **Joanna Clyde Findlay**, este método enfatiza las implicaciones sociales y relacionales de la neurociencia clínica.

Incluye seis principios teóricos (que forman el acrónimo “CREATE” en inglés) (Hass-Cohen & Clyde, 2015):

- Encarnación creativa o creatividad en acción
Este principio subraya los efectos terapéuticos del hacer artístico cinestésico, del movimiento, el juego y el tacto.
- Resonancia relacional
Los intercambios interpersonales que se producen dentro del marco arteterapéutico tienen el potencial de actualizar recuerdos de la biografía personal, así como de activar y transformar estados de apego. El proceso artístico en presencia de otras personas y el compartir la creación con ellas contribuyen al cambio terapéutico.
- Comunicación expresiva
Las distintas características de los materiales artísticos permiten a la persona expresar, comunicar y regular. La creatividad ayuda a la expresión de diferentes estados. La creación artística puede dar acceso a emociones inconscientes.
- Respuesta adaptativa
El/la arteterapeuta acompaña a su cliente en su desarrollo de habilidades de afrontamiento adaptativas ante las dificultades que se presenten en la sesión.
Este principio incluye el modelo del recuerdo seguro (SR-5), con los siguientes objetivos: seguridad, relaciones, recuerdo, reconexión, y resiliencia y prevención de recaídas.
- Integración transformadora
La integración transformadora de las imágenes y los recuerdos necesita tiempo, para ello es fundamental entender los procesos mentales de otros, además de los nuestros.
- Empatía y compasión
Comienza con la empatía del/de la arteterapeuta, hacia las necesidades de su cliente. La empatía posibilita la aceptación, lo cual genera compasión hacia sí mismo y hacia los demás.

Las autoras del método ilustran cada uno de estos seis principios con ejemplos de trabajo arteterapéutico fundamentado en la neurobiología interpersonal.

9. Integración temporal

Los seres humanos ansiamos certidumbre, permanencia e inmortalidad, pero la realidad nos demuestra que son imposibles de alcanzar totalmente. En este ámbito de integración se trabaja la aceptación de estos polos opuestos, de nuestros deseos y de la realidad tal cual es (Siegel, 2016).

Aunque podríamos mencionar varios ejemplos de métodos arteterapéuticos que tienen presente la integración temporal, vamos a elegir uno especializado en el trabajo con **veteranos que padecen síndrome de estrés posttraumático**. Este modelo ha sido creado por **Janice Lobban**, a raíz de su trabajo como arteterapeuta en una organización benéfica de veteranos llamada *Combat Stress*, fundada después de la 1ª Guerra Mundial en Reino Unido, y se fundamenta en la base neurológica del trastorno de estrés posttraumático y sus implicaciones para el procesamiento del trauma. Está específicamente diseñado para ser aplicado en los programas de estancia corta que se llevan a cabo en esta organización. Lobban (2018) ha tenido en cuenta el gran clásico de la literatura sobre trauma “Trauma y recuperación”, en el cual Judith Herman (2004) explica las que considera las tres etapas esenciales de la curación. La primera de ellas consiste en recuperar la sensación de seguridad, la segunda se ocupa del trabajo activo sobre los recuerdos y el duelo y la tercera tiene como tarea principal la reconexión con la vida. El modelo creado por Janice Lobban es un modelo trifásico, adaptado a estas tres etapas descritas por Herman. Es necesario que el tratamiento esté coordinado con la fase apropiada correspondiente de recuperación. El ir paso a paso ayuda a que la persona no se desestabilice. Es un modelo directivo, para no correr el riesgo de que los clientes profundicen demasiado rápido en un programa que, por definición, es de estancia corta (suele durar dos o seis semanas).

La arteterapeuta propone un tema sobre el que los/as veteranos/as pueden trabajar. Se establece una norma general en los grupos de no compartir recuerdos traumáticos explícitos que podrían influir negativamente en el resto de los miembros. Se dedica una parte de la sesión a la creación y otra a comentar los trabajos o el proceso, y se permite permanecer en silencio todo el tiempo o salir de la habitación sin dar explicaciones a quien lo necesite, en cualquier momento. La flexibilidad de la arteterapeuta dentro de la estructura del modelo es fundamental.

En la primera etapa del tratamiento, dirigida a la estabilización, es esencial elegir un tema que produzca tranquilidad, pues la ansiedad puede aumentar al principio del programa. Algunos de los más habituales son: el lugar seguro, jardines, el equilibrio, la inspiración, la energía, la esperanza, el consuelo...

En la segunda, si las sesiones son individuales, se puede abordar alguna experiencia traumática en particular. Si se trata de un contexto grupal, se propone un tema que toque características secundarias del trauma como “la rabia”, “el aislamiento”, “la evitación”, “el dolor”..., con el objetivo de aumentar el darse cuenta de la persona y promover el cambio. Temas importantes en esta fase son: “el cambio”, “soltar”, “mi viaje”, “el puente”, “transformación”, “relaciones”...

En la tercera etapa, orientada a la reinserción, se procura preparar a los veteranos para su alta, centrándose en objetivos prácticos en sus vidas como pueden ser encontrar un empleo o reparar relaciones. Algunos temas que se pueden proponer son: “la caja de herramientas”, “hacer que suceda”, “aceptación”, “recursos”, “yo puedo”, “visualizar el éxito”, “la puerta”... (Lobban, 2018).

10. Conclusiones

Los ámbitos de integración esenciales para el bienestar desarrollados en este artículo se convierten, en la experiencia de los/las arteterapeutas, en nuevas herramientas de acercamiento e intimidad con la trama oculta que está en la psique de la persona. Su variedad y modalidades aportan a la terapia facilidad para descubrir las claves del trauma y caminos de integración y curación que, desde distintos niveles, añaden nuevos criterios científicos al ejercicio de la arteterapia.

Hemos mencionado algunos de los modelos creados por arteterapeutas que han tratado de responder a estas preguntas desde las artes y el proceso creador, pero además tomando en consideración las contribuciones de los últimos descubrimientos en neurociencia y psicología.

Las terapias expresivas y la arteterapia en particular son una poderosa herramienta que aborda los efectos del trauma de una forma eficiente. Los modelos aquí descritos se suman a la experiencia acumulada y abren un nuevo espacio de desarrollo a nuestra profesión. Las últimas investigaciones sobre el funcionamiento del cerebro están ayudando a la creación de nuevos horizontes de conocimiento y sanación.

Referencias bibliográficas

- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents. Understanding mechanisms of change*. Nueva York: Norton & Company.
- Elbrecht, C. (2018). *Healing trauma with guided drawing. A sensorimotor art therapy approach to bilateral body mapping*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Fuster, J. M. (2003). *Cortex and mind: Unifying cognition*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gantt, L. & Tinnin, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 148-153.
- Gantt, L. & Greenstone, L. (2016). Narrative art therapy in trauma treatment. En J. A. Rubin (Ed.) *Approaches to art therapy: Theory and practice* (pp. 353-370). London; New York: Routledge.
- Gantt, L. & Tripp, T. (2016). The image comes first: Treating preverbal trauma with art therapy. En J. L. King (Ed.) *Art therapy, trauma and neuroscience* (pp. 67-99). London; New York: Routledge.

- Hass-Cohen, N. (2016). Secure resiliency: Art therapy relational neuroscience trauma treatment principles and guidelines. En J. L. King (Ed.) *Art therapy, trauma and neuroscience* (pp. 100-138). London; New York: Routledge.
- Hass-Cohen, N. & Clyde, J. (2015). *Art therapy & the neuroscience of relationships, creativity & resiliency. Skills and practices*. Nueva York: Norton & Company.
- Hass-Cohen, N. & Clyde, J. (2016). CREATE: Art therapy relational neuroscience. En J. A. Rubin (Ed.) *Approaches to art therapy: Theory and practice* (pp.371-393). London; New York: Routledge.
- Hass-Cohen, N. & Clyde, J. (2019). The art therapy relational neuroscience and memory consolidation four drawing protocol. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 51-59.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa.
- Hinz, L. D. (2020). *Expressive Therapies Continuum: A framework for using art in therapy*. London; New York: Routledge.
- Kagin, S. L., & Lusebrink, V. B. (1978). The Expressive Therapies Continuum. *Art Psychotherapy*, 5(4), 171-180.
- Lavergne, M. (2004). Art Therapy and Internal Family Systems Therapy: An integrative model to treat trauma among adjudicated teenage girls. *The Canadian Art therapy association journal. Vol. 17 (1)*, 17-36.
- Lobban, J., Mackay, K., Redgrave, M. & Rajagopal, S. (2018). En J. Loban (Ed.) *Art therapy with military veterans: Trauma and the image* (pp. 103-125). London; New York: Routledge.
- Lusebrink, V. B. & Hinz, L. D. (2016). The Expressive Therapies Continuum as a framework in the treatment of trauma. En J. L. King (Ed.) *Art therapy, trauma and neuroscience* (pp. 42-66). London; New York: Routledge.
- Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body and imagination in the healing process*. New York: Guilford Press.
- Perry, B. & Szalavitz, M. (2016). *El chico a quien criaron como perro: y otras historias del cuaderno de un psiquiatra infantil*. Madrid: Capitán Swing.
- Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado: Tomar el control de la vida con el EMDR*. Barcelona: Kairós.
- Siegel, D. J. (2007). *La mente en desarrollo: Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Siegel, D. J. (2016). *Guía de bolsillo de neurobiología interpersonal. Un manual integrativo de la mente*. Barcelona: Eleftheria.
- Siegel, D. J. (2018). *Mindsight. La nueva ciencia de la transformación personal*. Barcelona: Planeta.
- Siegel, D. J. y Payne, T. (2018). *El cerebro del niño: 12 estrategias revolucionarias para cultivar la mente en desarrollo de tu hijo*. Barcelona: Alba.
- Schwartz, R. C. (2015). *Introducción al modelo de los sistemas de la familia interna*. Barcelona: Eleftheria.
- Steele, W. & Malchiodi, C. A. (2012). *Trauma-informed practices with children and adolescents*. London; New York: Routledge.
- Tripp, T. (2016). A body-based bilateral art protocol for reprocessing trauma. En J. L. King (Ed.) *Art therapy, trauma and neuroscience* (pp. 173-194). London; New York: Routledge.
- Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.