



“INTERVENCIÓN CON TERAPIA DE ARTE PARA DISMINUIR LAS RESISTENCIAS EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO, EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE AGORAFOBIA”

“INTERVENTION WITH ART-THERAPY TO REDUCE THE RESISTANCES IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS, IN A PATIENT DIAGNOSED WITH AGORAPHOBIA”

Erick Nayib Martín Lemus García¹, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto², Victoria Karimme Ramírez Martínez³, Lic. Francisca del Carmen Junco Méndez⁴, Dra. Marcela Ortega Jiménez⁵
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁶
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

Resumen

El presente es un estudio cualitativo de caso único de carácter terapéutico con evaluación continuada planteado con diseño de no reversión. La paciente fue una mujer de 21 años que llegó al Centro de Atención Psicológica para solicitar psicoterapia, es diagnosticada con agorafobia. En las fases de evaluación e intervención se presentaron diversas resistencias a trabajar con el motivo de consulta, por ello se opta por utilizar técnicas arteterapéuticas de Torres (2005) y Guerrón (2015) planteándose como objetivo disminuir estas resistencias. En conclusión, se encontró que estas técnicas funcionaron como promotor del autoconocimiento y la percepción de control interno, teniendo un impacto significativo en la disminución de resistencias a la confrontación y al cambio en psicoterapia.

Palabras clave: *Psicoterapia, Terapia con arte, Resistencias, Agorafobia, Psicología.*

¹ Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato.

² Correspondencia remitir a: jonathan.galindo@ugto.mx Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

³ Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato.

⁴ Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

⁵ Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

⁶ Correspondencia remitir a: revistacientificaureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The following is a qualitative single case study of therapeutic nature with continuous evaluation proposed with a non-reversal design. The patient is a 21 year-old woman who came to the Psychological Care Center asking for psychotherapy; she was diagnosed with agoraphobia. In the evaluation and intervention phases, diverse resistances were found, against the work for the reason for consultation, therefore it was opted to use art-therapeutic techniques of Torres (2005) and Guerron (2015) with the aim of decreasing these resistances. In conclusion, it was observed that these techniques worked as promoters of self-knowledge and perception of internal control, having significant impact in decreasing resistances to confrontation and change within the therapeutic process.

Key words: *Psychotherapy, Art therapy, Resistances, Agoraphobia, Psychology.*

INTRODUCCIÓN

Los pacientes llegan voluntarios o no voluntarios a terapia. Tienen necesidad o esperanza de cambiar algún aspecto de su vida, o llegan obligados moral o legalmente. A pesar de esta diferencia, es común que se presente un fenómeno en particular en algún momento del proceso terapéutico, las *resistencias*. Estas engloban cualquier conducta del paciente o terapeuta que interfieren o reducen la probabilidad de un proceso terapéutico o resultados satisfactorios. (Monzón, 2012; Urdy, 2016)

Cada enfoque teórico dentro de la Psicología tiene su forma particular para trabajar con las resistencias, la arteterapia no es la excepción. Esta se entiende como la aplicación científica del arte dentro del proceso terapéutico con la finalidad de desarrollar la capacidad de creación de imágenes, símbolos y metáforas que permitirán recuperar, desarrollar e integrar todo el potencial de las áreas integrativas del ser humano, tomar conciencia de sus problemas, desarrollar sus propias habilidades y recursos de afrontamiento y disminuir sus efectos. En esta terapia la creación de imágenes es el vehículo principal para establecer una relación terapeuta-paciente. Cabe resaltar que el individuo no necesita tener experiencia previa o habilidad para el arte para ser tratado desde este enfoque. (Burns, 2018; Castro y Martínez, 2011; Shella, 2017).

La arteterapia abarca una amplia modalidad de aplicaciones. Dentro de las consideradas en la intervención del presente caso se encuentran el Psicodrama, la pintura y la escultura (Guerrón, 2015; Moreno, 1974; Torres, 2005).

Cada una de estas variantes tiene técnicas específicas de intervención implementadas desde las particularidades de su corriente artística, y serán abordadas más adelante en la sección de procedimiento con mayor detenimiento. El arte terapia está dirigido a todo tipo de personas, independientemente de su edad, situación económica o social (Espinosa, 2019). Referente al trabajo de problemáticas relacionadas con la ansiedad desde la arteterapia hay literatura amplia en varias poblaciones: mujeres violentadas (Ascaso, 2012), adolescentes con fobia social (Torres, 2005), adolescentes con ansiedad (Guerrón, 2015), pacientes oncológicos (Maldonado, Lizeth, Aquino & Patricia, 2019), adolescentes con bulimia nerviosa (Sáenz, 2017) , niños con mutismo selectivo (Yáñez, 2018); pero en el caso específico de la agorafobia no se encontró información específica para contextos psicoterapéuticos (Mora, 2018).

Si bien no abunda información científica, mediante acercamientos a tratamientos de trastornos similares y generalidades en la psicoterapia se puede plantear una vía para abordar las resistencias en la agorafobia. Por ejemplo, Chiriboga (2010) plantea que la resistencia en arteterapia se puede utilizar como inspiración para la creación y generación de diálogos internos. Su aparición es esperada, debido a que la creación artística encamina a la persona a “verse ante un espejo”, logrando de esta manera que se planteen la posibilidad y necesidad de cambiar. Se hace notable entonces que en sesión los pacientes digan “yo no soy bueno para esto” al solicitarles que elaboren alguna obra.

Fernández y Rodríguez (2002) nos dicen que la resistencia sirve como medio de comunicación paciente-terapeuta, indicando la necesidad de cambiar el proceso terapéutico ya sea en el ritmo, perspectiva desde donde se aborda, o bien señala que el paciente se rehúsa a modificar sus síntomas para evitar conflictos. En caso de no ser abordadas con prontitud y efectividad se complica el proceso terapéutico.

Se llega a observar que el paciente no cumple tareas implícita o explícitamente, oculta información, sabotea el proceso terapéutico, evita la profundización de varios aspectos de su conducta, entre otras. Identificar estas señales, a veces evidentes y en otras ocasiones sutiles, es el primer paso para combatir las resistencias (Monzón, 2012; Morrison, 2015; Urdy, 2016).

Por igual, el terapeuta debe ser cuidadoso con las estrategias que utiliza para abordar las resistencias, ya que si el paciente percibe tales acciones como si se le estuviera forzando a tomar una dirección, estructura, presión o influencia no deseada puede perjudicar la relación terapeuta-paciente, agudizando y profundizando las resistencias. Así pues, adaptar una terapia que se ajuste a abordar y tomar ventajas de las particularidades del paciente es importante para combatir y evitar la aparición de resistencias (Duncan, Hubble & Miller, 2003; Rose, 2015). En consideración a lo dicho anteriormente, se realiza la siguiente pregunta de investigación ¿la arteterapia puede disminuir la presentación de resistencias a lo largo del proceso terapéutico?

MÉTODO

Objetivo

El objetivo principal fue disminuir las resistencias presentadas a lo largo de la intervención mediante la aplicación de técnicas arteterapéuticas.

Paciente

La paciente, a quien por cuestiones de respeto a su privacidad llamaremos “E”, es una mujer de 21 años, soltera, de escolaridad bachillerato. Asistió al Centro de Atención Psicológica (CAP) del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, para solicitar psicoterapia debido a que sentía “*mucha ansiedad al estar en un vehículo*”. Al momento de la intervención no estudiaba ni trabajaba, tampoco recibió atención psicológica con anterioridad. Fue diagnosticada con *F40.00 agorafobia con ataques de pánico* durante el proceso de evaluación.

Instrumento

Se utilizaron bitácoras diarias escritas por la paciente en las que se le pidió escribir sus pensamientos, emociones y perspectivas sobre su problemática y el análisis de lecturas asignadas durante las sesiones.

Tipo de estudio

Estudio de caso único con carácter terapéutico de evaluación continuada (observaciones repetidas durante todo el periodo de investigación), de enfoque cualitativo. El diseño es de no reversión (el tratamiento no se retira) con cambio de criterio (el procedimiento continúa hasta alcanzar un determinado nivel de conducta) (Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2019).

Procedimiento

En el CAP, se trabaja bajo el modelo multimodal de Arnold Lazarus (1999) con núcleo epistémico de Terapia Racional Emotiva Conductual. Las sesiones psicoterapéuticas se brindan una vez por semana en la modalidad de psicoterapia múltiple con dos terapeutas que cursan el último semestre de la Licenciatura en Psicología Clínica bajo la supervisión de un psicólogo experto y cedulado. La intervención fue constituida de la siguiente manera:

- 1) Fase de evaluación: En las primeras 2 sesiones fue realizada la entrevista inicial siguiendo el formato de Fernández-Ballesteros en conjunto con autoregistros. Se detectó que era difícil para la paciente verbalizar información clave con los terapeutas a través de estos medios por lo que se optó por utilizar técnicas arteterapéuticas obtenidas de Torres (2005) y Guerrón (2015) como vía alternativa de recopilación de datos.
- 2) Fase de intervención: En las sesiones fueron implementadas técnicas arteterapéuticas de Torres (2005) y Guerrón (2015) así como técnicas psicodramáticas de Ramírez (1998) y Rojas (1997) para el manejo de las resistencias, aunado a técnicas de control de síntomas de la terapia cognitivo-conductual para el trabajo con el motivo de consulta. En la tabla 1 se desglosan las técnicas de arteterapia usadas y sus objetivos.

- 3) Fase de cierre: En la sesión de cierre se hizo una recapitulación de lo visto en sesión así como de los avances hechos a lo largo de la intervención. Además, se encaminó a la paciente a tomar el compromiso de trabajar en la cotidianeidad las técnicas aprendidas en el proceso terapéutico para el control de síntomas fisiológicos así como volver en el periodo agosto-diciembre del 2018 para continuar el tratamiento.
- 4) Fase de seguimiento: Acorde al protocolo de CAP, los terapeutas se pusieron en contacto con la paciente tras un año de haber concluido la intervención. Se indagó principalmente el desarrollo que hubo acerca de su motivo de consulta y la razón por la que no retomó el tratamiento.

Tabla 1

Estrategias arteterapéuticas utilizadas

ESTRATEGIA ARTETERAPÉUTICA	OBJETIVO EN TERAPIA
<i>Autorretrato</i> (Guerrón, 2015). Consiste en la elaboración de un autorretrato en una hoja de papel, al que el paciente describe e interpreta. Como ejercicio preliminar, se le pide al paciente que mientras escucha alguna canción de su preferencia se vea en un espejo. Tras esto se procede a realizar el dibujo. Su función es auxiliar al paciente en la exploración de su autoconcepto y sentido de identidad.	Recabar información sobre el autoconcepto que estuviera implicado en la aparición del cuadro clínico ante la negación de responder preguntas relacionadas a los motivos por los que se desarrollaron los síntomas.
<i>Dibujo de su ansiedad</i> (Torres, 2005). Consiste en elaborar un dibujo de las características que la persona percibe de su propia ansiedad. El paciente describe e interpreta este dibujo en sus propias palabras. Como fase preliminar se realizan ejercicios de imaginería que ayuden al paciente a ser consciente del como experimenta su ansiedad.	Recabar información de las creencias y emociones relacionadas a la sintomatología ante constantes evasiones a abordar directamente motivos, intensidad, sentimientos y emociones experimentadas.
<i>Modelado de emociones</i> (Torres, 2005). Consiste en asignar una forma a la ansiedad por medio de plastilina. Dicha figura será modificada a lo largo del ejercicio por el paciente con la finalidad de transformar la ansiedad en un estímulo al que se le atribuya menor grado de aversión.	Confrontar indirectamente la renuencia a modificar el pensamiento automático “No soy capaz de controlar lo que me pasa”
<i>Objeto intermediario</i> (Rojas, 1997). Esta técnica psicodramática consiste en asignar un rol implicado en la problemática del paciente a un objeto que ayudará en el desarrollo de la interacción que se da en la cotidianeidad. Se busca modificar dicha interacción a través de la exploración de nuevas formas de enfrentar dichas situaciones.	Confrontar indirectamente la renuencia a modificar el pensamiento automático “No soy capaz de controlar lo que me pasa”

RESULTADOS

Durante la fase de evaluación los terapeutas se enfrentaron a la dificultad de que *E* no verbalizaba la vivencia personal que abarcaba pensamientos y sentimientos respecto a su sintomatología, limitándose a narrar aspectos anecdóticos de síntomas físicos y conductas que realizaba durante sus ataques de pánico así como sus frecuencias, lugar donde se daban, entre otros detalles físicos. *E* narró que como estrategia de afrontamiento “*ignoro mis miedos o evito el problema, me dan ganas de llorar. Si no puedo evitarlas intento solucionarlo, pensando*”, lo que no le resultaba efectivo. Esta evitación de estímulos dolorosos es una fuente importante de resistencias (Yotsidi, Stalikas, Pezirkianidis & Pouloudi, 2018). Durante la evaluación, la paciente mencionó tener predilección por las artes plásticas. Con esta información y siguiendo la línea de Dumas y Aragüen, (2013) se implementaron técnicas arteterapéuticas para la personalización de la terapia a los gustos de la paciente.

En el *autorretrato*, *E* mencionó “*no confío mucho en mis habilidades artísticas*” cuando se le dieron las instrucciones para comenzar, lo cual fue una resistencia esperada dentro ante la implementación de la arteterapia (Chiriboga, 2010). El dibujo tenía trazos muy ligeros al punto de ser difícil de percibirlos, portaba un semblante triste y ojos grandes.

Durante la presentación describió el dibujo como una persona “*dramática*”, “*que se preocupa por todo*” y que tiene predilección por la tranquilidad y aversión a las “*emociones fuertes*”. Mencionó que sentía cansancio y preocupación. Si bien esta información fue periférica a la información que se buscaba obtener con la técnica, resultó ser un primer acercamiento que no se había logrado obtener en las sesiones de evaluación. El efecto en la disminución de la resistencia a ciertas preguntas (Sayegh y otros, 2016) fue poco, ya que en subsiguientes sesiones volvieron a aparecer, pero resultó más sencillo a los terapeutas el disminuir su influencia.

Al realizar el encuadre del *dibujo de la ansiedad*, *E* sonrió y mencionó “*me gusta dibujar*” relajando su postura corporal y mostrándose más dispuesta a trabajar. En esta técnica se le expuso, por medio de la imaginación, a situaciones generadoras de ansiedad y se le pidió que les asignara un color y una forma por medio de un dibujo.

La paciente mostró resistencias de evitación (Urday, 2016) similares a las encontradas durante la evaluación y dibujó cómo se sintió a lo largo de la imaginería, por lo que se le tuvo que repetir la instrucción.

Al repetir el dibujo se plasmó en medio de la hoja vista desde atrás con diferentes figuras flotando arriba de su cabeza representando sus pensamientos. Comenzando desde la izquierda, el primer dibujo era de rayones negros que representaban el ruido en su cabeza, a la derecha había una nube negra que representaba la oscuridad (pesimismo, miedo, preocupación), justo arriba de su cabeza en mayúsculas y con letra roja está la palabra “NO” que se repite constantemente en su pensamiento; a la derecha dibujó un ratón amarillo apretado entre dos paredes que describe la sensación corporal de *E* ante situaciones que le causan ansiedad y en el extremo de la derecha está una nube azul que representa la tristeza que le causa su sintomatología. En esta segunda aplicación se disminuyeron de manera significativa las resistencias de evitación.

El efecto prosiguió a lo largo de la intervención pues *E* respondió con constancia a las preguntas hechas por los terapeutas relacionadas a su sintomatología a partir de su aplicación. En el aspecto que no se encontró una disminución significativa fue en la confrontación directa de estos pensamientos en la técnica de *flecha descendente*, aplicada tras el autorretrato, por lo que se volvió a plantear la aplicación de la arteterapia.

En la estrategia de *modelado de emociones*, al igual que en el autorretrato, *E* dijo que no era buena con la plastilina, al iniciar el ejercicio. Su ansiedad fue representada como una bola negra que ubicó en sus piernas y sus manos. Una vez identificado esto, se le indicó que la modificara a una forma que le fuera menos aversiva y la colocara en el mismo lugar de su cuerpo hasta sentirse a gusto con ella.

La transformó en un gato negro que la incitaba a controlarse y “*tomar las cosas con calma*”. Cuando se le preguntó qué era necesario para que su ansiedad tomará la forma de ese gato, *E* hizo una narración detallada de qué efectos que la ansiedad tenía sobre ella y como sus estrategias de afrontamiento no le resultaban útiles.

El *objeto intermediario* fue aplicado en este punto del modelado de emociones. La figura dada a la ansiedad sirvió como dicho objeto. Fue así como *E* entabló una conversación con su ansiedad que sirvió como reforzador de la comprensión generada con el modelado de emociones. A partir de este punto, la paciente no se limitó a describir los aspectos de su ansiedad si no que propuso medios y estrategias afrontamiento nuevas con ayuda del *modelado de emociones*. En conjunto, estas dos estrategias ayudaron a confrontar en un ambiente seguro y controlado los aspectos de su ansiedad que evitaba reconocer pues le causaban sufrimiento siendo fuente de resistencias en terapia (Yotsidi et. al., 2018). El avance es notorio al recapitular que en la fase de evaluación al intentar abordar estos temas respondía con “*no sé*” o rompía en llanto.

Concluyendo la fase de intervención se aplicó una adaptación de la estrategia *autorretrato* en la que se le indicó que dividiera una hoja blanca en dos y que en un lado se dibujara a ella al iniciar el proceso en un lado y en el otro a ella en la actualidad. En la izquierda ubicó el pasado, estaba viendo hacia al frente, los trazos fueron de color gris, su cara carecía de rasgos faciales y tenía rayones de color negro cubriendo todo el rostro; a la derecha se ubicó el presente, también se encontraba viendo hacia el frente, los trazos fueron de color azul, se dibujó sin boca y con ojos cerrados con una expresión de tranquilidad, agregando nubes por encima de su cabeza.

El lenguaje con el que explicó las diferencias entre ambas imágenes fue claro y puntual, por un lado existía un sentimiento de impotencia ante sus síntomas, la culpa, sensación de vacío, desconcierto y ambivalencia. Por otro lado mencionó compromiso, esfuerzo y motivación tanto para con el proceso en sí como para mejorar su problemática principal: “*antes era más el ruido en mi cabeza y ahora estoy más relajada*” y que “*al inicio sentía que se salía de mi control y desde que comprendí lo que pasaba pude tener control*”.

Esto fue indicativo de que las resistencias que le impedían darse verbalizar y comprender el origen de su ansiedad y que no le permitían trabajar de manera adecuada sus emociones, sentimientos y pensamientos habían disminuido significativamente.

Tanto fue así que en la fase de cierre, fue capaz de relacionar muchos eventos de su vida con el origen de su ansiedad de manera espontánea, fluida y sin ser guiada por los terapeutas. También mencionó que pudo afrontar su problemática de manera eficaz y proactiva saliendo de casa y controlando su sintomatología. Aunado a esto, a través de las bitácoras se evidenció la existencia de motivación para trabajar y controlar su ansiedad “*no dejaré que mi ansiedad gané, la controlaré*”.

Esta percepción de control interno empezó a desarrollarse partir de la técnica del modelado de emociones, y fue uno de los factores más significativos en la disminución de las resistencias a lo largo de la intervención.

En el seguimiento, *E* mencionó a los terapeutas que la razón por la que no retomó el tratamiento fue que no recibió llamada por parte del CAP y que ella no tuvo la iniciativa de ponerse en contacto con el centro. Además, consiguió un trabajo que no le permitía asistir por cuestiones de horarios, lo cual se puede considerar un avance significativo ya que cuando iniciaba el tratamiento ella rara vez salía de su casa debido a su sintomatología, situación que se había mantenido por un año y la afectaba significativamente en sus áreas sociales, familiares y personales.

Al cuestionarle sobre la evolución de su cuadro clínico, mencionó que las técnicas de control de síntoma la ayudaban a mantener el control cuando se presentaban ataques de pánico, pero que “*en ocasiones siento que pierdo el control*”.

DISCUSIÓN

Como menciona Rose (2015) si el paciente percibe las acciones del terapeuta por abordar las resistencias que se presenten en sesión como presiones no deseadas el resultado será un incremento de resistencias en lugar de su disminución. En este caso, los terapeutas presionaban a *E* para brindar detalles delicados y dolorosos acerca de su situación y confrontar su problemática mediante cuestionamientos directos. Esto resultó en poco avance percibido tanto por la paciente como por los terapeutas y en la necesidad de replantearse la dirección en que se abordaría el caso.

Cuando se pone en rigor el arteterapia, se hacen presentes las resistencias que describe Chiriboga (2010) en las que los pacientes descalifican su habilidad artística cuando elaboran sus obras, esto se puede notar en los comentarios realizados por la paciente “*no soy buena para la plastilina*”, “*no confío en mis habilidades artísticas*”, etc. A pesar de esto, es gracias a la producción artística realizada en terapia que la paciente logró verse desde fuera y de esta manera comprendió la relación que tenía su problemática con aspectos como “*las expectativas de los demás*” lo que la llevó a adoptar acciones para el afrontamiento de esta problemática: “*logré salir de mi casa en estas dos semanas*”.

CONCLUSIONES

Durante la intervención se observó que las técnicas arteterapéuticas implementadas auxiliaron en la disminución de las resistencias presentadas durante la evaluación y el trabajo del motivo de consulta.

Principalmente el *dibujo de la ansiedad*, el *modelado de emociones* y el *objeto intermediario* ya que le permitieron a la paciente conocer y afrontar los aspectos que le resultaban dolorosos sobre su cuadro clínico por medios que le resultaban gratos, sin presiones directas de los terapeutas.

El proceso de seguimiento indica que si bien la arteterapia fomentó un incremento en la calidad de vida de la paciente, no bastó por sí sola para remitir el cuadro clínico. Tanto en el proceso de cierre como el seguimiento, la paciente mencionó que las técnicas de control de síntoma cognitivo conductuales le resultaron las más útiles para afrontar su ansiedad en la práctica.

Cabe destacar que es gracias al trabajo de exploración, reflexión y confrontación que se hizo a partir de la arteterapia que las técnicas de control de síntoma aumentaron su efectividad de manera sustancial, por lo que puede concluirse que ambas posturas no se excluyen mutuamente y que en conjunto ofrecen resultados más favorables para los pacientes.

En una visión más amplia, se concluye que la aproximación y confrontación paulatina de emociones y pensamientos, así como la generación de percepción interna de control por medio de la arteterapia ayudaron a afrontar de manera activa su sintomatología en lugar de evitarla, se ofrecen evidencias de la utilidad de retomar el arte predilecto del paciente (en caso de *E* fueron inclinaciones a las artes plásticas en general) por medio de estrategias arteterapéuticas para disminuir las resistencias de evitación presentadas ante acercamientos directos a la problemática del paciente.

REFERENCIAS

- Ascaso, P. (2012). "Quiero y no puedo". De la Resistencia y los límites en un proceso de arteterapia grupal y violencia de género a través del seguimiento de un caso. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* 7, 223-244.
- Burns, N.; Watts, A.; Perales, J.; Neal, R.; Morris, J.; Mahnken, J.; Lowther, J. & Vidoni, E. (2018). The impact of Creative Arts in Alzheimer's disease and Dementia Public Health Education. *Journal of Alzheimer's disease* 63, 457-463.
- Castro, K. & Martínez, A. (2011). *Efectividad de las técnicas de arteterapia en la disminución de síntomas de ansiedad en estudiantes de primer año de psicología clínica en la Universidad de Azuay* (Tesis de pregrado). Universidad de Azuay, Ecuador.
- Chiriboga, H. (2010). *El arte-terapia como técnica terapéutica para reducir la ansiedad en pacientes que presentan resistencia a la psicoterapia convencional durante el proceso psicológico: Estudio de dos casos de niños de 10 años y 8 años de edad atendidos en el Centro Terapéutico Creciendo en Familia en el periodo 2008-2009, en Quito* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Ecuador.
- Dumas, M. & Aragüen, M. (2013). *Beneficios del arte terapia sobre la salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Duncan, B., Hubble, M. & Miller, S. (2003). *Psicoterapias en casos "imposibles". Tratamientos efectivos para pacientes veteranos en psicoterapia*. España: Paidós.
- Espinoza, A. (2019). *Efecto del arteterapia como elemento complementario en la intervención clínica para pacientes diagnosticados con esquizofrenia* (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador.
- Fernández, A. & Rodríguez, B. (2002). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. España: Desclée de Brouwer.
- Guerrón, E. (2015). *Guía didáctica de estrategias en arteterapia para el trabajo con adolescentes entre las edades de 16-18 años que presenten ansiedad del colegio fiscal "Octavio Cordero Palacios"* (Tesis de pregrado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Lazarus, A. (1999). *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa*. España: Desclée de Brouwer.
- Maldonado, R., Lizeth, R., Aquino, Z. & Patricia, E. (2019). *Eficacia de la musicoterapia para disminuir el dolor y la ansiedad en pacientes oncológicos* (Tesis de pregrado). Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú.
- Monzón, S. (2012). El trabajo de las resistencias desde la psicoterapia psicodramática bipersonal. *Psicoterapia y Psicodrama*, 1 (1), 124-130.
- Mora, Y. (2018). *El espacio Urbano: Una interpretación agorafóbica* (Tesis de pregrado). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Moreno, J. (1974). *Psicodrama*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Horme.
- Morrison, J. (2015) *La entrevista psicológica*. México: Manual Moderno.
- Perpiñá, C. (Coord.) (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rojas, J. (1997). *Teorías y técnicas psicodramáticas*. España: Paidós.
- Rose, L. (2015). *How does a therapist respond to resistance and what impact does this have on the client? An analysis of speech in Motivational Interviewing based treatment sessions for alcohol misuse* (Tesis de doctorado). The University of Leeds, Inglaterra, Reino Unido.

- Sayegh, C., Hall-Clark, B., McDaniel, D., Halliday-Boykins, C., Cunningham, P. & Huey, S. (2016). A Preliminary Investigation of Ethnic Differences in Resistance in Multisystemic Therapy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00(00), 1–11.
- Sáenz, E. (2017). *Efectividad del arteterapia basada en Mindfulness en adolescentes ecuatorianas de 18 a 25 años diagnosticadas con bulimia nerviosa* (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador
- Shella, T. (2017). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy* 57, 59-64.
- Torres, E. (2005). *Taller de arte terapia en el tratamiento de una adolescente con fobia social* (Tesis de posgrado). Universidad de Chile, Chile.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia (Recuperado marzo de 2019). Apuntes de primero. Fundamentos de psicología: Diseños de casos únicos. Madrid, España. *Psicología UNED*. De <http://psicologia.isipedia.com/primerofundamentos-de-investigacion/07-disenos-de-caso-unico>
- Urday, M. (2016). Resistencia e insight: un análisis de los conceptos a la luz de la terapia conductista. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 5(1), 15-25.
- Yáñez, T. (2018). *Efectividad del arteterapia en disminuir los niveles de ansiedad en niños de 2 a 7 años diagnosticados con mutismo selectivo* (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador.
- Yotsidi, V., Stalikas, A., Pezirkianidis, C. & Pouloudi, M. (2018). The Relationships Between Client Resistance and Attachment to Therapist in Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 49, 99–109.