

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Efectividad del arte terapia en disminuir los niveles de  
ansiedad en niños de 2 a 7 años diagnosticados con  
mutismo selectivo.**

**Proyecto de Investigación**

**Tamara Nicole Yáñez Orbea**

**Psicología**

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

Quito, 10 de diciembre de 2018

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

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efectividad del arte terapia en disminuir los niveles de ansiedad en niños de 2 a 7 años diagnosticados con mutismo selectivo.**

**Tamara Nicole Yáñez Orbea**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Mariel Paz y Miño Maya, PhD.

Firma del profesor:

---

Quito, 10 de diciembre de 2018

### **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: Tamara Nicole Yáñez Orbea

Código: 00125259

Cédula de Identidad: 1718056698

Lugar y fecha: Quito, diciembre de 2018

## RESUMEN

El mutismo selectivo es un trastorno que afecta mayoritariamente a los niños y se caracteriza por una falta de lenguaje verbal en ciertas situaciones sociales. Su componente principal es la ansiedad. El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad del arte terapia en su implementación al plan terapéutico de niños con mutismo selectivo y comprobar si hubo reducción significativa de la ansiedad. Para esto se utilizó 15 niños de 2 a 7 años diagnosticados con mutismo selectivo. Se utilizó la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) para medir la ansiedad antes y después de la aplicación del tratamiento. También se utilizó entrevistas al finalizar la terapia para evaluar la experiencia de los niños y padres. Los resultados obtenidos fueron una reducción de ansiedad significativa luego del arte terapia, reflejado tanto en el RCADS como en las experiencias de los niños. Se espera que en futuros estudios se considere implementar el arte terapia dentro del plan terapéutico para cualquier trastorno que contenga ansiedad y sobre todo si se trabaja con niños. Luego de este estudio se espera también que el arteterapia reemplace a la farmacoterapia como reductora de la ansiedad dentro el mutismo selectivo.

Palabras Clave: Mutismo Selectivo, Ansiedad, Expresión Artística, Arte Terapia, Terapia Tradicional, Terapia Alternativa.

## **ABSTRACT**

Selective mutism is a disorder that affects mostly children and it is characterized for a lack of verbal speech in certain social situations. Its main feature is anxiety. The goal of this study was to analyze the effectiveness of art therapy in its addition to the therapeutic plan of children with selective mutism and to prove if there was a significant reduction to their anxiety. It was composed by a group of 15 children from the ages 2 to 7 diagnosed with selective mutism. It was used the Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) to measure the anxiety before and after the treatment. Interviews were also used at the end of the therapy to evaluate the children and parent's experience. The results obtained were a significant anxiety reduction after the art therapy, this was reflected on the RCADS as well as on the experience of the children. It is expected that in future studies art therapy is considered within the therapeutic plan for any disorder that has anxiety and specially if it is with children. After this study it is also expected that art therapy replace the pharmacotherapy in the reduction of anxiety in the selective mutism disorder.

**Kew Words:** Selective Mutism, Anxiety, Artistic Expression, Art Therapy, Traditional Therapy, Alternative Therapy.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	8
Antecedentes .....	8
Problema .....	10
Pregunta .....	11
Propósito del estudio.....	11
El significado del estudio.....	11
REVISIÓN DE LITERATURA .....	13
Fuentes .....	13
Formato de la revisión de la literatura .....	13
Mutismo selectivo.....	13
¿Qué es el mutismo selectivo?.....	13
Etiología del mutismo selectivo.....	16
Ansiedad y mutismo selectivo. ....	18
Tratamientos .....	19
Tratamientos tradicionales dirigidos al mutismo selectivo.....	19
Tratamientos tradicionales para reducir niveles de ansiedad.....	23
Tipos de terapias alternativas.....	26
Arte terapia.....	27
¿Qué es el arte terapia? .....	27
Tipos de arte terapia.....	30
Aplicaciones del arte terapia.....	33
Ventajas del arte terapia.....	38
Arte terapia y ansiedad.....	41
Mutismo selectivo y arte terapia .....	43
Arte terapia en niños. ....	43
Arte terapia como tratamiento complementario para el mutismo selectivo. ....	45
Testimonios de arte terapia como tratamiento para el mutismo selectivo. ....	46
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
Diseño y justificación de la metodología seleccionada .....	49
Participantes.....	50
Herramientas de investigación utilizadas.....	51
Procedimiento de recolección y análisis de datos.....	52
Consideraciones éticas .....	53
RESULTADOS ESPERADOS.....	55
DISCUSIÓN .....	58

Conclusiones .....	58
Limitaciones del estudio .....	59
Recomendaciones para futuros estudios .....	60
REFERENCIAS.....	62
ANEXO A.....	69
ANEXO B.....	70
ANEXO C.....	72
ANEXO D.....	75

## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes

El mutismo selectivo se caracteriza por una falta del uso del lenguaje verbal en ciertas ocasiones sociales. Es más común en niños (normalmente su periodo de inicio es antes de los cinco años) y es un desorden relativamente raro, ya que son diagnosticados solamente el 1% de la población y se lo diagnostica más en mujeres (Krysanski, 2003). Ocurre generalmente cuando el niño comienza la escuela, pero también puede aparecer en adolescentes y adultos con problemas emocionales graves (Schacht & Siegel, 1995). En lugar de comunicarse verbalmente, las personas con mutismo selectivo utilizan otras formas de comunicarse como con gestos, señas, movimientos con la cabeza, palabras monosílabas (Krysanski, 2003). Se asocian también con timidez excesiva, fobia social, rasgos compulsivos, problemas de conducta, rasgos negativos de personalidad, incidencia de enuresis y encopresis, depresión y ansiedad. Además de afectar negativamente a la vida del niño, influencia en otros ámbitos de su vida como el social y el escolar (Black, & Uhde, 1995; Kristensen, 2000; Krysanski, 2003).

Las características asociadas al mutismo selectivo fueron reconocidas desde 1877, pero no fue hasta 1980 donde se registró como desorden en el DSM (Bergman, Piacentini & McCracken, 2002). Este desorden ha sido estudiado desde el siglo XIX, y se lo conocía como *Afasia Voluntaria*, más adelante fue llamado *Mutismo Electivo* dado que se decía que las personas simplemente elegían no hablar. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se lo cambió a *Mutismo Selectivo* ya que no es la persona la que decidía no hablar, sino la situación era la causante de este problema. Varios enfoques han llevado una explicación a este trastorno. El psicodinámico, señala que el mutismo selectivo es una manifestación de un conflicto no resuelto. El conductista, toma en cuenta a los reforzadores negativos que fueron causantes del mutismo. Otros autores afirman que el mutismo selectivo

es una variante de la fobia social o una variante de la ansiedad (Anstending, 1999; Cohan, et al., 2008; Krysanski, 2003; Omdal, 2008).

Bergman et al. (2002) también resaltan en que el mutismo selectivo es una expresión más grave de la fobia social, con unas pocas diferencias de que la fobia social tiene comúnmente su inicio después de los 10 años y el mutismo selectivo mayoritariamente antes de los 5 años.

Anteriormente, categorizaban al mutismo selectivo en dos grupos. El primero se basa en un niño que no habla por manipular a las personas en un ambiente determinado. El segundo afirma que, por la ansiedad de ciertas situaciones, el niño deja de hablar. Se ha comprobado que la segunda afirmación sucede más frecuentemente (Anstendig, 1999).

Omdal & Galloway (2007) mencionan que se debe entender al niño desde su propia perspectiva de comunicación y encontrar un punto medio en la terapia para lograr algún cambio. En cuanto a tratamientos, se ha encontrado común en este desorden el uso de técnicas cognitivo-conductuales (TCC; Krysanski, 2003; Sheridan, Kratochwill, & Ramirez, 1995). También se utilizan tratamientos psicodinámicos, dentro de los TCC se incluyen reforzamientos, modelado, moldeado, desvanecimiento del estímulo, entre otros (Krysanski, 2003; Sheridan, Kratochwill, & Ramirez, 1995).

Dentro de técnicas nuevas que no han sido utilizadas comúnmente para el mutismo selectivo, es el arte terapia. “El arte terapia invita a los clientes a entrar a un espacio creativo en el que pueden expresarse, entender y procesar problemas internos mediante el uso de materiales artísticos y mediante estos posibilita la expresión sin el uso de palabras” (Regev, Kurt & Snir, 2016, p.86). Por consiguiente, mediante el arte terapia los niños con mutismo selectivo pueden expresar y exteriorizar sus problemas internos sin la necesidad del uso de palabras.

El grupo humano con el que se trabajará es de niños de 2-7 años, ya que el mutismo selectivo es diagnosticado antes de los 5 años y durante estas edades los niños se encuentran en la etapa preoperacional de Piaget. Los niños ya son capaces de representar mediante símbolos sus ansiedades y temores y mediante el arte terapia podrán hacer esto más fácilmente.

## **Problema**

Si bien es cierto, los antecedentes y literatura revisada sobre el mutismo selectivo son extensos, aún existen brechas en las que se debe profundizar. Por ejemplo, varios autores mencionaron repetidamente que el mutismo selectivo casi siempre es diagnosticado junto con fobia social o algún otro tipo de trastorno de ansiedad y argumentan que debería ser este una variante de los trastornos ansiosos (Anstending, 1999; Cohan, et al., 2008; Krysanski, 2003; Omdal, 2008). Anstendig (1999) en su artículo, urge la necesidad de volver a revisar la clasificación del mutismo selectivo dentro del DSM, ya que en el DSM-IV se encuentra bajo “Trastornos de Inicio en la Infancia, Niñez o Adolescencia”. Cuando el DSM-5 tuvo su lanzamiento en el 2013, efectivamente el mutismo selectivo fue cambiado de categoría y ahora se encuentra bajo “Trastornos de Ansiedad”. Por esta razón, parece ser necesario comprobar nuevamente el curso de una terapia más efectiva hacia este tipo de trastorno.

El problema que esta investigación busca enfocarse se basa en que la terapia tradicional del mutismo selectivo, no permite que la persona (y sobre todo el niño) se exprese de tal manera en la que no necesite utilizar el lenguaje verbal. Es importante recalcar que el componente ansioso es el principal en el mutismo selectivo y por esta razón se lo debería tratar primero, junto con la terapia propuesta. Según Chambala (2008), el proceso creativo del arte terapia permite a las personas con síntomas de ansiedad entrar a una exploración personal y auto expresión; y así bajar sus niveles ansiosos. El objetivo del arte terapia es poder reducir los niveles de ansiedad primero y luego poder trabajar con las diferentes causas del mutismo selectivo. Mediante el uso del arte terapia a pacientes diagnosticados con mutismo selectivo,

podrían lograr efectos positivos dentro de su tratamiento y posiblemente, al bajar su componente ansioso, el resto de los síntomas puedan disminuir también. Es por eso que esta investigación pretende reevaluar el curso de tratamiento apropiado hacia el mutismo selectivo, con la finalidad de una recuperación más pronta.

### **Pregunta**

¿Cómo y hasta qué punto el arte terapia disminuye los niveles de ansiedad en niños de 2 a 7 años diagnosticados con mutismo selectivo?

### **Propósito del estudio**

Mediante este estudio, se busca conseguir una nueva alternativa de tratamiento que sea funcional para el componente ansioso del mutismo selectivo, colocando al arte terapia como tratamiento complementario a la terapia propuesta al paciente. Ya que reduciendo los niveles de ansiedad el producto final esperado es una reducción de los niveles de mutismo también. El estudio beneficiará a niños con mutismo selectivo que luego de haber sido tratados con otras terapias tradicionales solamente no encontraron progreso. Se espera que luego de ser tratados adicionalmente con arte terapia, estos niños bajen su ansiedad y progresivamente logren superar su mutismo selectivo.

### **El significado del estudio**

Lo revisado dentro de este estudio puede llegar a ser sumamente importante al tratar el mutismo selectivo a futuro, no solamente con niños, sino con personas de todas las edades que lo padezcan. Al tratar el componente ansioso como principal en el trastorno, por primera vez se podrán ver resultados mediante este enfoque. Los tratamientos reconocidos mundialmente para tratar el mutismo selectivo son la terapia cognitiva conductual, terapia psicodinámica, terapia familiar y dentro de la farmacoterapia, se recomienda usualmente el uso de inhibidores de

recaptación de serotonina selectiva (IRSS; Wong, 2010); pero el arte terapia para reducir los niveles de ansiedad del mutismo selectivo, no se ha propuesto como tratamiento complementario.

## REVISIÓN DE LITERATURA

### Fuentes

La información provendrá de varias fuentes como *peer review journals*, libros y entrevistas. Para acceder a los *journals* se utilizó diferentes bases de datos, principalmente Taylor and Francis, ProQuest, Springer, Google Scholar. Al entrar a las bases de datos, se requirió diferentes palabras clave en general, como “mutismo selectivo” “arte terapia” “tratamiento mutismo selectivo”, poco a poco la búsqueda se fue afinando y se colocó también “ansiedad en niños” “arte terapia y ansiedad” “etiología mutismo selectivo”, se logró filtrar los *papers* con información valiosa y se clasificó por temas de importancia. Los libros se lograron conseguir gracias a aportes de personas que estudiaron diplomados en arte terapia. Las entrevistas, de igual manera, se las realizó a arte terapeutas expertos en el trabajo con niños y que han utilizado este tipo de terapia varias veces en sus sesiones y han presenciado su eficacia.

### Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura se la revisará por temas, desde lo general hasta lo particular. Finalmente comparando el mutismo selectivo con el arte terapia.

### Mutismo selectivo

#### ¿Qué es el mutismo selectivo?

La esencia del mutismo selectivo (MS) es la imposibilidad de la persona en hablar frente a situaciones específicas sociales que requieren el lenguaje verbal (ej. en la escuela), mientras que en otras sí (ej. en su casa). Este desorden interfiere con un funcionamiento normal en el área escolar, social y laboral (Krysaniski, 2003). Normalmente se diagnostican a niños en edad escolar, ya que anterior a esto los padres no perciben ninguna disfuncionalidad en el lenguaje verbal de su hijo (Anstending, 1999). El MS puede ser aplicado también hacia personas específicas no solo a situaciones, por ejemplo cuando el niño habla solo con sus

padres, pero no con sus profesores o compañeros. Es importante tomar en cuenta la comunicación no verbal que estos niños utilizan. Algunos pueden ser capaces de utilizar gestos o mantener un contacto visual, mientras que otros no se permiten ni reírse al frente de otras personas que no sean las de su confianza (Oerbeck, Manassis, Overgaard & Kristensen, 2018). Adicionalmente, los niños con MS pueden exhibir síntomas propios de una inhibición del comportamiento; algunos autores dicen que esta inhibición es uno de los precursores del MS (Gensthaler, et al., 2016). El niño tiende a aislarse, buscar a sus padres y evitar a hablar si es que se encuentra en situaciones extrañas o con personas que no conoce. A pesar de esto, no se frecuenta un rechazo a la escuela, niños con MS simplemente tratan de ser “invisibles”, no hablan ni dan la oportunidad para que alguien más inicie una conversación (Gensthaler, et al., 2016; Oerbeck, et al., 2018).

El mutismo selectivo es un trastorno poco común, por lo tanto difícil de diagnosticar. En investigaciones recientes se expuso que aproximadamente que el 1% de la población infantil sufre de MS. La proporción entre hombres y mujeres es similar, pero se ha observado más en niñas (Oerbeck et al., 2018). La edad de inicio coincide con los primeros años escolares, desde 2.7 a 4.1 años (Hardwood & Bork, 2011). Los padres generalmente no saben el momento exacto en el que los síntomas aparecieron, atribuyendo a la personalidad del niño que ha sido así desde siempre. Utilizan términos como retraído, tímido, miedoso, que son los síntomas representativos de una inhibición conductual (Oerbeck et al., 2018). Existen todavía educadores que creen que el MS es algo que se supera con el tiempo, sin embargo, se ha comprobado que el MS tiende a persistir y ser más difícil de tratar (Hardwood & Bork, 2011). Es muy posible que exista una falta de diagnóstico del MS, ya que no se toma en cuenta a familias que viven en aislamiento y familias o escuelas que no reportan a los niños con síntomas de MS. Todos estos factores no se toman en cuenta en la prevalencia general, es por eso que se cree que puede que el 1% de prevalencia reportada, sea mayor (Ford et al., 1998).

La comorbilidad más significativa que tiene el MS es con la de ansiedad social. Los niños que sufren de ansiedad social, les da pánico al estar en situaciones en los que se requiere interactuar con otras personas y puede resultar en una inhibición del comportamiento. De igual manera los niños con MS comparten este pánico pero intentan controlar la situación social mediante el silencio, siendo como un extremo de ansiedad social (Anstending, 1999).

Kristensen (2000) señala que el mutismo selectivo se diagnostica mayoritariamente junto con otros trastornos; 79.5% con más de un trastorno y 55.4% con 3 a 7 diagnósticos complementarios. Existe comorbilidad en un 68.5% con el trastorno de desarrollo tardío, sobre todo con un retraso en la motricidad. Además, menciona que es importante notar la relación que tienen el MS con niños con autismo/Asperger (10% de comorbilidad) y tomar en cuenta en su diagnóstico. Hay comorbilidad con enuresis desde 4%-42% para niños con MS; también, encopresis desde 7% a 17%. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el MS es poco frecuente.

Para diagnosticar un mutismo selectivo, Krysanski (2003) resalta que son importantes las entrevistas con los padres, en esencia para conseguir la historia de la sintomatología, dificultades neurológicas, dificultades atípicas en el lenguaje anteriormente. Se utiliza además el “Cuestionario para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia para Niños en Edad Escolar: Versión Presente y Durante la Vida (K-SADS-PL) y la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad del DSM-IV versión para Padres y Niños (ADIS-IV-C/P)” (Oerbeck, et al., 2018, p.10). Adicionalmente se puede utilizar a términos generales la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS), para evaluar la ansiedad dentro del MS (Oerbeck, et al., 2018). Sin embargo, existen cuestionarios dirigidos explícitamente hacia el MS como por ejemplo, El Cuestionario de Mutismo Selectivo, dirigido a padres (Bergman, Keller, Piacentini & Bergman, 2008) y El cuestionario del Habla en la Escuela (Bergman, et al., 2002; Oerbeck, et al., 2018).

Se ha demostrado que niños que han sufrido de SM, en su etapa adulta continúan con problemas de comunicación y desenvolvimiento en áreas escolares y laborales, tienen también alta incidencia en desarrollar otros desórdenes (Muris & Ollendick, 2015).

### **Etiología del mutismo selectivo.**

Hasta el momento, no se conoce el origen exacto del mutismo selectivo. Se han investigado varias teorías que son fundamentadas por diferentes autores y se hipotetiza que no es una sola causa en específico, sino son varios los factores que pueden ser los desencadenantes del MS.

En primer lugar, se analiza los factores genéticos que según Oerbeck et al. (2018) se relaciona con la ansiedad social, que tiende a ser hereditaria. El MS y síntomas parecidos ocurren con alta frecuencia en familias de niños que tienen este desorden; padres de niños con MS demuestran tener altos niveles de timidez y ansiedad social a comparación con padres de hijos control (Muris & Ollendick, 2015). Segundo, el temperamento que es un factor asociado a la inhibición conductual tiene vulnerabilidad a presentar un cuadro ansioso a futuro. La mayoría de niños con MS reportan ser tímidos por naturaleza, contribuyendo al retraimiento del MS. Cuando un niño con inhibición conductual se encuentra en una situación extraña, automáticamente se calla, deja de realizar la actividad y se retrae. Esta inhibición conductual del temperamento se atribuye a un umbral menor de activación en el sistema límbico e hipotalámico. Además el sistema nervioso simpático que es el encargado de responder situaciones extrañas, las interpreta como una amenaza. Existe evidencia que niños con inhibición del comportamiento a sus tres años, tienen mayor riesgo de desarrollar un desorden de ansiedad más adelante (Oerbeck, et al., 2018; Anstending, 1999; Ford, Sladeczek & Carlson, 1998; Cohan, Price & Stein, 2006).

Tercero, factores del desarrollo y neurodesarrollo influyen también en la creación del MS. Por ejemplo, trastornos de lenguaje, del habla, retrasos motores y un poco de relación con el

espectro autista y retraso mental. En comparación con niños control, los niños con MS comienzan a hablar significativamente después y manteniendo dificultades. Adicionalmente se postula que los niños con MS tienen deficiencias en habilidades sociales que, junto con la ansiedad, hace que se les imposibilite mantener una conversación y relaciones sociales normales (Oerbeck, et al., 2018; Cohan, et al., 2006; Muris & Ollendick, 2015). Cuarto, se atribuye también a factores ambientales en los que adjudica a experiencias traumáticas que sucedieron en el periodo crítico del desarrollo del lenguaje, siendo este un factor de riesgo para el MS. Sin embargo, no existen evidencias significativas que sustenten esta exposición al trauma. Por otro lado, existen también factores ambientales en relación a la familia, siendo el estrés e inestabilidad otro detonante para el MS. La familia puede ser también objeto del mantenimiento del MS, en base a la estructura y dinámica familiar no apropiada. Por ejemplo, con una relación intensa de sobreprotección o rigidez en la crianza, miedo y desconfianza a todo lo desconocido, peleas matrimoniales, etc (Cohan, et al., 2006; Anstending, 1999; Krysanski, 2003).

Finalmente, Cohan et al. (2006) mencionan que se debe tomar en cuenta en la etiología a los niños migrantes o hijos de migrantes, ya que pueden ser sobrerrepresentados en el MS. Los niños migrantes pueden tener ciertos rasgos de MS, pero simplemente es debido a su falta de adaptación a un nuevo idioma, mientras que niños con MS se relacionan más a diferentes estresores del ambiente y su incapacidad para desenvolverse funcionalmente. De igual manera, según el DSM-5 no se puede diagnosticar a un niño con MS si la falta de lenguaje es debido a un desconocimiento del idioma. Sin embargo, si pueden existir casos de niños bilingües con mutismo selectivo, que también se los debe tomar en cuenta para el tratamiento.

### **Ansiedad y mutismo selectivo.**

Según el Instituto Nacional de Salud Mental Estadounidense (2015) experimentar ansiedad es algo de la vida diaria, que se presenta en alguna situación estresante o amenazante. Para una persona con desorden de ansiedad este sentimiento no es algo temporal y se empeora con el tiempo. Esta ansiedad se involucra en cualquier área de la vida de la persona. Los síntomas comunes de la ansiedad pueden ser: sentirse fatigado todo el tiempo, irritable, tener dificultad para concentrarse, tener tensión muscular, tener sentimientos de preocupación y estrés, tener problemas a la hora de dormir y comer. También pueden escalar hacia un ataque de pánico mediante sudoración, palpitaciones excesivas, pérdida de control, sentir que falla la respiración. Junto a estos síntomas también se encuentran pensamientos fatalistas y una rumiación de ideas incongruentes al ambiente que provocan la mayoría de los síntomas físicos. Es importante tomar en cuenta que el mutismo selectivo, además de su síntoma de falta de lenguaje, contiene la mayoría de estos síntomas propios de la ansiedad también.

Además de presentar síntomas propios de ansiedad, los niños con MS también presentan rasgos de otros trastornos de ansiedad, mayoritariamente de ansiedad social, teniendo una comorbilidad del 67 al 90% de los casos (Oerbeck et al., 2018). Antes de que se les diagnosticase con MS, los niños ya presentaban comportamientos ansiosos como, timidez, retraimiento, y evitación. De igual manera su lenguaje era siempre de bajo volumen, pocas palabras y poca espontaneidad al hablar, similar a la fobia social o la ansiedad social. Es por eso que se luchó varios años por el cambio de categoría de este trastorno, al de trastornos de ansiedad (Muris & Ollendick, 2015).

Se ha cuestionado varias veces si la falta de lenguaje se atribuía a un tipo de obstinación o querer controlar a los padres. Sin embargo, su relación con la ansiedad social es más cercana que cualquier otro trastorno. Tampoco se ha encontrado resultados significativos que fundamenten un diagnóstico alternativo de oposicional desafiante, es posible que algunos adultos

malinterpreten los comportamientos evitativos y conductas mal adaptativas como oposicionales o controladoras, sin embargo es más probable que sean una expresión de ansiedad suprema (Oerbeck et al., 2018; Cohan, Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Roesch & Stein, 2008). Anstending (1999) expone que en situaciones extrañas o amenazantes los niños responden de dos maneras como lucha o huida. En este caso, se activa el sistema de lucha, y por eso se manifiestan comportamientos oposicionales y manipuladores. La ansiedad siendo el principal síntoma, los padres o educadores pueden malinterpretarlo como manipulación. Sin embargo, es evidente que el niño con MS utiliza su inhibición de lenguaje como defensa ante una situación extraña y la ansiedad que le causa.

## **Tratamientos**

### **Tratamientos tradicionales dirigidos al mutismo selectivo.**

El mutismo selectivo puede ser resistente a los tratamientos y pueden requerir meses y hasta años de intervenciones para lograr algún cambio significativo. Al ser un desorden poco común, los tratamientos no han sido investigados a profundidad (Hardwood & Bork, 2011). En su estudio, Ford et al. (1998) manifiestan los tratamientos que se han utilizado para el MS a lo largo de la, “refuerzo positivo (77.1%), grabaciones de audio o video (38.6%), psicoterapia (37.9%), contrato de comportamiento (34.6%), castigo (34%), time-out (27.5%)” (p.217). Por otro lado, también se ha cuantificado las terapias que han probado ser inefectivas como “ignorar (27.5%), castigo (20.9%), refuerzo positivo (11.1%), y time-out (10.5%)” (p.217). Los profesores y los psicólogos han demostrado ser el mayor apoyo para una persona con MS. Pocas personas mencionaron el uso de medicación como parte de su tratamiento de MS y las otras que sí, utilizaron cierto tipo de antidepresivos, ansiolíticos, estimulantes, antipsicóticos, estabilizadores de estado de ánimo, entre otros. Este estudio no profundiza en el uso de fármacos como tratamiento para el MS.

Adicionalmente Krysanski (2003) expone también los tratamientos que históricamente se han utilizado para MS, pero concentrándose en niños específicamente. Menciona al tratamiento psicodinámico como el primero utilizado para MS, éste se enfoca en el conflicto intrapsíquico que se desarrolla como mutismo. Sin embargo, no se ha podido comprobar su efectividad. Segundo, el tratamiento conductual ha demostrado ser el más efectivo en relación a estrategias de “refuerzo, desvanecimiento del estímulo, economía de fichas, modelado y moldeado, manejo de contingencia, auto modelado y procedimientos de iniciación-respuesta” (p.35). Sin embargo, muchos psicólogos conductistas no están de acuerdo en utilizar solamente la terapia conductual, mencionan que no es suficiente. Tercero, la terapia familiar se ha utilizado cuando el MS se mantiene por un sistema familiar disfuncional; se utiliza con el objetivo de concientizar sobre este aspecto y trabajar a partir de ello. Adicionalmente, lo principal en cualquier tratamiento es disminuir la ansiedad cuando el niño habla y al mismo tiempo motivar a la interacción con otras personas. Para lograr esto se necesita “no forzar al niño a hablar, mantener al niño en su clase regular con sus compañeros, poner menos énfasis en el desenvolvimiento verbal, motivar a que se relacione con sus compañeros y utilizar intervenciones cognitivo-conductuales como desensibilización con relajación” (p.38).

Oerbeck et al. (2018) en un análisis más actualizado, consideran tres factores importantes para poder plantear un tratamiento. Primero se debe tomar en cuenta la vulnerabilidad, por ejemplo genética, de ansiedad, inhibición conductual, temperamento, etc. Se debe modificar lo que sea posible y lo que no, se debe tratar de que no sea un impedimento para el resto de cosas que sí pueden alterarse. Segundo los factores desencadenantes, por ejemplo, empezar una nueva escuela, viajar a otro país con otro idioma, cambios drásticos. Es recomendable que se prepare al niño para estos cambios drásticos en su vida ya que así les brinda más estructura y control. Tercero, los factores mantenedores, se basan en el comportamiento que tienen las personas cercanas al niño, que hacen que se promueva el MS.

Pueden ser de dos formas, hablar por el niño y aceptar su evitación, haciendo que se acostumbre a no hablar o también forzar demasiado a que el niño hable en situaciones donde no se siente cómodo y causar aún más ansiedad.

Se analizaron dos enfoques generales de tratamientos importantes. El primero son los tratamientos psicosociales que se basan en “intervenciones multidisciplinarias y se centran en disminuir la ansiedad, aumentar el habla social y mejorar el impacto negativo en el funcionamiento relativo al MS” (Oerbeck, et al., p.12). Se enfatiza significativamente en terapias conductuales como la exposición gradual y recompensas, también se utiliza el apoyo de los padres y educadores. Su meta principal es disminuir la ansiedad y reducir la presión al hablar. Dentro de este enfoque se encuentra la Terapia Conductual Integrada para el Mutismo Selectivo desarrollada por Bergman et al (2013). Consiste en la exposición gradual a la situación o estímulo que la persona teme, en el caso del MS, a la comunicación verbal. Se mantiene contacto constantemente con los profesores del niño. Luego del estudio, se encontró un aumento significativo en el habla de los niños a comparación con el grupo control. El 67% de niños con este tratamiento ya no cumplían con los criterios para el MS y continuó así en el seguimiento de 3 meses. Sin embargo, no se puede asegurar una remisión total a largo plazo gracias a esta terapia. De igual manera, los padres reportan disminución en los síntomas de ansiedad social de su hijo. Se puede decir que es una de las terapias más efectivas y utilizadas para el MS.

El Tratamiento de la Ansiedad de la Comunicación Social (S-CAT) creada por Elisa Shipon-Blum, también se utiliza como una de las principales terapias para el MS. Se utiliza también el apoyo de los padres y profesores para garantizar un mejor seguimiento. Se incorporan estrategias cognitivas y conductuales para ayudar a la verbalización específicamente (Oerbeck, et al., 2018). Klein, Armstrong, Skira & Gordon (2016) realizaron un estudio piloto sobre este tratamiento y los resultados fueron positivos. La mayoría de los

niños con MS de su estudio demostraron un aumento en niveles de lenguaje hablado después de la terapia S-CAT. Sin embargo, los profesores no reportaron una disminución en la ansiedad o retraimiento dentro de clases.

La Intervención Basada en el Hogar y Escuela para el Mutismo Selectivo, creada por Hanne Kristensten, comienza primero en el lugar donde el niño se siente más cómodo, que es generalmente en casa y luego continua en la escuela. En la mayoría de niños se han encontrado resultados significativos de mejoría tras esta intervención y continuaron estables durante un seguimiento. Sin embargo, todavía quedaba un porcentaje de niños que continuaban con MS y otros en remisión parcial (Oerbeck, et al., 2018).

El segundo enfoque importante para tomar en cuenta consiste en la terapia farmacológica. Como los síntomas del MS se relacionan directamente con otros tipos de ansiedad en niños, se ha utilizado la medicación investigada para trastornos de ansiedad para tratar al MS en niños. La medicación más utilizada son inhibidores de recaptación de serotonina selectiva (IRSS), entre ellas la fluoxetina (Anstendig, 1999). Sin embargo, no se puede generalizar al MS como si fuera cualquier otro tipo de ansiedad ya que conlleva otros tipos de disfunciones en el desarrollo como, anormalidad en el lenguaje y procesamiento auditivo o retraso en el desarrollo. Es importante también tomar en cuenta estos factores dentro del tratamiento. Una de las principales razones por las que los terapeutas eligen dar este tipo de medicación al paciente es por la falta de efectividad en las terapias psicosociales, cuando el MS no disminuye su intensidad de ninguna manera (Manassis, Oerbeck & Overgaard, 2015). Sí se ha comprobado mejorías dentro de los síntomas de ansiedad en 76% de niños con MS tratados con fluoxetina. También se ha utilizado Monoamina Oxidasa (MAO) para tratar al MS (Muris & Ollendick, 2015). Sin embargo, se debe tomar en cuenta los efectos secundarios de este tipo de tratamiento y en especial por ser niños; pueden desarrollar constipación, visión borrosa, boca seca, aumento de peso, baja presión sanguínea al utilizar IRSS (Anstendig, 1999;

Muris & Ollendick, 2015). No existe mucha evidencia al respecto del uso y efectos secundarios en niños a través del tiempo. Es por eso que, se debe utilizar este tipo de terapia en circunstancias extremas y solo si no hay otro tipo de terapia que pueda ayudar a disminuir la ansiedad. Ya que, si es que la ansiedad baja, los niños pueden progresar más rápido dentro de algún otro tratamiento psicosocial menos invasivo (Oerbeck, et al., 2018).

Krynski (2003) resalta que se puede permitir que el niño utilice comunicación no verbal para que se sienta a gusto, pero no se la debe reforzar. No se puede atribuir a un solo tipo de tratamiento como el único o más efectivo para tratar el MS. Pero, sabiendo que el mutismo selectivo se encuentra dentro del espectro ansioso es importante que cualquier tratamiento se enfoque en reducir los síntomas ansiosos y eliminar el refuerzo negativo. Es por eso que, en esta investigación se dará a conocer una terapia complementaria que va a ser útil para estos casos.

### **Tratamientos tradicionales para reducir niveles de ansiedad.**

A pesar de que la ansiedad es uno de los principales trastornos que afectan a los niños y adolescentes, los estudios sobre tratamientos han sido limitados o mayoritariamente para la población adulta. Los desórdenes de ansiedad se relacionan con disfunciones en varias áreas, más del 8% de adolescentes muestra un nivel de funcionamiento de nivel severo. Además, los desórdenes de ansiedad se asocian con otros tipos de trastornos como, de estado de ánimo, abuso de sustancias, problemas en el desarrollo académico, etc. Sin embargo, la información disponible para tratamientos de ansiedad no es fácil de encontrar (Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian & Chorpita, 2016). “Las intervenciones tradicionales para evaluar la ansiedad incluyen el asesoramiento escolar, terapia racional emotiva, desensibilización sistemática y una combinación entre todas estas [...] el enfoque grupal ha probado ser efectivo y económico” (Buglione, Devito & Mulloy, 1990, p.33). Durante las últimas décadas, la terapia cognitiva conductual (TCC) ha tomado protagonismo para tratar a desórdenes de ansiedad. Se utilizan

intervenciones específicas de TCC orientadas a reducir la ansiedad como la reestructuración cognitiva, motivar a la autoconversación, exposición in vivo, relajación y modelado (Muris, Mayer, den Adel, Roos & van Wamelen, 2008).

Numerosos estudios (Muris, et al., 2008; Higa-McMillan, et al., 2016; Rapgay, Bystrisky, Dafter & Spearman, 2011; Field, Cartwright-Hatton, Reynolds & Creswell, 2008; Rapee, 2000) señalan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual como principal para trastornos de ansiedad. “Resultados han mostrado, cambios significantes en el pre y post tratamiento en el grupo de intervención con TCC [...], muchos de los niños tratados (64%) ya no cumplían con los criterios de diagnóstico de desorden ansiedad después del tratamiento” (Muris, et al., 2008, p.140). Utilizando la TCC en un estudio para niños con desórdenes de ansiedad; se encontró que luego del tratamiento el 56.5% de niños ya no cumplían los criterios de diagnóstico comparado con 34.8% de grupo control (Higa-McMillan, et al., 2016). En una réplica de estudio se encontró también que niños al ser tratados con TCC se encontró un 46% de participantes que ya no mostraban síntomas del desorden. Particularmente la TCC y la terapia de exposición han sido los tratamientos más utilizados para tratar la ansiedad en niños y adolescentes (Higa-McMillan, et al., 2016). La TCC también está posicionada como uno de los mejores tratamientos para tratar al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Dentro de esta terapia se encuentran estrategias como terapia motivacional y TCC integrativo; sin embargo, existen altos porcentajes (50%) de recaída (Rapgay, et al., 2011). Las intervenciones dentro de la TCC han probado ser eficaces para adultos con trastornos de ansiedad (ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), sin embargo, para tratar a niños más pequeños con trastorno de ansiedad no hay mucha evidencia de su funcionalidad. Se sabe que sí existen cambios en un niño con ansiedad sometido a la TCC, pero los estudios de su eficacia son contradictorios (sobre todo de acuerdo a su edad y etapa del desarrollo). Se asume al trabajar con modelos que han funcionado con adultos, funcionarían de la misma

manera para niños de todas las edades, cuando no necesariamente es así (Field, et al., 2008). Existen dos principales tipos de TCC utilizados, el primero es el tratamiento en sí del niño solamente, enseñándole habilidades cognitivas y de exposición para su ansiedad. El segundo, utiliza las mismas estrategias, pero se incluyen a los padres en el tratamiento, enseñándoles habilidades para manejar la situación de su hijo. En cuanto a la eficacia, el primer tipo obtuvo 60% de niños que ya no cumplían con el diagnóstico de ansiedad luego del tratamiento. El segundo tipo obtuvo un porcentaje de 84% de niños libres de diagnóstico luego del tratamiento. No existe evidencia de alguna diferencia significativa en cuanto al género como respuesta al tratamiento de TCC (Rapee, 2000).

Además de la TCC, la terapia farmacológica también tiene protagonismo dentro de los trastornos de ansiedad más severos. Según Nash & Hack (2002) existen solo pocos estudios sobre la efectividad de la medicación para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Los estudios que existen son mayoritariamente probados con la población adulta. En cuanto a los tipos de medicación más utilizadas para la ansiedad en niños y adolescentes se encuentran los IRSS, benzodiazepinas, azapirones y los antidepresivos tricíclicos. Los IRSS, no han sido probadas en niños, los investigadores solo asumen que tiene la misma efectividad que en adultos. El más común de los IRSS es la fluoxetina, un estudio demostró que con 10-60 mg por día, el 81% de niños ha tenido cambios significativos; la respuesta a esta medicación ha sido mayoritariamente positiva. Segundo, las benzodiazepinas, existen diferentes estudios con la aplicación de bajos niveles de benzodiazepina y altos niveles. Se demostró que la última es la que ha tenido más cambios significativos en el tratamiento (58%). Sin embargo, los estudios con altos niveles de benzodiazepinas han sido muy pocos y controlados, no existen estudios de réplica para este tipo y cantidad de medicación. Además, los efectos secundarios de este grupo de medicación son los más severos. Los Azapirones o Buspirones han demostrado alta efectividad en adultos y poca en niños ni adolescentes. También tienen efectos secundarios

fisiológicos y cognitivos, pero no tan graves como los de los tratamientos con benzodiazepinas. Finalmente, los antidepresivos tricíclicos han sido uno de los primeros componentes de un tratamiento farmacológico para la ansiedad en niños. No existe evidencia significativa o existe evidencia contradictoria para poder recomendar el uso de antidepresivos tricíclicos en niños con ansiedad. Se necesita más estudios que demuestren la efectividad de los tratamientos farmacológicos con niños, así como sus efectos a largo plazo. Puede que en algunos casos se utilice más los IRSS por su baja agresividad, pero en otros se necesite de diferentes tipos de medicamento para lograr un cambio.

Bandelow, Seidler-Brandler, Becker, Wedekind & Ruther (2007) exponen que estos tipos de medicamentos para tratar a desórdenes de ansiedad no son la primera línea de tratamiento debido a sus efectos adversos, sobre todo en niños. Existe evidencia contradictoria sobre la utilización de psicoterapia (aparte de la TCC), el uso de farmacoterapia y la combinación de los dos tipos de terapia para la ansiedad en niños. En su estudio se comprobó la efectividad de la TCC y farmacoterapia para el trastorno de pánico. Sin embargo, para el resto de los trastornos de ansiedad no se puede comprobar su efectividad por resultados insuficientes.

### **Tipos de terapias alternativas.**

Para tratar los diferentes trastornos de ansiedad también se han investigado otros tipos de terapia alternativa que, aunque se ha comprobado su efectividad, no se los usa de tratamiento principal. Existe el Mindfulness que se ha investigado junto a la TCC para tratar desórdenes como el trastorno de ansiedad generalizada. “El mindfulness se ha conceptualizado como un conjunto de habilidades que pueden ser aprendidas, independientemente de la tradición espiritual o cultural y se las aplica para controlar los síntomas psiquiátricos” (Rapgay, et al., 2011, p.93). Dentro de este enfoque existen otras ramas como mindfulness basado en la reducción del estrés, terapia dialéctica conductual, mindfulness basado en terapia cognitiva,

etc. Existen numerosos estudios que han demostrado la eficacia de la terapia con mindfulness en cualquiera de sus variaciones para tratar los síntomas de ansiedad. Los beneficios que tiene el mindfulness sobre el trastorno de ansiedad generalizada son varios, como aceptación, conciencia de sí mismos, cambio cognitivo, etc (Rapgay, et al., 2011). Según Surawy, McManus, Muse & Williams (2014) el tratamiento de mindfulness basado en la terapia cognitiva (MBCT) ha ganado aceptación en últimos años para tratar varios trastornos, entre ellos el ansioso. Los participantes aprenden a crear conciencia experiencial y aceptación sin prejuicios en cada momento; además, cambiar el estado mental en el que las personas experimentan su problema.

Otro tipo de terapia alternativa que ha tenido gran alcance es el tratamiento de hipnosis para niveles clínicos de ansiedad, sobre todo cuando se complementa con la TCC. Se ha comprobado su eficacia para tratar tanto la ansiedad como trastornos relacionados. El protocolo de la terapia de hipnosis comienza una inducción hipnótica, luego una respiración diafragmática y una visualización de un lugar seguro. Existen varias técnicas hipnóticas que variarán dependiendo del profesional que esté guiando la sesión. Las intervenciones hipnóticas pueden ser más útiles si se utiliza la modalidad sensorial que más sea de agrado del paciente. (Daitch, 2014). “La hipnosis incrementa flexibilidad cognitiva y puede superar las defensas del ego y la resistencia consciente [...] su efecto cambia la actitud, el entendimiento y genera nuevas respuestas y patrones de comunicación” (Daitch, 2014, p.339).

## **Arte terapia**

### **¿Qué es el arte terapia?**

Han existido diferentes connotaciones del término arte terapia a lo largo de los años, pero la mayoría de ellas son similares y pueden ser utilizadas simultáneamente para tratar de comprender este tipo de terapia. Una de las más utilizadas es la siguiente, según la Asociación Americana de Arte Terapia (AATA; por sus siglas en inglés) “El arte terapia es un servicio de

salud mental integrativo y humano que enriquece la vida de individuos, familias y comunidades a través de la creación activa de arte, proceso creativo, teoría psicológica aplicada y experiencia humana junto a una relación psicoterapéutica”. Este tipo de terapia se utiliza para mejorar diferentes áreas como la cognitiva, la autoestima, auto conocimiento, resiliencia, reducción de conflictos, estrés y sobre todo ansiedad. Se trabaja tanto con personas que padezcan algún tipo de trastorno mental como personas que quieran un crecimiento emocional creativo y espiritual. “La práctica del arte fomenta el desbloqueo del proceso creativo [...] Por su carácter no verbal resulta eficaz al abrir nuevas vías de comunicación para que el inconsciente se exprese y la persona encuentre un mayor sentido a sus emociones” (López & Martínez, 2006, p.122).

El arte terapia se enfoca principalmente en la persona, y mediante la creación de formas de producción con pintura, música, cuentos, entre otros, se logra una expresión simbólica para el desarrollo y bienestar (Bassols, 2006; Tedejo, 2016). El arte terapia utiliza el medio artístico como principal forma de comunicación. El proceso y la persona son los más importantes dentro de la terapia y utilizan una comunicación no verbal para su expresión. Es importante tanto la producción artística como el proceso de elaboración; se busca experimentar las sensaciones que se genera a partir de lo creado (Covarrubias, 2006). Margaret Naumburg, una de las pioneras en el arte terapia la define como una liberación inconsciente en base a la expresión artística. Basándose en la asociación libre, la relación paciente-terapeuta es sumamente importante para este tipo de terapia. Naumburg expone las ventajas de la implementación de la pintura y modelado con arcilla dentro de la psicoterapia porque permite una expresión directa de experiencias internas que se presentan en imágenes, no en palabras (Ulman & Dachinger, 1996). “El arte terapia facilita la expresión del paciente desde un lenguaje diferente que permite la canalización de sensaciones, emociones y recuerdos bloqueados y crea una vía de información que retroalimenta la evolución de la psicoterapia individual” (Cury, 2007, p.72).

En la obra final se plasma la interioridad del individuo. En otras palabras, expresa la realidad que la persona reprime y actúa en carácter de denuncia, recuerdo y anticipación. El arte terapia ofrece un nuevo camino en el cual el individuo se puede expresar, sobrepasando el bloqueo verbal. Captura imágenes sensoriales, el recuerdo, y construye un relato coherente de la experiencia de cada persona. La imagen puede hacer visible a lo invisible, por su simbolismo, carácter metafórico y junto al proceso creativo refuerza el factor emocional de la persona. (Cury, 2007). “La creación artística conecta con la esencia inexplorada de nuestra propia creatividad, en un clima de confianza, respeto y seguridad, facilita la comprensión de los sentimientos y de la propia naturaleza” (Cury, 2007, p. 84).

“El significado del significado es central para el arte y la psicoterapia” (Wadeson, 1980, p.3). El arte en sí es una producción visual que se basan en diferentes percepciones visuales también. Estas percepciones visuales son representaciones de forma y color de experiencias significativas para el individuo. El arte terapia es solo un medio, no un fin. Permite al sujeto encontrarse con sus emociones conscientes o inconscientes y las exterioriza para poder lograr una resolución (Cury, 2007). La concepción de lo artístico dentro del arte terapia no se basa en la estética. La creación artística surge dentro de una creación vital o de posibilidad para la persona (Del Rio, 2009). La creatividad del individuo tanto como la del terapeuta se engloba dentro del proceso arte psicoterapéutico. En arte terapia, la expresión es en forma artística y motiva a la persona a ser más creativa dentro de sí. La expresión visual motiva a la producción de material imaginario que estimula experiencias en los diferentes niveles de conciencia, que pueden ser tratados en terapia (Wadeson, 1980).

Las raíces del arte terapia se encuentran miles de años atrás cuando existía una conexión del ser humano con el mundo mediante sus dibujos en las cavernas. “Estas imágenes prehistóricas son el inicio de la conciencia específicamente humana, todavía lógica [...] que capta por primera vez la conexión mental entre hechos que ocurren en lugares separados”

(Cury, 2007, p.73) El uso de la expresión artística como modalidad terapéutica toma forma en 1940 con Margaret Naumburg, ella se basa en la teoría psicoanalítica que motiva a los pacientes a dibujar espontáneamente y mediante la asociación libre hacia esos dibujos (Wadeson, 1980). Más adelante en 1950 la siguió Edith Kramer, también trabajó con niños, pero a diferencia de Naumburg, Kramer “enfaticaba en las propiedades integrativas y curativas del proceso creativo en sí, y sin la necesidad de una reflexión verbal” (Wadeson, 1980, p.13). Luego de sus inicios en la psicoanalítica, el arte terapia se ha encaminado en una dirección existencialista que toma al individuo como principal responsable de su proceso (Wadeson, 1980). En 1960 finalmente se reconoce al arte terapia como una profesión y se crean el SIPE (*Société Internationales de Psychopatologie de l'Expression*), el *American Journal of Art Therapy* y el AATA (*American Art Therapy Association*). Este último ha crecido significativamente en comparación a sus inicios y mantienen reuniones anuales desde 1970 (Wadeson, 1960; López y Martínez, 2006).

### **Tipos de arte terapia.**

Es importante tomar en cuenta los diferentes ámbitos y tipos de arte terapia que se pueden encontrar en las sesiones. Primero, en cuanto a la estructura de la terapia. Puede ser un tipo de arte terapia individual, grupal o familiar. El arte terapia individual es la que se ha mencionado anteriormente, tomando siempre como prioridad a la persona, sus experiencias a través del arte y el proceso de cambio que conlleva la terapia. En el arte terapia grupal, además de ello se debe tomar en cuenta la composición del grupo, la estructura (en cuanto a reglas y metas), el uso de diferentes técnicas, el rol del terapeuta, entre otras cosas. Los beneficios del arte terapia grupal son brindar esperanzas, universalidad, desarrollar habilidades sociales, catarsis y otros. Existen diferentes tipos de arte terapia grupal, dependiendo de la meta que se busque, algunos son informales y otros bien estructurados (en este caso se ha visto que existe más cohesión dentro del grupo). De igual manera es importante crear reglas explícitas antes de comenzar las sesiones y se debe crear compromiso de parte de los participantes. Se debe tomar

en cuenta el tiempo dentro de la sesión, si es que se llegara a acabar el tiempo, el terapeuta debe analizar qué es lo que debe hacer en ese caso. Se debe priorizar el objeto que ayude a llegar a la meta del grupo; por ejemplo, ya sea la obra que se está realizando o la discusión en base a la obra. Si es que se acaba el tiempo de sesión, se debe sacrificar lo que sea menos significativo para el avance de los pacientes. Una de las cosas más importantes del arte terapia grupal es el compartir las imágenes o la obra que se está realizando. Los miembros del grupo se conocen mediante las experiencias que plasman en sus obras. Se comunican en un nivel más profundo conociendo la raíz del por qué utilizaron un color y no otro, o la forma en la que graficaron. El paciente se da a conocer y conoce a las otras personas pasando por una situación similar y de esta manera se siente identificado. El rol del terapeuta es un simple facilitador y encargado de dar la estructura de las sesiones. Debe tomar en cuenta cuando se presentan temas delicados en el grupo para poder manejarlos en ese momento (Wadeson, 1980). El arte terapia familiar por otro lado, reconoce que las respuestas a diferentes situaciones y los mecanismos de defensa que tiene la persona fueron aprendidas dentro de la relación familiar. La familia es una de las mayores influencias de la persona y puede llegar a ser complicado de tratar. El objetivo de la terapia familiar en sí es enfocarse en los problemas interpersonales entre los miembros de la familia, que tienen diferentes percepciones y expectativas de parte de cada persona. Los problemas individuales se analizan dentro del contexto familiar. Se puede identificar también límites, alianzas, roles, separaciones, reglas, comunicación entre los miembros, entre otras cosas. El arte terapia contribuye significativamente a este tipo de estructura de terapia familiar. Por este medio se comparten las percepciones que tiene cada persona de la familia y el nivel de expectativa que tiene de los miembros, desde su punto de vista más íntimo. Mediante el arte tanto padres como hijos se colocan al mismo nivel y desde su manera expresan lo que necesitan. El terapeuta de igual manera es un facilitador y provee la estructura a la sesión. Es importante

que el terapeuta no intervenga y conozca sus límites, ya que es común que se intente tomar una postura en la discusión, pero no se considera apropiado (Wadeson, 1980).

Además de identificar la estructura de las sesiones de arte terapia. Es importante también identificar los diferentes tipos de arte dentro del arte terapia que se utilizan dentro de las sesiones. Según Bassols (2006) el tipo de arte que se utiliza debe propiciar evolución y transformación de la persona. Existen las “artes visuales: pintura, barro, collage, instalaciones. Artes escénicas: actuación, cuento, teatro de la reminiscencia, clown, máscara neutra, juegos de rol, marionetas, danza contemporánea, comunicación no verbal. Música: ritmo, sonido, voz, instrumentos. Escritura: talleres de escritura y escritura teatral” (p.21). La persona utiliza estas formas artísticas para comunicarse por medio de lo simbólico. Se pueden expresar experiencias o sentimientos que ni la persona puede estar consciente de ello, como por ejemplo, agresividad, ira, pérdida, tristeza, entre otros. En cada tipo de arte se intensifican diferentes expresiones. Primero, en el teatro dramático, la persona se identifica y se proyecta en el personaje, se sitúa entre dos mundos la realidad y la ficción (Bassols, 2006). Segundo, en el trabajo con barro o plastilina, la persona se establece con la materia, recorre un camino de creación que le permite expresarse dentro del barro. El modelado, tallado y moldeado permite crear formas que representan el espacio de la persona, emociones escondidas e imágenes en acción. Da la forma, cargada de emoción y experiencias para poder liberar la energía reprimida (Bassols, 2006; López & Martínez, 2006). En la pintura, que es una de las técnicas más utilizadas entre arte terapeutas, brinda un primer desbloqueo de defensas, la persona se deja llevar por las imágenes que aparecen, en cada color o forma. El color que se une a la pintura tiene una dimensión estética y de valor simbólico que modifican el valor de la imagen. (Bassols, 2006; López y Martínez, 2006). Poco a poco se debe ir interiorizando a temas más sensibles para la persona. Cuarto, en la danza existe una concientización desde el movimiento, se necesita ser escuchado y sentido, de esta manera se facilita la comunicación. En cuanto a la voz, se utiliza la voz

natural de la persona, se transforma y se combina con diversas formas de sonido y permite una desinhibición. En la escritura, se realiza una creación a partir de las propias experiencias e imaginación de la persona. Las situaciones y personajes pueden ser tanto imaginarios como reales y se crea una historia a partir de ellos (Bassols, 2006). Existe también la fototerapia y video terapia que son técnicas actuales, consisten en conectarse con su mundo por los medios de comunicación. Es un intento de mantener la realidad en la que se vive y asimilarla con una fotografía o video. Diamond, un psiquiatra y psicólogo pionero en este tipo de terapia observó que, fotografiando a sus pacientes en diferentes etapas de tratamiento, era capaz de demostrar que sí existían cambios en su aspecto a medida que avanzaban las sesiones. La persona puede ser espectadora de la imagen o video de sí misma sin realizarla ella misma (forma pasiva), o puede también ser autora de la grabación y así tener control sobre ello (forma activa). De esta manera se crea un tipo de aceptación o también rechazo a las acciones de la persona y sirve también como un canalizador de experiencias (López y Martínez, 2006). Todos estos tipos de arte se pueden trabajar en conjunto también; “por ejemplo en música, empezar por un movimiento corporal que nos lleve a la creación musical, incorporar la voz y pasando a una plasmación plástica de la música con sus colores, trazos y finalizando por poner palabras a esa música” (Bassols, 2006, p.22).

### **Aplicaciones del arte terapia.**

El uso del arte terapia ha sido utilizado para diferentes fines en diversos ámbitos; por ejemplo, en centros de rehabilitación de adicciones hasta ancianatos. Más adelante se analizará más acerca de los diferentes ámbitos en los que se involucra el arte. El arte terapia también es utilizado extensamente dentro de hospitales psiquiátricos para pacientes internos. Se ha expandido hasta instituciones educativas para niños con problemas de aprendizaje, problemas emocionales, con algún tipo de retraso mental, etc. Sin embargo, es importante diferenciar la

expresión artística del arte terapia de la educación tradicional de arte, ya que la primera se enfoca principalmente en el proceso y no en el producto final (Wadeson, 1980).

Cuando las terapias tradicionales y más utilizadas para tratar los diferentes trastornos mentales no son completamente funcionales con todos los pacientes, existe una motivación de buscar otro tipo de terapia complementaria que pueda ayudar a la persona de mejor manera. En ese momento es cuando comienza a ganar popularidad el uso del arte terapia. Varios estudios que se analizarán a continuación han utilizado el arte terapia como terapia alternativa o complementaria y la mayoría de resultados finales han sido positivos.

Se analizó la efectividad del arte terapia en pacientes con esquizofrenia. La esquizofrenia afecta a uno cada cien personas en el mundo a lo largo de su vida. Algunos pacientes pueden solamente tener pocos episodios psicóticos en su vida y recuperarse, otros pueden ser crónicos y no recuperarse. La esquizofrenia se asocia comúnmente al sufrimiento físico y mental, esperanza de vida corta, dificultades interpersonales, deterioro de salud física (Patterson, Crawford, Ainsworth & Waller, 2011). Los síntomas más comunes de la esquizofrenia son alucinaciones y delirios (síntomas positivos), pero también se pueden encontrar pérdida de energía, de la atención y el lenguaje y otros (síntomas negativos). La medicación antipsicótica es la más común para tratar este trastorno, pero los pacientes no son consistentes con el tratamiento y llegan a tener síntomas residuales y recaídas. Se ha utilizado psicoterapia como complemento a la farmacoterapia para poder tener un resultado más efectivo (Patterson, et al., 2011; Crawford, et al., 2010). El arte terapia ayuda a los pacientes a expresarse sin la necesidad de la comunicación verbal, provee a los pacientes de materiales artísticos y motiva a la expresión libre. Ha sido de gran interés para el tratamiento de la esquizofrenia los últimos años. En el 2002 la recomendación del Instituto Nacional de Excelencia Clínica y de Salud (NICE; por sus siglas en inglés), recomendaba la terapia cognitiva conductual para tratar a todos los pacientes con esquizofrenia. En el 2009 la

recomendación cambió a favor del arte terapia y sus actividades de movimiento, música, artes plásticas y drama. El arte terapia ha sido de gran ayuda a pacientes con psicosis. Sin embargo, no han existido estudios suficientes que comprueben cualitativamente esta efectividad (Patterson, et al., 2011; Crawford, et al., 2010). Los beneficios que se han observado en pacientes con esquizofrenia luego de un tratamiento con arte terapia ha sido la capacidad de sentirse diferentes y conocer nuevas formas de relacionarse con la gente, expresarse mejor, entender mejor sus sentimientos; además de que se ha observado una mejoría significativa en aliviar los síntomas negativos de la esquizofrenia (Patterson, et al., 2011; Crawford, et al., 2010).

“El Alzheimer y otras demencias actualmente afectan aproximadamente a 35.6 millones de personas alrededor del mundo y la tasa se espera que se duplique cada 20 años” (Ehresman, 2014, p.43). No existen tratamientos hoy en día que puedan curar el Alzheimer, pero algunos de los síntomas pueden ser aliviados con medicación. Los arte terapeutas han ganado popularidad al demostrar beneficios en la calidad de vida que brindan a personas con demencia. El arte terapia brinda una forma de auto expresión estimulación sensorial, creatividad e interacción social que va acorde con las necesidades de los pacientes. Además de los beneficios ya conocidos del arte terapia se sugiere que los procesos creativos pueden reforzar las conexiones sinápticas mediante la alteración neuronal y así mejorar el Alzheimer desde un nivel biológico. Al crear material artístico, los pacientes tienen la oportunidad de expresar sus emociones y pensamientos por medio de una manera no verbal, ya que se les dificulta poner en palabras lo que están sintiendo; al igual que el mutismo selectivo visto anteriormente. La expresión artística también permite que los pacientes tengan una nueva perspectiva de su situación y resiliencia emocional ante su circunstancia actual. Existe un movimiento actual en el que se pide integrar a las artes dentro de la medicina tradicional, ya que todavía hay una discriminación a este tipo de terapia alternativa y sin los estudios

suficientes los terapeutas más tradicionales se rehúsan a implementar este tipo de tratamiento (Ehresman, 2014).

Se conoce al autismo como desorden pervasivo del desarrollo por su disfuncionalidad en el área social, de lenguaje, de actividades e interés. Las personas con autismo muestran deficiencias en el lenguaje, repiten las palabras, tienen interés en los detalles y comportamientos estandarizados; además, no se relacionan normalmente con otras personas. Es común que todos los niños tengan afinidad por la expresión artística y pueden relacionarse fácilmente con el dibujo y pintura mientras lo realizan. La expresión simbólica dentro de cada color, línea o lenguaje no verbal es importante tomar en cuenta. La utilización de este medio no verbal para la expresión hace que los niños con autismo se motiven a representar sus experiencias y sentimientos mediante el arte. La creación artística que tienen los niños con autismo se basa en su necesidad de relacionarse con el mundo y puede llegar a ser un tipo de terapia principal en su intervención (Emery, 2004).

Las personas que han servido a su país en conflictos y guerras, además de la herida física, tienen una herida psicológica que no puede ser curada con el paso del tiempo. Es común que los terapeutas tengan pacientes referidos que sean veteranos de guerra. “Las experiencias traumáticas afectan los sistemas de apego y significado, el sentido de la vida, dejando a la persona sintiéndose abandonada y desconectada” (Lobban, 2014, p.3). El Desorden de Estrés Post Traumático (PTSD; por sus siglas en inglés) fue implementado por primera vez en 1980. Los síntomas eran divididos en tres categorías, primero la re-experiencia del evento traumático en forma de pesadillas, flashbacks; segundo, la sobreexcitación en forma de híper vigilancia, dificultad de dormir; tercero la evitación, en forma de insensibilidad emocional, desapego, evitación de lugares por miedo a revivir el trauma. Existen varios tratamientos para el PTDS, y entre ellos, el arte terapia se ha implementado desde la segunda guerra mundial. Se ha demostrado una frecuencia más alta en la actividad de los lóbulos temporales luego del proceso

de creación artística en veteranos de guerra. El arte terapia es efectiva en estos casos porque se conecta con el cerebro primitivo y busca nuevos caminos de resolución a los problemas y pueden llegar a mejorar su funcionamiento. Como mencionado anteriormente, el arte terapia accede a las memorias traumáticas de la persona que no puede verbalizar; mejora la comunicación entre los hemisferios del cerebro y de esta manera puede procesar de mejor manera la experiencia traumática. Los veteranos de guerra compartieron sus miedos y ansiedades de forma manejable para ellos mediante las imágenes como foco del estrés y pudieron desahogarse y encontrar alivio durante la terapia (Lobban, 2014). “Las memorias traumáticas se encuentran en el hemisferio derecho no-verbal del cerebro, en el que el arte terapia puede acceder utilizando su propio lenguaje de símbolos y sensaciones, y luego ser externalizadas y descifradas para crear una nueva narrativa” (Lobban, 2014, p.17).

Se ha utilizado también al arte terapia para tratar a niños que fueron abusados sexualmente. El abuso sexual infantil es un problema que involucrado en cualquier raza, etnia o nivel socioeconómico. “una cada cuatro niñas y uno cada seis niños son abusados sexualmente antes de cumplir 18” (Pifalo, 2007, p.170). Se utiliza en algunos casos terapias combinadas, por ejemplo con la terapia cognitivo conductual que ofrece metas alcanzables junto con la terapia enfocada en el trauma y el arte terapia que ayuda al niño a enfocarse en los pensamientos críticos sin la necesidad de la comunicación verbal. Esta combinación de tratamientos tiene el poder de ser una herramienta significativa para tratar a un niño abusado sexualmente. Los niños con esta experiencia generalmente muestran síntomas de un PTSD, sobre todo en cuanto a la re-experiencia del evento traumático, como en forma de fotografía. En estos momentos, el arte terapia puede acceder a este tipo de imágenes y traerlos a la consciencia para que puedan ser tratados. Se ha comprobado que la creación artística reduce la ansiedad en los niños cuando hablan de temas emocionales en cuanto a su abuso sexual. Los niños no saben cómo explicar cómo se sienten en una comunicación verbal, porque no

encuentran las palabras o no saben el vocabulario al respecto, es por eso que el arte terapia es la mejor manera para ellos de explicar cómo se sienten (Pifalo, 2007).

### **Ventajas del arte terapia.**

Tras analizar los diferentes usos del arte terapia como tratamiento complementario para varios trastornos, se puede decir con seguridad que tiene una variedad de beneficios para la persona. Wadeson (1980) enumera principalmente seis ventajas, primero el uso de la imaginación que consiste en el pensamiento en imágenes, las personas piensan primero en imágenes antes de palabras, los bebés reconocen a su madre sin saber lo que significa “madre”. El pensamiento pre verbal tiene forma de imágenes en la mayoría de personas. La imaginación forma parte del desarrollo de la persona y de su personalidad. Dentro del arte terapia, las experiencias, sueños o pensamientos muchas veces tienen forma de imagen antes de ser trasladadas al lenguaje, que es lo que una terapia tradicional requiere. “El medio artístico usualmente estimula la producción de imágenes, utilizando el material del proceso primario e incrementando el proceso creativo” (p.9). Segundo, la disminución de defensas; como el lenguaje verbal es la principal vía de comunicación, es más común que la persona sepa como manipularlo o adaptarlo a su gusto y evitar hablar de cosas que no se siente a gusto. Sin embargo, como el arte es una forma de comunicación menos común para las personas es más difícil para ellos tratar de controlarlo. Dentro del arte terapia se encuentran revelaciones, aprendizaje y crecimiento de la persona con o sin su voluntad. Como se mencionó anteriormente, la habilidad artística no es necesaria para que el paciente pueda expresarse libremente dentro del arte. Tercero, la producción de un producto tangible que brinda el arte terapia. Es útil en el caso de pacientes que tengan problemas relacionándose con sus sentimientos, ya que es más fácil proyectarlos sobre la imagen hasta que poco a poco vayan aceptando e interiorizando sus propias emociones. Es importante el objeto artístico porque los pacientes pueden atribuirle sus emociones, creando así un primer paso de aceptación de que

existen esas emociones. Para que más adelante puedan ser interiorizadas. El tiempo que los pacientes necesitan para aceptar sus propias emociones puede variarse de acuerdo a la persona y a su experiencia. Cuarto, la permanencia del objeto. Es importante el objeto físico del arte terapia como un dibujo, pintura o escultura ya que no pueden ser distorsionados cognitivamente, permanecen iguales. Además, el revisar las creaciones artísticas antiguas puede desarrollar un diferente punto de vista de su situación. Los pacientes pueden de esta manera reconocer el progreso que han hecho observando la evolución de sus creaciones. Estas piezas son las expresiones directas del paciente, sin distorsión de terceros. Quinto, la matriz espacial, dentro del arte terapia la expresión no tiene que ser lineal como en la comunicación verbal, no se apega a ninguna regla gramatical o lógica, tiene su espacio individual. Por ejemplo, si la persona habla sobre su familia las menciona una por una, linealmente. Si la persona dibuja sobre su familia puede hacerlas todas al mismo tiempo, demostrar su cercanía, división, sentimientos, contexto, y otras cosas que no se pueden notar en el lenguaje verbal. Sexto, la energía creativa y física que tienen las personas cuando se expresan artísticamente. Se ha observado que en arte terapia grupal, luego de realizar sus creaciones artísticas las personas demostraban estar más abiertas, activas y receptivas en la conversación que antes de realizarlas. El arte terapia se vuelve más divertido y atractivo de comprometerse que otro tipo de terapias.

Una de las ventajas principales es la de ser una terapia no verbal, ya que al expresarse mediante imágenes permite simbolizar experiencias, sueños, pensamientos sin necesidad de traducirlos al lenguaje hablado. Además, las personas que no tienen la habilidad de comunicarse (como los niños con mutismo selectivo) tienen la opción de expresarse de forma artística y de esta manera describir su experiencia o cogniciones internas (Covarubias, 2006; Pizaro, 2004). El arte terapia permite un tipo de catarsis, “en el proceso de expresión plástica se estimula la liberación intensa de emociones previamente contenidas. De esta manera se

ayuda a abordar situaciones conflictivas sin experimentar demasiada ansiedad” (Covarrubias, 2006, p.7). También permite que se integre el mundo externo e interno de la persona, relacionando sus emociones con impresiones externas. La persona se descubre a sí misma y tiene más interés en relacionarse con el mundo (Covarrubias, 2006). Dentro de un ámbito clínico, a través del arte terapia los pacientes pueden tolerar un poco mejor el dolor de su trastorno o enfermedad. Se ha comprobado una reducción de ansiedad depresión y estrés en pacientes con cáncer. Una mejora de presión sanguínea en pacientes con problemas cardíacos. Disminución de conductas disruptivas, consumo de drogas, problemas con el sueño en personas con trastornos mentales. Se estimulan las respuestas motoras y emocionales de pacientes que padecen Parkinson. Un aumento en habilidades sociales y disminución de pérdida de la memoria en pacientes con Alzheimer (Dumas & Aranguren, 2013). En cuanto a los beneficios de la escritura terapéutica, se ha visto cambios significativos al elaborar las experiencias traumáticas. En el movimiento y la musicoterapia se ha comprobado una reducción en la ansiedad y estrés. Las intervenciones artísticas dentro de la terapia afectan positivamente a una expansión de la conciencia y mejora en las relaciones interpersonales y la conciencia de sí mismo. En un estudio se encontró que, mediante el uso de elementos artísticos para tratar patologías severas, los pacientes tenían una clarificación emocional, flexibilidad de cogniciones, disminución de la ansiedad, disminución de las defensas, mejor comunicación con su mundo interno y externo. Para personas sin patologías, que realizaron actividades artísticas se observó una mayor confianza, mejora en las relaciones interpersonales, mayor autoestima y deseo de vivir, mejoría en el sueño, mayor actividad física, mejor alimentación, entre otros (Dumas & Aranguren, 2013). No existen estudios suficientes para comprobar cuantitativamente este tipo de ventajas que tiene el arte terapia en los pacientes. Reynolds, Nabors & Quinlan (2000) y Slayton, D’Archer & Kaplan (2010), realizaron un análisis sobre los estudios del arte terapia a lo largo de los años y si bien es cierto, no se puede asegurar su

efectividad debido a la falta de estudios control, estudios que analicen únicamente el arte terapia (sin otro tipo de terapias complementarias) y la falta de necesidad al investigar este campo. Pero ambos análisis concluyen que sí se observa una respuesta positiva en los efectos del arte terapia para diferentes trastornos. Existe un movimiento positivo en el campo de arte terapia que se inclina hacia la mejora total o parcial de los pacientes y recomiendan su utilización.

### **Arte terapia y ansiedad.**

La ansiedad es uno de los problemas mentales más comunes actualmente “El poder del arte terapia para personas diagnosticadas con ansiedad yace en la idea que el proceso creativo permite a los clientes comprometerse en la auto expresión y en la explotación personal” (Chambala, 2008, p.187). El arte terapia permite que los pacientes analicen las imágenes y las formas que éstas representan de su “yo”; de esta manera les permite entender mejor los factores que contribuyen en su vida y poder trabajar en ello. El arte terapia tiene algunas ventajas cuando se trabaja con personas con algún desorden de ansiedad. Primero al expresarse creando color, forma y diseño es más beneficioso y amplio que solamente expresarse mediante el lenguaje hablado. Los pacientes se sienten menos intimidados contando su experiencia mediante el arte que hablando de ello en voz alta. En este caso es importante para el MS, ya que el niño no es obligado a utilizar el lenguaje verbal y poco a poco va expresando y desinhibiéndose, mientras que su ansiedad se reduce. La identificación del objeto causante de ansiedad y exposición progresiva pueden ser terapias efectivas, pero aún más si se las realiza mediante la creación visual de una representación del estímulo ansioso (Chambala, 2008). “El nivel de ansiedad que se reduce mediante la creación artística puede ser relacionada con el nivel de expresión libre y creatividad inherente en el medio utilizado” (Sandmire, Roberts, Rankin & Grimm, 2012, p.68.) En un estudio realizado por Chambala (2008) con pacientes internos con desórdenes de ansiedad, de diferentes edades, al realizar un tratamiento de 8 semanas encontró los siguientes

resultados. Primero, los pacientes utilizaban una gran variedad de colores en sus dibujos. Combinaban distintos colores que para ellos representaban una emoción diferente de su ansiedad y otros decían que eran como pensamientos superpuestos que estaban siempre en sus mentes. Segundo, los pacientes representaban su ansiedad con imágenes abstractas. Como la ansiedad no se la puede ver, solo se encuentra dentro de la mente de la persona como cualquier otra emoción, el arte terapia brinda el espacio para convertir visible lo invisible. Además, explorando creativamente la ansiedad, se puede encontrar la causa de la tensión y el estrés. Tercero, se observó que los pacientes siguieron la instrucción de identificar su ansiedad mediante el arte, muy rápidamente. Su trabajo era energético y rápido, quiere decir que todos ellos conocen su ansiedad a profundidad. Luego de esta actividad, los pacientes se encontraron significativamente en calma en comparación con el estado en el que estaban antes de la sesión.

Un estudio realizado por Sandmire et al. (2012) demostró que luego de treinta minutos de expresión artística el nivel de ansiedad de los participantes se redujo significativamente. Estos estudios son beneficiosos para programas de arte terapia dirigidos a diferentes ámbitos y poblaciones que sufran de ansiedad. Un estudio anterior dirigido por Miller (1993) demostró que el grupo tratado con arte terapia tuvo una reducción en la ansiedad significativa a comparación con el grupo control. Además, el enseñar un poco sobre la historia de arte y su significancia a pacientes con ansiedad antes de realizar el taller de arte terapia tuvo como resultado más compromiso de parte de los pacientes y una reducción mayor de ansiedad. Pifalo (2007) aclara que el uso de materiales artísticos en el proceso creativo es el primer paso necesario para la liberación de sensaciones y experiencias. La utilización de estos materiales normalmente se asocia con el juego y diversión, de esta manera dentro del arte terapia se puede incorporar la diversión del juego sin perder su propósito. Los niños de esta manera se sienten más cómodos, se expresan más y su ansiedad disminuye más.

Por otro lado, Kapitan (2013) expresa que durante la creación dentro del arte terapia también puede causar auto juzgamiento, sentirse juzgado por otros, presión, inatención, estrés que pueden afectar a la motivación intrínseca. El crear o no crear produce ansiedad, la persona puede comprometerse a la creación artística y sacar beneficio de ello, como puede también sentirse agobiado y retraído. Para estos casos, es importante tomar en cuenta que las actividades dentro de las sesiones de arte terapia pueden ser tanto activas como pasivas. Al ser activas se refiere que la persona se involucra y expresa sus emociones y experiencias mediante la creación propia del arte (siendo esta la más común). Al ser pasivas, las personas encuentran su alivio y disminución de ansiedad mediante la observación y análisis de piezas de arte o trabajos hechos por otras personas que expresen lo mismo que ellos están sintiendo. Este segundo caso, es para las personas que sienten presión y juzgamiento por parte del resto cuando se les pide que se expresen artísticamente. Se ha comprobado que ambas tienen efectividad al disminuir niveles de ansiedad.

## **Mutismo selectivo y arte terapia**

### **Arte terapia en niños.**

Luego de analizar el papel que el arte terapia tiene en los diferentes trastornos y sus ventajas correspondientes, es importante recalcar la utilidad que tiene el arte terapia en niños, sobre otro tipo de terapias. “Las intervenciones arte terapéuticas son apropiadas en edad y efectivas para niños porque ellos prefieren usualmente comunicarse de otras maneras, en lugar de hablar” (Pifalo, 2007, p.172). Como los niños tienen un lenguaje rudimentario y escaso para expresar emociones que no entienden todavía, se les hace imposible explicar verbalmente lo que sienten. El arte terapia puede ser una herramienta útil para expresar sentimientos que los niños aun no pueden nombrar. Se ha comprobado diversas limitaciones en la terapia tradicional con niños solamente que utiliza un enfoque verbal. El arte terapia es un modelo de tratamiento que ofrece una alternativa a la comunicación verbal. Además, puede que otros no tengan

complicaciones al expresarse verbalmente, pero sí tengan miedo o angustia, mediante el arte los niños pueden exponer sus pensamientos más profundos sin sentirse juzgados. Es importante que los niños primero expresen sus emociones mediante el arte para que de esta manera se distancien un poco de ellos y luego los interioricen. Luego de que las emociones sean identificadas, el arte terapia ofrece un mecanismo efectivo para desarrollar habilidades necesarias para afrontar la situación que el niño está viviendo, mediante el apoyo de un arte terapeuta (Pifalo, 2007). El secreto de la eficacia del arte terapia en niños es simplemente un mejor entendimiento de sus emociones mediante la expresión artística. La exploración del niño desde escoger los materiales artísticos y durante todo el proceso, les ayuda a comprender y procesar sus emociones a su manera. Se ha comprobado que el arte terapia ayuda a los niños procesar algún trauma, en el desarrollo de lenguaje, en dificultades en la conducta, entre otras cosas. El que los niños se expresen no verbalmente mediante el arte, facilita más adelante una expresión verbal (Deboys, Holttum & Wright, 2017). “Los resultados de nuestro estudio indicaron la importancia de una intervención arte terapéutica agradable, centrada en el niño, creativa y accesible en apoyar al niño emocionalmente” (Deboys, et al., 2017, p.129)

Los niños muchas veces se olvidan a nivel consciente la mayoría de sus experiencias emocionales, sobre todo en etapas tempranas. No pueden describir linealmente lo que sienten o lo que piensan. Más adelante en la vida, las personas no toman mucho en cuenta lo vivido cuando eran niños. Sin embargo, los cinco primeros años de vida de la persona son sumamente importantes para su desarrollo posterior, en esos años se crea el apego (seguro o inseguro), se crea la estructura cognitiva y emocional, se reconoce el lenguaje, los niños descubren sus habilidades, sus límites, entre otras cosas. No se recomiendan las terapias tradicionales en niños menores a cinco años porque éstas se basan en niveles de procesamiento de lenguaje y cognitivos que ellos aún no desarrollan. El crear arte es algo intuitivo para ellos y lo utilizan para comunicarse y expresarse. Se ha utilizado el arte terapia ampliamente para tratar con niños

que fueron abusados sexualmente, para que expresen los sentimientos de su experiencia traumática. En los últimos años la comunidad de arte terapeutas se ha posicionado fuertemente en la terapia con niños, sin embargo no se encuentra suficiente teoría e investigaciones que respalden este tipo de trabajo (Metzl, 2015).

### **Arte terapia como tratamiento complementario para el mutismo selectivo.**

Es importante aclarar que para tratar el trastorno de mutismo selectivo en niños se requiere un plan terapéutico extenso como los ya analizados anteriormente. No se espera que el arte terapia sea el único tratamiento en el MS. Sin embargo, puede ser utilizado como tratamiento complementario en este plan terapéutico por varias razones. El arte terapia, como ya mencionado, invita a los pacientes a entrar a un espacio creativo en el que se puedan expresar y procesar experiencias internas mediante el uso de materiales. La presencia del arte motiva a que se expresen sin la necesidad del uso de lenguaje. En este caso, el silencio dentro de terapia es esperado y forma parte de la creación y reflexión que tiene el niño. El arte terapeuta puede analizar en estos casos la utilización de ciertos materiales y no otros, la forma en la que realiza la actividad, lenguaje corporal y muchas otras cosas que dejan en descubierto lo que el paciente está sintiendo o pensando. De esta manera, poco a poco el niño con MS puede tener esta forma de comunicación con el terapeuta, sintiendo que tiene un espacio seguro en el cual expresarse (Regev, Kurt & Snir, 2016). “La obra artística terapéutica podría interpretarse como un acto intencionado de comunicación emocional capaz de despertar sentimientos y mejorar a los seres humanos (Garrido, 2013, p.9).

Pifalo (2007) respalda a un tratamiento utilizando una terapia cognitiva conductual junto con arte terapia. El primero establece metas en el tratamiento y el segundo facilita la ejecución de estas metas de una manera menos amenazante para los niños. El uso de arte terapia es efectivo para niños que no tienen facilidad en el lenguaje o no se sienten cómodos hablando.

Es importante tomar en cuenta que el arte terapia podría ser un tratamiento imprescindible dentro del plan terapéutico del MS. Por dos principales factores, primero por sus características ya mencionadas de poder expresarse mediante una creación artística no verbal y segundo por los beneficios que tiene en la disminución de ansiedad. Siendo la ansiedad uno de los principales componentes del MS, los niños se beneficiarían significativamente siendo tratados con arte terapia, adicionalmente a la psicoterapia tradicional. Es importante tomar en cuenta que, al disminuir la ansiedad dentro del MS, el niño podría simplemente ir mejorando en el ámbito social y escolar por su cuenta. Pero, los casos más severos podrían ser tratados primero con arte terapia y luego con otro plan terapéutico. Además, dentro de este plan terapéutico comúnmente se recomienda el uso de medicamentos como reductores de ansiedad en los niños. Se utiliza esta vía de tratamiento porque en algunos casos la psicoterapia por sí sola no funciona cuando la ansiedad es muy severa. El arte terapia brinda una diferente alternativa que los fármacos, de igual manera para reducir la ansiedad pero sin tener efectos secundarios ni consecuencias a largo plazo. Finalmente, los estudios demuestran que el arte terapia sería el tratamiento adecuado para manejar los rasgos que tiene un niño con mutismo selectivo.

#### **Testimonios de arte terapia como tratamiento para el mutismo selectivo.**

Se realizó dos entrevistas a arte terapeutas que han tratado a niños con mutismo selectivo. Primero, la psicóloga Gabriela Alfonso comenta que solo una vez le ha llegado un caso de una niña con mutismo selectivo. No la pudo tratar más de dos sesiones, pero desde su perspectiva tenía rasgos de oposicionismo desafiante, tenía manipulación y caprichos hacia sus padres. Como se mencionó anteriormente, este es uno de los casos de MS extremo, ya que los niños cuando sienten un tipo de ansiedad muy intenso, presentan síntomas parecidos a los problemas de conducta, cuando no es así. En este caso no se pudo ver el papel que tomaba el arte terapia para su tratamiento (Alfonso, comunicación personal, 28 de junio de 2018).

En la segunda entrevista, Yadyra Yánez comenta su experiencia con el caso de Alicia, una niña de 7 años con MS. Alicia tiene un nivel cognoscitivo e intelectual normal para su edad. Es migrante desde Italia, ahora que reside en la ciudad de Panamá tuvo dificultades en la adaptación pero se encontraba ya acostumbrada a su nueva vida. Sin embargo, más adelante tuvo problemas familiares en el que sus padres se divorciaron, su madre proyectaba la ansiedad en ella y su hermano. Alicia reaccionó en silencio absoluto. Esto conllevó problemas en el colegio porque no hablaba con nadie ni con la profesora y comenzó a aislarse. Cuando su madre la lleva a terapia con la arte terapeuta Yánez, se observa una timidez marcada y un silencio. Alicia hablaba muy callado y solo con su madre al oído. Tras realizarle algunas pruebas psicométricas y otros análisis Yadyra se pudo dar cuenta que no existe ningún retraso en el desarrollo, además, la madre de Alicia comenta que tiene un lenguaje fluido, a pesar de que el español no era su idioma natal. El problema era el generar una conversación con otras personas, ya que no lo hace. En este caso sí se logró implementar y observar el tratamiento con arte terapia grupal.

En las primeras sesiones, explica Yadyra, Alicia se aísla en una esquina del lugar de trabajo. La dinámica del grupo era la de una bienvenida y contar historias de experiencias pasadas. Se utiliza una dinámica de contar cuentos con personajes dentro de su entorno familiar, Alicia decide no participar. Luego se realiza una actividad artística plástica, para que los niños elaboren su historia en un papel, colocando color y otros elementos. Alicia sí participa en la dinámica porque le gusta el arte y la pintura. En ese momento comienza poco a poco a expresarse, sin hablar todavía. En la segunda sesión, se realizó un tipo de arte dramático con disfraces. Alicia parecía disfrutar esa actividad sin participar todavía. Poco a poco Alicia parecía desapegarse más de su madre cuando venía a dejarla, a participar más y contar cosas cortas con una voz baja. Ya participaba en las actividades, colocaba más color a sus pinturas y se encontraba más a gusto dentro de la terapia. Tuvo que irse de viaje y Yadyra le encomendó

que dibuje y pinte lo que más le guste de los lugares a los que va a visitar. Esto tuvo un gran efecto en Alicia ya que al regresar de su viaje tenía muchas ganas de contar mediante sus dibujos todo lo que visitó. Luego de 6 meses de trabajo Alicia pudo ya comunicarse normalmente con otras personas, tenía más amigas en el colegio y se sentía más cómoda en espacios desconocidos. En este caso solo se trabajó con arte terapia, pero sí se hubiera recomendado complementar con otro tipo de terapia para lograr una rápida mejoría.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño y justificación de la metodología seleccionada

La metodología que se utilizará será tanto cualitativa como cuantitativa (mixta). El enfoque cualitativo se basa en una recolección de datos o información sin la necesidad de una medición. Las preguntas, observaciones, descripciones o hipótesis que se desarrollan durante la investigación son sujetas a interpretación. Su objetivo es reconstruir la realidad (Jiménez & Comet, 2016). Se realizará un estudio cualitativo genérico que se basa en “investigar los reportes de las personas sobre sus opiniones, actitudes, creencias o reflexiones subjetivas de su experiencia” (Percy, Kostere & Kostere, 2015, p.78). Este tipo de estudio es útil cuando se utilizan diseños mixtos. Para analizar los datos cualitativos se utiliza un análisis temático, que se basa en buscar en todos los datos recuperados un patrón repetitivo de respuesta. Tras analizar los patrones repetitivos se sintetizan y se extrae una interpretación del significado acorde a la pregunta de investigación (Percy, et al., 2015). Por otro lado, el enfoque cuantitativo, utiliza los análisis de datos para responder la pregunta de investigación y poder aceptar o rechazar la hipótesis establecida. En este caso, los datos numéricos recuperados de las pruebas psicométricas reemplazan la cualidad del objeto. Su objetivo es establecer patrones de comportamiento y lograr generalizarlos a una población (Jiménez & Comet, 2016; González, 2000). Ambos enfoques serán de utilidad en esta investigación. Se analizarán los niveles de ansiedad que tienen los niños antes y después del tratamiento complementario de arte terapia y si ha influenciado en el desarrollo del MS. En el estudio cuantitativo se utilizará una prueba psicométrica que pueda medir la ansiedad antes y después. En el cualitativo se realizarán entrevistas familiares (padres e hijo). Al recolectar ambos datos se podrá analizar si efectivamente la ansiedad en el niño se redujo o se mantiene constante (tanto en el colegio como en la casa).

Las variables que se utilizarán son las sesiones de arte terapia, complementarias al tratamiento ya establecido y la variación de niveles de ansiedad que tiene el niño después de terminar con el arte terapia. Es posible que la intensidad o el desarrollo del MS disminuya también, al reducirse la ansiedad.

### **Participantes**

Los participantes serán escogidos de un centro de terapia infantil, que tenga experiencia con el manejo de ansiedad en niños. Se colocarán volantes con información del proyecto en la sala de espera. Si los padres se sienten interesados en conocer más sobre el estudio, se contactarán con los números mencionados en el volante informativo. El número de participantes requerido es de 15 niños. La muestra no puede llegar a ser muy grande debido a la baja prevalencia que tiene el MS en la población (1%); adicionalmente, no se lo diagnostica con frecuencia (Oerbeck et al., 2018). Se realizaron entrevistas preliminares para comprobar los criterios de inclusión. Es importante que cumplan todos los criterios para el MS que dicta el DSM-5. En varios estudios de MS, se observó que la muestra de participantes para los distintos experimentos era relativamente baja, variaba entre 14, 15, 21, 40 y llegando al máximo de 130 participantes; el último número, siendo recolectado de la red nacional de mutismo selectivo y ansiedad en niños (Deboys, et al., 2017; Vecchio & Kearney, 2005; Bergman, Gonzalez, Piacentini & Keller, 2013; Klein, et al., 2016; Cohan, et al., 2008). Adicionalmente, otros estudios prefirieron realizar estudios de caso de niños con MS y analizarlos exhaustivamente para extraer sus conclusiones (Sheridan, et al., 1995; Schacht, et al., 1995).

La edad de los participantes debe ser de 2 a 7 años. Es importante tomar en cuenta este rango de edad ya que se encuentra en el estadio preoperacional según Piaget. Los niños desarrollan los principios de la lógica antes que el lenguaje verbal; esto se forma a través de acciones sensoriales y motrices que tiene el niño con el medio ambiente. En la etapa

preoperacional comienzan a formarse las funciones simbólicas y la interiorización de esquemas en representaciones. Se caracteriza mucho el juego simbólico, el egocentrismo, la reversibilidad, entre otras cosas (Valdés, 2014). Se espera que los niños con MS en esta etapa puedan beneficiarse más de del arte terapia; ya que, la misma se basa en la expresión mediante símbolos sin la necesidad del uso de lenguaje. El género de los participantes no es relevante en este caso, aunque se ha observado mayor prevalencia en mujeres (Oerbeck et al., 2018). Es posible esperar una variación de género, sin que esto influya en el estudio. El nivel socio económico tampoco es relevante. Sin embargo, se considera que el asistir actualmente a un centro de terapia, el niño probablemente debe tener un nivel socioeconómico medio o medio alto.

### **Herramientas de investigación utilizadas**

Se realizarán estudios cuantitativos (escalas de medición de ansiedad, cuestionarios) y cualitativos (entrevistas). El enfoque mencionado anteriormente del estudio cualitativo genérico es apropiado para trabajar en investigaciones con metodología mixta. Es importante, ya que se conoce de antemano en la literatura revisada la efectividad del arte terapia, sin embargo se necesita la descripción completa de la perspectiva de los participantes para comprobar la pregunta de investigación (Percy, et al., 2015). “La investigación cualitativa genérica puede ser utilizada cuando la información deseada no puede ser recuperada a través de otra metodología o no puede ser fácilmente integrada en un estudio solamente cualitativo” (Kennedy, 2016, p.1372). Es necesario tomar en cuenta que el generalizar a partir de estos datos recuperados se basan en una generalización analítica (para representar o generalizar una teoría), en el que pueden llegar a generalizarse con otros casos de condiciones similares. No se podría realizar una generalización estadística debido a la cantidad baja de niños con MS (Carazo, 2006).

Se seleccionó dos diferentes herramientas de investigación, para comprobar si efectivamente la ansiedad había disminuido. La primera es “La Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil” (RCADS). La misma se conforma por 47 ítems que evalúa los síntomas de trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo mayor. A comparación con otros cuestionarios, la RCADS se presenta mejor para analizar los síntomas de depresión o ansiedad (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). En su estudio, Sandín et al. (2009) aplicaron la versión española del cuestionario a 551 niños y adolescentes de diferentes colegios. En los resultados se obtuvo una fiabilidad de coeficiente alfa de 0.93. Los autores afirman la validez factorial y convergente al cuestionario de versión española. La segunda herramienta es la entrevista que se realizó para el estudio, con el objetivo de evaluar la experiencia y percepción personal de los niños con MS y sus padres, luego de las sesiones de arte terapia.

### **Procedimiento de recolección y análisis de datos**

Para poder contactar a los participantes se dirigirá a un centro psicológico que se especialicen o traten a niños con trastornos de ansiedad, problemas de aprendizaje o si es posible con mutismo selectivo. Se colocarán volantes informativos, ya que el objetivo es que los padres conozcan sobre el estudio y se interesen en el proyecto si consideran que su hijo no está teniendo un progreso significativo con la terapia actual. En cuanto a los participantes, se buscará niños que ya se encuentren en otro tipo de terapia para el mutismo selectivo, que hayan pedido una terapia por mutismo selectivo o (si aún no lo diagnostican) niños con síntomas de mutismo selectivo. Luego con este listado de 15 niños, se contactará a los padres por vía telefónica para explicarles del estudio y su posible éxito. Cuando los padres estén de acuerdo, se les presentará el consentimiento informado que deberán firmar y se les explicará la dinámica de la terapia. En esta explicación es importante que los padres entiendan el porqué del complemento de terapia tradicional con arte terapia. Se enfatizará en que los resultados de este

tipo de terapia con ansiedad han sido buenos y se podría evitar una posible terapia farmacológica.

Es común que los tratamientos se los realice por 12 semanas para lograr ver un cambio. El estudio de caso de Sheridan et al. (1995) demostró que, en 31 días de sesión, el paciente manifestó cambios en su MS. Dentro del arte terapia junto a otro tipo de terapia tradicional, se recomendaría dos sesiones por 12 a 15 semanas. El arte terapia se realizará mezclando diferentes tipos de arte como artes plásticas, psicodrama, música, voz, entre otros; ya que el trabajar en conjunto con diferentes tipos de artes se puede llegar a tener un mejor resultado (Bassols, 2006). Es importante tomar en cuenta que el arte terapia se realizará adicionalmente a la terapia que ya esté recibiendo o vaya a recibir el niño con MS en el centro terapéutico.

Antes de realizar el tratamiento con arte terapia se analizarán los niveles de ansiedad con los cuestionarios y entrevistas mencionados anteriormente y luego de terminar con el tratamiento nuevamente se realizarán estas pruebas, para comprobar si efectivamente la ansiedad ha disminuido. Para esto se utilizará un t-test pareado o para medidas repetidas. Ya que sirve para comparar observaciones o experiencias de un mismo sujeto antes y después de ser sometidos a una variable (Shier, 2004). Además, se realizará una recolección de los datos cualitativos recuperados de las entrevistas y se analizarán los posibles patrones repetitivos de temas.

### **Consideraciones éticas**

En este caso, los padres de los participantes firmarán el consentimiento informado antes de implementar cualquier tipo de terapia en el niño. En este consentimiento se especificarán nuevamente los objetivos del estudio y se aclarará que la participación de sus hijos dependerá de la aceptación de los padres y de ellos y es totalmente voluntario. Podrán retirarse o no participar en el experimento en cualquier momento que no se sientan cómodos. Se asegurará el anonimato del niño al no poner su nombre ni grabar o tomar fotos en ningún momento su

cara. Al ser una terapia no invasiva, se asegura a los padres también que las sesiones de arte terapia no causaran daño o efectos negativos en el niño.

## RESULTADOS ESPERADOS

Después de realizar las sesiones de arte terapia complementaria junto tratamiento planeado de los pacientes con MS, se esperaría que los síntomas de ansiedad reduzcan significativamente. La ansiedad es uno de los mayores componentes que tiene el MS, con una comorbilidad del 67 al 90% (Oerbeck et al., 2018); además, prolonga el curso del MS mediante la evitación, retraimiento, timidez. El niño con MS y que tiene altos niveles de ansiedad se le dificulta significativamente participar en las actividades de clase, en deberes grupales o hablar frente a sus compañeros. Adicionalmente, la mayoría de las terapias que existen son mediante el uso del lenguaje verbal. Es por eso que muchas veces las terapias tradicionales no tienen resultados a corto plazo, no garantizan una remisión a largo plazo o no se ven cambios en el ámbito escolar. Asimismo, cuando la ansiedad es muy alta, la terapia tradicional no parece funcionar y se acude a la terapia farmacológica (Hardwood & Bork, 2011; Ford et al., 1998; Krynski, 2003; Oerbeck et al., 2018; Manassis, et al., 2015). Además de reducir la ansiedad significativamente, este estudio pretendía eliminar o disminuir el uso de fármacos en niños. Al no saber con seguridad los efectos a largo plazo de la terapia farmacológica, el uso del arte terapia en su lugar podría llegar a ser extremadamente beneficiosa y con resultados a largo plazo.

Numerosos estudios ya han comprobado la efectividad que tiene el arte terapia en diferentes trastornos como Esquizofrenia, Alzheimer, Autismo, PTSD, Abuso de Sustancias, entre otros (Patterson, et al., 2011; Crawford, et al., 2010; Ehresman, 2014; Emery, 2004; Lobban, 2014). El arte terapia es efectiva en niños, ya que no se riegan estrictamente en palabras o habilidades cognitivas que el niño puede que todavía no conozca. Los niños se relacionan con el arte porque se encuentra impregnado en su necesidad de relacionarse con el mundo (Pifalo, 2007; Emery, 2004). Se ha comprobado la efectividad que tiene el arte terapia en reducir los síntomas de ansiedad en diferentes ámbitos. Sandmire et al. (2012) en su estudio,

demonstraron que luego de tan solo 30 minutos de creación artística en la terapia, se redujo significativamente el estadio de ansiedad de los participantes, según el “State-Trait Anxiety Inventory” utilizado. Chambala (2008) también en su estudio demostró que el arte terapia permitía a los participantes a identificar sus preocupaciones y fortalezas mediante la creación artística. Se comprobó que luego de la sesión, los participantes se encontraban significativamente en calma en comparación con la primera vez que llegaron. “La eficacia del arte terapia puede estar conectado a un ingrediente relacionado: alivio de la ansiedad debilitante” (Kapitan, 2013, p.54). Lobban (2014) en su estudio con veteranos de guerra que sufrían PTSD, comprobó que mediante el arte terapia los participantes pudieron compartir sus miedos y ansiedades en una manera más manejable generando un alivio.

Dentro de este estudio, en cuanto a la sección cuantitativa y luego de realizar el RCADS (antes y después del tratamiento); se utilizó la prueba de t test para medidas repetidas y se obtuvo que los participantes tuvieron una reducción significativa de ansiedad al final del tratamiento en comparación con sus niveles de ansiedad obtenidos al inicio del tratamiento con arte terapia.

Estos datos concuerdan con la sección cualitativa de las respuestas recuperadas de la entrevista que se realizó a los padres y al niño luego de finalizar las sesiones de arte terapia. Se encontró algunos patrones de respuesta que coincidían con temáticas similares. Por ejemplo, en la pregunta 2 sobre la experiencia en general con el arte terapia, los participantes respondieron que les resultó muy útil al proyectar los sentimientos que tenían sobre una imagen y se les hizo más fácil expresarse sobre ello y aceptar las emociones que tienen. Además, pudieron ver físicamente el progreso que han estado haciendo (así como descrito en Wadson,1980). En la pregunta 5 sobre los beneficios encontrados en el arte terapia se reportó que el arte fue como un estimulador de liberación de emociones y ayudó a los niños a abordar situaciones estresantes, sin tener tanta ansiedad como antes (como mencionado en Covarrubias,

2006). En cuanto a la pregunta 6 sobre si se ha encontrado reducciones de ansiedad, se encontró un patrón repetitivo de respuestas afirmativas en mayor o menor nivel. Luego de las sesiones los participantes reportaron una reducción significativa de ansiedad y aumento de estado de calma (como descrito en Chambala 2008 y Sandmire et al, 2012). En la pregunta 8 y 9, los padres respondieron que sí ha existido cambios en el sistema familiar y en la escuela. Mencionan que sin la ansiedad paralizadora que experimentaba el niño impidiéndole hablar, han notado que ya no está tan retraído y trata de formular palabras o frases cortas. En esta población estudiada se obtuvo resultados positivos y sería interesante ver si poblaciones semejantes comparten las mismas experiencias que este grupo de 15 niños con MS.

Al analizar los diferentes casos de éxito en la reducción de la ansiedad mediante el uso de arte terapia, se esperaría que también con niños afectados con MS reduzcan su ansiedad también. Además, se podría disminuir la posibilidad del uso de fármacos, como SSRI u otro tipo de medicación direccionada a la reducción de la ansiedad. Es importante tomar en cuenta los progresos que tiene el niño tanto en el ámbito familiar como escolar, ya que a veces podrían reducir su ansiedad solamente en casa. Sin embargo, se espera que también en el colegio se vean cambios significativos en su disminución de ansiedad y posiblemente en su MS.

## DISCUSIÓN

### Conclusiones

El mutismo selectivo se caracteriza por la falta de un lenguaje verbal en situaciones sociales que se espera comunicación, es común en niños de edad escolar y tiene una baja prevalencia (1% de la población). Tiene comorbilidad mayoritariamente con el trastorno de ansiedad social, ya que también presenta síntomas ansiosos. Los niños con MS pueden sentir palpitaciones aceleradas, pérdida de control, sudoración, respiración entre cortada, pensamientos fatalistas, entre otras cosas. (Oerbeck et al., 2018; Anstending, 1999). Para tratar al MS se ha utilizado mayoritariamente terapias conductuales, cognitivo-conductuales, psicodinámicos, terapia familiar, y cuando la ansiedad dentro del MS es muy severa, se ha utilizado terapia farmacológica (Ford, et al., 1998; Krysanski, 2003). Para la ansiedad específicamente se ha utilizado terapia cognitivo conductual, terapia farmacológica, terapia racional emotiva, desensibilización sistemática, entre otros (Buglione, et al., 1990). Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, este tipo de terapias no han sido completamente efectivas en niños con MS. Cuando la ansiedad es muy fuerte, parece que la terapia tradicional no es suficiente. Es por eso que en este estudio se propuso utilizar al arte terapia como tratamiento complementario del MS, para disminuir o eliminar el principal factor de ansiedad que tiene el MS. En los Resultados, se discutió que el arte terapia evidentemente ha sido de utilidad al tratar diferentes trastornos con síntomas de ansiedad. A través del arte la persona se comunica, experimenta sensaciones; se utiliza para mejorar la autoestima, reducción de conflictos, resiliencia y sobre todo reducción de ansiedad (Asociación Americana de Arte Terapia). Además se observó dentro del estudio que tanto los estudios cuantitativos como los cualitativos demostraron una reducción significativa de ansiedad en los niños después de las sesiones de terapia, comparado con los niveles de ansiedad antes de recibir arte terapia.

Los niños con MS, entre las edades de 2 a 7 años se beneficiarán significativamente de este tipo de terapia ya que a esta edad se comunican mediante las representaciones simbólicas de su mundo (Valdés, 2014). Al no poder explicar con palabras sus sentimientos y pensamientos, los niños a esta edad se expresan de otras formas, de esta manera el arte terapia entra en protagonismo. Los niños con MS de estas edades expresarán su ansiedad mediante creaciones artísticas y junto con el resto de su plan terapéutico su ansiedad y sus niveles de MS se reducirían y posiblemente tendrían remisión de síntomas. Además, se espera evitar la utilización de fármacos reductores de ansiedad, que la ciencia todavía no comprueba sus efectos a largo plazo en niños.

### **Limitaciones del estudio**

Las posibles limitaciones que se encontraron principalmente fue el número de personas del estudio. Al tener una baja prevalencia, no se podría realizar estudios de MS con un grupo de niños que sean significativos para generalizar al resto de población. Ésta es una limitación que han tenido algunos estudios anteriores también (Deboys, et al., 2017; Vecchio & Kearney, 2005; Bergman, et al., 2013). Sin embargo, sigue siendo un obstáculo para identificar el mejor curso de tratamiento para un MS, ya que las diferencias individuales de las personas, hacen imposible que se pueda generalizar estadísticamente los resultados encontrados en el estudio. Además, el rango de edad que se delimitó en este estudio (2 a 7 años) si bien tiene fundamento teórico, sigue siendo muy limitante para comprobar la eficacia que tiene el arte terapia como tratamiento para el MS. El centro terapéutico en el que se encontrarían los participantes, podría no proveer tantos casos de MS como se esperaría. Es impredecible conocer el número exacto de niños con MS en escuelas o centros, ya que muchas veces los padres, profesores y hasta algunos profesionales de la salud desconocen del tema. Otra limitación se basa en la información (prevalencia, comorbilidad, etc) que se encontró del MS, la mayoría eran de estudios extranjeros. Hasta el momento se desconoce los datos exactos de niños con MS en el

Ecuador. Tanto en el Ecuador como en otros países sudamericanos, la salud mental se encuentra en segundo plano, y no se la toma en cuenta como debería. Estas limitaciones podrían haber alterado de cierta manera los resultados obtenidos.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Para futuros estudios, se recomendaría primero la investigación del arte terapia como una de las terapias tradicionales y ya no como terapia alternativa dentro del área de salud mental. Al tener tantos estudios que comprueban su efectividad en diferentes ámbitos, se podría motivar a implementarlo dentro de los planes terapéuticos (sobre todo si se trabaja con niños). Los niños podrían responder mejor a las sesiones de terapia si se incluye el arte dentro de ellas. Tanto los trastornos como las terapias son mayoritariamente investigadas en adultos y adaptadas a los niños. Se recomendaría también investigar la psicología perinatal e infantil, y conseguir terapias que sean hechas exclusivamente para trastornos infantiles, que sean efectivos. Es importante tomar en cuenta también para recomendaciones futuras a la detección temprana del mutismo selectivo en los niños. Al ser una manifestación extrema de ansiedad, puede llegar a mutar en diferentes tipos de ansiedad a lo largo de la vida de la persona. Se recomienda que los profesores se encuentren más capacitados en la detección de este tipo de trastornos y pueda ser reportado inmediatamente, para un mejor pronóstico dentro del tratamiento. De esta manera se podría prevenir un MS y otros trastornos que se conviertan en algo más severo. Al tener al arte terapia como una herramienta útil para trastornos ansiosos, se podría ampliar su rango de edad a todas las edades. La creación artística no tiene un límite de edad y al ser utilizada en terapia, podría llegar a ser uno de los tratamientos no invasivos más utilizados para la ansiedad. Finalmente, se recomienda también realizar un estudio para comprobar y comparar los efectos que produce el arte terapia y los fármacos en la disminución de la ansiedad. Para poder determinar la efectividad de cada uno y comparándolos con sus

efectos a largo plazo. Así poder demostrar de qué manera el arte terapia puede reducir y contribuir de forma protagonista a trastornos con síntomas ansiosos.

## REFERENCIAS

- American Art Therapy Association Website (s.f). About Art Therapy. /American Art Therapy Association/. Recuperado de: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification, *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 417-434.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D. & Ruther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(3), 175-187.
- Bassols, M. (2006). El arte terapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arte Terapia – Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 14-25
- Bergman, R. L., Piacentini, J. & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946.
- Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J. & Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 51, 680-689.
- Black, B. & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.
- Bucciarelli, A. (2016). Art therapy: a transdisciplinary approach. *Journal of the American Art Therapy Association*, 33(3), 151-155.

- Buglione, S. A., Devito, A. J. & Mulloy, J. M. (1990). Traditional group therapy and computer-administered treatment for test anxiety. *Anxiety Research: An International Journal*, 3(1), 33-39.
- Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193
- Chambala, A. (2008). Anxiety and Art Therapy: Treatment in the Public Eye. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 25(4), 187-189.
- Cohan, S. L., Price, J. M. & Stein, M. M. (2006). Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C. & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 770-784.
- Covarrubias, T. E. (2006). *Arte Terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal* (Tesis de postgrado). Facultad de Artes, Universidad de Chile.
- Crawford, M. J., Killaspy, H., Kalaitzaki, E., Barrett, B., Byford, S., Patterson, S.,... Waller, D. (2010). The MATISSE study: a randomized trial of group art therapy for people with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10(65), 1-9.
- Cury, M. (2007). Tras el silencio. *Arte Terapia – Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 71-86.
- Daitch, C. (2014). Hypnotherapeutic treatment for anxiety-related relational discord: A short-term hypnotherapeutic protocol. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(4), 325-342.

- Deboys, R., Holttum, S. & Wright, K. (2017). Processes of change un school-based art therapy with children: a systematic qualitative study. *International Journal of Art Therapy*, 22(3), 118-131.
- Del Rio, M. (2009). Reflexiones sobre la praxis en arteterapia. *Arte Terapia – Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 17-26.
- Dumas, M. & Aranguren, M. (2013). Beneficios del arte terapia sobre la salud mental. *Consejo nacional de investigaciones científicas y técnicas*, 42-45.
- Ehresman, C. (2014). From rendering to remembering: Art therapy for people with Alzheimer's disease. *International Journal of Art Therapy*, 19(1), 43-51.
- Emery, M. J. (2004). Art Therapy as an intervention for autism. *Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 143-147.
- Field, A. P., Cartwright-Hatton, S., Reynolds, S. & Creswell, C. (2008). Future directions for child anxiety theory and treatment. *Cognition and Emotion*, 22(3), 385-394.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E. & Carlson, J. (1998). Selective mutism: phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192-227.
- Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess., M., Freitag, C.M. & Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child Adolescent Psychiatry*, 25(10), 1113-1120.
- Garrido, R. (2013). *Arteterapia en el ámbito de la salud mental*. España: Universidad de Sevilla.
- González, F. L. (2000). *Investigación Cualitativa en Psicología. Rumbos y Desafíos*. México: International Thompson Editores
- Hardwood, D. & Bork, P. L. (2011). Meeting educators where they are: professional development to address selective mutism. *Canadian Journal of Education*, 34(3), 136-152.

- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(2), 91-113.
- Jiménez, V. E. & Comet, C. (2016). Los estudios de caso como enfoque metodológico. *ACEDEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, 3*(2), 1-11.
- Kapitan, L. (2013). Art therapy's sweet spot between art, anxiety, and the flow experience. *Journal of the American Art Therapy Association, 30*(2), 54-55.
- Kennedy, D. M. (2016). Is it any clearer? Generic qualitative inquiry and the VSAIEEDC model of data analysis. *The Qualitative Report, 21*(8), 1369-1379.
- Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K. & Gordon, J. (2016). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22*(1), 90-108.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(2), 249-256.
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology, 137*(1), 29-40.
- Lobban, J. (2014). The invisible wound: veterans' art therapy. *International Journal of Art Therapy, 19*(1), 3-18.
- López, M. & Martínez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Ediciones Tutor.
- Manassis, K., Oerbeck, B. & Overgaard, K. R. (2015). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(6), 571-578.

- Metzl, E. S. (2015) Holding and creating: a grounded theory of art therapy with 0-5-year-olds. *International Journal of Art Therapy*, 20(3), 93-106.
- Miller, C. L. (1993). The effects of art history-enriched art therapy on anxiety, time on task, and art product quality. *Journal of the American Art Therapy Association*, 10(4), 194-200.
- Muris, P., Mayer, B., den Adel, M., Roos, T. & van Wamelen, J. (2008). Predictors of change following cognitive-behavioral treatment of children with anxiety problems: a preliminary investigation on negative automatic thoughts and anxiety control. *Child Psychiatry Human Development*, 40(1), 139-151.
- Muris, P. & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 151-169.
- Nash, L. T. & Hack, S. (2002). The pharmacological treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 3(5), 555-571.
- Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, KR. & Kristensen, H. (2018). Mutismo Selectivo. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-25.
- Omdal, H. (2008). Including children with selective mutism in mainstream schools and kindergartens: problems and possibilities. *International Journal of Inclusive Education*, 12(3), 301-315.
- Omdal, H. & Galloway, D. (2007). Interviews with selectively mute children. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(3), 205-214.
- Patterson, S., Crawford, M. J., Ainsworth, E. & Waller, D. (2011). Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom. *International Journal of Art Therapy*, 16(2), 70-80.

- Percy, W. H., Kostere, K. & Kostere, S. (2015). Generic qualitative research in psychology. *The Qualitative Report, 20*(2), 76-85.
- Pifalo, T. (2007). Jogging the Cogs: trauma-focused art therapy and cognitive behavioral therapy with sexually abused children. *Journal of the American Art Therapy Association, 24*(4), 170-175.
- Pizarro, J. (2004). The efficacy of art and writing therapy: increasing positive mental health outcomes and participant retention after exposure to traumatic experience. *Journal of the American Art Therapy Association, 21*(1), 5-12.
- Rapee, R. M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology, 52*(3), 125-129.
- Rapgay, L., Bystrisky, A., Dafter, R. E. & Spearman, M. (2011). New strategies for combining mindfulness with integrative cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Rational-Emotive Cognitive Behavior Therapy, 29*, 92-119.
- Regev, D., Kurt, H. & Snir, S. (2016). Silence during art therapy: the art therapist's perspective. *International Journal of Art Therapy, 21*(3), 86-94.
- Reynolds, M. W., Nabors, L. & Quinlan, A. (2000). The effectiveness of art therapy: does it work? *Journal of the American Art Therapy Association, 17*(3), 207-213.
- Sandín, B., Valiente, R. M. & Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*(3), 193-206.
- Schacht, R. & Siegel, G. M. (1995). Selective Mutism: A case study. *Australian Journal of Human Communication Disorders, 23*(2), 1-12.
- Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R. & Ramirez, S. Z. (1995). Assessment and treatment of selective mutism. *Special Services in the Schools, 10*(1), 55-77.

- Shier, R. (2004). *Statistics: 1.1 Paired t-tests*. Mathematics Learning Support Center.  
Recuperado de: <http://www.statstutor.ac.uk/resources/uploaded/paired-t-test.pdf>
- Slayton, S. C., D'Archer, J., Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *Journal of the American Art Therapy Association*, 27(3), 108-118.
- Surawy, C., McManus, F., Muse, K. & Williams, J. M. G. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): rationale, implementation and case illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392.
- Tedejo, E. (2016). *Arte y Terapia. Historia, interrelaciones, praxis y situación actual* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España.
- Ulman, E. & Dachinger, P. (Ed.). (1996). *Art Therapy in Theory & Practice*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- U.S Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). *NIH Anxiety Disorders*. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
- Valdés, A. (2014). *Etapas del desarrollo cognitivo de Piaget* (Tesis doctoral). Universidad Marista de Guadalajara, México.
- Vecchio, J. L. & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 31-37.
- Wadeson, H. (1980). *Art Psychotherapy*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Wong, P. (2010). Selective mutism: A review of etiology, comorbidities and treatment. *Psychiatry*, 7(3), 23-31.

## ANEXO A



- ¿Su hijo/a tiene un diagnóstico de Mutismo Selectivo y parece que el tratamiento que recibe no es suficiente o no parece funcionar?
- ¿Se encuentra con una ansiedad cada vez mayor y no sabe cómo expresar lo que siente?

Le invitamos a inscribir a su hijo/a en el proyecto de investigación de la Universidad San Francisco de Quito dirigido por Tamara Yáñez. Este proyecto tiene como objetivo comprobar la efectividad del arte terapia en la reducción de la ansiedad en pacientes con Mutismo Selectivo. Se realizará en un promedio de 12 a 15 semanas.

Para participar puede enviar un correo electrónico a [tamara.yanez@gmail.com](mailto:tamara.yanez@gmail.com) o llamar al 0984032285 para recibir más información.

Requisitos

- El participante debe tener un diagnóstico de Mutismo Selectivo sin otro trastorno.
- El participante debe tener entre 2 a 7 años.
- Género no relevante.

## ANEXO B



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

## Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Efectividad del arte terapia en disminuir los niveles de ansiedad en niños de 2 a 7 años diagnosticados con mutismo selectivo.

**Organización del investigador** *Universidad San Francisco de Quito, Ecuador*

**Nombre del investigador principal** *Tamara Nicole Yáñez Orbea*

**Datos de localización del investigador principal** *tlf 2252539/ 0984032285, tamara.yanez@gmail.com*

**Co-investigadores**

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<b>Introducción</b>
Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente la participación de su hijo y despejar sus dudas. Puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea que su hijo participe o no. Su hijo ha sido invitado a participar en una investigación sobre la efectividad del arte terapia en la reducción de ansiedad para niños con mutismo selectivo porque su hijo actualmente tiene el diagnóstico de mutismo selectivo y parece que el resto de terapias no funcionan (sobre todo para su ansiedad)
<b>Propósito del estudio</b>
Mediante este estudio, se busca conseguir una nueva alternativa de tratamiento que sea funcional para el componente ansioso del mutismo selectivo, colocando al arte terapia como tratamiento complementario a la terapia ya recibida por el paciente Ya que reduciendo los niveles de ansiedad el producto final esperado es una reducción de los niveles de mutismo también. El estudio consta de 15 participantes de las edades entre 2 a 7 años.
<b>Descripción de los procedimientos</b>
Se añadirán sesiones de arte terapia complementando el tratamiento ya recibido del paciente. La duración del estudio será de aproximadamente 12 a 15 semanas. Antes de comenzar con las sesiones se tomará una prueba estandarizada para medir los niveles de ansiedad y luego otra al finalizar. Además, al finalizar el estudio se realizará unas preguntas para evaluar la experiencia del proceso.
<b>Riesgos y beneficios</b>
Al ser una terapia no invasiva, no se esperan riesgos dentro de las sesiones a corto o largo plazo. Los beneficios de este estudio se podrán evaluar desde la sesión 1 con arte terapia y al finalizar si es que se encuentra una reducción significativa de ansiedad. De esta manera, los síntomas del mutismo selectivo podrían disminuir también.
<b>Confidencialidad de los datos</b>
Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales o los de su hijo: 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.

- 2) El nombre de su hijo no será mencionado en los reportes o publicaciones.  
 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

#### **Derechos y opciones del participante**

Usted puede decidir que su hijo no participe y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida la participación de su hijo puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984032285 que pertenece a Tamara Yáñez Orbea, el investigador, o envíe un correo electrónico a [tamara.yanez@gmail.com](mailto:tamara.yanez@gmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

<b>Consentimiento informado</b>	
Comprendo la participación de mi hijo en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de que mi hijo participe y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente que mi hijo participe en esta investigación.	
Firma del participante (tutor)	Fecha
Firma del testigo	Fecha
Tamara Nicole Yáñez Orbea	
Firma del investigador	Fecha

## ANEXO C

## Anexo I. Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)

1.

Nombre ..... Edad ..... Sexo: (chica .....) (chico .....)				
Instrucciones: Por favor, rodea con un círculo en la columna de la derecha la palabra que mejor refleje la frecuencia con que te ocurren cada una de las siguientes cosas. No hay respuestas buenas ni malas.				
	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Me preocupo mucho por las cosas				
2. Me siento triste o decaído/a				
3. Cuando tengo algún problema, noto sensaciones raras en mi estómago				
4. Me preocupa cuando creo que he hecho mal en algo				
5. Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa				
6. Me cuesta divertirme o pasarlo bien				
7. Siento miedo cuando tengo que hacer un examen				
8. Me siento mal cuando creo que alguna persona está enfadada conmigo				
9. Cuando estoy lejos de mis padres siento miedo				
10. Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza				
11. Duermo mal				
12. Me da miedo que vaya a hacer mal mis tareas del colegio				
13. Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares				
14. De repente siento como si no pudiera respirar sin saber porqué				
15. Mi apetito para comer es malo				
16. Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada)				
17. Si tengo que dormir solo/a siento miedo				
18. Por las mañanas al ir al colegio me da miedo separarme de mis padres				
19. Me siento con muy poca energía para hacer las cosas				
20. Me preocupa parecer tonto/a ante la gente				
21. Estoy muy cansado/a				
22. Me preocupa que me ocurran cosas malas				
23. Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza				
24. Cuando tengo un problema, mi corazón late bastante rápido				
25. Me resulta muy difícil pensar con claridad				
26. De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber porqué				
27. Me preocupa que me ocurra algo malo				
28. Cuando tengo un problema siento que tiemblo				
29. Siento que no valgo para nada				
30. Me da miedo hacer las cosas mal				
31. Tengo que concentrarme en pensamientos especiales (como números o palabras) para que no ocurran cosas malas				
32. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí				
33. Me asusta estar en sitios donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, el patio del colegio)				
34. De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué				
35. Me preocupa lo que vaya a ocurrir				
36. De repente, me siento mareado/a o me desmayo sin que exista ninguna razón para ello				

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
37. Pienso en la muerte				
38. Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase				
39. De repente mi corazón empieza a latir rápido sin saber porqué				
40. Me siento como si no tuviera ganas de hacer nada				
41. Me preocupa que de repente me sienta asustado/a, aunque no haya nada por lo que deba tener miedo				
42. Tengo que repetir algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o colocar cosas en un orden determinado)				
43. Me asusta ponerme en ridículo delante de la gente				
44. Tengo que hacer algunas cosas en la manera correcta para que no ocurran cosas malas				
45. Me preocupa tener que ir a la cama por la noche				
46. Sentiría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa				
47. Me siento inquieto/a (intranquilo/a)				

*Nota.* Clave de corrección: Pueden obtenerse puntuaciones en cada subescala o en la escala total sumando las estimaciones en los ítems correspondientes (Nunca = 0, A veces = 1, A menudo = 2, Siempre = 3). Adaptación española de la versión original de Bruce F. Chorpita (comunicación personal).

## 2. ENTREVISTA CUALITATIVA GENÉRICA

### Experiencia de las sesiones de arte terapia

Buenos días/tardes, mi nombre es Tamara Yáñez, soy la persona encargada del estudio. Luego de haber completado las sesiones, quisiera hacerles algunas preguntas sobre su experiencia con el arte terapia. Me gustaría que respondieran con completa honestidad y si tienen alguna pregunta por favor no duden en decirla.

1. ¿Cómo fue su experiencia con los distintos tipos de arte dentro del arte terapia?
2. ¿Cómo fue su experiencia en general con el arte terapia?
3. ¿Qué elementos de las sesiones fueron los que más le gustaron? ¿Por qué?
4. ¿Qué elementos de las sesiones le disgustaron? ¿Por qué?
5. ¿Qué beneficios encontró usted durante de las sesiones de arte terapia? ¿y luego de finalizar la terapia?
6. ¿Cree que la ansiedad que tenía el niño/a con MS se redujo? Si la respuesta es sí, ¿en qué nivel se redujo?
7. ¿Cómo cree que este tipo de terapia es útil al tratar el MS en niños?
8. ¿El arte terapia tuvo impacto solo en el niño o también en la familia? ¿De qué manera?
9. ¿Ha habido cambios positivos en el ámbito familiar y del hogar? ¿y en el ámbito escolar?
10. ¿Recomendaría usted la implementación de arte terapia como complemento a otro tipo de terapias tradicionales?

Gracias por sus respuestas a esta entrevista y por su participación en el estudio. Todos los datos recuperados serán tomados en cuenta en la investigación y el objetivo de la misma es buscar un tratamiento más efectivo para niños con MS.

## ANEXO D

### Entrevista 1

*Gabriela Alfonso, Psicóloga clínica y arte terapeuta, graduada de la Universidad de San Marcos de Sao Paulo, trabaja en Mai Center Panamá. (entrevistada el 28 de junio del 2018).*

Buenos días/tardes, me llamo Tamara Yáñez. El motivo de esta entrevista es profundizar conceptos sobre el arte terapia y sus usos prácticos en este centro. Estoy realizando mi tesis sobre la efectividad que tiene el arte terapia y sus respuestas me ayudarían a complementar mi estudio.

Pregunta: ¿Cómo definiría usted el arte terapia?

Respuesta: Para mí, el arte terapia cumple con diversos parámetros y hay pasos importantes que se dan a través de este método que ya es fundamentado, ya es fuente de investigación, de formación y de amplio campo de docentes en el ámbito profesional y clínico. Te lo defino como un método de evaluación, diagnóstico, tratamiento y profilaxis. El arte terapia es utilizado en amplios lenguajes y como un canal de expresión. Es utilizado como uno de los diversos canales de expresión que existen porque se aplica al hemisferio humano verbal y no verbal.

P: ¿Cree usted que todas las personas son aptas para expresarse dentro del arte?

R: Si, definitivamente sí. Ante una parálisis, surge el gesto, ya sea con la mirada, o con el dedo. Para personas que no les gusta el arte, de todas maneras están haciendo arte el momento en el que observan o contemplan un paisaje. Cuando abstraes esa imagen y la llevas a la fotografía, a las palabras estás haciendo arte. Por ejemplo, un abogado está en defensa de los otros y es un profesional que utiliza la escritura como un canal de potencializar y de expresar ese medio tan justo (esto es arte). Cada persona y cada ser

humano tiene una habilidad o un talento específico que no requiere de una técnica como tal. En el arte terapia lo que importa es el proceso, no el resultado estético.

P: ¿Con quienes trabaja normalmente al realizar arte terapia, niños o adultos? Y ¿realiza una terapia personalizada o es una terapia grupal?

R: Mi formación clínica está en el ámbito infantojuvenil, es el grupo al que yo me dirijo. Con niños me va muy bien porque el lenguaje es muy espontáneo. Con jóvenes es un recurso que hay que explorar más porque el niño interior comienza, de alguna manera, a lidiar con asuntos de su vida, con proyección al futuro y eso hay que seguir explorando. Realizo ambos tipos de terapia, la grupal y personalizada.

P: ¿Cómo se inicia el proceso terapéutico de arte terapia, cuando la persona llega por primera vez a la consulta?

R: Evalúo tres esferas importantes: la sensoriomotora, la perceptivo afectiva y la cognitivo simbólica. Son tres espacios bases para mí. En ese momento yo estoy explorando y evaluando formalmente un diagnóstico dentro del arte terapia. En la parte sensoriomotora, yo un poco recurro a las diferentes texturas y sensaciones que muchas veces llegan a ser táctiles y otras no. Es cómo la pintura corre por la hoja, la ligereza de la acuarela, la fluidez o la rigidez de un material más sólido como el pastel, por ejemplo. Entonces ahí evaluó sensorialidades, cómo está la parte motora, su ejecución, su dirección, su conexión hemisferial. En la siguiente esfera, las percepciones, me hablan mucho de cómo se coloca el individuo respecto a sí mismo y su mundo. Qué tan enraizado en sí mismo está, su seguridad, su espacio interior, su autoestima. Después nos vamos a la siguiente esfera que es el mundo y cómo se ubica en el cognitivo simbólico. Éste es un espacio super rico para mí, porque el grado inconsciente simbólico es el que permite que mi paciente dialogue con su propio material, yo soy nada más una facilitadora, que le ayuda a interiorizar y poder tener este brote de figuras maravillosas que permiten pintarlas y dibujarlas en el plano

pictórico. Después se abre un diálogo con su espacio, el paciente con su propio espacio creado, en donde el plasma sus ideas y finalmente se ejecuta todo lo anteriormente mencionado a través del símbolo.

P: ¿Cuál es la dinámica dentro de una sesión de arte terapia normalmente?

R: Algo maravilloso en el arte terapia es que no existe un tiempo fijo ni predeterminado. El paciente se pone en contacto con su potencial y material creativo y es él quien va a determinar el proceso y en qué momento tiene el “insight” o grado de lucidez para determinar tanto él y yo, si es que ya ha llegado la hora de partir. Porque ha recogido las herramientas necesarias para sobrevivir al dolor, a la situación, a la dificultad que este viviendo.

P: ¿Ha trabajado con arte terapia y niños que tengan algún tipo de trastorno ansioso? ¿Y con mutismo selectivo específicamente?

R: Si, generalmente los niños que me llegan tienen mucha ansiedad, vienen de muchos otros procesos diversos, porque yo me salgo de la línea de lo convencional al hablar de arte terapia. Muchas veces la parte clínica tiene una conducta más lineal, el arte terapia es una línea un poco más abierta, más libre y creativa. En ese sentido al profesional del arte terapia nos visualizan con un profesional alternativo; una alternativa a la terapia tradicional. Lo cual a mí me encanta, porque eres un recurso a la búsqueda de aparatos diferentes y muchas veces superiores a lo que tradicionalmente se ha venido trabajando, para lograr encontrar de qué manera me comunico mejor. En arte terapia topamos grados de comunicación. Como artes plásticas, psicodrama, danza, la contemplación, la escultura. El simple hecho de que tu tengas una hoja en blanco y puedas desarrollar el espacio de tu vida y a partir de ahí desarrollar lo que te está pasando y que lo puedas narrar en imágenes, ya hace que tú te pongas en una posición de liberar tu propio proceso. Entonces finalmente, los chicos salen con un nivel de satisfacción y autoestima superior porque han podido participar

activamente de su proceso. Siendo ellos principalmente los pioneros en entender lo que les estaba sucediendo y cómo sobrevivir en el futuro a situaciones similares. Que sepan cómo hacerle el “stop” emocional ante situaciones similares de lo que les ha venido ocurriendo. Finalmente poder recurrir a múltiples recursos que les doy, herramientas (a través del arte terapia) para llevar a cabo sus vidas con mayor felicidad y mayor bienestar.

Tuve solamente una paciente que parecía que tenía mutismo selectivo de temporada muy corta, en realidad. Mis casos la mayoría son emocionales (emocionales, te hablo en espectro amplio, desde hijos de divorcio hasta problemas sociales, etc), y se me han venido dando más casos del trastorno del espectro autista, que se comunican muy bien a través de esta área. Mutismo selectivo tuve en una ocasión, una niña, que entendí que había mucho capricho en el no querer hablar, una hiper manipulación hacia sus padres, comenzó a auto visualizarse como víctima de una condición y yo entendí que era un aspecto profundo de lo emocional y al mismo tiempo de un grado intelectual muy alto por cobijar esta situación de la manera en que ella lo hacía. Duro poco porque era la niña quien decidía acerca de las sesiones. Trabaje con ella arte terapia, pero no se terminó la terapia completa.

P: ¿Ha presenciado casos en los que gracias al arte terapia, la persona haya mejorado significativamente?

R: Te puedo decir que en todos. Todos mis casos los agradecen. Hay chicos que llegan con ciertos bloqueos a los materiales y que finalmente se llevan un recurso para sus vidas y que lo replican en diferentes momentos. Ya sea escribiendo, actuando (potencializando todos sus posibles seres, poniendo en escena), al mismo tiempo bailando, cantando, o simplemente pintando emociones todo el tiempo, cosas que sacan del trauma y del drama. El objetivo es sacar del conflicto al ser y colocarlo en una nueva situación más saludable y sana. Te puedo decir que sí, que en todos los casos tengo conclusiones satisfactorias definitivamente porque aprenden a conocer una herramienta para la vida.

P: ¿Cómo se puede observar estos cambios dentro del arte?

R: Pasas por diferentes etapas. Inicialmente hay bloqueos. Después vienen los acercamientos hacia lo que creían imposible de hacer, “yo no soy hábil”, “yo no sé hacer”, “no se pintar”, “no sé dibujar”. Entonces das el paso a lo que “sí puedo” y ya no a lo que “no puedo”. Una vez que logras avanzar y traspasar esa barrera del “no” por el “sí”, viene el sentimiento grato, altruista, de entender que como sí puedo, puedo engrandecer lo que estoy haciendo, puedo ir más allá. El nivel de satisfacción ahí personal se eleva y por supuesto que el momento en que nivel de seguridad, satisfacción y de autoestima se elevan, ahí comienzan a suceder las verdaderas cosas que quieres lograr con tu cliente. Quieres lograr que él se vuelva trascendental en su pensamiento, que se libere de los estereotipos de los pensamientos automáticos, de los bloqueos mentales y que logre salir del no puedo por el sí puedo. Realmente esa es la idea y ahí ves significativamente cómo se rompieron las barreras hacia una conducta más positiva, más eficiente de desarrollo, de superación y de talento. El talento no siempre es ser artístico ni perfecto, aquí el talento es ser talentoso en lo que tu decidas ser en tu vida, independientemente del área y de la profesión.

Por ejemplo, tuve en una ocasión una madre que decidió ser ama de casa, y está bien, porque ella quiere hacer eso. Pero hay que hacerlo de manera positiva, sin quejas, utilizando los recursos todos los días que tienes a tu alrededor para ser feliz y convivir feliz con estas personas que son tu familia, y hacerlo cada vez mejor. Entonces en lo que tú decidas ser, ese es el coaching hacia el que va el arte terapia. Es el ser tu apoyo en esa dirección.

P: ¿Cómo cree usted que el arte terapia se diferencia de otro tipo de terapias más tradicionales?

R: El arte terapia trabaja con un aparato más libre y más creativo. En donde la mente se expande, el conocimiento también comienza a expandirse. Comienzas a averiguar más, indagar más, a romper antiguos paradigmas y ya eso hace la diferencia.

P: ¿Recomendaría usted el uso del arte terapia como una de las terapias principales en un tratamiento terapéutico?

R: En ciertos diagnósticos siempre recomiendo combinadas. Me apoyo en la psicología clínica, a pesar de estar ejerciendo bajo el arte terapia. Está siempre en mi chip de psicóloga clínica, que estoy ejerciendo al mismo tiempo ese rol porque esta inherente. Siempre recomiendo un diagnóstico bajo parámetros clínicos. En muchos casos lamentablemente, hay que medicar (no soy amiga de la medicación a menos que sea necesaria). Hay casos que tengo que remitirlos hacia allá, para que mi respuesta sea positiva y se adhiera a la persona en un lapso de mediano plazo, para que después mi proceso pueda ser eficiente. Hay algunos casos en los que tengo que recurrir a eso y funciona de esa manera. Sí me apoyo de las diferentes terapias y es justamente eso lo que hacemos aquí en MAI Center. Nosotros nos apoyamos en un circuito de docentes y de profesionales en diferentes áreas. Muchas gracias por su participación en esta entrevista, sus respuestas serán utilizadas únicamente con el propósito de ampliar el concepto y el uso del arte terapia en el tratamiento terapéutico para la investigación que se encuentra actualmente en curso.

## Entrevista 2

*Yadyra Yánez, coach y arte terapeuta, estudios en psicología clínica de la USMA, directora de Mai Center Panamá. (entrevistada el 17 de julio del 2018).*

Buenos días/tardes, me llamo Tamara Yánez. El motivo de esta entrevista es profundizar conceptos sobre el arte terapia y sus usos prácticos en este centro. Estoy realizando mi tesis sobre la efectividad que tiene el arte terapia y sus respuestas me ayudarían a complementar mi estudio.

Pregunta: ¿Cómo definiría usted el arte terapia?

Respuesta: Es la incorporación de actividades artísticas en cualquier disciplina que exista, es decir la pintura, el dibujo, el teatro, la danza, la música, la fotografía, las historias, la literatura; cualquier disciplina artística que quepa dentro de las artes, ponerla al uso y al beneficio de los pacientes como proceso terapéutico.

P: ¿Cree usted que todas las personas son aptas para expresarse dentro del arte?

R: Tendríamos primero que entender que es el arte per se. Ahí yo entro directamente a que podamos comprender que hay diferentes tipos de arte. El arte que tu expones en las galerías y museos, que les pertenece a los profesionales del arte. Por otro lado, el arte que expresas dentro de ti, que es una manera de expresión interna donde utilizas herramientas artísticas, eso nos pertenece a todos. Entonces si alguien tiene que expresarse de manera artística y no tiene que utilizar técnicas artísticas específicas, pues lo puede hacer cualquier ser humano.

P: ¿Con quienes trabaja normalmente al realizar arte terapia, niños o adultos? Y ¿realiza una terapia personalizada o es una terapia grupal?

R: Arte terapia se trabaja con todos. La población con la que se trabaja aquí en Mai Center, es a partir de los 3-4 años, hasta la tercera edad, hemos tenido pacientes de 106 años (Buenaventura). Realizo tanto terapia personalizada como grupal, dependiendo del caso. Si la situación es un poquito más crítica y se requiere un proceso más individual, pues se trabaja a través de terapia individual, de arte terapia; y se van incorporando las herramientas que se van presentando de acuerdo con el programa terapéutico que se haya preparado para ese caso específico. Si el tema es terapia grupal, pues estaríamos abarcando otro tipo de beneficios como son la interacción social, la integración, limar asperezas entre las personas, el reconocimiento, el yo desde la perspectiva del otro, etc. Entonces desde esa perspectiva, la integración social que generan las actividades artísticas grupales es genial.

P: ¿Cómo se inicia el proceso terapéutico de arte terapia, cuando la persona llega por primera vez a la consulta?

R: Depende del caso, por ejemplo, con niños, la primera vez, la persona que llega acá al centro generalmente son los papás. Empieza todo con una entrevista inicial, en la que se hace una especie de anamnesis, donde tenemos que conocer el contexto en el que está viviendo este niño o esta persona, que es lo que pasa en su familia, que pasó antes; inclusive llegamos a preguntar desde el embarazo, como fue el embarazo, si fue un niño deseado o no deseado, si tuvo complicaciones, si hay algún tipo de elemento o factor externo que haya afectado el nacimiento, etc. Vamos recorriendo así el desarrollo del niño hasta la época actual. Luego vamos a preguntar sobre las preocupaciones que tienen los padres, en torno a la situación del por qué vienen a consulta. Luego consultamos las expectativas que tienen los papás en relación a lo que están esperando de nosotros. Es importante entender el pensamiento de los papás primero.

Una vez obtenida toda esa información, entonces el siguiente paso, dependiendo de la situación es hacer una evaluación. La evaluación puede ser de terapia ocupacional, si es

que lo que se necesita es un reforzamiento a nivel motor. Te hablo de terapia ocupacional primero porque a nivel evaluativo o a nivel de diagnóstico, lo clínico es lo que te va a permitir tener un resultado diagnóstico. El arte terapia por otro lado es un tratamiento, ayuda en el diagnóstico sí, pero para generar un diagnóstico con una idoneidad que requieran los papás o el colegio, tiene que hacerse a través de lo clínico y abarcar terapia ocupacional, terapia de lenguaje, terapia psicopedagógica, etc.

Una vez que tengamos la idea de lo que más o menos está sucediendo, incorporaremos dentro del programa, arte terapia y explicaremos a la mamá los objetivos que vamos a tratar de cumplir. El arte terapia se lleva mucho de la mano con terapia ocupacional, terapia de juego, terapias psicodinámicas, entonces nosotros podemos ir incorporando o abriendo el espectro de lo clínico a la incorporación de elementos artísticos, que permitan que el tratamiento sea mucho más entretenido y darle un estilo artístico. El objetivo es que la persona o el niño aprenda a incorporar dentro de sus espacios el arte, como un canal especial para poder llegar a aquello que le está doliendo.

P: ¿Cuál es la dinámica dentro de una sesión de arte terapia normalmente?

R: Pensar específicamente en una dinámica es difícil, ya que el arte es multidisciplinar, porque dependerá primero de la condición de la persona o del niño, del objetivo que se busque, del estado de ánimo con el que venga. Porque el arte se conecta con la parte sensitiva más emocional, tiene la capacidad de hasta conectarse con el subconsciente. Entonces esto no es conductual, crear una dinámica en arte terapia no es hacer A, luego B, luego C, esto no se puede. En el arte tu vas fluyendo con relación a lo que la persona te va entregando en información y eso se convierte en el material más valioso. En arte terapia las herramientas principales no son la pintura, ni el pincel, ni la guitarra, ni la música; aquí la herramienta más valiosa son las emociones que trae el paciente y de ahí construimos.

Las primeras sesiones se tratan de generar este vínculo con el paciente para que reconozca que puede tener este espacio de confianza, donde genere un vínculo contigo, acepte la propuesta que tu le vas trayendo y él vaya trayendo de su parte espacios creativos y vaya abriendo el canal el cual tú puedas ir accediendo.

P: ¿Ha trabajado con arte terapia y niños que tengan algún tipo de trastorno ansioso? ¿Y con mutismo selectivo específicamente?

R: Yo diría que la mayoría de los chiquitos que llegan acá tienen problemas de tipo de ansiedad, que desembocan en diferentes canales. Por ejemplo, en unos, oposicionismo desafiante, en otros el mutismo selectivo, otros auto laceraciones, depende de la circunstancia pero la mayoría de los detonantes de todo esto son problemas de ansiedad. El arte terapia me permite llegar a ellos. Un muchacho llegó con oposicionismo desafiante, que en las primeras sesiones él decidió romperme la mesa a silletazos. La venía ya recorriendo seis o siete psicólogos y la mayoría tiraba la toalla con él porque justamente su actitud era muy agresiva, y a través de la música sobre todo, empezamos a construir arte. Sacó unas obras maravillosas, basándonos en el “Action Paint” de Jackson Pollock, le encantó. Me quedó la satisfacción de haber abierto un camino de expresión que no sea la violencia.

En cuanto a mutismo selectivo te voy a contar el caso de Alicia, que es una niña de 7 años. Intellectualmente, su nivel cognoscitivo es completamente normal en cuanto a su edad cronológica. Su familia es italiana, y el proceso de adaptación acá en Panamá fue bastante difícil para ellos. Primero por el idioma, ella a los 7 años de edad ya sabía 3 idiomas y el español era el cuarto idioma que se tenía que aprender. La adaptación no ha sido fácil, en la mitad del camino el papá se va de la casa y comienza un proceso de divorcio fuerte. Los hijos son los testigos de esta pelea. La mamá transfiere la ansiedad a sus hijos. El hermano reacciona encerrándose en su cuarto y no queriendo volver al colegio. Alicia reacciona con

un silencio absoluto. Esto lleva a problemas en el colegio porque ella no quiere hablar con nadie, ni con la profesora, no quiere participar tampoco. A nivel escolar, la niña comenzó a aislarse. No sé si efectivamente tuvo algún contacto específico en la escuela, pero la misma comenzó a mandar señales de que la niña se estaba retrayendo y estaba teniendo espacios de silencio. La mamá nos trae a la nena y cuando nos trae, la niña lo que hace es esconderse detrás de las piernas de la mamá y lo único que hacía era estar en silencio o hablarle en voz baja a la mamá, obviamente con una timidez muy marcada.

Se hizo una propuesta, luego de la anamnesis que te comenté que tuvimos, primero arte terapéutica. Se hizo una evaluación psicopedagógica y los niveles salieron que es una niña que está dentro de un estado normal, de acuerdo a su edad cronológica. A nivel de lenguaje, se pudo identificar que posee una comunicación fluida, pese a que el idioma natal no era el español. Sin embargo, al momento de generar una conversación o un diálogo ya no lo hace. Cuando empezamos el proceso dentro del arte terapia grupal ella se aísla en una esquina del gimnasio (el área en la que trabajamos), nosotros empezamos con una dinámica en el grupo siempre de bienvenida a todos, nos sentamos y comenzamos a contar un poquito las historias de cómo nos fue la semana pasada y las experiencias, Alicia decide no hablar, porque había más niños y el tema que estábamos hablando a nivel general era integración social. Entonces las dinámicas que se proponen para este tipo de juegos son historias y cuenta cuentos, porque a través de eso nosotros empezamos a explorar un poquito las historias que ellos van relatando y se hace una asociación a las historias personales que el resto va teniendo. Los cuentos deben tener un relato, deben tener personajes que ellos van incorporando y pueden ser ellos mismos o pueden ser personas dentro de su entorno familiar o social que les está afectando. Todos tienen como norma, escuchar atentamente y comprender el cuento que está contando el otro niño. Alicia decide no contar nada y se le permite al principio. Después de la dinámica de la presentación, procedemos a la actividad

artística (plástica en este caso). Se les prepara material para que ellos vayan elaborando nuevamente las historias que contaron dentro de la dinámica inicial, pero ahora incorporando color, elementos físicos, etc. Alicia sí acepta esta dinámica artística porque ella tiene una influencia europea de haber asistido a museos, en sí le gusta el arte, la pintura. Ahí es cuando se comienza a hacer el primer “click” de acercamiento, porque ella acepta, pese a que no dice ni una sola palabra, pero acepta pintar de vez en cuando, hace sus primeros trazos. Intenta bosquejar un poquito el paisaje según lo que contó, un paisaje suizo. Recordemos que la mamá es de suiza, y la posibilidad de ir a vivir allá estaba muy latente, una vez que el divorcio se lleve a cabo. Así que ella empieza a bosquejar un poquito el espacio en Suiza y pinta un tío que vive allá con el quien se lleva muy bien. Termina la dinámica, con un refrigerio que todos traen, nos sentamos en la mesa ya sin ser una actividad conducida sino una especie de relax, dando sus historias personales. Cuando viene al final la mamá de Alicia a recogerla, nuevamente vuelve a su situación de abrazar las piernas de la mamá y decirle al oído lo que ella sintió.

Sin embargo, para nosotros ya fue una ganancia porque en la primera sesión pudo incorporarse a la actividad artística aunque no dijo ni una sola palabra. En la actividad grupal, cuando me acerco a ella, no quiere, se retrae, deja de pintar, como que no quiere que le vean. Luego de esa primera sesión, me cuenta la mamá que le dijo cuando llegó a la casa, que sí quiere regresar. En la segunda sesión, nosotros jugamos a los disfraces, hicimos un poco lo que es el psicodrama o el teatro con los niños y nos disfrazamos. Yo me disfracé de jirafa y la recibo vestida así. Eso le provoca a ella risa y rompe un poco más el hielo conmigo, acepta soltar a su mamá e irse al gimnasio sin la conducción directa de la mamá con la mano. Nuevamente regresamos al círculo, no habla, tampoco acepta disfrazarse, pero acepta ya sentarse en el círculo, la vez pasada fue más separada. A partir de esta segunda sesión ya pude ver un cambio significativo. Fue un trabajo aproximadamente de 6 o 7 meses

con ella. Poco a poco las propuestas de actividades de trabajo eran más abiertas para darles la oportunidad de llevarse el trabajo a su casa. Cuando llega su mamá, ella le entrega, y nuevamente al oído le explica lo que trabajo. Al siguiente sábado en adelante ella ya viene voluntariamente, se despide de su mamá al oído y entra voluntariamente. A partir de ahí, ella comienza a participar más en las actividades, todavía habla muy bajito, pero ya empieza a hablar y contar cosas muy sencillas. Otro factor que pudimos incorporar y a ella le hizo bastante bien, es que otra nena hablaba también italiano, entonces se comunicaban en italiano. Esto hace que generen un vínculo mejor con esta otra compañerita y se empiezan a llevar más. Las actividades terapéuticas que se proponen ya son mucho más asequibles, ella comienza a poner más colores, más intensos, antes los trazos eran solo de lápices, ahora ya se anima con pincel y acrílico. Eso ya me da a mí una idea del avance.

Hay una pausa en sus asistencias porque ella se va de vacaciones, pero antes de irse yo le hago la propuesta que se compre un cuaderno de dibujo y donde sea que vaya de vacaciones, dibuje lo que más le gusta. La madre acepta esa propuesta también, se van de vacaciones y ella va dibujando alrededor de todos los lugares a los que visitaba, lo que más le impresiono. Cuando regresa, es ella la que tiene más cosas que contarme que ningún otro. Una de las cosas más lindas, que fue lo que me emocionó, es que la primera pregunta que yo les hago es, “que es lo que más pensaron en estas vacaciones” y ella la primera respuesta que me dice es “esperaba regresar a Maicenter”. De verdad ella añoró el tiempo que pasaba con nosotros y ya tiene historias que contar. Esas ganas de venir a contar esas historias, logro por un lado desconectarse de la situación emocional que estaba pasando, su mamá también bajó sus niveles de ansiedad viendo que su hija estaba estabilizándose emocionalmente, el caso del hermano sigue siendo critico (nunca fue paciente), pero la mama ya venía y se quedaba escuchando música en la recepción más tranquila mientras su hija estaba en sesión. Alicia poco a poco comenzó a convertirse en una niña normal, ya

soltó, ya hizo amigas dentro del grupo y en colegio también comenzó a soltar. Fue un espacio temporal emocional muy fuerte, que hizo que ella se retraiga, no hable y el arte destapó en ella cosas maravillosas. En este caso solo trabajamos arte terapia exclusivamente.

P: ¿Ha presenciado casos en los que gracias al arte terapia, la persona haya mejorado significativamente?

R: Todos. (risas) Tal vez los casos más lindos que tengo son con los adultos mayores, con los que trabajo también arte terapia, porque en el adulto mayor hay muchas otras condiciones que no solamente son las emocionales. Si no, el propio deterioro físico de la persona y que tengan la conciencia de ver su deterioro, suma un estado depresivo bastante grande y con ellos el arte terapia funciona maravillosamente. Tengo una paciente con Parkinson con la cual yo puedo bailar y puedo trabajar todo con ella, inclusive, acordándome de una actividad que hice hace poco con ella, bailamos, cantamos y finalmente dibujamos boleros. Entonces fue tan lindo porque, aun así con el Parkinson que hace que no se pueda controlar ni siquiera en la misma silla, pero cuando estamos escuchando, bailando, dibujando boleros, ella coge la pluma o el lápiz y pinta un bolero con el lápiz y va moviéndose de izquierda a derecha y luego hace círculos alrededor al ritmo de la música, y no tiembla ni un solo momento. Ella tiene 87 años, el problema con ella no es la edad sino el Parkinson que ha ido deteriorándose.

P: ¿Cómo se puede observar estos cambios dentro del arte?

R: Tal vez en el resultado. Regreso al punto, no es la obra artística, pero siempre que termina un paciente, hay un resultado. Inclusive cuando el paciente no quiere participar o no quiere incorporar directamente su actividad artística, ya es un resultado también para nosotros. Entonces todo eso se va tomando nota, y se van viendo los avances conforme

pasan las siguientes sesiones. Entonces tú ves el resultado de la sesión 1 vs la sesión 5, la 15 y tu ahí ves los avances gigantescos de un resultado a otro.

P: ¿Cómo cree usted que el arte terapia se diferencia de otro tipo de terapias más tradicionales?

R: Para mí, la diferencia gigante está en la capacidad que tiene el arte terapia de llegar más directo al inconsciente inclusive sin voluntad del paciente. Porque es posible que el paciente no te quiera contar muchas cosas y en una terapia convencional, llegar a lo que le sucede al paciente, te puede tomar como mínimo 3-4 sesiones. En arte terapia, en la primera sesión, tú puedes entender lo que le está pasando; no se diagnostica, pero si puedes comprender. También tiene que ver la madurez del terapeuta, porque tiene que tener una sensibilidad especial para comprender que, si el paciente no va por un camino, no hay que seguirlo. Yo puedo preparar materiales para trabajar acuarela con un paciente, pero si él viene bloqueado o viene con algún otro tipo de situación, tal vez no sea el camino de la acuarela, sino de la música. No es lo que yo diga, es lo que el paciente siente y conforme a lo que el paciente vaya aceptando, yo voy incorporando poco a poco, de acuerdo a como sienta la emocionalidad del paciente. Esa es la parte más rica de este trabajo; tú y el paciente, se vuelven en un solo elemento, donde el arte toma presencia. No es la parte consciente del paciente, de la vergüenza, de la frustración, de la ansiedad. Es que como toma presencia el arte y el arte se conecta con la parte más inconsciente del ser humano, entonces desde ahí sale lo que se tiene que trabajar. Tuve una paciente que tenía unas crisis de ansiedad terribles, se juzgaba a sí mismas, se empezaba a cuestionar toda su vida. Una vez dijo que su hijo no merecía a una madre como ella, que ella no debería existir. En ese momento fue una alerta roja para mí. A esta paciente se la trabajó junto con un psiquiatra, que la fue medicando para mantener regulado el organismo para poder tratarle con arte terapia. El psiquiatra le recomendó que venga dos veces por semana. Comenzamos a trabajar varias

técnicas con ella. Finalmente, solo la veo una vez por semana y ya no como tratamiento, sino porque le gustó el arte terapia tanto que viene por preferencia de ella.

P: ¿Recomendaría usted el uso del arte terapia como una de las terapias principales en un tratamiento terapéutico?

R: Por su puesto, de hecho, nosotros como centro estamos enfocados directamente en el arte terapia como una herramienta valida. Pero solo arte terapia, no. De hecho, nosotros somos doce profesionales en psicología con diferentes enfoques. Además del trabajo clínico incorporamos herramientas artísticas dentro de los procesos, es un trabajo complementario.