



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio

Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Arteterapia aplicada al trastorno de estrés
postraumático y al trauma

Autor: María Camila Jiménez Gómez

Elche a 5 de junio de 2015

INDICE

RESUMEN	3
1. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.1. Arteterapia.....	4
1.2. Trauma.....	6
1.2.1. <i>Trauma de guerra.....</i>	7
1.2.2. <i>Trauma por catástrofes y desastres</i>	8
1.2.3. <i>Trauma por abuso sexual</i>	9
1.3. Trastorno de Estrés Postraumático	10
1.4. Arteterapia y Trastorno de Estrés Postraumático	11
2. ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO	13
2.1. Objetivo.....	13
2.2. Metodología.....	14
2.3. Resultados.....	14
2.4. Discusión	18
3. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES	19
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
TABLAS Y ANEXOS	
Tabla 1	15
Tabla 2	16
Tabla 3	17
Anexo	25

RESUMEN

El siguiente trabajo de fin de grado pretende recoger y analizar la información existente en relación a la arteterapia, aplicada a los traumas, ocasionados por catástrofes, abusos y guerras. En este, se reflejan los resultados de diferentes investigaciones plasmadas en artículos científicos para llegar a conclusiones generales, y dar una visión global de la arteterapia aplicada a estos traumas. Para ello, se ha estructurado el trabajo en dos grandes apartados, la justificación y el análisis bibliográfico. La justificación, resume datos relevantes que avalan la posible utilidad de la arteterapia para tratar el trauma y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). En el segundo apartado, se recogen el objetivo del trabajo, -siendo este analizar los estudios e investigaciones relevantes en torno a la arteterapia aplicada a los traumas de guerra, por catástrofe o por abuso sexual-, la metodología llevada a cabo y los resultados y conclusiones que se extraen de los artículos revisados. Tras el análisis de todo el trabajo se concluye que la arteterapia es una técnica prometedora para el tratamiento del TEPT y de distintos traumas.

Palabras clave: arteterapia, terapia creativa, trauma, TEPT.

1. JUSTIFICACIÓN

1.1. ARTETERAPIA

Desde el principio de la humanidad, el arte ha sido una de las formas de expresión del ser humano, ha sido una forma para comunicar o exteriorizar todo aquello que las personas sentían y pensaban de una manera estética. Además, es una forma de exploración, expresión y comunicación de aspectos de los que no somos conscientes (Duncan, 2007).

En las últimas décadas, se ha probado que las actividades plásticas y visuales pueden alterar la fisiología corporal y la actitud mental de una persona mediante la producción de endorfinas que actúan sobre el sistema inmunológico y protegen de la enfermedad (Rojas Marcos, 2006; Samuels y Rockwood, 2000).

Desde los años 40 del siglo XX se han dado una serie de acontecimientos que ha potenciado la aparición de esta disciplina. De estos, los más importantes fueron:

- El reconocimiento del inconsciente por parte del psicoanálisis.
- El especial interés por parte de algunos psiquiatras en valorar las creaciones artísticas en el proceso clínico.

- La ruptura del arte con la figuración, lo que supuso una nueva forma de ver el arte, convirtiéndolo en una forma de expresión que podía darse con casi cualquier tipo de material y técnica, y que permitía como fin, el simple disfrute del proceso artístico.
- La necesidad de buscar nuevas formas de tratamiento, como consecuencia de las dos guerras mundiales, que dejaron a multitud de damnificados físicos y psíquicos.
- Las investigaciones en el ámbito pedagógico de profesionales como Loowenfeld, Dewey o Read, que apuntaban que el desarrollo de la expresión y la imaginación tienen un papel importante en el desarrollo infantil. En esta misma línea, Rudolf Steiner, postuló una educación diferente a la que estaba establecida, remarcando la importancia de la expresión y de la libertad de los menores para un correcto desarrollo.

La primera persona que definió el término arteterapia fue el artista Adrian Hill (1942), que observó en sí mismo y en sus compañeros un cambio significativo del bienestar emocional. Estos resultados quedaron reflejados en sus obras: *Art as an aid to illness: an experiment in occupational therapy*, publicada en 1943 y *Art versus illness* en 1945.

Otras de las pioneras en arteterapia fueron Marien Petrie y Margaret Naumburg. La primera fue de las primeras profesionales que habló de la formación en arteterapia y la segunda, utilizó el proceso artístico dentro de su trabajo.

En 1961 aparece el primer número de la *American Journal of Art Therapy*, lo que supone la primera confluencia de una serie de teóricos de este campo en torno a una revista científica.

En 1991 se creó el consorcio de universidades ECARTE que pretende regular la formación en terapias artísticas a nivel europeo, hoy en día, está compuesta por 32 miembros de 14 países europeos.

En los últimos años se han producido diversos avances en la institucionalización de esta disciplina, un ejemplo de ello es que en Gran Bretaña se le ha otorgado estatus profesional en el servicio de sanidad desde finales del Siglo XX.

La arteterapia es una disciplina que pretende el desarrollo de una intervención terapéutica significativa a través del arte, este, comprendido como la utilización de los medios artísticos, las imágenes, el proceso creativo y las respuestas de las personas a estas creaciones. Esta tiene como base el conocimiento de diferentes teorías psicológicas y del desarrollo humano.

El fin último de esta práctica es el proceso mismo de la creación y cómo se reacciona ante esta, lo que se pretende es que la práctica sea liberadora, que sirva en sí misma como

terapia. Esta práctica, en su mayoría, se desarrolla en talleres por lo que no solo sirve para la mejora personal, sino también social, entendiéndose como un medio de integración y desarrollo.

Esta técnica no tiene un colectivo diana específico, pero está recomendado especialmente para personas que debido a sus circunstancias encuentran problemas para verbalizar sus emociones y conflictos. Por ello, se entiende la arteterapia como un tipo de lenguaje que se puede emplear para comunicarnos con nosotros mismos y con los demás.

Las tendencias o enfoques principales de la arteterapia son:

- La tendencia humanista, es aquella que entiende la arteterapia o la creación artística como terapéutica para solucionar conflictos internos y externos, y para tomar conciencia de sus recursos y posibilidades (Gutiérrez, 2010).
- El enfoque psicodinámico, compuesto por dos teóricos principales, Jung y Freud. El primero propone que la arteterapia tiene el objetivo del intercambio verbal. Para Jung, el arte sirve como vía de comunicación o mediador entre el paciente y el terapeuta, siendo la obra una extensión del paciente (Jung, 1995). Freud, define la obra como "*principio de realidad, y principio de placer*" esta idea se funda en que la obra conjuga la realidad interna y de la realidad externa. Dalley, en el año 1987, describió esta corriente, como aquella que se centraba en la expresión de sentimientos y pensamientos reprimidos a través de la producción terapéutica.
- El enfoque cognitivista, donde Thomsen (2011) la arteterapia es una técnica útil para que las personas aprendan nuevas destrezas cognitivas.
- El enfoque fenomenológico, que pretende revelar los aspectos ocultos del sujeto a través de esta técnica (Thompsen (2011).
- La tendencia conductista, donde, la arteterapia sirve como herramienta para modificar el comportamiento, y aceptar emociones y sentimientos (Ertmer y Newby, 1993).

Por todo lo anteriormente dicho, la arteterapia, es una disciplina que pone énfasis en la atención, reflexión, la escucha interior y la espontaneidad para que los conflictos y las emociones salgan a la luz y así, poder enfrentar los distintos conflictos y aproximarse a sí mismos, revelando sus capacidades, sus límites, sus bloqueos e irlos superando ya sea de manera individual o colectiva. Se considera una forma de autoexpresión emocional, ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, permite expresar pensamientos o sentimientos difíciles de verbalizar y se puede realizar en grupo o de forma individual entre otras.

1.2 TRAUMA

El trauma está definido por la Real Academia Española de la Lengua como la lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo; como el choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente y, como la emoción o impresión negativa, fuerte y duradera (DRAE, 2014).

Se puede decir que el trauma es un acontecimiento en el que se da la exposición a un hecho estresante que supera los mecanismos de afrontamiento de la persona. Pierre Janet (1894) matizó lo siguiente: *“el terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales”* (Janet, 1894). Normalmente, estos síntomas y consecuencias remiten tras un tiempo, sin embargo este proceso puede verse cronificado provocando Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Por último, conviene hacer un par de especificaciones en relación a la variabilidad del trauma. Está claro que no a todos nos afecta de la misma manera un suceso traumático, esto es debido a dos factores principalmente, los factores de protección (fuerza y unidad familiar; redes sociales de apoyo; conciencia ideológica/ política/ religiosa) y las características de la situación causante del trauma, siendo la intencionalidad y el número de afectados los que más afectan. Además, conviene aclarar que las víctimas del trauma no son solo aquellas que experimentan de manera directa el trauma, sino también las víctimas indirectas, como familiares, amigos o profesionales sanitarios.

A continuación se exponen las características de los sucesos más importantes determinantes de los traumas: el trauma de guerra, el trauma por catástrofes y desastres, y trauma por abuso sexual.

1.2.1 Trauma de guerra

El trauma de guerra y su definición han estado completamente determinados por la historia. La historia entendida como el suceso de acontecimientos que han marcado la historia de la humanidad, en este caso, la sucesión de conflictos bélicos y el contexto social y político que los rodeaba. Se entenderán como víctimas de trauma de guerra a soldados, refugiados y demás víctimas indirectas de estos sucesos.

Las dos guerras mundiales y otras guerras que han acontecido a lo largo de la historia moderna de la humanidad, han hecho que tanto psiquiatras como psicólogos se interesaran por los problemas que causaba estos conflictos debido en gran medida a que en estas épocas los soldados cobraban más importancia que otros grupos de población.

Tras todos estos hechos históricos, los estudios e investigaciones que se han derivado de ellos, actualmente el trauma de guerra puede definirse atendiendo a las siguientes características: En el trauma de guerra, como en todos, los individuos se ven sometidos a situaciones caracterizadas por poseer diversos estresores o dificultades extraordinarias que requieren de un esfuerzo personal, familiar y social para ser superado. Se diferencian por suponer una repetitiva y sistemática exposición a los estresores de los que la víctima no puede huir causando un temor y una respuesta de supervivencia constante que se convierte en parte de la vida diaria. En el caso de la guerra los estresores más frecuentes son: disrupción social, desapariciones, separación de la familia, violencia física o psicológica, testimonios de muertes violentas, pérdidas de compañeros, atrocidades, abusos, persecuciones (étnicas, sexuales, religiosas...), riesgo vital, inseguridad e inestabilidad.

En cuanto a los datos estadísticos se destacan los siguientes datos. En los últimos diez años se han producido más de 100 conflictos bélicos dejando a su paso millones de víctimas (80% indirectas) con diversas consecuencias psicosociales. La OMS calcula que en este tipo de conflictos el 10% vive experiencias traumáticas y otro 10% tiene dificultades para desarrollar su vida diaria (Galbán et al., 2007)

1.2.2 Trauma por catástrofes y desastres

La OMS, define catástrofe como “cualquier fenómeno que provoca daños, perjuicios económicos, pérdidas de vidas humanas y deterioro de la salud y de servicios sanitarios en medida suficiente para exigir una respuesta extraordinaria de sectores ajenos a la comunidad o zona afectada” (Villalibre, 2013). A lo largo de la historia, autores como Croq, Fritz, Britton, Weisaeth o López-Ibor han realizado aportaciones a este concepto. Tras revisarlas, podemos decir que una catástrofe es un suceso natural o humano que actúa como causa de una situación de peligro. El desastre, por otro lado, hace referencia al impacto de ese suceso, se da cuando la comunidad sometida a dicha catástrofe es incapaz de manejar la situación provocando graves consecuencias humanas, económicas y sociales. Por tanto, vamos a hablar de catástrofes refiriéndonos al hecho que ha provocado un desastre, es decir hablaremos del suceso peligroso (sea natural o humano) que ha provocado que cierta comunidad o población vea desbordado sus recursos económicos, sociales y políticos, provocando un gran daño a nivel individual y colectivo. Así, como conclusión, podemos decir que el desastre es el fenómeno que se da en un contexto de vulnerabilidad preexistente y la catástrofe puede decirse que es lo que se da ante este hecho.

Una vez definidos ambos conceptos se expondrá lo que caracteriza a este tipo de trauma en comparación con los demás. En este tipo de traumas se pueden dar dos de los factores que provocan que un trauma sea grave: la intencionalidad del ser humano (que no se da siempre) y la cantidad de personas afectadas. Además en este tipo de traumas se dan dos tipos de consecuencias, una a nivel social o colectivo, y otra a nivel individual. A nivel colectivo, en un primer momento se da un proceso de normalización o minimización en el que la población en general, niega o minimiza la amenaza lo que resulta muy contraproducente ya que no se toman las suficientes medidas en un principio, incluso en las fases previas las autoridades tienden a ocultar o minimizar información relevante para no atemorizar a la población. Así, distintos grupos de víctimas como, por ejemplo, las víctimas del holocausto, negaban ciertas señales de amenaza que estaban presentes. En general, podemos distinguir dos fases colectivas: la primera que dura entre 2 y 3 semanas y se caracteriza por elevada ansiedad, pensamientos repetitivos e intenso vínculo social; la segunda, con una duración de 3 a 8 semanas que está determinada por la inhibición en la expresión, aumentan tanto la ansiedad como los síntomas somáticos, y se dan conductas

colectivas disruptivas (Páez et al., 2001). En cuando a las consecuencias psicológicas individuales destacan síntomas como la conmoción, importancia de los duelos por las pérdidas, sentimientos de culpa, tristeza, miedo, enfado, sentimiento de injusticia, desesperanza.

El Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres, afirma que entre 1974 y 2003 acontecieron 6367 desastres los cuales dejaron más de 2 millones de muertos y más de 5000 millones de afectados. A esto hay que añadir que la Organización Panamericana de la Salud prevé que el número de desastres naturales y su impacto sobre la población aumenten, aumentando así los problemas de salud a corto, medio y largo plazo. En los problemas sanitarios a largo plazo encontramos los trastornos psicológicos como el trastorno de estrés postraumático derivado del trauma que suponen estas situaciones. (Accatino et al., 2010)

1.2.3 Trauma por abuso sexual

La Real Academia Española de la Lengua (2014) define el abuso como: “la acción y el efecto de abusar. Este verbo supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien”. El abuso físico o sexual es un tipo de abuso de poder continuado o asilado que se manifiesta en agresiones físicas, sexuales y psicológicas (RAE, 2014). Este tipo de abuso suele ir acompañado del silencio y del ocultamiento, ya sea por vergüenza o por miedo, cosa que empeora las consecuencias que la víctima sufre.

Atendiendo a las características del abuso descritas anteriormente las consecuencias del abuso o de este tipo de trauma son: sentimiento de pérdida de control sobre sus vidas, reexperimentación (ya sea en sueños o recuerdos), problemas de atención, culpabilidad, imagen personal afectada, tristeza, insomnio, depresión, miedo, ansiedad, desesperanza, aislamiento social, y, dificultad en la atención y memoria. Además de estas consecuencias que se pueden relacionar con los demás tipos de traumas, hay dos que caracterizan especialmente al trauma por el abuso sexual. La primera, es la sexual, este aspecto de la vida de una persona en estos casos se desarrolla de forma violenta y traumática, lo que

implica una sexualidad mal integrada que pasa por oscilaciones entre gran erotización o rechazo, anorgasmia, impotencia, inhibición o promiscuidad. En segundo lugar, se produce una alteración en la escala de valores, se rompen los principios morales y religiosos, haciendo que la persona adopte una actitud asocial o actúe de forma provocadora llevando a cabo comportamientos de riesgo. El daño que se genere y la relevancia o severidad del mismo se relaciona con los siguientes factores:

- Diferencia de edad entre el agresor y la víctima.
- Parentesco existente.
- Tiempo de exposición al abuso.
- Apoyo percibido.

Centrándonos sólo en el abuso a mujeres y niños se reflejan a continuación datos con respecto a estos grupos de población. La OMS calcula que 150 millones de mujeres y 73 millones de hombres menores de 18 años han sufrido algún tipo de abuso sexual con contacto físico (Pinheiro, 2006). En cuanto a los abusos a mujeres destacan los siguientes datos. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad revela que en 2008, 7601 mujeres fueron víctimas de delitos de abuso, acoso y agresión sexual. (“Delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual. Totales mensuales”, 2009)

1.3 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), como concepto, es relativamente reciente, aunque este trastorno, ha venido estudiándose a lo largo de los últimos siglos con nombres diferentes como: “neurosis de guerra”, “fatiga de combate”, “corazón de soldado” o “nostalgia”. Hoy en día, el trastorno de estrés posttraumático está clasificado como un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés en el DSM-V ya que instaura el estrés originado por un trauma como causa del trastorno (American Psychiatric Association, 2013). Los criterios diagnósticos se pueden resumir de la siguiente manera:

1. La exposición a la muerte real o amenaza, lesiones graves o la violencia sexual en una, o más, de las siguientes maneras: víctima directa, indirecta, de manera aislada o repetida.

2. Reexperimentación de la experiencia en forma de imágenes, pesadillas o recuerdos.
3. Evitación conductual y/o cognitiva.
4. alteraciones cognitivas y en el estado de ánimo producto del evento traumático.

Además de estas tres respuestas centrales, se pueden dar otras manifestaciones asociadas como: duelo complicado, conductas agresivas, deterioro de la autoestima, culpabilidad, dificultades para relacionarse, depresión, quejas somáticas o alteraciones en la identidad personal.

En cuanto a los estudios epidemiológicos se cree conveniente destacar los siguientes. El National Comorbidity Survey en 1995, encontró que el 60,7% de los varones y el 51,2% de las mujeres habían estado expuestos a un suceso traumático en su vida, de los cuales el 8,1% y el 20,4% habían desarrollado un TEPT, respectivamente (Ducrocq y Jehel, 2014). Estudios en Estados Unidos (Breslau, Davis, Andreski y Paterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Huges y Nelson, 1995; Resnick et al, 1993), Australia (Creamer, Burgess y McFarlane, 2001), México (Norris, Mutphy, Baker, Perrilla, Gutierrez y Gutierrez, 2003) o Suecia (Frans, 2003), afirman que la exposición a eventos traumáticos ha aumentado, un elevado porcentaje de esta población tiene posibilidades de desarrollar un TEPT. Por ello, está claro que este es un problema de salud mundial que requiere de diversas formas terapéuticas eficaces para ser tratado. Estudios como el de Weisberg et al., en 2002, también en Estados Unidos, con una muestra de 502 pacientes de atención primaria, evidenció que un 46% había sufrido un trauma, un 37% cumplía con los criterios diagnósticos del TEPT según el DSM y además revelaba que las personas que padecía un TEPT tenían más probabilidad de tener algún problema médico en comparación con cualquier otro problema de ansiedad. En el caso de España, estudios como el del ESSEMeD (Haro et al., 2006) revelan que en España hay entre un 1% y 2% de la población que posee trastorno de estrés postraumático, lo que es una cifra importante a la hora de valorar la importancia de este trastorno.

Por otro lado, una vez se desarrolla el TEPT, este tiene un alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad depresión y abuso de sustancias, esto hace que el tratamiento del trauma adquiera más relevancia ya que no sólo ayuda a que no desarrolle el trastorno de estrés postraumático sino que también elimina la posibilidad de que este provoque otro tipo de trastornos.

Todo lo anteriormente dicho, revela la gran relevancia que tiene el estudio y el análisis del trauma y del trastorno de estrés postraumático, y de la necesidad, de seguir avanzando en torno a las técnicas y terapias más eficaces en relación a este trastorno.

1.4 ARTETERAPIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La arteterapia, como ya se ha mencionado con anterioridad, es una técnica que permite al sujeto expresarse de una manera alternativa, siendo la misma producción de la obra, la terapia. Las obras artísticas, son un vehículo de comunicación y una forma de expresión de sentimientos, emociones y pensamientos. Es un proceso de simbolización, en el que el sujeto se expresa con obras y se va enfrentando a ellas a través de la precepción y la sensación para ocasionar una transformación en sí mismo (Klein, 2006). En el caso del estrés postraumático, la arteterapia permite franquear el bloqueo verbal que se produce en estos casos. Esto es posible a través de la captura de imágenes sensoriales reminiscentes, que a su vez, favorecen el recuerdo y la construcción de un relato coherente para que el individuo pueda comprender lo ocurrido. Una vez ocurre esto, el sujeto puede empezar el proceso de la integración traumática (Abril, 2007).

La neurociencia contemporánea, apoya enfoques no verbales debido a lo observado en relación a como se almacenan los recuerdos traumáticos en el cerebro. Esta ciencia, con autores como van der Holk, apoya el bloqueo verbal que se da en el TEPT poniendo su origen en la fisiología del cerebro. En este aspecto, se habla de que el hecho traumático se almacena en el área derecha, denominada preverbal o no verbal. Además, está hipótesis añade que en el momento del trauma, caracterizado por el horror y la hiperactivación, disminuye la actividad del lado izquierdo del cerebro, sobretodo en el área de Broca (área del habla) y el hipocampo (que posee la capacidad de contextualizar los recuerdos). El uso de la arteterapia se ve justificado atendiendo a que los hechos traumáticos quedarían desplazados a niveles más primarios para su procesamiento. Siendo las terapias creativas, las más adecuadas para tratar este trastorno ya que no dependen de la parte izquierda del cerebro (Harris, 2009).

Además de las funciones anteriormente mencionadas, la arteterapia, actúa para superar la invisibilidad del trauma, en cuanto al aislamiento del sujeto y a la invisibilidad de los sujetos en la sociedad haciendo visible lo invisible a través de su fuerza simbólica y de la creación en sí misma como constructor emocional del individuo; también interviene en la condición amnésica del trauma, promoviendo la expresión alternativa y en la polarización de la respuesta que se produce tras la experiencia traumática (Abril, 2007). El uso y la eficacia de la arteterapia también se apoyan en varios estudios con niños traumatizados, que han revelado que la capacidad de simbolización o de dar significado al hecho traumático favorece la recuperación, una función, que cumple esta técnica (Harris, 2009).

En lo referente a los materiales, diferentes autores, como Anderson, Sagar o Gillespie, afirman que los que tienen componentes táctiles o sensoriales son los más apropiados, ya que son útiles para recomponer la ruptura que se da entre cuerpo y mente, o entre sensaciones y emociones en estos casos (Alonso, 2010).

Ante todo lo anteriormente expuesto, se puede decir que la arteterapia parece que aporta un camino alternativo y eficaz para acceder al procesamiento de la información de las emociones y de los recuerdos, mejorando así, la sintomatología del TEPT.

2. ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO

2.1. OBJETIVO

Dada la justificación expuesta, creemos interesante realizar un análisis más profundo de las experiencias empíricas publicadas con respecto a la utilización de la Arteterapia en el tratamiento de los traumas, y más en concreto a los traumas derivados de sucesos bélicos, catástrofes y abusos sexuales. En concreto el objetivo general de este apartado del trabajo es analizar los estudios e investigaciones procedentes de artículos científicos que hay disponibles acerca de la arteterapia aplicada al trastorno de estrés postraumático, y en concreto, en casos de traumas cuya causa son los abusos sexuales, las catástrofes o la guerra.

2.2. METODOLOGÍA

Para esta revisión bibliográfica, se seleccionaron artículos científicos procedentes de bases de datos online, así como una búsqueda por internet en el buscador “google académico”. Las bases de datos utilizadas fueron, Revistas científicas complutenses, Dialnet, ScienceDirect, Papeles de arteterapia y PsycINFO. Esta búsqueda fue realizada entre diciembre de 2014 y marzo de 2015.

En ellos, se introdujeron las palabras clave: Arteterapia, terapia creativa, trauma, trauma de guerra, trauma por abusos, guerra, abuso, militares, catástrofes, trauma por catástrofe,

TEPT, trastorno de estrés postraumático. Y se combinaron de la siguiente manera: Arteterapia y trauma, arteterapia y catástrofes, arteterapia y guerra, arteterapia y abusos, terapia creativa y trauma, terapia creativa y TEPT, arteterapia y TEPT, arteterapia y trauma de guerra, arteterapia y trauma por abusos, arteterapia y trauma por catástrofe. Asimismo, todos estos términos y combinaciones se han buscado en todas las bases de datos traducidas al inglés.

El criterio de selección empleado para elegir los artículos ha sido la adecuación del tema de los artículos para responder al objetivo general y a los objetivos específicos del trabajo. Además, se eligieron solo artículos que tuvieran una fecha posterior al año 2000.

Tras la primera búsqueda se obtuvieron 60 artículos relacionados con el tema del trabajo, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 16 artículos para realizar el análisis bibliográfico.

2.3. RESULTADOS

Para los resultados, se ha creído conveniente ordenar la información atendiendo a la manera en la que se había agrupado con anterioridad, es decir, por tipo de trauma. En concreto en el primer apartado se expondrán los resultados de los artículos relacionados con la aplicación de la Arteterapia en el trauma por abusos sexuales (n=7), en el segundo apartado los resultados de los artículos relacionados con la aplicación de la Arteterapia en el trauma por catástrofes (n=3), y finalmente en el tercer apartado se presentan los resultados de los artículos relacionados con la aplicación de la Arteterapia en el trauma por guerra (n=6).

2.3.1. Arteterapia y trauma por abusos

En relación al trauma por abusos sexuales, se han analizado 7 artículos, de los que se desprenden los resultados reflejados en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de la Arteterapia y trauma por abusos

Autores (año)	Sujetos	Problema	Tratamiento	Resultado
Alonso M.L, 2010	Niña Edad: 6 Hombres: Mujeres:1	Trauma por abuso sexual	Arteterapia	- Ansiedad + Percepción de control - miedo Verbalización de emociones Arcilla material efectivo, permite trabajar con energía y agresividad
Pretorius, G, y Pfeifer, N, 2010	Adolescentes	TEPT por abuso sexual	Artes visuales y poesía	- Depresión
Brillantes-Evangelista, 2013	Niñas Edades: 8-11 Hombres: 0 Mujeres: 25	Abuso sexual	Arteterapia	- Ansiedad - Depresión
Pifalo, T., (2007)	Niños víctimas de abusos sexuales	Trauma por abuso sexual	Modelo de tratamiento que utiliza la arteterapia	+ Probabilidad de reducir síntomas TEPT Herramienta para identificar, expresar y procesar las emociones Dibujos, imágenes y juegos efectivos
Rodriguez, T.P., (2009)	Mujeres víctimas de abuso sexual	Trauma por abuso sexual	Arteterapia	+ Expresión + Reconstrucción de vivencias + Liberación de sentimientos Barro técnica eficaz
Mills, J.L. y Daniluk, C.J., (2002)	Mujeres víctimas de abuso sexual Edad: 25-48 Mujeres: 5	Abuso sexual en la niñez	Danza terapia	Danza contrarresta los aspectos más dolorosos del proceso terapéutico + Reconexión con el cuerpo + Expresión + Confianza + Aceptación Trabajo en grupo beneficioso
Menéndez C., (2008)	Adolescentes Edad: 12-17 Hombres: 0 Mujeres: 10-15	Trauma por abuso sexual	Arteterapia a través de fotografías	Sirve como vehículo en el tiempo. + Vínculo + Autonomía Sirve de testimonio Lenguaje polisémico. + Reflexión

2.3.2. Arteterapia y trauma por catástrofes

En la tabla 2, se exponen los resultados que se han obtenido en los tres artículos seleccionados para esta revisión bibliográfica en relación al trauma por catástrofes.

Tabla 2. Arteterapia y Trauma por Catástrofes.

Autor (año)	Sujetos	Problema	Tratamiento	Resultado
Cao, M.L.F., y Augustowsky, G., (2007)	Edad: 6-12 años 700 niños y niñas	Experiencia de catástrofe medioambiental	Arteterapia.	+ Comprensión y elaboración del sufrimiento
Chilcote, R.L., (2007)	Niños Edad: 5-13 años Hombres: 0 Mujeres: 113	Afectados por el tsunami (pérdidas materiales y/o de seres queridos, así como la vivencia del tsunami)	Arteterapia	+ Control emocional Elaboración de las pérdidas + Expresión
Gonzalez-Dolginko, B. (2002)	Edad: no se especifica Hombres: no se especifica Mujeres: no se especifica	Trauma por haber sufrido de manera indirecta el 11s	Arteterapia	+Procesamiento del trauma + Expresión del trauma Sentimiento de comunidad

2.3.3. Arteterapia y trauma de guerra.

En la tabla 3 quedarán reflejados los resultados encontrados en los 6 artículos que se han revisado en relación a la arteterapia aplicada al trauma de guerra.

Tabla 3. Arteterapia y Trauma de Guerra

Autor (año)	Sujetos	Problema	Tratamiento	Resultado
Bensimon, M., Amir, D., & Wolf, Y. (2012)	Soldados Edad: 20-23 Hombres: 9 Mujeres: 0	TEPT	Musicoterapia	Acceso a la memoria del trauma Relajación, disfrute y alegría
Harris, D.A., (2007)	Jóvenes refugiados Edad: 13-25 Hombres: 90% Mujeres: 10%	Trauma de guerra	Danzaterapia	+ Conciencia de fortalezas emocionales + Capacidad de resistencia - Angustia psíquica y social
Bardía, A.S (2008)	Colectivos en contextos de violencia política de diversos conflictos armados	Víctimas de violencia política	Musicoterapia	+ Expresión + Autoconciencia + Conciencia del trauma Vía comunicación Posibilita estructura del pasado, presente y futuro
Merino, A.H (2006)	Niños	Vivencia de la Guerra Civil española	Arteterapia con dibujos	Integración vivencias Sirve como evaluación de la afectación de los menores tras el conflicto bélico Alivia consecuencias psicológicas del evento traumático
Spiegel, D., Malchiodi, C., Backos, A., y Collie, K. (2006)	Veteranos de guerra	TEPT	Arteterapia	Reconsolidación de los recuerdos Externalización, + Exposición progresiva - Excitación Reactivación de las emociones positivas + Autoeficacia + Autoestima
Kopytin, A., y Lebedev, A. (2013)	112 Veteranos de guerra	Trastornos relacionados con el estrés	Arteterapia y humor	+ Autoestima + Humor Mejora solución de problemas + Actividad cognitiva

2.4. DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica, no solo se ha comprobado que es una técnica muy útil para todo tipo de traumas, sino que además es aplicable a niños, adolescentes y adultos, cubriendo toda la población. Esto puede verse en experiencias como la del el Museo del Arte del Soho de Nueva York, en el que familias enteras procesaban el trauma vivido el 11 de septiembre (Gonzalez-Dolginko, 2002) o, como conclusión general que se extrae de todos los estudios realizados de los que se ha hecho la revisión, en los que la edad de los sujetos va desde los 5 a los 48 años.

A su vez, se ha podido comprobar cómo la arteterapia no es una técnica limitada, sino que por el contrario es una combinación de diferentes artes plásticas con otras terapias creativas (musicoterapia, danza-terapia, escritura creativa, risoterapia...), dotándola así de múltiples posibilidades, dándole la posibilidad de adaptarse a casi cualquier tipo de colectivo. Al estudiar colectivos tan complejos como los tratados en este trabajo, no solo por la gravedad del problema, sino también por la diversidad del colectivo afectado (en edad, sexo, cultura, nivel socioeconómico, nivel cultural...) es fundamental contar con una técnica lo suficientemente amplia para abarcar a todos estos grupos. Aunque es verdad que se valora la diversidad de esta técnica como una ventaja también puede suponer un inconveniente, sobre todo para el estudio y la validez de la misma, ya que cada terapeuta utiliza una combinación o instrumento diferente, lo que hace que sea muy complicado la validación de la terapia en general y en particular, ya que no se dispone de una muestra significativa para validar cada técnica con cada colectivo.

Una vez dicho esto, se agruparan los beneficios o efectos psicosociales que se ha comprobado que aporta esta técnica, para ello, se clasificaran en: efectos de concienciación del trauma y efectos reactivación de emociones positivas, efectos de afrontamiento.

Concienciación del trauma. A este respecto, estudios como los de Bensimon et al (2012), Bardía (2008), Merino (2006), Rodríguez (2009) o Menéndez (2008) reflejan que la arteterapia permite el acceso a la memoria del trauma, la conciencia de este, la reconstrucción de las vivencias, la integración de las mismas y el aumento de la reflexión.

Reactivación de las emociones positivas. En este ámbito, se obtienen efectos como el aumento de la autoestima en los estudios de Kopytin y Lebedev (2013) y Spiegel et al (2006), la liberación de sentimientos o aumento de la expresión, que se refleja en muchos estudios, entre ellos los de Rodríguez (2009), Bardía (2008), González-Dolginko (2002) y Chilcote (2007). Mills y Daniluk (2002), a parte del aumento de la autoestima, observó un aumento en la confianza, en la aceptación y en la reconexión con el cuerpo. Otros autores como Alonso (2010), evidencian un aumento en la percepción de control.

Afrontamiento. En relación a esta capacidad también se han encontrado evidencias de que la arteterapia contribuye a su mejora. Esta afirmación se funda en los estudios de Bensimon et al. (2012), que afirma que esta terapia produce relajación, disfrute y alegría en los sujetos, el de Harris (2007) que evidencia que aumentaron la conciencia de fortalezas emocionales y la capacidad de resistencia y el de Kopytin y Lebedev (2013) que aseguran que aumento el humor y la solución de problemas en los sujetos.

Otros efectos también son destacables, como la disminución de la ansiedad y la depresión del estudio de Brilantes-Evangelista (2013), o el aumento de la probabilidad de reducir los síntomas del TEPT, del estudio de Pifalo (2007)

Por tanto, parece que la arteterapia no solo es un medio de expresión sino que esta terapia muestra en general grandes beneficios para el tratamiento de los distintos traumas, lo que anima a seguir investigando sobre la aplicación de esta estrategia en el abordaje de los problemas emocionales del ser humano.

3. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

El trauma y el Trastorno de Estrés Postraumático son dos problemas que están cada vez más extendidos en la población mundial, estos, están acompañados de una sintomatología potencialmente incapacitante que cuenta con matices, originados por la causa del trauma (abusos, guerra y catástrofes). Debido a esto, hay cada vez más profesionales que creen que esto es un problema de salud mundial lo que obliga a buscar formas eficaces de tratamiento.

La Arteterapia se muestra como una firme herramienta, ya que es una técnica que podría calificarse como de poco invasiva ya que actúa de una manera indirecta y que no resulta dolorosa. Esto no solo está fundado en los distintos estudios que se han realizado sobre la eficacia de esta técnica, sino que también lo hacen estudios en neurociencia acerca de como actúa la arteterapia en el cerebro, y fundando las bases que explican de manera científica los beneficios de esta técnica. Además, como ya se ha visto en la revisión bibliográfica, la arteterapia, es una técnica que por su diversidad, es muy flexible, y puede adaptarse a cualquier colectivo atendiendo a sus características, lo que es de gran utilidad en el trauma y el TEPT, ya que estos pueden producirse por diversas causas, en cualquier parte del mundo y no discrimina por edad ni sexo.

Tanto la revisión como la información que se ha empleado para la justificación revela diversos beneficios que puede aportar esta técnica como son: procesar el trauma, expresar sus emociones, reconstruir la narrativa del trauma, traspasar el bloqueo verbal, aumentar la autoeficacia, mejorar la autoestima, reconsolidar los recuerdos, reconectar con el cuerpo, resolver el duelo, la ira, etc.

Por tanto, podemos decir que la Arteterapia se muestra como una técnica fiable y beneficiosa para mejorar la sintomatología tanto de los distintos tipos de trauma estudiados como del Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo es importante destacar que los profesionales interesados en aplicar esta técnica deben estar formados para ello. Su diversidad y flexibilidad es una ventaja pero también un inconveniente ya que hay que ser un experto para elegir tanto la técnica como los materiales adecuados para tratar a cada tipo de población. Desde este trabajo se sugiere a los profesionales del ámbito de la arteterapia realizar más estudios empíricos para que esta técnica alcance el estatus que le corresponde y tenga una difusión y referencia más amplia y avalada. Asimismo, sería conveniente realizar estudios acerca de qué tipo de arteterapia (técnica y material) resulta más eficaz para cada tipo de colectivo, para así poder disponer de una base útil para los profesionales sobre técnicas y materiales.



4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abril, M. C. (2007). Tras el silencio. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 71-86.

Accatino, L., Figueroa, R. A., Montero, J., & González, M. (2010). La preocupante falta de formación en desastres dentro de las escuelas de medicina latinoamericanas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(2), 135-136.

Alonso, M. L. (2010). El Corazón bajo la Cama. Arteterapia con una Niña Superviviente de Abusos. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 5, 125-135.

aFia (sin fecha) Historia del Arteterapia. Recuperado el 10 de abril de 2015 de: <http://www.arteterapiaforo.org/historia.html>

Ballenger JC, DavrcJson JRT, Lecruber Y, Null DJ, Foa EB, Kessler RC, et al. *Consensus statment on posttraumatic disorder from the international Consensus Group on Depression and Anxiety*. J chn Psychiatry 2000; 61 (Suppt 5) 60-6.

Bardia, A. S. (2008). LA MÚSICOTERAPIA EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA POLÍTICA.

Bensimon, M., Amir, D., & Wolf, Y. (2012). A pendulum between trauma and life: Group music therapy with post-traumatized soldiers. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 223-233.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Oeterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder In an urban population of young adults Arch Gen Psychiatry 1991, 48, 216-221.
Incidencia del tept

Brillantes-Evangelista, G. (2013). An evaluation of visual arts and poetry as therapeutic interventions with abused adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 71-84.

Cao, M. L. F., & Augustowsky, G. (2007). El negro es el color o¿ para qué dibujan los niños?. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 217-232.

Centro de arteterapia y Gestalt (2012) ¿Qué es arteterapia? Recuperado el 10 de abril de: <http://www.arteterapiahumanista.com>

Chilcote, R. L. (2007). Art therapy with child tsunami survivors in Sri Lanka. *Art Therapy*, 24(4), 156-162.

DALLEY, T. (1987). *El Arte como Terapia*. Barcelona: Herder.

Delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual. Totales mensuales (2009)
Recuperado el 12 de abril de 2015, de
<http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>

Ducrocq, F., & Jehel, L. (2014). Trastornos psicotraumáticos. *EMC-Tratado de Medicina*, 18(3), 1-7.

Ertmer, P. A. y Newby, T. J. (1993). *Conductismo, cognitivismo y constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción*. *Performance Improvement Quarterly*, 6(4), 50-72.

Galea S, Nandi A, Vlahov D. *The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters*. *Epidemiol Rev.* 2005;27:78–91.

Gonzalez-Dolginko, B. (2002). In the shadows of terror: A community neighboring the World Trade Center disaster uses art therapy to process trauma. *Art Therapy*, 19(3), 120-122.

Gutiérrez Rodríguez, E. (2010). Arteterapia Gestalt. El ajuste creativo en la frontera del organismo/entorno. Congreso Las voces de la profesión y sus campos de intervención, Girona, 26-28 de Marzo, (paper).

Harris, D. A. (2007). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. *Torture*, 17(2), 134-155.

Harris, D. A. (2009). The paradox of expressing speechless terror: Ritual liminality in the creative arts therapies' treatment of posttraumatic distress. *The Arts in Psychotherapy*, 36(2), 94-104.

Hidalgo RB, Davidson IRT Posttraumatic stress disorder epidemiology and health-related considerations. *J Clin Psychiatry* 2006;61 (suppl 7) 5-13.

Ibáñez Rojo V. Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra. *Diario electrónico de la sanidad* 2003; 892

Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 11-18.

Kopytin, A., & Lebedev, A. (2013). Humor, self-attitude, emotions, and cognitions in group art therapy with war veterans. *Art Therapy*, 30(1), 20-29.

Lusebrink, V. B. (2004). Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Art Therapy*, 21(3), 125-135.

- Menéndez, C. (2008). La Fotografía Como Diario de Vida. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 3, 141-156.
- Merino, A. H. (2006). Las hebras para hilvanar la vida: el dibujo del dolor. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 79-96.
- Mills, L. J., & Daniluk, J. C. (2002). Her body speaks: The experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 80(1), 77-85.
- Páez, D., Fernández, I., & Beristain, C. M. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. *San Juan C, comp. Catástrofes y ayuda de emergencia. Barcelona: Icaria*, 85-148.
- Pérez de Armiño, K. (1999), Vulnerabilidad y desastres. Causas estructurales y procesos de la crisis de África, Cuadernos de Trabajo de HEGOA, nº 24, Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Pérez Fariñas, R. (2004). Un acercamiento al Arteterapia para la educación. En: Martínez Díez, Noemí y López Cao, Marián (Coord.), *Arteterapia y educación*, (pp. 249- 261). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de educación.
- Peña Galbán, L. Y., Espíndola Artola, A., Cardoso Hernández, J., & González Hidalgo, T. (2007). La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas. *Humanidades Médicas*, 7(3), 0-0.
- Pifalo, T. (2007). Jogging the cogs: Trauma-focused art therapy and cognitive behavioral therapy with sexually abused children. *Art Therapy*, 24(4), 170-175.
- Pinheiro, P. S. (2006). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños de las Naciones Unidas. *Asamblea General. ONU*, 1-37.
- Pretorius, G., & Pfeifer, N. (2010). Group art therapy with sexually abused girls. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 63-73.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ªed.). Consultado en <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=XgTzzZP1VDXX2bqIP2Od>
- Rodríguez, T. P. (2009). El cuerpo enclaustrado. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 27-42.
- Ruiz-Vargas, J. M. (2006). Trauma y memoria de la Guerra Civil y de la dictadura franquista. *HISPANIA NOVA. Revista de Historia Contemporánea*, 6.

Salvador, M. (2010). El Trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 5-16.

Spiegel, D., Malchiodi, C., Backos, A., & Collie, K. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy*, 23(4), 157-164.

Thomsen, E. (2011). Fundamentos de Arte terapia. En Mateos Hernández, Luis Alberto. (Coord.), *Terapias artístico creativa: Musicoterapia, Arte terapia, Danza Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama* (pp. 195- 216). Salamanca: Amarú Ediciones.

Valero Valero, M., García Renedo, M., & Gil Beltrán, J. M. (2001). Conceptualización y delimitación del término desastre.

Villalibre Calderón, C. (2013). Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: Revisión histórica y bibliográfica.



ANEXO. Tabla artículos revisión bibliográficas

Tema	Nombre del artículo	Autor	Año de publicación
Arteterapia y abusos	El corazón bajo la cama	Alonso, M.L	2010
	La fotografía como diario de vida	Menéndez, C	2008
	El cuerpo enclaustrado	Rodríguez, T.P	2009
	Jogging the Cogs: Trauma-Focused Art Therapy and Cognitive Behavioral Therapy with Sexually Abused Children	Pífalo, T	2009
	Her body speaks: The experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse.	Mills, L.J., y Daniluk, J.C	2002
	Group art therapy with sexually abused girls.	Pretorius, G., y Pfeifer, N	2010
	An evaluation of visual arts and poetry as therapeutic interventions with abused adolescents	Brillantes-Evangelista, G	2013
Arteterapia y catástrofes	El negro es el color o¿ para qué dibujan los niños?.	Cao, M.L.F., y Augustowsky, G	2007
	Art therapy with child tsunami survivors in Sri Lanka.	Chilcote, R.L	2007

	In the shadows of terror: A community neighboring the World Trade Center disaster uses art therapy to process trauma.	González-Dolginko, B	2002
	LA MÚSICOTERAPIA EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA POLÍTICA.	Bardia, A.S	2008
Arteterapia y guerra	Las hebras para hilvanar la vida: el dibujo del dolor.	Merino, A.H	2006
	Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers.	Bensimon, M., Amir D., y Wolf, Y	2008
	Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice.	Spiegel, D., Malchiodi, C., Backos, A. y Collie, K	2006
	Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors.	Harris, D.A	2007
	A pendulum between trauma and life: Group music therapy with post-traumatized soldiers.	Bensimon, M., Amir., y Wolf, Y	2012
	Kopytin, A., &	Kopytin, A., y	2013

	Lebedev, A. (2013). Humor, self-attitude, emotions, and cognitions in group art therapy with war veterans.	Lebedev, A.	
--	---	-------------	--

