

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**La Efectividad del Arte Terapia con Mediación Plástica en el
Mejoramiento de las Relaciones Sociales y el Rendimiento
Académico de Niños de Seis Años Diagnosticados con Mutismo
Selectivo**

Gabriela Adriana Camacho López

Psicología

Trabajo de integración curricular presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 9 de diciembre de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**La Efectividad del Arte Terapia con Mediación Plástica en el
Mejoramiento de las Relaciones Sociales y el Rendimiento Académico de
Niños de Seis Años Diagnosticados con Mutismo Selectivo**

Gabriela Adriana Camacho López

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Daniela Verónica Ziritt Cruz, MSc.

Firma del profesor:

Quito, 9 de diciembre de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Gabriela Adriana Camacho López

Código:

00131408

Cédula de identidad:

1755859095

Lugar y fecha:

Quito, 9 de diciembre de 2019

RESUMEN

El mutismo selectivo es un trastorno caracterizado por la incapacidad de comunicarse en ciertas situaciones sociales a pesar de hacerlo con normalidad en otras. Este trastorno suele iniciar en la niñez temprana, sin embargo los síntomas suelen volverse más intensos y desadaptativos cuando el niño ingresa al sistema educativo, afectando negativamente sus logros académicos e interacción social. La incapacidad de hablar observada en este trastorno no es generada por problemas de comunicación. Los síntomas del mutismo selectivo y su severidad están relacionados significativamente con la ansiedad. El objetivo de este proyecto de investigación es analizar la efectividad del arte terapia con mediación plástica en el mejoramiento del rendimiento académico y relaciones sociales de niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo. La población seleccionada para el estudio serán niños y niñas quiteños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo que vayan a ingresar a su segundo año de educación general básica en escuelas privadas de Quito, Ecuador. Los participantes realizarán diez sesiones de arte terapia con mediación plástica, período tras el cual se analizará sus niveles de ansiedad y progreso en el ámbito académico y social. Ya que la intensidad y la severidad de los síntomas presentes en el mutismo selectivo están correlacionados significativamente con la ansiedad, se espera los resultados obtenidos tras la realización del proyecto indiquen que la disminución de la misma a través de la aplicación del arte terapia con mediación plástica contribuye con el mejoramiento de las relaciones sociales y el rendimiento académico de los participantes.

Palabras clave: Mutismo selectivo, arte terapia, rendimiento académico, relaciones sociales, ansiedad.

ABSTRACT

Selective mutism is a disorder which is characterized by the inability to communicate in certain social situations. This disorder normally starts in the early childhood, although the symptoms usually get more intense and maladaptive when the child enters the education system, negatively affecting its academic achievements and social interactions. The incapacity to talk viewed in this disorder is not caused by communication problems. The selective mutism' symptoms and their severity are significantly related with anxiety. The objective of this investigation project is to analyze the effectiveness of art therapy with plastic mediation in the improvement of the academic performance and social relationships of six-years-old children diagnosed with selective mutism. The population that has been selected for this study are children with selective mutism that are going to study their second year of general basic education in private schools of Quito, Ecuador. The participants will attend to ten sessions of art therapy with plastic mediation, time after which their anxiety levels and progress in the academic and social fields will be analyzed. Due to the intensity and severity of selective mutism' symptoms are significantly correlated with anxiety, it is expected to obtained results that show that the decrease of anxiety through the application of art therapy with plastic mediation promotes the improvement of the participants' academic performance and social relationships.

Key words: Selective mutism, art therapy, academic performance, social relationships, anxiety.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| Planteamiento del problema..... | 8 |
| Justificación | 10 |
| Objetivos de la investigación | 10 |
| MARCO TEÓRICO | 12 |
| Mutismo selectivo..... | 12 |
| Antecedentes | 12 |
| Criterios de diagnóstico..... | 13 |
| Prevalencia y evolución | 14 |
| El mutismo selectivo en el ámbito académico | 15 |
| Etiología..... | 16 |
| Factores genéticos | 16 |
| Factores del neurodesarrollo..... | 17 |
| Temperamento..... | 18 |
| Factores ambientales | 19 |
| El mutismo selectivo y la ansiedad | 20 |
| El arte terapia | 22 |
| Características del arte terapia | 22 |
| El rol del arte-terapeuta | 23 |
| Clasificación del arte terapia..... | 24 |
| El arte terapia con mediación plástica..... | 24 |
| Actividades realizadas | 26 |
| Beneficios del uso del arte terapia | 27 |
| El arte terapia y la ansiedad | 28 |
| DISEÑO Y METODOLOGÍA | 32 |
| Diseño | 32 |
| Población..... | 33 |
| Instrumentos..... | 35 |
| Procedimiento de recolección de datos..... | 37 |
| Análisis de datos | 40 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 42 |
| DISCUSIÓN | 43 |

| | |
|--------------------------------|----|
| Fortalezas y limitaciones..... | 43 |
| Recomendaciones | 44 |
| REFERENCIAS..... | 45 |
| ANEXO A..... | 53 |
| ANEXO B..... | 61 |
| ANEXO C..... | 64 |

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

La Efectividad del Arte Terapia con Mediación Plástica en el Mejoramiento de las Relaciones Sociales y el Rendimiento Académico de Niños de Seis Años Diagnosticados con Mutismo Selectivo

Planteamiento del problema

El mutismo selectivo es un trastorno poco común caracterizado por la incapacidad de hablar en situaciones sociales específicas a pesar de hacerlo en otras circunstancias (American Psychiatric Association, 2014). Este trastorno suele presentarse entre los dos y cinco años de edad teniendo una duración promedio de ocho años. Sin embargo, los síntomas generalmente son más evidentes y maladaptativos cuando el niño ingresa al sistema educativo, ya que los mismos interfieren significativamente en sus logros académicos e interacción social (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen & Gutenbrunner, 2001). La falta de comunicación con sus pares y profesores, así como también la dificultad para adaptarse al nuevo entorno al que son expuestos repercuten negativamente en el desarrollo social, personal y académico del individuo (Cortés, Gallego & Marco, 2009).

La incapacidad de hablar que caracteriza al mutismo selectivo no es causada por déficits en el lenguaje o por la existencia de trastornos de la comunicación (American Psychiatric Association, 2014). Diversos estudios han demostrado que los síntomas observados en este trastorno están relacionados con la ansiedad (Muris & Ollendick, 2015). Altos niveles de ansiedad presentes antes y durante el desarrollo del trastorno están correlacionadas significativamente con la severidad de los síntomas (Cohan et al., 2008). De hecho, la relación entre el mutismo selectivo y la ansiedad es tan relevante que la última versión del Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) clasifica al mutismo selectivo como un trastorno de ansiedad (American Psychiatric Association, 2014).

El arte terapia con mediación plástica, un tratamiento psicológico que emplea medios de expresión artística manuales y visuales con fines terapéuticos (Bassols, 2006), ha resultado eficiente en la disminución de la ansiedad. Varios estudios han demostrado que este tratamiento es eficaz para reducir la ansiedad en poblaciones adultas, como estudiantes universitarios y reclusos (Abbing et al., 2018). Aunque se han realizado pocas investigaciones analizando el efecto del arte terapia en poblaciones infantiles, se ha encontrado que este tratamiento es eficiente en niños con enfermedades crónicas ya que permite la disminución de la ansiedad relacionada a su condición (Beebe, Gelfand & Bender, 2010).

Debido a que el arte terapia con mediación plástica es utilizado exitosamente para reducir los niveles de ansiedad en poblaciones adultas, en el presente trabajo se busca analizar su efectividad en niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo que ingresan al segundo año de educación básica. Ya que la intensidad y la severidad de los síntomas presentes en el mutismo selectivo están correlacionados significativamente con la ansiedad, se espera determinar si la disminución de la misma podría contribuir en el mejoramiento de las relaciones sociales y el rendimiento académico afectados negativamente por el trastorno.

Pregunta de investigación.

¿Cómo y hasta qué punto el arte terapia con mediación plástica contribuye en el mejoramiento de las relaciones sociales y el rendimiento académico en niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo?

Justificación

Aunque el mutismo selectivo es un trastorno que causa un impacto negativo significativo en el funcionamiento social, académico y/o laboral de quien lo padece, existe muy poca información acerca del mismo (Oerbeck, Manassis, Romvig & Kristensen, 2018). La falta de estudios que aporten datos acerca de la evolución del trastorno y su etiología, así como también la insuficiencia de investigaciones que analicen la efectividad de los tratamientos empleados evita que el mutismo selectivo se comprenda en su totalidad.

Debido a que el presente proyecto de investigación busca determinar la efectividad del arte terapia con mediación plástica para la reducción de la ansiedad en niños de edades escolares diagnosticados con mutismo selectivo, se considera que la realización de este proyecto podría contribuir en la adquisición de información relevante acerca del trastorno. Esta investigación busca aportar información acerca de la aplicación de posibles tratamientos en poblaciones infantiles y su impacto en el curso del trastorno.

Objetivos de la investigación

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la eficacia del arte terapia con mediación plástica para la reducción de la ansiedad en niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo. Ya que la ansiedad está correlacionada significativamente con la severidad del trastorno, se busca analizar si la disminución de la misma contribuye en el mejoramiento de su rendimiento académico y relaciones sociales en el segundo año de educación básica.

Objetivo general.

- Determinar la eficacia del arte terapia con mediación plástica en el mejoramiento del rendimiento académico y relaciones sociales en niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo.

Objetivos específicos.

- Demostrar la relación entre la ansiedad y la severidad de los síntomas presentes en el mutismo selectivo.
- Establecer la eficacia del arte terapia en la reducción de la ansiedad en niños.
- Determinar si la disminución de la ansiedad contribuye en el mejoramiento del rendimiento académico y las relaciones sociales de niños en edades escolares diagnosticados con mutismo selectivo.

Marco teórico

La revisión de literatura que se expondrá a continuación tiene como objetivo brindar la información necesaria para comprender a cabalidad la propuesta que se plantea en la presente investigación. Con este propósito, se dividirá al marco teórico en dos temas principales: El mutismo selectivo y el arte terapia. Cada una de estas dos secciones contendrá diversos subtemas que permitirán analizar detalladamente todos los aspectos relevantes a la propuesta planteada. La información detallada tanto en esta sección como en el resto del trabajo de investigación procede de fuentes confiables provenientes de publicaciones revisadas por pares y literatura científica.

Mutismo selectivo

Antecedentes.

A finales del siglo XIX, el médico Adolf Kussmaul (1877) describió un trastorno observado en individuos que se negaban a hablar en determinadas ocasiones a pesar de hacerlo con normalidad en otras. Enfatizando en lo que él consideró una elección voluntaria, denominó a esta condición *afasia voluntaria*. En 1934, Moritz Tramer decidió investigar más acerca de este trastorno. Considerando también que esta condición era voluntaria y que los niños no hablaban porque elegían no hacerlo, renombró a este trastorno como *mutismo electivo* (Dow, Sonies, Scheib, Moss & Leonard, 1995).

Con el transcurso del tiempo y tras la realización de diversas investigaciones, en 1994 se adoptó oficialmente el nombre de mutismo selectivo y se incluyó a este trastorno en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), clasificándolo en la categoría de los trastornos diagnosticados durante la infancia, niñez y adolescencia (American Psychiatric Association, 1994). En esta edición del DSM, se optó por reemplazar el término electivo por selectivo con el fin de mostrar una actitud más neutral con

respecto a los motivos de los niños, así como también enfatizar en el hecho de que la ausencia de la comunicación oral se producía exclusivamente en contextos específicos (Oerbeck et al., 2018).

Criterios de diagnóstico.

En la actualidad, el mutismo selectivo (MS) es considerado un trastorno de la ansiedad caracterizado por la incapacidad constante de comunicarse en situaciones específicas a pesar de hacerlo con normalidad en otras (Olivares, Alcázar & Olivares, 2007). El mutismo selectivo también puede ser específico a personas. En una misma situación, la presencia de determinados individuos puede reducir o incrementar significativamente los síntomas del trastorno (Oerbeck et al., 2018). Tanto las situaciones como las personas que suelen suscitar los comportamientos característicos del mutismo selectivo suelen ser aquellas que generan ansiedad en el individuo, por lo que la escuela y el jardín de infantes comúnmente son los ambientes en los que los niños se van más incapacitados (Oerbeck et al., 2018).

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) señala cinco principales criterios de diagnóstico para el mutismo selectivo (American Psychiatric Association, 2014):

1. Fracaso persistente para comunicarse oralmente en situaciones específicas, como en la escuela o situaciones sociales, a pesar de hacerlo con normalidad en otras situaciones (American Psychiatric Association, 2014).
2. La carencia específica del habla debe estar presente por al menos un mes. Cabe recalcar que este criterio no aplica al primer mes de escuela, ya que es común que durante este primer mes los niños cambien temporalmente su comportamiento del habla debido a la novedad de la situación (American Psychiatric Association, 2014).

3. La ausencia del habla interfiere significativamente con el funcionamiento cotidiano del individuo, afectando negativamente sus relaciones social y funcionamiento académico o laboral (American Psychiatric Association, 2014).
4. El fracaso para hablar no debe atribuirse a la incomodidad o al desconocimiento del lenguaje utilizado en la situación social específica (American Psychiatric Association, 2014).
5. La alteración en el habla no es mejor explicada por un trastorno de la comunicación, ni ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico (American Psychiatric Association, 2014).

Prevalencia y evolución.

El mutismo selectivo es un trastorno muy poco común. Se estima que la prevalencia de este trastorno es de aproximadamente el 1%, presentándose mayoritariamente en una población infantil (American Psychiatric Association, 2014). Aunque ciertos estudios han descrito una prevalencia similar entre géneros, la mayoría de las investigaciones sugieren que este trastorno afecta más frecuentemente a las niñas con una proporción aproximada de 6:1 (Hua & Major, 2016).

Generalmente, el mutismo selectivo inicia entre los dos y cinco años. Sin embargo, es común que no sea detectado hasta que los niños ingresan a la educación básica, en donde comunicarse oralmente es un factor esencial para la socialización y el aprendizaje, y en donde sus dificultades son más evidentes (Carbone et al., 2010).

Los estudios de seguimiento realizados indican que el mutismo selectivo tiene una duración promedio de ocho años, tiempo tras el cual los síntomas disminuyen o desaparecen totalmente (Remschmidt et al., 2001). Sin embargo, es muy frecuente que las personas que padecen de este trastorno continúen presentando ciertas dificultades. De hecho, si el mutismo

selectivo no es tratado adecuadamente durante la niñez es común que durante la adultez los individuos continúen presentando problemas de comunicación, ansiedad social y un mayor riesgo de sufrir otros trastorno psicológicos (Steinhausen, Wachter, Laimböck & Winkler, 2006).

El mutismo selectivo en el ámbito académico.

La escuela es uno de los principales entornos en los que se evidencia los síntomas del mutismo selectivo y su impacto en el individuo que lo padece (Oerbeck et al., 2018). De hecho, muchos niños permanecen sin ser diagnosticados durante varios años hasta que ingresan al sistema de educación básica (Hung, Spencer & Dronamraju, 2012). La inhibición del habla o la aprehensión de hablar en situaciones desconocidas es un fenómeno común, en especial en niños preescolares (Black & Uhde, 1995). Es frecuente que los niños presenten timidez y se muestren cautelosos al momento de ingresar a la escuela, sin embargo estos comportamientos se vuelven significativamente desadaptativos cuando se transforman en un rechazo total a comunicarse con sus compañeros y profesores (Baldwin & Cline, 1991).

Debido a que el habla es una parte importante de la comunicación y el aprendizaje, ser incapaz de hablar en el entorno escolar afecta negativamente el desempeño académico y social del niño. Este trastorno limita sus oportunidades de interacción social, así como también restringe la realización de actividades académicas (Krysanski, 2003). La comunicación es imprescindible para la adaptación adecuada al entorno escolar, y aunque existen otras maneras de expresión, el lenguaje oral es esencial en este medio (Gómez, 2003). El mutismo selectivo puede llegar incluso a afectar la comunicación no verbal del individuo generando que los niños eviten reír, toser o expresar su necesidades cuando se encuentran en la escuela (Oerbeck et al., 2018).

En el entorno escolar, el mutismo selectivo puede evidenciarse mediante ciertas conductas. En primer lugar, los niños diagnosticados con este trastorno, según Gómez (2003), suelen hablar muy poco llegando incluso a no comunicarse en absoluto. A su vez, suelen presentar respuestas de evitación. Es decir, comportamientos que les eviten tener que enfrentarse a una situación específica en la que tenga que hablar, tales como: No quedarse a solas con los maestros, no participar en actividades grupales y no asistir al colegio (Gómez, 2003). En el caso de que estas respuestas de evitación no puedan producirse, es común que los niños presenten respuestas de escape. Estas respuestas tienen el objetivo de evitar la contestación en el caso de verse obligados a emitir una, como por ejemplo: Taparse los oídos y huir corriendo (Gómez, 2003). De igual manera, existen respuestas fisiológicas que se pueden observar en estos individuos. Muchos niños con mutismo selectivo suelen presentar sudoración excesiva, aumentos en el ritmo cardíaco, náuseas y sofocos (Gómez, 2003).

La detección e intervención del mutismo selectivo adquiere mayor importancia en años preescolares y primeros grados de educación básica, ya que una detección y tratamiento tempranos pueden prevenir problemas secundarios relacionados con el aprendizaje y la socialización en años posteriores (Stone, Kratochwil, Sladeczek & Serlin, 2002).

Etiología.

Hasta la actualidad, se desconoce la causa exacta del mutismo selectivo. Sin embargo, se considera que la interacción entre factores genéticos, ambientales, del neurodesarrollo y el temperamento es responsable del surgimiento de este trastorno (Oerbeck et al., 2018).

Factores genéticos.

Diversos estudios han demostrado que el mutismo selectivo y algunos síntomas asociados suelen presentarse considerablemente en mayores proporciones en familias con hijos

diagnosticados con este trastorno (Muris & Ollendick, 2015). Los resultados obtenidos en estas investigaciones muestran consistentemente que tanto los padres como las madres de estos niños presentan mayores niveles de timidez y ansiedad, así como también la preferencia por actividades solitarias en relación a las muestras de control (Kristensen & Torgersen, 2002).

A su vez, se ha descubierto que alteraciones en el gen CNTNAP 2, gen asociado a problemas en la interacción y comunicación social, están relacionados con el mutismo selectivo, así como también con la ansiedad social y los rasgos ansiosos (Stein et al., 2011). Estos resultados no sólo señalan las variaciones genéticas que podrían producir el mutismo selectivo, sino que también indican una relación de origen genético entre el mutismo selectivo y los trastornos de ansiedad (Muris & Ollendick, 2015).

Factores del neurodesarrollo.

Los estudios realizados señalan que existen ciertos factores del neurodesarrollo implicados en el mutismo selectivo. Por una parte, se ha descubierto que existe una alta prevalencia de trastornos del lenguaje en niños diagnosticados con MS. Se encontró que la mitad de los niños que padecían este trastorno presentaban comorbilidad con trastornos mixtos del lenguaje receptivo-expresivo (17%), trastornos del lenguaje expresivo (12%) y trastornos fonológicos (43%) (Kristensen, 2000). De igual manera, se ha descubierto que los niños con mutismo selectivo puntúan significativamente menos en test de habilidades receptivas de vocabulario y gramática en relación a las muestras de control (Manassis et al., 2007). Por otra parte, se ha postulado que los niños con MS pueden presentar deficiencias en las habilidades sociales. Estudios basados en reportes de padres y maestros señalan que los niños diagnosticados con este trastorno presentan menores niveles de aserción y habilidades sociales en relación a las muestras de control (Carbone et al., 2010).

Diversos autores han argumentado que los niños con mutismo selectivo no solo presentan problemas del lenguaje y deficiencias en las habilidades sociales, si no que también muestran señales de retraso en el desarrollo. Un estudio realizado por Kristensen (2000) demostró que los niños diagnosticados con este trastorno suelen presentar con mayor frecuencia problemas prenatales, así como también alteraciones en la función motora gruesa.

La evitación tanto de las dificultades experimentadas como de las emociones negativas asociadas a ellas parece ser el principal mecanismo que conecta al mutismo selectivo con los problemas del desarrollo (Muris & Ollendick, 2015). Se postula que la evitación del habla en los niños con mutismo selectivo es esencialmente una estrategia de regulación. Mediante el silencio, los niños evitan o reducen la ansiedad u otra emoción negativa generada por una situación desconocida (Scott & Beidel, 2011). Sin embargo, este mismo mecanismo juega un rol importante en el mantenimiento del trastorno, ya que al aliviar o remover los síntomas negativos se convierte en un reforzador del comportamiento evitativo (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013).

Temperamento.

Se considera que el mutismo selectivo comparte características con el constructo de inhibición comportamental del temperamento (Muris & Ollendick, 2015). La inhibición del comportamiento es definida como la tendencia persistente a mostrar miedo y evitación, la misma que se manifiesta durante la niñez como la falta del habla espontánea frente a la presencia de personas desconocidas (Kagan, 1994). A pesar de que no existe evidencia empírica directa que apoye la relación entre la inhibición comportamental y el mutismo selectivo, varios estudios han señalado que los niños con este trastorno presentan características que sugieren un temperamento de comportamiento inhibido (Gensthaler et al., 2016).

Cabe recalcar que la inhibición comportamental en la niñez temprana está asociada significativamente con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en la niñez tardía o adultez (Hirshfeld-Becker et al., 2008), lo que sugiere que el mutismo selectivo y la ansiedad comparten un camino etiológico (Clauss & Blackford, 2012).

Factores ambientales.

Existen diversos factores ambientales que pueden contribuir en el surgimiento o mantenimiento del mutismo selectivo. Se ha encontrado que los estilos de crianza pueden llegar a influenciar en la aparición de este trastorno. Estudios indican que los padres de niños con MS suelen ser más controladores y sobreprotectores en relación a la muestra de control (Edison et al., 2011).

De igual manera, los factores situacionales han demostrado también ser muy relevantes. Mucho niños con este trastorno no hablan exclusivamente en el colegio, lo que sugiere que los síntomas pueden presentarse debido a problemas específicos que ocurren en este ambiente determinado (Kumpulainen, Räsänen, Raaska & Somppi, 1998). Por una parte, la mayor parte de las actividades académicas requieren un alto nivel de comunicación verbal lo que afecta negativamente el desempeño de los niños con dificultades para comunicarse (Muris & Ollendick, 2015). En segundo lugar, los niños con mutismo selectivo son menos competentes en el ámbito social, por lo que la relación con sus pares puede dificultarse. Los niños que presentan este trastorno son más inseguros durante las interacciones sociales lo que evita que se unan a grupos o entablen amistades (Levin-Decanini, Connolly, Simpson, Suarez & Jacob, 2013). Cabe recalcar que esta relación entre la escuela y el MS es probablemente bidireccional. Puede ser posible que los niños no se comuniquen oralmente en la escuela debido a problemas sociales y académicos, así como también puede ser plausible que los problemas surjan como consecuencia de no hablar en la escuela (Muris & Ollendick, 2015).

Finalmente, varios estudios parecen indicar que el mutismo selectivo suele presentarse en una proporción ligeramente más alta en hijos de familias migrantes (Manassis et al., 2007). Se desconoce cómo este factor está relacionado exactamente con el trastorno, pero se sugiere que los procesos de aculturación, la adquisición de un nuevo lenguaje, la discriminación y el rechazo de los pares pueden ser los responsables de dicha asociación (Viana, Beidel & Rabian 2009).

El mutismo selectivo y la ansiedad.

Varias investigaciones han recalado la importancia del rol de la ansiedad en el origen y severidad de los síntomas observados en el mutismo selectivo (Muris & Ollendick, 2015). La relación entre estos dos trastornos es tan significativa que en la actualidad el MS es considerado un trastorno de ansiedad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014).

Como se describió previamente en la sección de “Etiología”, el mutismo selectivo y los trastornos de ansiedad parecen compartir una etiología similar. Desde la perspectiva genética se postula que alteraciones en determinados genes, como por ejemplo el gen CNTNAP 2, pueden estar relacionados tanto con el origen del mutismo selectivo como de los trastornos de ansiedad y rasgos ansiosos (Stein et al., 2011). Por otra parte, desde el punto de vista temperamental, la inhibición comportamental observada en los niños diagnosticados con este trastorno está también asociada con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad (Hirshfeld-Becker et al., 2008).

El mutismo selectivo y la ansiedad no sólo comparten una etiología similar. Es muy frecuente que los individuos diagnosticados con MS presenten síntomas observados en los trastornos de ansiedad (Gensthaler, Maichrowitz & Kaess, 2016). De hecho, los estudios realizados han encontrado una comorbilidad de aproximadamente el 90% (Oerbeck, Stein &

Wentzel-Larsen, 2014). Las investigaciones realizadas señalan que los niños con mutismo selectivo presentan mayores niveles de síntomas ansiosos (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan & Stein, 2007), así como también niveles de ansiedad comparables con niños diagnosticados con fobia social y otros trastorno de ansiedad (Levin-Decanini et al., 2013). De hecho, existen ciertas investigaciones que postulan que los niños diagnosticados con mutismo selectivo presentan una ansiedad social más severa en relación a los niños diagnosticados con fobia social sin la presencia de MS (Young, Bunell & Beidel, 2012).

De igual manera, antes del inicio del trastorno, es común que las personas con mutismo selectivo presenten comportamientos relacionados con la ansiedad, como: Timidez, evitación y retracción (Ford, Sladeczek, Carlson & Kratochwill, 1998). A su vez, se ha observado en varios individuos con mutismo selectivo un habla poco espontánea caracterizada por una baja frecuencia y volumen muy similar a la de las personas diagnosticadas con fobia social y/o ansiedad social (Ford et al., 1998). Finalmente, estudios realizados utilizando como herramientas pruebas estandarizadas, como Child Behavior Checklist, han demostrado que los niños con mutismo selectivo marcan más frecuentemente en ítems relacionados a la ansiedad, tales como: “Demasiado miedoso o ansioso”, “miedo a ciertos animales, situaciones o lugares” y “tímido” (Ford et al., 1998).

Es evidente que la ansiedad es un elemento significativo en el mutismo selectivo. El MS no sólo comparte un origen etiológico con los trastornos de ansiedad, sino que también coocurre con mayor frecuencia con una variedad de condiciones relacionadas a la misma y comúnmente presenta síntomas observados en los diversos trastornos de ansiedad (Sharp, Sherman & Gross, 2007).

El arte terapia

Características del arte terapia.

El arte terapia es definido como un servicio de salud mental integrativo que tiene el objetivo de enriquecer la vida de individuos, familias y comunidades a través de la creación activa de arte y el proceso creativo aplicado mediante la teoría psicológica (American Art Therapy Association, 2017). Este tratamiento psicológico se enfoca principalmente en el individuo y su proceso creativo. Mediante la creación de formas de producción, el individuo logra una expresión simbólica no verbal que facilita su desarrollo y bienestar (Bassols, 2006). La obra final expresa la interioridad de una persona (Cury, 2007), mientras que el proceso de elaboración le permite la experimentación de sensaciones generadas a través de lo creado (Covarrubias, 2006). El arte terapia es un medio que permite a los individuos analizar sus emociones conscientes e inconscientes y exteriorizarlas con el fin de lograr una resolución (Cury, 2007)

El arte terapia utiliza el arte como medio principal de expresión y comunicación (British Association of Art Therapists, 2019). A través de métodos integrativos, el arte terapia involucra al cuerpo y a la mente de maneras que no son posibles a través de la articulación verbal por sí sola. Los elementos kinestésicos, sensoriales y perceptuales que ofrece el arte terapia permiten métodos alternativos de comunicación expresiva y receptiva, los mismos que facilitan la superación de las limitaciones del lenguaje oral (American Art Therapy Association, 2017).

Esta terapia psicológica es utilizada con el propósito de mejorar funciones cognitivas y motoras, así como también fomentar la autoestima. A su vez, el uso del arte terapia tiene el objetivo de cultivar la resiliencia emocional, promover el insight, mejorar habilidades sociales, disminuir la ansiedad y resolver conflictos (American Art Therapy Association, 2017).

El arte terapia es un tratamiento psicológico que puede ser aplicado de forma individual o grupal en individuos de cualquier edad provenientes de diversos contextos culturales

(Wadeson, 1980). Respetando los valores y creencias de los individuos que solicitan este tratamiento, el arte terapia puede ser utilizado en personas que enfrentan problemas médicos y mentales, así como también en personas que buscan crecimiento personal, creativo y emocional (American Art Therapy Association, 2017).

El rol del arte-terapeuta.

Los profesionales dedicados al arte terapia deben cumplir con ciertas funciones para que la misma sea realizada exitosamente. Según Klein, Bassols y Bonet (2006), entre las principales responsabilidades del terapeuta que maneja este enfoque se encuentran:

- Posibilitar la evolución y transformación del cliente mediante la producción artística.
- Evitar la interpretación y juicio personal de las obras creadas por el cliente. Generar y mantener un sistema de reglas que estructuren la creación artística mediante técnicas terapéuticas.
- Direccionar y acompañar respetuosamente el proceso artístico del paciente. Mostrar flexibilidad ante propuestas generadas por el cliente.
- Escuchar las demandas, necesidades e intereses de las personas que están realizando la terapia.
- Trabajar con la obra artística incluyendo el análisis de su proceso creativo con el fin de tener una perspectiva completa de las emociones expresadas a través de la creación.
- Propiciar un ambiente que facilite las actividades creativas y evite la presencia de ansiedad o presión

La creación, el proceso, la evolución y la transformación son algunos de los elementos principales que se buscan generar mediante el arte terapia, por lo que las funciones del terapeuta siempre deben estar orientadas a promoverlas y propiciarlas (Bassols, 2006).

Clasificación del arte terapia.

Existen diferentes tipos de formas y lenguajes artísticos empleados en las sesiones de arte terapia. Las artes escénicas, las artes literarias, las artes musicales y las artes plásticas son las principales (Bassols, 2006). Para elegir un material o método artístico se requiere considerar la relevancia del medio en la intención creativa así como también la habilidad de la persona o grupo particular (Rubin, Torres, Rosales & Balmaceda, 2005). Las artes escénicas, como la danza y el teatro, utilizan al movimiento corporal y a la actuación como medios de expresión. Las artes literarias, como la escritura creativa, emplean a la palabra como instrumento terapéutico. Las artes musicales, como la creación de canciones, usan como elementos principales a la música y a los sonidos. Finalmente, las artes plásticas se enfocan en la utilización de materiales que pueden ser modificados (Bassols, 2006).

Por otra parte, el arte terapia también puede ser dividido dependiendo de la estructuración de las sesiones terapéuticas. En el arte terapia directiva, el terapeuta estructura totalmente la sesión de trabajo, decidiendo y determinando las actividades creativas, los materiales y las técnicas artísticas que el cliente puede utilizar. En la terapia semi-directiva, el terapeuta ofrece sólo instrucciones básicas otorgando una mayor libertad creativa al paciente. Finalmente, en el arte terapia no directiva, el terapeuta hace todo lo posible por no involucrarse en el proceso creativo del paciente permitiendo que elija libremente los materiales, los temas y las técnicas con las que desea desarrollar su proceso artístico (Moreno, 2007).

El arte terapia con mediación plástica.

Las técnicas y materiales plástico-visuales son una parte fundamental del proceso del arte terapia. De hecho, las artes plásticas y visuales son las que se emplean con mayor frecuencia en el arte terapia (Abbing et al., 2018). El arte terapia con mediación plástica se basa en el principio de que las expresiones simbólicas y visuales dan voz a la experiencia y promueven

una transformación en el individuo que las practica (American Art Therapy Association, 2017). La experimentación de la materia y el valor simbólico de las obras creadas permiten a su autor la exploración de emociones y pensamientos desde la diversidad de perspectivas que los medios plásticos ofrecen. Las características específicas de las técnicas empleadas reflejan y transforman las experiencias psicológicas en cambios positivos que permite la superación de dificultades (López, 2011).

El arte terapia con mediación plástica ha logrado incorporar tanto tradición como innovación (López, 2011) poniendo a disposición del terapeuta diversas técnicas, materiales y recursos que incluyen desde elementos clásico como el dibujo, la pintura y la escultura hasta técnicas contemporáneas como el collage, la fotografía, el video y las instalaciones (Bassols, 2006). Cada técnica plantea diferentes retos, por lo que es fundamental que los clientes tengan la posibilidad de trabajar con la mayor variedad posible. Si la técnica utilizada es siempre la misma, las personas pueden empezar a repetir comportamientos. El cambio cíclico de recursos artísticos ofrece la oportunidad de desbloquear reacciones y transformar actitudes frente a las situaciones que se pueden experimentar durante las sesiones terapéuticas (López, 2011).

Es importante que las técnicas y materiales ofrecidos permitan una ejecución sencilla para que puedan ser realizadas o utilizadas con éxito por cualquier tipo de personas, incluyendo aquellas que no tienen experiencia en las artes plásticas (Polo, 2003). De igual manera, los recursos deben facilitar la concreción de una obra artística eficazmente comunicativa que posibiliten su posterior análisis y lectura (Polo, 2003). A su vez, tanto los materiales y recursos como las técnicas empleadas deben permitir el goce y la obtención de satisfacción a través del trabajo creativo, favoreciendo así la autoestima, la confianza y el sentido de realización personal (Polo, 2003). El terapeuta debe ser sensible a las habilidades y necesidades de cada individuo y evitar materiales que causen frustración y sean difíciles de manejar. Finalmente, cabe recalcar que por más diversas y ricas que sean las técnicas artísticas empleadas, solamente tendrán un

valor terapéutico si proporcionan un medio de comunicación entre el cliente y el terapeuta (López 2011).

Actividades realizadas en el arte terapia con mediación plástica.

Sin importar el recurso o técnica empleadas, existen cuatro principales actividades que se realizan en las sesiones de arte terapia con mediación plástica. Cada una de estas actividades cumple con propósitos específicos que permiten emplear los elementos terapéuticos del arte y lograr un cambio positivo en los individuos que están realizando el tratamiento (López, 2011).

En primer lugar, se encuentran las actividades precursoras, las mismas que están diseñadas con el propósito de explorar las propiedades físicas de cada material artístico y experimentar sensaciones perceptivas (López, 2011). Durante estas actividades no se generan creaciones concretas de configuraciones simbólicas. Debido a las características estimulantes de estas actividades, las mismas están direccionadas a fomentar la activación creativa (Kramer, 1971).

En segundo lugar, están las actividades que promueven la descarga caótica. Estas actividades tienen el propósito de utilizar de manera destructiva los materiales artísticos para de esta manera descargar emociones negativas intensas tales como la rabia, la impotencia y la angustia. La destrucción de los recursos tienen una finalidad puramente catártica (Kramer, 1971).

En tercer lugar, está el arte que se realiza en servicio de la defensa. Estas creaciones se producen cuando el cliente realiza gestos gráficos estereotipados, como copiar o dibujar siempre lo mismo (López, 2011). Estas actividades permiten al terapeuta identificar si el individuo tiene dificultad para expresar abiertamente sus emociones (Kramer, 1971).

Finalmente, existen actividades que fomentan la expresión formada, las mismas que son producciones que contienen un alto nivel simbólico y están cargadas de contenido emocional.

Estas actividades fomentan la autoexpresión y la comunicación tanto con con el terapeuta como cualquier observador externo (Kramer, 1971).

Beneficios del uso del arte terapia.

El uso del arte en el tratamiento psicológico ofrece diversas ventajas y beneficios. En primer lugar, el arte terapia es un tratamiento que no se basa en la comunicación oral por lo que permite la expresión de experiencias como sueños, fantasías y recuerdos sin la necesidad de transformarlos en palabras. Mediante la creación de producciones artísticas, el cliente puede revivir, reinterpretar y transformar sus experiencias sin las limitaciones generadas por el lenguaje (Covarrubias, 2006). Las intervenciones realizadas mediante medios artísticos son menos invasivas en relación a los tratamientos más convencionales, ya que permiten superar las inhibiciones verbales promoviendo el desarrollo emocional, social y cognitivo del individuo (López, 2011).

En segundo lugar, esta terapia facilita la proyección, ya que permite la realización de un producto tangible y espontáneo relacionado con el mundo interno de quien lo produce. En el arte terapia, la expresión artística actúa como un nexo entre un individuo y su experiencia interna. En tercer lugar, el proceso de creación artística facilita la liberación de emociones intensas contenidas ofreciendo la posibilidad de una catarsis. El uso de esta terapia permite abordar situaciones conflictivas y dificultades evitando la presencia de ansiedad excesiva (Araya, Correa, Sánchez, 1990).

En cuarto lugar, el arte es menos propicio a ser controlado en relación al lenguaje oral, por lo que puede ayudar a disminuir las defensas del cliente y permitirle expresar emociones que desea suprimir o evitar (Araya, Correa, Sánchez, 1990). En quinto lugar, los materiales plásticos proporcionan permanencia lo que permite analizar y experimentar las emociones

producidas por el proceso artístico en cualquier momento de la terapia. A su vez, la permanencia del trabajo artístico facilita la visión retrospectiva de la evolución del cliente (López, 2011).

En sexto lugar, la experiencia creativa es gratificante de por sí, lo que genera que los pacientes se sientan motivados con el proceso terapéutico (Araya, Correa, Sánchez, 1990). Finalmente, la creación artística empleada en el arte terapia promueve un comportamiento sano, ya que estimula expresión de sentimientos, la disminución de defensas y la integración de la realidad externa e interna. Por lo tanto la producción creativa no sólo beneficia al proceso terapéutico sino que también afecta positivamente otros ámbitos de la vida de una persona (Araya, Correa, Sánchez, 1990).

El arte promueve la expresión personal y la comunicación no verbal a través de un medio visual que representa pensamientos sentimiento y emociones. Las creaciones plásticas y visuales son elementos concretos en donde se plasman conflictos y deseos inconscientes así como también conocimientos y aptitudes. Al hacer arte y reflexionar sobre el producto y los procesos, las personas pueden incrementar el conocimiento que tienen sobre sí mismas, enfrentar la ansiedad y mejorar sus habilidades cognitivas (Guerrón, 2015).

El arte terapia y la ansiedad.

Con el fin de mejorar la efectividad del tratamiento de los trastornos de ansiedad, se utilizan terapias adicionales a la clínica. Una de las terapias utilizada con mayor frecuencia es el arte terapia, la misma que ha sido integrada de forma complementaria o total en diversos programas de salud mental aplicados a personas con ansiedad (Drozdek, Kamperman, Bolwerk, Tol & Kleber, 2012). Se utiliza esta terapia en este grupo poblacional con el objetivo de que ayude a lidiar con sus síntomas y mejorar su calidad de vida (Öster et al., 2006). Mediante el arte terapia los pacientes con ansiedad acceden de forma más directa y sencilla a sus emociones

en relación a las aproximaciones verbales, lo que resulta en reducción significativa de sus síntomas (Haeyen, Van Hooren & Hutschemaekers, 2015).

Las distintas investigaciones realizadas indican que el arte terapia contribuye en la reducción de la severidad de los síntomas ansiosos por tres principales motivos. En primer lugar, el arte terapia induce a la relajación estimulando un estado mental fluido. Se cree que esta función del arte terapia tiene como consecuencia la reducción de los niveles de cortisol, lo que a su vez genera una disminución significativa del estrés y la ansiedad (Sandmire, Gorham, Rankin & Grimm, 2012). En segundo lugar, las técnicas empleadas en el arte terapia permiten visibilizar al inconsciente posibilitando el análisis de emociones y contribuyendo con la regulación cognitiva (Yu, Yu Ming, Yue, Hai Li & Ling, 2016). Finalmente, el arte terapia crea un ambiente seguro para la expresión consciente de emociones y memorias. La exposición, el recuerdo y el distanciamiento emocional posibilitan una mejora de la regulación emocional (Henderson, Rosen, Macaro, 2007).

Ya que el arte terapia es frecuentemente utilizada en el tratamiento de la ansiedad, existen diversos estudios que analizan su efectividad, especialmente en poblaciones adultas. Agnese, Lamparelli, Bacigalupo & Luzzatto (2012) encontraron que el arte terapia resultaba efectiva en paciente que presentaban ansiedad debido al aislamiento que enfrentaban por sus tratamientos médicos. Estos autores realizaron una investigación a setenta y cuatro pacientes que habían sido sometidos a trasplantes de células madres e identificaron que el arte terapia era beneficiosa para los individuos debido a tres principales razones: Calmaba su ansiedad (77.02%), les daba la libertad para expresar y compartir dificultades que no habían podido expresar verbalmente (75.67%) y ofrecía un medio para establecer conexiones con sus seres queridos (36.48%).

Schiltz y Zimoch (2017) también investigaron el efecto del arte terapia en individuos con problemas médicos y obtuvieron resultados que indicaban que este tratamiento psicológico

era efectivo para ayudar a los pacientes con cáncer a lidiar con el estrés y ansiedad que les generaba su condición. Las evaluaciones realizadas a las cuarenta y dos personas que participaron en el estudio permitieron descubrir que el arte terapia les resultaba efectiva para disminuir su ansiedad, ya que les permitía expresar sus experiencias con respecto a su enfermedad y tratamiento, mostrar sus temores, entender sus sentimientos conflictivos, sentirse activos de nuevo y recuperar su serenidad.

Stubbe (2011) decidió analizar el efecto de este tratamiento en poblaciones con trastornos mentales. Esta investigadora se centró en individuos con esquizofrenia y encontró que el arte terapia resultaba efectiva para reducir la psicopatología de estos individuos. La ventaja más grande que aportaba este tratamiento es que fortalecía el sentido de self de los pacientes, lo que a su vez disminuía la tensión y ansiedad que sentían durante encuentros interpersonales. El incremento tanto del sentido del self como de la autoestima de estos individuos mejoraba considerablemente sus competencias sociales.

Se han realizado estudios en poblaciones no clínicas, en donde se ha encontrado que el arte terapia también resulta efectiva para disminuir los niveles de ansiedad de la vida diaria. Visnola, Sprudka, Arija y Piie (2010) investigaron el efecto del arte terapia en la ansiedad de empleados de una empresa y encontraron que resultaba efectiva para disminuirlos. Los cambios observados en el cortisol de los empleados tras la aplicación de la terapia indicó que el arte terapia reducía considerablemente la ansiedad y el estrés de los participantes.

Es evidente que el arte terapia es un tratamiento psicológico que puede ser empleado eficazmente en individuos que presentan trastornos de ansiedad. Las investigaciones realizadas indican que sus características terapéuticas resultan efectivas para la reducción de la severidad de los síntomas de estos trastornos. Existen pocos estudios que analicen el efecto del arte terapia en poblaciones infantiles. Sin embargo, las investigaciones que existen indican que este

tratamiento es igual de efectivo y aporta beneficios similares a los encontrados en poblaciones adultas (Beebe, Gelfand y Bender, 2010).

Diseño y metodología

Diseño.

El presente proyecto de investigación tiene un diseño cuantitativo, debido a que su objetivo es analizar estadísticamente la correlación entre la disminución de la ansiedad y el mejoramiento del rendimiento académico y relaciones sociales mediante la aplicación del arte terapia con mediación plástica en niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo. A su vez, el proyecto tiene un enfoque cuasi-experimental. El grupo poblacional que se desea investigar está previamente constituido, ya que se desea estudiar específicamente a niños ecuatorianos de seis años diagnosticados con mutismo selectivo, por lo que no es posible elegir a los participantes aleatoriamente. Finalmente, el trabajo de investigación es un estudio transversal puesto que su propósito es analizar la efectividad del arte terapia con mediación plástica en una muestra determinada tras su aplicación por un período de tiempo específico.

El estudio plantea como hipótesis que el arte terapia con mediación plástica resulta eficiente para generar una mejoría en el rendimiento académico y las relaciones sociales en niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo. En el experimento, el nivel de ansiedad de los participantes será manipulado mediante la aplicación del arte terapia con mediación plástica, y actúa como variable independiente, mientras que el rendimiento académico y relaciones sociales de los niños conforman las variables dependientes.

Hipótesis.

El arte terapia con mediación plástica resulta eficiente para generar una mejoría en el rendimiento académico y las relaciones sociales de niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo.

Variables.

Variable dependiente: Nivel de ansiedad de los participantes manipulado mediante la aplicación del arte terapia con mediación plástica.

Variable independiente: Rendimiento académico y relaciones sociales de los participantes.

Población.

La población seleccionada para este proyecto de investigación son niños quiteños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo que vayan a ingresar a su segundo año de educación general básica en escuelas privadas de Quito. Aunque el mutismo selectivo afecta en mayor proporción a las mujeres en relación a los hombre (Hua & Major, 2016), el estudio no realiza distinción de género. Tanto niños como niñas pueden participar en la investigación siempre y cuando cumplan con todos los requisitos establecidos.

Se requiere que los participantes tengan seis años, debido a que el mutismo selectivo suele ser detectado durante esta edad. Aunque el mutismo selectivo comúnmente inicia entre los dos y cinco años, este trastorno no suele ser diagnosticado hasta que los niños ingresan a la educación básica, en donde la comunicación verbal adquiere mayor relevancia para su desempeño y sus dificultades se vuelven más evidentes (Carbone et al., 2010). El Ministerio de Educación del Ecuador establece que la edad oficial sugerida para el segundo año de educación general básica son los seis años, señalando que edades posteriores indican rezago educativo (Gobierno de la República del Ecuador, 2019). Disponiendo este criterio, el proyecto asegura que los participantes se encuentren en el período de su vida en el que el mutismo selectivo se manifiesta con mayor frecuencia y evita que la muestra presente rezago educativo u otras dificultades que puedan interferir con su comunicación verbal y desempeño escolar. A su vez, se establece que los participantes asistan exclusivamente a escuelas privadas con el fin de que

los participantes presenten un contexto socioeconómico similar y prevenir posibles variables de confusión que puedan llegar a interferir con el estudio.

Se solicita que los participantes sean niños nacidos y criados en Quito, provenientes de familias de padres ecuatorianos, con el fin de garantizar que su lengua materna sea el español. La ausencia de comunicación verbal en niños bilingües o provenientes de familias migrantes suele atribuirse a la falta de comprensión del nuevo lenguaje, por lo que es fundamental en el diagnóstico del mutismo selectivo recopilar información y evaluar la habilidad verbal del individuo en su idioma nativo (Toppelberg, Tabors & Coggins, 2005). A su vez, existe una gran variabilidad con respecto a la importancia que se le da a la capacidad del niño para comunicarse oralmente en la escuela, por lo que es importante tener siempre en cuenta aspectos culturales específicos al momento de evaluar el mutismo selectivo y su impacto en quien lo padece (Oerbeck et al., 2018).

En cuanto a los criterios de exclusión, el DSM-5 establece que el mutismo selectivo sólo puede ser diagnosticado cuando las alteraciones en el habla no son mejor explicadas por algún trastorno de la comunicación ni ocurren exclusivamente durante el curso de trastorno del espectro autismo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico (American Psychiatric Association, 2014). Por otra parte, el CIE-10 determina que el diagnóstico del mutismo selectivo debe evitarse cuando el individuo presenta trastornos del desarrollo, esquizofrenia u trastornos específicos del habla y del lenguaje (Organización Mundial de la Salud, 1990). Por lo tanto, se determina como criterio de exclusión que los participantes presenten cualquier tipo de trastorno psicológico o mental además del mutismo selectivo.

A su vez, se busca evitar que condiciones fisiológicas interfieran con los niveles de ansiedad de los participantes, por lo que también se establece como criterio de exclusión que los participantes presenten alguna discapacidad física, sensorial o condición médica crónica. Finalmente, se espera que todos participantes completen con las sesiones de arte terapia con

mediación plástica mientras permanecen en el mismo entorno escolar, por lo que los niños que no hayan completado en su totalidad las sesiones terapéutica o hayan sido transferidos a otra escuela durante la realización del proyecto de investigación serán excluidos del estudio.

Aunque se fijó como criterio de exclusión la presencia de otros trastornos psicológicos o mentales comórbidos, los niños con mutismo selectivo que padezcan trastornos de ansiedad serán aceptados como participantes del proyecto. Se ha encontrado que tanto los trastornos de ansiedad como los síntomas ansiosos en solitario presentan una comorbilidad de aproximadamente el 90% con el mutismo selectivo (Oerbeck, Stein & Wentzel-Larsen, 2014), por lo que es inadecuado tratar de excluir a los niños que presenten ambos trastornos.

Instrumentos.

Los cuestionarios estandarizados utilizados con mayor frecuencia en el diagnóstico y evaluación del mutismo selectivo son el *Cuestionario de Mutismo Selectivo* (Bergman, 2012) y el *Cuestionario de Habla en la Escuela* (Bergman, 2012), ambos desarrollados por Lindsey Bergman con el fin de obtener una representación cuantitativa de la gravedad del mutismo selectivo y analizar la severidad de sus síntomas antes, durante y después de la aplicación de tratamientos psicológicos (Bergman, 2012). Estos cuestionarios ofrecen una perspectiva completa del mutismo selectivo, ya que están diseñados para recolectar información tanto de los padres como de los profesores del niño. El *Cuestionario de Mutismo Selectivo* permite valorar la percepción de los padres acerca de la conducta del niño en tres contextos diferentes: la escuela, el hogar y situaciones sociales específicas que se producen fuera de la escuela (Bergman, 2012). Por otra parte, el *Cuestionario de Habla en la Escuela* es una versión diseñada para los profesores, cuyo propósito es evaluar su percepción acerca de la conducta de comunicación del niño y su funcionamiento en el ámbito escolar (Bergman, 2012).

La *Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil* (Chorpita & Spence, 1998) es un cuestionario que también es utilizado frecuentemente en el diagnóstico y evaluación del mutismo selectivo. El RCADS, como se lo denomina en inglés, es un cuestionario de auto reporte que consta de 47 ítems que permiten evaluar síntomas ansiosos y depresivos, basados en el DSM-IV, relacionados principalmente con trastornos de ansiedad. El cuestionario está diseñado para ser completado por individuos con edades comprendidas entre los 8 y 18 años, sin embargo también ofrece una versión diseñada para los cuidadores principales del individuo en caso de que sea aplicado a niños de menor edad (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000).

La evaluación del mutismo selectivo suele incluir una combinación de entrevistas de diagnóstico, cuestionarios y observaciones. La *Entrevista para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV, Versión para Padres y Niños* (Silverman & Albano, 2004) es una herramienta diseñada para individuos con edades comprendidas entre los 6 y 18 que suele ser utilizada de manera complementaria en el diagnóstico y evaluación del mutismo selectivo. Esta entrevista es de gran utilidad, debido a que permite al niño y a sus cuidadores principales cuantificar la gravedad de los síntomas ansiosos y la interferencia de los mismos en el funcionamiento del individuo (Silverman & Albano, 2004).

En el “Anexo B” de este documento se encuentra adjunta la versión parental y de auto reporte en español de la *Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil* (Chorpita & Spence, 1998). A su vez, el *Cuestionario de Mutismo Selectivo* (Bergman, 2012) y el *Cuestionario de Habla en la Escuela* (Bergman, 2012) se encuentran adjuntos en su idioma original. Estos cuestionarios pueden ser adquiridos gratuitamente en otros idiomas contactando directamente con su desarrolladora, Lindsey Bergman, cuyo correo electrónico es: lbergman@mednet.ucla.edu. Finalmente, la *Entrevista para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV, Versión para Padres y Niños* (Silverman & Albano, 2004) puede ser adquirida en la página

oficial de Oxford University Press, cuyo enlace es <https://global.oup.com/academic/product/anxiety-disorders-interview-schedule-adis-iv-childparent-version-combination-specimen-set-9780195186741?cc=us&lang=en&#>

Procedimiento de recolección de datos.

El primer paso para iniciar este proyecto de investigación es encontrar una muestra adecuada para la realización del estudio. Con este propósito, se informará acerca de la investigación a diversas escuelas privadas localizadas en Quito. Se entregará a los centros educativos información acerca del proyecto, con el fin de que notifiquen a los padres de familia o principales cuidadores sobre el mismo. Posteriormente, se recibirán solicitudes de familias interesadas, las cuales serán entrevistadas individualmente con el fin de determinar si los niños cumplen con todos los criterios de inclusión del estudio descritos en la sección de “Población”. Finalmente, se seleccionarán a los ocho candidatos más idóneos para conformar la muestra del estudio.

Se estableció un número pequeño de participante, debido a que el mutismo selectivo es un trastorno poco común. Solo el 1% de la población lo padece (American Psychiatric Association, 2014), siendo su prevalencia incluso menor al tener en cuenta exclusivamente a niños (Oerbeck et al., 2018). Sin embargo, una muestra pequeña no ha afectado la obtención de resultados en pasadas investigaciones. Bergman, pionera del desarrollo de cuestionarios y escalas del mutismo selectivo (Oerbeck et al., 2018), ha realizado estudios exitosos sobre el mutismo selectivo y la ansiedad en escuelas de educación básica con no más de doce niños (Bergman, Piacentini & McCracken, 2002).

Una vez obtenida la muestra, se organizará una reunión general con todos los tutores legales de los participantes. En la reunión, se explicará a detalle el estudio, se resolverá dudas y se acordará con los cuidadores los horarios y fechas en las que se realizarán las diversas

sesiones de la investigación. A su vez, se explicarán todas las consideraciones éticas del experimento y se entregarán los documentos de consentimiento informado.

Tras realizar el procedimiento de reclutamiento previamente descrito, se procederá a iniciar el proyecto de investigación. El objetivo de este estudio es analizar la efectividad del arte terapia con medicación plástica en el mejoramiento del rendimiento académico y relaciones sociales de niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo. La intensidad y la severidad de los síntomas presentes en el mutismo selectivo están correlacionados significativamente con la ansiedad (Muris & Ollendick, 2015), por lo que se espera determinar si la disminución de la misma a través de este tratamiento psicológico puede contribuir en el mejoramiento de los niños.

El estudio se realizará durante el transcurso del segundo año de educación general básica de los participantes. En el Ecuador el año lectivo está dividido en dos periodos, cada uno conformado por cinco meses (Gobierno de la República del Ecuador, 2019). A finales del primer quimestre de este año escolar, se solicitará a los participantes del estudio, sus cuidadores principales y profesores que completen las escalas y entrevistas descritas en la sección de “Instrumentos”. A su vez, se analizarán las calificaciones finales de los dos quimestres del primer año de educación básica y el primer quimestre del segundo año de las asignaturas “Lengua y Literatura” y “Estudios Sociales”.

Se utilizarán las herramientas previamente descritas, ya que resultan particularmente útiles para medir lo que se busca analizar en este estudio. Se usará el *Cuestionario de Mutismo Selectivo* (Bergman, 2012) y el *Cuestionario de Habla en la Escuela* (Bergman, 2012), con el fin de analizar la severidad del trastorno de los participantes, así como también su impacto en sus relaciones sociales. Por otra parte, la *Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil* (Chorpita et al., 2000) y la *Entrevista para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV, Versión para Padres y Niños* (Silverman & Albano, 2004) serán utilizadas para obtener información acerca

de los niveles de ansiedad observados en los participantes antes y después la aplicación del arte terapia con mediación plástica. Finalmente, el desempeño escolar será analizado mediante las calificaciones de dos asignaturas escolares: “Lengua y Literatura” y “Estudios Sociales”, ya que ambas materias implican una gran cantidad de comunicación oral, por lo que el análisis de sus calificaciones podría ofrecer mayor información acerca del impacto del mutismo selectivo en el rendimiento académico de los participantes.

Después que las encuestas y escalas sean completadas y las calificaciones entregadas, se procederá a iniciar las sesiones terapéuticas. Los participantes realizarán diez sesiones de arte terapia con mediación plástica. Las sesiones se producirán dos veces al mes durante los cinco meses del último quimestre del segundo año de educación básica. Se seleccionó este número determinado de sesiones, ya que es el número que se ha aplicado exitosamente en investigaciones acerca de la efectividad del arte terapia con mediación plástica para la disminución de la ansiedad en poblaciones adultas (Yu et al. 2016). Las actividades que se realizarán serán diversas. Incluirán la pintura libre, la creación de collages, el dibujo y el trabajo en plastilina, ya que son algunas de las técnicas que han resultado efectivas en poblaciones adultas (Sandmire et al., 2012) y que se adaptan al nivel de desarrollo motriz de los participantes (Feldman, 2008). Las sesiones serán grupales debido a que el arte terapia con un enfoque grupal facilita el desarrollo de habilidades que permiten posteriormente una interacción social positiva (Borso, 2015).

Una vez que las diez sesiones de arte terapia con mediación plástica hayan sido completadas por los ocho participantes, se procederá a realizar las mismas evaluaciones y entrevistas que se ejecutaron antes del inicio de la intervención terapéutica. A su vez, se solicitarán las calificaciones finales del segundo quimestre del segundo año de los niños en las mismas asignaturas para analizar su progreso académico. Finalmente, tras recolectar estos

últimos datos, se procederá a realizar el análisis estadístico necesario para probar o rechazar la hipótesis propuesta.

Análisis de los datos.

Mediante el programa estadístico SPSS se analizarán los datos obtenidos, con el fin de determinar la correlación entre los niveles de ansiedad de los participantes y su rendimiento académico y relaciones sociales. Se realizará un prueba t de muestra pareada para establecer si efectivamente la disminución de la ansiedad a través del arte terapia con mediación plástica genera una mejoría en el rendimiento académico y relaciones sociales de la muestra tras el tratamiento aplicado.

Se considera que la aplicación del arte terapia con mediación plástica resultará efectiva para disminuir la ansiedad en poblaciones infantiles, debido a que en investigaciones previas realizadas en poblaciones adultas ha demostrado ser eficiente para reducir significativamente los niveles de cortisol y ansiedad de los participantes (Sandmire et al., 2012). A su vez, se cree que este tratamiento psicológico resultará especialmente beneficioso para niños diagnosticados con mutismo selectivo, ya que diversos estudios han encontrado que el arte terapia resulta efectiva en poblaciones que presentan problemas al expresar oralmente sus dificultades y emociones (Agnese et al., 2012). Agnese et al. (2012) realizaron una investigación con pacientes que habían sido sometidos a diferentes tratamientos médicos e identificaron que el arte terapia era beneficiosa para estos individuos debido a que calmaba su ansiedad (77.02%) y les daba la libertad para expresar y compartir dificultades que no habían podido expresar verbalmente (75.67%).

Por lo tanto, se considera que se probará la hipótesis planteada en el presente proyecto de investigación. Se cree que los resultados obtenidos indicarán que el arte terapia con mediación plástica resulta efectiva para el mejoramiento del rendimiento académico y

relaciones sociales de niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo, debido a que este tratamiento psicológico permite la reducción de la ansiedad de los individuos, generando por consiguiente una disminución en la severidad del trastorno y una mejoría en su desempeño tanto académico como social en el entorno escolar.

Consideraciones éticas

Con el fin de respetar todas las consideraciones éticas relacionadas al estudio psicológico con seres humanos, el presente proyecto de investigación será enviado al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para su aprobación. El investigador se compromete a aplicar y respetar las normas nacionales e internacionales de ética de la investigación en todas las actividades y fases del proyecto de investigación.

Los tutores legales de todos los participantes firmarán un documento de consentimiento informado previo al inicio del estudio, en el que se detallará el proyecto y se especificarán sus objetivos, con el propósito de que el mismo sea entendido en su totalidad. En este documento también se explicará que la participación es totalmente voluntaria y que los participantes no están obligados a realizar ninguna actividad que no deseen.

Los datos recolectados serán utilizados únicamente para fines académicos. Se asegura la confidencialidad y seguridad de la información personal recolectada. Con el propósito de mantener el anonimato de los participantes, a cada niño se le asignará un código para almacenar los datos obtenidos.

Se considera que los riesgos del estudio son mínimos en relación a los beneficios que aportaría a los participantes la realización del proyecto. La aplicación del arte terapia con mediación plástica puede contribuir significativamente en la disminución de la severidad de los síntomas y de la ansiedad de los implicados.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

La información acerca de la efectividad del arte terapia con mediación plástica para la reducción de la ansiedad en poblaciones infantiles es muy limitada. De igual manera, las investigaciones sobre la aplicación de este tratamiento psicológico en niños diagnosticados con mutismo selectivo son casi nulas (Beebe, Gelfand y Bender, 2010). Una de las fortalezas de este proyecto de investigación es que su realización podría contribuir con la obtención de la información faltante acerca del uso de terapias alternativas en el tratamiento del mutismo selectivo durante edades escolares.

La edad de la muestra seleccionada constituye también una fortaleza, ya que permite el análisis del mutismo selectivo durante el período de tiempo en el que este trastorno suele presentarse con mayor frecuencia e intensidad. El estudio y tratamiento del mutismo selectivo durante sus primeros años puede ser especialmente beneficioso, debido a que una detección y tratamiento tempranos pueden prevenir problemas futuros relacionados al aprendizaje y la socialización (Stone et al., 2002).

En lo referente a las limitaciones del proyecto, el análisis de una edad específica limita el estudio del curso del trastorno. El mutismo selectivo suele presentarse entre los dos y cinco años de edad teniendo una duración promedio de ocho años (Remschmidt et al., 2001), por lo que el análisis de un solo año, tanto cronológico como escolar, podría evitar una comprensión completa del desarrollo de este trastorno.

En cuanto a las limitaciones metodológicas, el uso de una muestra pequeña podría llegar a afectar la realización del proyecto. Si uno o más participante deciden abandonar el estudio, los datos obtenidos pueden llegar a ser insuficientes para realizar un análisis estadístico confiable.

Recomendaciones para futuros estudios.

Aunque el mutismo selectivo suele ser detectado cuando los niños ingresan al sistema de educación básica, este trastorno suele iniciar entre los dos y cinco años (Carbone et al., 2010). Los estudios de seguimiento señalan que el MS tiene una duración aproximada de ocho años (Remschmidt et al., 2001). Sin embargo, es muy común que los individuos que padecen este trastorno continúen presentando dificultades durante la adolescencia y la adultez (Steinhausen et al., 2006). Se recomienda que en futuros estudios, se tengan en cuenta muestras de diferentes edades para que de esta manera sea posible analizar la diferencia del impacto del mutismo selectivo dependiendo la edad cronológica del individuo. A su vez, se sugiere la realización de estudios de seguimientos, con el propósito de determinar si la aplicación temprana del arte terapia con mediación plástica genera un mejor pronóstico.

Si los investigadores desean mantener el mismo diseño y metodología de este proyecto de investigación, se recomienda que amplíen la muestra. Un mayor número de participantes permitiría la obtención de resultados más confiables y aseguraría la obtención de los datos requeridos aunque algún participante decida retirarse del estudio.

Referencias:

Abbing, A., Ponstein, A., Van Hooren, S., De Sonnevile, L., Swaab, H. & Baars, E. (2018).

The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomized and non- randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 13(12), 1-19.

Agnese, A., Lamparelli, T., Bacigalupo, A. & Luzzato, P. (2012). Supportive care with art

therapy, for patients in isolation during stem cell transplant. *Palliative and Supportive Care*, 10, 91-98.

American Art Therapy Association. (2017). *Definition of Art Therapy*. Virginia: American Art Therapy Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition). Virginia: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Virginia: American Psychiatric Association.

Araya, C., Correa, V. & Sánchez, S. (1990). *La expresión plástica: Potencialidades y Aplicaciones como herramienta psicoterapéutica*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Baldwin, S. & Cline, T. (1991). Helping children who are selectively mute. *Educational and Child Psychology*, 8(3), 72-83.

Bassols, M. (2006). El arte terapia, un acompañamiento en la creación y transformación. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 14-25.

Beebe, A., Gelfand, E. & Bender, B. (2010). A randomized trial to test the effectiveness of art therapy for children with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 126 (2), 263-266.

Bergman, L. (2012). *Treatment for Children with Selective Mutism*. Oxford: Oxford University Press.

- Bergman, L., Piacentini, J. & McCracken, J. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.
- Black, B. & Uhde, T. (1995). Psychiatric characteristics of children with Selective Mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464-1473.
- Borso, M. (2015). *El grupo de arteterapia como elemento de mejora en la competencia social de los niños y niñas en educación infantil primaria*. Valencia: Universidad politécnica de Valencia.
- British Association of Art Therapists. (2019). *What is Art Therapy?* London: British Association of Art Therapists.
- Carbone, D., Schmidt, L., Cunningham, C., McHolm, A., Edison, S., Pierre, J. & Boyle, M. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 1057-1067.
- Chavira, D., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S. & Stein, M. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464-1472.
- Chorpita, B. & Spence, S. (1998). *Revised Child Anxiety and Depression Scale*. California: University of California.
- Chorpita, B., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L & Francis, S. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behavior Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Clauss, J. & Blackford, J. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1097-1104.

Adolescent Psychiatry, 51, 1066–1075.

Cohan, S., Chavira, D., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. & Stein, M. (2008).

Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis.

Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37, 770–784.

Cortés, C., Gallego, C. & Marco, P. (2009). *El Mutismo selectivo. Guía para la detección,*

evaluación e intervención precoz en la escuela. Navarra: Departamento de Educación de Navarra.

Covarrubias, T. (2006). *Arte terapia como herramienta de intervención para el proceso de*

desarrollo personal. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Craighead, E., Miklowitz, D. & Craighead, L. (2013). *Psychopathology. History, Diagnosis,*

and Empirical Foundations [Segunda Edición]. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Cury, M. (2007). Tras el silencio. *Papeles de arte terapia y educación para la inclusión social,*

2, 71-86.

Dow, S., Sonies, B., Scheib, D., Moss, S. & Leonard, H. (1995). Practical guidelines for the

assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 836-845.

Drozdek, B., Kamperman, A., Bolwerk, N., Tol, W. & Kleber, R. (2012). Group Therapy with

Male Asylum and Refugees with Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 200, 9, 65-758.

Edison, S., Evans, M., McHolm, A., Cunningham, C., Nowakowski, M., Boyle, M. & Schmidt,

L. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 270-290.

Feldman, R. (2008). *Desarrollo en la infancia* [4ta Edición]. Ciudad de México: Pearson

Educación.

- Ford, M., Sladeczek, I., Carlson, J. & Kratochwill, T. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly, 13*, 192-227.
- Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. & Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child and Adolescent Psychiatry, 25*, 1113-1120.
- Gentshaler, A., Maichrowitz, V. & Kaess, M. (2016). Selective mutism: The fraternal twin childhood social phobia. *Psychopathology, 49*, 95-107.
- Gobierno de la República de Ecuador. (2019). *Nivelación y aceleración pedagógica*. Quito: Ministerio de Educación.
- Gómez, A. (2003). Mutismo elective: Intervención escolar. *Pulso, 26*, 85-95.
- Guerrón, E. (2015). *Guía didáctica de estrategias en arte terapia para el trabajo con adolescentes entre las edades de 16-18 años que presenten ansiedad en el colegio fiscal "Octavio Cordero Palacios"*. Azuay: Universidad del Azuay.
- Haeyen, S., Van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy, 45*, 1-10.
- Henderson, P., Rosen, D. & Mascaro, N. (2007). Empirical study on the healing nature of mandalas. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 1*(3), 148-54.
- Hirshfeld-Becker, D., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J. & Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety, 25*, 357-367.
- Hua, A. & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics, 28*, 114-120.
- Hung, S., Spencer, M. & Dronamraju, R. (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. *Children & Schools, 34*, 222-230.

- Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy. Temperament in human nature*. Colorado: Westview Press.
- Klein, J., Bassols, M. & Bonet, E. (2006). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. Barcelona: Octaedro.
- Kramer, E. (1971). *Art as therapy with children*. New York: Schocken Books, Inc.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249-256.
- Kristensen, H. & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a comorbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 347-353.
- Krysanski, V. (2003). A brief review of selective mutism literature. *Journal of Psychology*, 137, 29-40.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H. & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24-29.
- Kussmaul, A. (1877). *Disturbances in linguistic function*. Basel: Benno Schwabe.
- Levin-Decanini, T., Connolly, S., Simpson, D., Suarez, L. & Jacob, S. (2013). Comparison of behavioral profiles for anxiety-related comorbidities including ADHD and selective mutism in children. *Depression and Anxiety*, 30, 857-864.
- López, M. (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 183-191.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, J., Minde, K., McInnes, A. & Clark, S. (2007). The sounds

- of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1187-1195.
- Moreno, N. (2007). *Arte Terapia y Adolescentes: Promoviendo la Expresión Emocional de los Conflictos con la Autoridad*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Muris, P. & Ollendick, T. (2015). Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 18, 151-169.
- Oerbeck, B., Manassis, K., Romvig, K. & Kristensen, H. (2018). Mutismo Selectivo. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Oerbeck, B., Stein, M. & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism-defocused communication and behavioral techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 192-198.
- Olivares, R., Alcázar, A. & Olivares, P. (2007). *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (1990). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionado con la Salud* [10ma Edición]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Öster, I., Svensk, A., Magnusson, E., Thyme, K., Sjodin, M. & Astrom, S. (2006). Art therapy improves coping resources: A randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliative & Supportive Care*, 4, 56-90.
- Polo, L. (2003). *Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arte terapia*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *251*, 284–296.
- Rubin, J., Torres, E., Rosales, D. & Balmaceda, V. (2005). *The Art of Art Therapy*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Sandmire, D., Gorham, S., Rankin, N. & Grimm, R. (2012). The Influence of Art Making on Anxiety: A Pilot Study. *Art Therapy*, *29*(2), 68–73.
- Schiltz, L. & Zimoch, A. (2017). Using arts psychotherapy in psycho-oncology as a means of coping with stress and anxiety. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *1*, 47-55.
- Scott, S. & Beidel, D. (2011). Selective mutism: An update and suggestions for future research. *Current Psychiatric Reports*, *13*, 251-257.
- Sharp, W., Sherman, C. & Gross, A. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, *21*, 568-579.
- Silverman, W. & Albano, A. (2004). Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) Child/Parent Version Combination Specimen Set. Oxford: Oxford University Press.
- Stein, M., Yang, B., Chavira, D., Hitchcock, C., Sung, S., Shipon-Blum, E. & Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, *69*, 825-831.
- Steinhausen, H., Wachter, M., Laimböck, K. & Winkler, M. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 751-756.
- Stone, B., Kratochwill, T., Sladeczek, I. & Serlin, R. (2002). Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, *17*, 168-190.

- Stubbe, H. (2011). Art therapy may reduce psychopathology in schizophrenia by strengthening the patients' sense of self: A qualitative extended case report. *Psychopathology, 44*, 314-318.
- Toppelberg, C., Tabors, P. & Coggins, A. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*, 592-595.
- Viana, A., Beidel, D. & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review, 29*, 57-67.
- Visnola, D., Sprūdža, D., Ārija, M. & Piše, A. (2010). Effects of art therapy on stress and anxiety of employees. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences, 64*, 85-91.
- Wadeson, H. (1980). *Art Psychotherapy*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Young, B., Bunnell, B. & Beidel, D. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification, 36*, 525-544.
- Yu, Y., Yu Ming, C., Yue, M., Hai Li, J. & Ling, L. (2016). House–Tree–Person drawing Therapy as an intervention for prisoners' prerelease anxiety. *Social Behavior and Personality: an international journal, 44*(6), 987–1004.

ANEXO A: INSTRUMENTOS

Selective Mutism Questionnaire (SMQ)©

Please consider your child's behavior in the last two weeks and rate how frequently each statement is true for your child.

AT SCHOOL

1. When appropriate, my child talks to most peers at school.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|
2. When appropriate, my child talks to selected peers (his/her friends) at school.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|
3. When my child is asked a question by his/her teacher, s/he answers.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|
4. When appropriate, my child asks his or her teacher questions.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|
5. When appropriate, my child speaks to most teachers or staff at school.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|
6. When appropriate, my child speaks in groups or in front of the class.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|

HOME/FAMILY

7. When appropriate, my child talks to family members living at home when other people are present.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|
8. When appropriate, my child talks to family members while in unfamiliar places.

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|
9. When appropriate, my child talks to family members that don't live with him/her (e.g., grandparent, cousin).

| | | | |
|--------|-------|--------|-------|
| Always | Often | Seldom | Never |
|--------|-------|--------|-------|

10. When appropriate, my child talks on the phone to his/her parents and siblings.

Always Often Seldom Never

11. When appropriate, my child speaks with family friends who are well-known to him/her.

Always Often Seldom Never

12. My child speaks to at least one babysitter.

Always Often Seldom Never N/A

IN SOCIAL SITUATIONS (OUTSIDE OF SCHOOL)

13. When appropriate, my child speaks with other children who s/he doesn't know.

Always Often Seldom Never

14. When appropriate, my child speaks with family friends who s/he doesn't know.

Always Often Seldom Never

15. When appropriate, my child speaks with his or her doctor and/or dentist.

Always Often Seldom Never

16. When appropriate, my child speaks to store clerks and/or waiters.

Always Often Seldom Never

17. When appropriate, my child talks when in clubs, teams, or organized activities outside of school.

Always Often Seldom Never N/A

Interference/Distress*

18. How much does not talking interfere with school for your child?

Not at all Slightly Moderately Extremely

19. How much does not talking interfere with family relationships?

Not at all Slightly Moderately Extremely

20. How much does not talking interfere in social situations for your child?

Not at all Slightly Moderately Extremely

21. Overall, how much does not talking interfere with life for your child?

Not at all Slightly Moderately Extremely

22. Overall, how much does not talking bother your child?

Not at all Slightly Moderately Extremely

23. Overall, how much does your child's not talking bother you?

Not at all Slightly Moderately Extremely

Scoring: Always = 3; Often = 2; Seldom = 1; Never = 0

*These items are not included in total score and are for clinical purposes only.
Copyright © 2008 R. Lindsey Bergman, Ph.D., Associate Clinical Professor,
UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior

School Speech Questionnaire*

Name of Teacher Who Completed This Questionnaire:

When responding to the following items, please consider the behavior of your student, _____, and activities of the past month and rate how often each statement is true.

1. When appropriate, this student talks to most peers at school.
Always Often Seldom Never
2. When appropriate, this student talks to selected peers (his/her friends) at school.
Always Often Seldom Never
3. When called on by his/her teacher, this student answers verbally.
Always Often Seldom Never
4. When appropriate, this student asks you (the teacher) questions.
Always Often Seldom Never
5. When appropriate, this student speaks to most teachers or staff at school.
Always Often Seldom Never
6. When appropriate, this student speaks in groups or in front of the class.
Always Often Seldom Never
- *7. When appropriate, this student participates nonverbally in class (i.e., points, gestures, writes notes).
Always Often Seldom Never
- *8. How much does not talking interfere with school for this student?
Not at all Slightly Moderately Extremely

Scoring: Always = 3, Often = 2, Seldom = 1, Never = 0

* These items are not included in total score.

Fecha: _____

Nombre: _____

RCADS

Favor de encerrar con un círculo la palabra que demuestre que tanto te sucede cada una de las siguientes cosas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

| | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. Me preocupo sobre las cosas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 2. Me siento triste o vacío/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 3. Cuando tengo un problema, siento un malestar en el estómago | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 4. Me preocupo cuando pienso que no hice algo bien | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 5. Me da miedo tener que estar solo/a en casa | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 6. Ya nada me divierte mucho | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 7. Me da miedo cuando tengo un examen | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 8. Me preocupo cuando pienso que alguien está enojado/a conmigo | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 9. Me preocupa el estar alejado/a de mis padres | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 10. Me molestan pensamientos malos o ridículos o imágenes en mi mente | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 11. Tengo dificultades para dormir bien | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 12. Me preocupa que vaya a salir mal en mi trabajo de la escuela | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 13. Me preocupa que algo terrible le vaya a pasar a alguien de mi familia | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 14. De repente siento como si no pudiera respirar aun sin haber alguna razón para sentirme así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 15. Tengo problemas con mi apetito | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 16. Tengo que verificar constantemente que haya hecho las cosas bien (como el apagar la luz, o que la puerta este cerrada con llave) | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 17. Me da miedo el dormir solo/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 18. Me cuesta trabajo ir a la escuela por las mañanas porque me siento nervioso/a o con miedo | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 19. No tengo energía para hacer las cosas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 20. Me preocupa hacer el ridículo | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 21. Estoy cansado/a con mucha frecuencia | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 22. Me preocupa que me vayan a ocurrir cosas malas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |

| | | | | |
|---|-------|---------------|----------------|---------|
| 23. No parece que pueda quitarme los pensamientos malos o ridículos de la mente | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 24. Cuando tengo algún problema, mi corazón late muy rápido | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 25. No puedo pensar con claridad | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 26. Comienzo a temblar o a estremecerme aun cuando no hay razón alguna para sentirme así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 27. Me preocupa de que algo malo me vaya a suceder | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 28. Cuando tengo algún problema, me siento tembloroso/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 29. Me siento que no valgo nada | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 30. Me preocupa cometer errores | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 31. Tengo que pensar en pensamientos especiales (como números o palabras) para evitar que sucedan cosas malas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 32. Me preocupa lo que los demás piensen de mi | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 33. Me da miedo estar en lugares concurridos (con mucha gente como en los centros comerciales, las películas, los autobuses, sitios de recreo llenos) | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 34. Me siento de repente con mucho miedo sin haber alguna razón | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 35. Me preocupa de lo que vaya a pasar | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 36. Me siento de repente mareado/a o débil aun cuando no haya razón para sentirme así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 37. Pienso acerca de la muerte | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 38. Me siento con miedo si tengo que hablar en frente de la clase | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 39. Me late el corazón muy rápido aun cuando no hay razón para sentirme así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 40. Me siento como que no quiero moverme | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 41. Me preocupo de que de repente vaya a sentir miedo aun cuando no hay razón para sentirme así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 42. Tengo que hacer ciertas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en cierto orden) | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 43. Me da miedo que vaya a hacer el ridículo en frente de las personas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 44. Tengo que hacer algunas cosas exactamente de la manera correcta para evitar que cosas malas sucedan | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 45. Me preocupo cuando estoy en la cama en la noche | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 46. Me daría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 47. Me siento inquieto/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |

Fecha: _____

Nombre: _____

RCADS-P

Relación con el/la niño/a: _____

Favor de encerrar con un círculo la palabra que demuestre que tanto le suceden a su hijo/a cada una de las siguientes cosas.

| | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. Mi hijo/a se preocupa sobre las cosas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 2. Mi hijo/a se siente triste o vacío | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 3. Cuando mi hijo/a tiene un problema, él/ella se siente un malestar en el estómago | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 4. Mi hijo/a se preocupa cuando él/ella piensa que no hizo algo bien | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 5. A mi hijo/a le da miedo tener que estar solo/a en casa | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 6. Ya nada le divierte mucho a mi hijo/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 7. A mi hijo/a le da miedo cuando tiene un examen | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 8. Mi hijo/a se preocupa cuando piensa que alguien está enojado con él/ella | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 9. A mi hijo/a le preocupa el estar alejado/a de mi | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 10. A mi hijo/a le molestan pensamientos malos o ridículos o imágenes en su mente | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 11. Mi hijo/a tiene dificultades para dormir bien | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 12. A mi hijo/a le preocupa el que vaya a salir mal en su trabajo de la escuela | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 13. A mi hijo/a le preocupa que algo terrible le vaya a pasar a alguien de la familia | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 14. Mi hijo/a de repente siente como si no pudiera respirar aun sin haber alguna razón para sentirse así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 15. Mi hijo/a tiene problemas con su apetito | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 16. Mi hijo/a tiene que verificar constantemente que él/ella haya hecho las cosas bien (como el apagar la luz, o que la puerta este cerrada con llave) | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 17. A mi hijo/a le da miedo el dormir solo/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 18. A mi hijo/a le cuesta trabajo ir a la escuela por las mañanas porque se siente nervioso o con miedo | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 19. Mi hijo/a no tiene energía para hacer las cosas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 20. A mi hijo/a le preocupa el hacer el ridículo | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 21. Mi hijo/a está cansado con mucha frecuencia | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 22. A mi hijo/a le preocupa que malas cosas le vayan a ocurrir | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |

| | | | | |
|---|-------|---------------|----------------|---------|
| 23. Mi hijo/a no parece poder quitarse de la mente los pensamientos malos o ridículos | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 24. Cuando mi hijo/a tiene algún problema, su corazón late muy rápido | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 25. Mi hijo no puede pensar con claridad | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 26. Mi hijo comienza a temblar o estremecerse aun cuando no hay razón alguna para sentirse así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 27. Mi hijo/a se preocupa de que algo malo le vaya a suceder a él/ella | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 28. Cuando mi hijo/a tiene algún problema, él/ella se siente tembloroso/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 29. Mi hijo/a se siente que no vale nada | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 30. A mi hijo/a le preocupa cometer errores | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 31. Mi hijo/a tiene que pensar en pensamientos especiales (como números o palabras) para evitar que sucedan cosas malas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 32. A mi hijo/a le preocupa lo que los demás piensen de él/ella | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 33. A mi hijo/a le da miedo estar en lugares concurridos (con mucha gente como en los centros comerciales, las películas, los autobuses, sitios de recreo llenos) | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 34. Mi hijo/a se siente de repente con mucho miedo sin haber alguna razón | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 35. Mi hijo/a se preocupa de lo que vaya a pasar | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 36. Mi hijo/a se siente de repente mareado o débil aun cuando no haya razón para sentirse así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 37. Mi hijo/a piensa acerca de la muerte | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 38. Mi hijo/a se siente con miedo si tiene que hablar en frente de la clase | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 39. A mi hijo/a le late el corazón muy rápido aun cuando no hay razón para sentirse así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 40. Mi hijo se siente como que él/ella no quiere moverse | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 41. Mi hijo/a se preocupa de que de repente va a sentir miedo aun cuando no hay razón para sentirse así | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 42. Mi hijo/a tiene que hacer ciertas cosas una y otra vez (como lavarse las manos, limpiar, o poner las cosas en cierto orden) | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 43. A mi hijo le da miedo que él/ella vaya a hacer el ridículo en frente de las personas | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 44. Mi hijo tiene que hacer algunas cosas exactamente de la manera correcta para evitar que las malas cosas sucedan | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 45. Mi hijo se preocupa cuando está en la cama en la noche | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 46. A mi hijo le daría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |
| 47. Mi hijo/a se siente inquieto/a | Nunca | Algunas Veces | Con Frecuencia | Siempre |

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de Consentimiento Informado por Escrito

Título de la investigación: La efectividad del arte terapia con mediación plástica en el mejoramiento de las relaciones sociales y el rendimiento académico de niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo.

Organizaciones que intervienen en el estudio: Universidad San Francisco de Quito.

Investigador Principal: Gabriela Adriana Camacho López. Telf.: 2343213, 0969019223. Mail: gabrielaadriana17@hotmail.com

| DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO |
|---|
| Introducción |
| <p>Este formulario contiene un resumen de este proyecto de investigación y sus objetivos. Usted puede realizar todas las preguntas que desee para entender a cabalidad el estudio y comprender claramente su participación y la de su hijo/a en el mismo. Para decidir si desea participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultarlo con su familia.</p> <p>Usted y su hijo/a han sido invitados a participar en una investigación sobre la efectividad del arte terapia con mediación plástica en el mejoramiento del rendimiento académico y relaciones sociales de niños diagnosticados con mutismo selectivo porque su hijo/a padece este trastorno, actualmente tiene seis años y está cursando su segundo año de educación general básica en una institución privada localizada en Quito.</p> |
| Propósito del estudio |
| <p>El propósito de este estudio es analizar si la disminución de la ansiedad a través de la aplicación del arte terapia con mediación plástica resulta efectiva para mejorar el rendimiento académico y las relaciones sociales de ocho niños/as quiteños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo.</p> |
| Descripción de los procedimientos para llevar a cabo el estudio |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Usted, su hijo/a y sus profesores completarán una serie de cuestionarios y entrevistas que nos permitirán determinar el nivel de ansiedad, el rendimiento académico y el estado de las relaciones sociales de su hijo/a. 2. Su hijo, junto con los demás participantes, asistirá a diez sesiones de arte terapia con mediación plástica grupales. Estas sesiones se realizarán dos veces al mes durante los cinco meses que conforman el segundo quimestre del segundo año de educación básica que actualmente está cursando su hijo/a. 3. Usted, su hijo/a y sus profesores completarán nuevamente los mismos cuestionarios y entrevistas que realizaron con anterioridad. |
| Riesgos y beneficios |
| <p>No existen riesgos físicos, emocionales o psicológicos significativos. Los riesgos del estudio son mínimos en relación a los beneficios que aporta este proyecto. La aplicación del arte terapia con mediación plástica puede contribuir significativamente en la disminución de la ansiedad y severidad de los síntomas de su hijo/a.</p> |

| |
|---|
| Confidencialidad de los datos |
| <p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad y la de su hijo/a, por lo cual nos comprometemos a aplicar las medidas necesarias para que nadie tenga acceso a sus datos personales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La información recolectada será utilizada únicamente con fines académicos. 2. El investigador principal asegura la seguridad y confidencialidad de los datos obtenidos. 3. La información se identificará con un código junto con el nombre de su hijo/a y se guardará en un lugar seguro donde sólo el investigador mencionado al inicio de este documento tendrán acceso. Una vez finalizado el estudio se borrarán los nombres y se mantendrán sólo los códigos. 4. Se eliminará cualquier identificador personal que permita la identificación de usted o de su hijo/a. 5. Su nombre o el de su hijo/a no será mencionado en los reportos o publicaciones. |
| Derechos y opciones del participante |
| <p>El estudio es completamente voluntario. Usted puede decidir no participar. Si desea participar en el estudio, usted y su hijo/a pueden decidir si no desean realizar alguna actividad. Usted no tendrá que pagar absolutamente nada por participar en esta investigación.</p> |
| Procedimientos para verificar la comprensión de la información incluida en este documento |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede explicarme cómo va a participar usted y su hijo/a en este estudio? • ¿Debe pagar algo para participar en el estudio? • ¿Hay alguna palabra que no haya entendido y desearía que se le explique? • ¿Hay alguna parte del procedimiento que no haya entendido y desearía que se le explique? |
| Información de contacto |
| <p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor envíe un correo electrónico a gabrielaadrina17@hotmail.com</p> |
| <p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del CEISH-USFQ USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p> |

| Consentimiento informado | |
|---|--------|
| <p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p> <p>Al firmar este formulario, usted acepta voluntariamente participar en esta investigación. Usted recibe una copia de este formulario.</p> | |
| Nombres y apellidos del participante: | Fecha |
| Firma /huella del participante | CC |
| Nombres y apellidos del testigo: | Fecha |
| Firma /huella del testigo | CC |
| Nombres y apellidos del investigador: | Fecha: |
| Firma del investigador | CC |
| Negativa del consentimiento | |
| Nombres y apellidos del participante: | Fecha |
| Firma /huella del participante | CC |
| Nombres y apellidos del testigo: | Fecha |
| Firma /huella del testigo | CC |
| Nombres y apellidos del investigador: | Fecha |
| Firma del investigador | CC |
| Revocatoria del consentimiento | |
| Nombres y apellidos del participante: | Fecha |
| Firma /huella del participante | CC |
| Nombres y apellidos del participante: | Fecha |
| Firma /huella del testigo | CC |
| Nombres y apellidos del investigador | Fecha |
| Firma del investigador | CC |

ANEXO C: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Quito, 02 de diciembre de 2019.

Yo, **Gabriela Adriana Camacho López**, solicito la revisión de mi protocolo de investigación: “La efectividad del arte terapia con mediación plástica en el mejoramiento de las relaciones sociales y el rendimiento académico de niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo”, que se sustenta en la siguiente documentación:

| Documentos que se adjuntan a esta solicitud | | | | |
|--|---------|---------------|--------|---------|
| Para todo estudio | Adjunto | No.de páginas | Idioma | |
| | | | Inglés | Español |
| 1. Solicitud de revisión | | | | |
| 2. Resumen del protocolo | | | | |
| 3. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) | | | | |
| 4. Solicitud de no aplicación o modificación del FCI (<i>debe estar bien justificada</i>) | X | 8 | | X |
| 5. Formulario de Asentimiento (FAI) (<i>para menores de 17 años</i>) | | | | |
| 6. Instrumentos a utilizar (<i>Especificar cada uno: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc</i>) | | | | |
| 7. Hojas de vida de los investigadores principales | | | | |
| 8. Otros (especifique) | | | | |

Adjunto un resumen de mi protocolo de investigación, en el formato aprobado por el CEISH.

Atentamente,

Firma del investigador principal

PROTOCOLO DE LA INVESTIGACIÓN (versión 01, 02 de diciembre de 2019)

INSTRUCCIONES:

1. Llenar el formulario, firmarlo al final, poner la fecha y versión del documento.
2. Remitir todos los documentos en forma digital, a: comitebioetica@usfq.edu.ec.
3. Se solicitarán solo documentos físicos de las versiones finales, y deberán remitirse por duplicado, a las oficinas del CEISH-USFQ ubicadas en el Campus Cumbayá, Oficina G206, antes de recibir la carta de aprobación.

| A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN |
|---|
| Título de la Investigación |
| La efectividad del arte terapia con mediación plástica en el mejoramiento de las relaciones sociales y el rendimiento académico de niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo. |
| Investigador Principal |
| Gabriela Adriana Camacho López. Universidad San Francisco de Quito. Mail: gabrielaadriana17@hotmail.com |
| Co-investigadores |
| N/A |
| Persona de contacto |
| Gabriela Camacho. Telf.: 2343213, 0969019223. Mail: gabrielaadriana17@hotmail.com |
| Nombre de director de tesis y correo electrónico |
| Daniela Ziritt. Mail: dzirittc@usfq.edu.ec |
| Fecha tentativa de inicio de la investigación <i>Septiembre, 2020.</i> |
| Fecha estimada de término de la investigación <i>Julio, 2021.</i> |
| Financiamiento <i>N/A</i> |

| Tipo de estudio: Seleccione con una "X" los que aplican | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
| Ensayo clínico | | Estudio cualitativo | |
| Estudio observacional con muestras biológicas | | Estudio multicéntrico | |
| Estudio observacional sin muestras biológicas | | Caso de estudio | |
| Estudio con población vulnerable | | Otro: Proyecto de investigación | X |

| B. BREVE DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO |
|---|
| 1. Objetivo General |
| Determinar la eficacia del arte terapia con mediación plástica en el mejoramiento del rendimiento académico y relaciones sociales en niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo. |
| 2. Objetivos Específicos |
| <ul style="list-style-type: none"> Mostrar la relación entre la ansiedad y la severidad de los síntomas presentes en el mutismo selectivo. Establecer la eficacia del arte terapia en la reducción de la ansiedad en niños. Determinar si la disminución de la ansiedad contribuye en el mejoramiento del rendimiento académico y las relaciones sociales de niños en edades escolares diagnosticados con mutismo selectivo. |

| |
|---|
| <p>3. Diseño y Metodología del estudio</p> |
| <p>El presente proyecto de investigación tiene un diseño cuantitativo, debido a que su objetivo es analizar estadísticamente la correlación entre la disminución de la ansiedad y el mejoramiento del rendimiento académico y relaciones sociales mediante la aplicación del arte terapia con mediación plástica en ocho niños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo.</p> <p>En el experimento, el nivel de ansiedad de los participantes será manipulado mediante la aplicación del arte terapia con mediación plástica, y actúa como variable independiente, mientras que el rendimiento académico y relaciones sociales de los niños conforman las variables dependientes.</p> |
| <p>4. Procedimientos</p> |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Se informará acerca de la investigación a diversas escuelas privadas localizadas en Quito. 2. Se recibirán solicitudes de familias interesadas, las cuales serán entrevistadas individualmente con el fin de determinar si los niños cumplen con todos los criterios de inclusión del estudio. 3. Se seleccionarán a los ocho candidatos más idóneos para conformar la muestra del estudio. 4. Se organizará una reunión general con todos los tutores legales de los participantes. En la reunión, se explicará a detalle el estudio, se resolverá dudas y se acordará con los cuidadores los horarios y fechas en las que se realizarán las diversas sesiones de la investigación. A su vez, se explicarán todas las consideraciones éticas del experimento y se entregarán los documentos de consentimiento informado. 5. Se solicitará a los participantes del estudio, sus cuidadores principales y profesores que completen las escalas y entrevistas requeridas. 6. Se realizarán diez sesiones de arte terapia con mediación plástica con los participantes. 7. Se procederá a realizar las mismas evaluaciones y entrevistas que se ejecutaron antes del inicio de la intervención terapéutica. 8. Se realizará un análisis estadístico con los datos obtenidos. |
| <p>5. Recolección de los datos</p> |
| <p>El estudio se realizará durante el transcurso del segundo año de educación general básica de los participantes. A finales del primer quimestre de este año escolar, se solicitará a los participantes del estudio, sus cuidadores principales y profesores que completen las escalas y entrevistas descritas en la sección de “Herramientas y equipos”. A su vez, se analizarán las calificaciones finales de los dos quimestres del primer año de educación básica y el primer quimestre del segundo año de las asignaturas “Lengua y Literatura” y “Estudios Sociales”.</p> <p>Después que las encuestas y escalas sean completadas y las calificaciones entregadas, se procederá a iniciar las sesiones terapéuticas. Los participantes realizarán diez sesiones de arte terapia con mediación plástica. Las sesiones se producirán dos veces al mes durante los cinco meses del último quimestre del segundo año de educación básica.</p> <p>Una vez que las diez sesiones de arte terapia con mediación plástica hayan sido completadas por los ocho participantes, se procederá a realizar las mismas evaluaciones y entrevistas que se ejecutaron antes del inicio de la intervención terapéutica. A su vez, se solicitarán las calificaciones finales del segundo quimestre del segundo año de los niños en las mismas asignaturas para analizar su progreso académico.</p> <p>Tras recolectar estos últimos datos, se procederá a realizar el análisis estadístico necesario para probar o rechazar la hipótesis propuesta.</p> |
| <p>6. Herramientas y equipos</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuestionario de Mutismo Selectivo</i> (Bergman, 2012). • <i>Cuestionario de Habla en la Escuela</i> (Bergman, 2012). • <i>Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil, Versión para Padres</i> (Chorpita & Spence, 1998). • <i>Entrevista para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV, Versión para Padres y Niños</i> (Silverman & Albano, 2004). |

| C. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA, ACADÉMICA Y/O SOCIAL DEL ESTUDIO | |
|--|---|
| 1. Evidencia y Aportes | <p>El mutismo selectivo es un trastorno poco común caracterizado por la incapacidad de hablar en situaciones sociales específicas a pesar de hacerlo en otras circunstancias (American Psychiatric Association, 2014). Este trastorno suele presentarse entre los dos y cinco años de edad teniendo una duración promedio de ocho años. Sin embargo, los síntomas generalmente son más evidentes y maladaptativos cuando el niño ingresa al sistema educativo, ya que los mismos interfieren significativamente en sus logros académicos e interacción social (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen & Gutenbrunner, 2001).</p> <p>La incapacidad de hablar que caracteriza al mutismo selectivo no es causada por déficits en el lenguaje o por la existencia de trastornos de la comunicación (American Psychiatric Association, 2014). Diversos estudios han demostrado que los síntomas observados en este trastorno están relacionados con la ansiedad (Muris & Ollendick, 2015).</p> <p>El arte terapia con mediación plástica, un tratamiento psicológico que emplea medios de expresión artística manuales y visuales con fines terapéuticos (Bassols, 2006), ha resultado eficiente en la disminución de la ansiedad. Varios estudios han demostrado que este tratamiento es eficaz para reducir la ansiedad en poblaciones adultas, como estudiantes universitarios y reclusos (Abbing et al., 2018). Debido a que el arte terapia con mediación plástica es utilizado exitosamente para reducir los niveles de ansiedad en poblaciones adultas, en el presente trabajo se busca analizar su efectividad en niños. Ya que la intensidad y la severidad de los síntomas presentes en el mutismo selectivo están correlacionados significativamente con la ansiedad, se espera determinar si la disminución de la misma podría contribuir en el mejoramiento de las relaciones sociales y el rendimiento académico afectados negativamente por el trastorno.</p> |
| 2. Referencias bibliográficas | <p>Abbing, A., Ponstein, A., Van Hooren, S., De Sonnevile, L., Swaab, H. & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. <i>PLOS ONE</i>, 13(12), 1-19.</p> <p>American Psychiatric Association. (2014). <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Fifth Edition). Virginia: American Psychiatric Association.</p> <p>Bassols, M. (2006). El arte terapia, un acompañamiento en la creación y transformación. <i>Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social</i>, 1, 14-25.</p> <p>Muris, P. & Ollendick, T. (2015). Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. <i>Clinical Child and Family Psychological Review</i>, 18, 151-169.</p> <p>Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. <i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i>, 251, 284–296.</p> |

| D. DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO | |
|--|--|
| 1. Criterios para la selección de los participantes | <p>La población seleccionada para este proyecto de investigación serán niños quiteños de seis años diagnosticados con mutismo selectivo que vayan a ingresar a su segundo año de educación general básica en escuelas privadas de Quito, Ecuador. El estudio no realiza distinción de género. Tanto niños como niñas pueden participar en la investigación siempre y cuando cumplan con todos los requisitos establecidos.</p> |
| 2. Riesgos | <p>Los riesgos para los participantes de este proyecto de investigación son mínimos. Se considera que no existen riesgos físicos, emocionales o psicológicos significativos.</p> |

| |
|---|
| 3. Beneficios para los participantes |
| La aplicación del arte terapia con mediación plástica puede contribuir significativamente en la disminución de la ansiedad y la severidad de los síntomas de los participantes. |
| 4. Ventajas potenciales a la sociedad |
| Debido a que el presente proyecto de investigación busca determinar la efectividad del arte terapia con mediación plástica para la reducción de la ansiedad en niños de edades escolares diagnosticados con mutismo selectivo, se considera que la realización de este proyecto podría contribuir en la adquisición de información relevante acerca del trastorno. Esta investigación busca aportar información acerca de la aplicación de posibles tratamientos en poblaciones infantiles y su impacto en el curso del trastorno. |
| 5. Derechos y opciones de los participantes del estudio |
| La participación es totalmente voluntaria. Los participantes no están obligados a realizar ninguna actividad que no deseen. |
| 6. Seguridad y Confidencialidad de los datos |
| Los datos recolectados serán utilizados únicamente para fines académicos. Se asegura la confidencialidad y seguridad de la información personal recolectada. Con el propósito de mantener el anonimato de los participantes, a cada niño se le asignará un código para almacenar los datos obtenidos. |
| 7. Consentimiento informado |
| El documento de consentimiento informado será entregado por el investigador principal durante la reunión general que se realizará con los tutores legales de todos los posibles participantes antes del inicio del proyecto de investigación. |
| 8. Responsabilidades del investigador y coinvestigadores dentro de este estudio. |
| <p>Aplicar las normas nacionales e internacionales de bioética y ética de la investigación, en todas las fases y actividades del estudio.</p> <p>Implementar el estudio según los objetivos, diseño y metodología aprobados por el CEISH-USFQ.</p> <p>Notificar al CEISH-USFQ, sobre cualquier desviación, hallazgo o eventos adversos que pudiera darse durante la implementación del estudio y que esté directamente relacionado con él.</p> <p>Aplicar procesos de corrección de desviaciones o eventos adversos relacionados directamente con el estudio.</p> <p>Diseñar estrategias para asegurar la comprensión del estudio y del consentimiento informado.</p> |

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. Período: Sep 2020 - Jul 2021

| Descripción de la Actividad | Fechas | | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Sep 2020 | Oct 2020 | Nov 2020 | Dic 2020 | Ene 2021 | Feb 2021 | Mar 2021 | Abr 2021 | May 2021 | Jun 2021 | Jul 2021 |
| Reclutamiento | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de escalas y entrevistas | | | | | | | | | | | |
| Recolección de calificaciones | | | | | | | | | | | |
| Realización de sesiones de arte terapia | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de escalas y entrevistas II | | | | | | | | | | | |
| Recolección de calificaciones II | | | | | | | | | | | |
| Realización del análisis de los resultados obtenidos | | | | | | | | | | | |

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos.
Sí (X) No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis.
Sí (X) No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____