



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**

**TITULO:**

**MUTISMO SELECTIVO POR ABANDONO EN PACIENTE  
MASCULINO DE 5 AÑOS**

**AUTORA:**

Loor Zambrano Jenifer Johana

**Unidad académica: Extensión Chone**

**CARRERA: Psicología Clínica**

**CHONE - MANABI – ECUADOR**

**MARZO, 2018**



# UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

## EXTENSIÓN CHONE

### CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Marcia Jurado Hidalgo. Docente de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, extensión Chone, en calidad de Tutora del Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso titulado: **MUTISMO SELECTIVO POR ABANDONO EN PACIENTE DE 5 AÑOS**, ha sido exhaustivamente revisado en varias sesiones de trabajo y se encuentra listo para presentación y apto para su defensa. Las opiniones y conceptos plasmados en este Informe Final son fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de su autora: **Jenifer Johana Loor Zambrano**, siendo de su exclusiva responsabilidad.

Chone, marzo del 2018

---

Licda. Marcia Jurado Hidalgo  
TUTORA.



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**

**EXTENSIÓN CHONE**

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

Dejo en constancia que el presente Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso, titulado: **MUTISMO SELECTIVO POR ABANDONO EN PACIENTE DE 5 AÑOS**, es inédito y original el resultado del trabajo emprendido por su autora.

Chone, marzo del 2018

---

**JENIFER JOHANA LOOR ZAMBRANO**  
**C.C.1310543721**  
AUTORA



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**  
**EXTENSIÓN CHONE**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Titulación siguiendo la modalidad Informe Final: Estudio de Caso: **MUTISMO SELECTIVO POR ABANDONO EN PACIENTE DE 5 AÑOS**, elaborado por **Jenifer Johana Loor Zambrano**, con C.I.1310543721, egresada de la Carrera de Psicología Clínica.

Chone, marzo del 2018

\_\_\_\_\_  
Ing. Odilón Schnabel Delgado  
DECANO

\_\_\_\_\_  
Lcda. Marcia Jurado Hidalgo  
TUTORA

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO DE TRIBUNAL

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO DE TRIBUNAL

-----  
Lic. Fátima Saldarriaga  
SECRETARIA

## DEDICATORIA

Cuando una persona desea realmente algo, todo el universo conspira para ayudar a esa persona a realizar su sueño.

*Paulo Coelho.*

**A Dios:** quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

**A mis padres:** por su esfuerzo en concederme la oportunidad de estudiar y por su constante apoyo a lo largo de mi vida.

**A mi hermano:** por su consejo, paciencia y toda la ayuda que me brindo para concluir mis estudios.

Jenifer Johana

## **AGRADECIMIENTO**

Cuando nuestra vida nos enfrenta a una tarea de tal magnitud se necesita el apoyo de una mano amiga, por lo que es muy difícil agradecer a todos los que de alguna forma contribuyen a esto.

A mi tutora Lcda. Marcia Jurado por su apoyo incondicional y ser mi guía principal en mi estudio caso.

A mis padres que me dieron la vida, el amor y el firme propósito de alcanzar una carrera digna y humana.

Finalmente, agradezco a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí Extensión Chone por abrirme las puertas del conocimiento y facilitar mi camino hacia la meta de llegar a ser profesional.

A todos los que de una forma u otra contribuyeron a la realización y culminación de esta investigación.

Jenifer Johana

**TÍTULO:** “MUTISMO SELECTIVO POR ABANDONO EN PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS”

Se presenta el caso de un niño de 5 años de edad con mutismo selectivo, al poco tiempo de que su madre lo abandone. La situación psicopatológica estuvo acompañada de serios cambios en el comportamiento cotidiano, tanto en el hogar como en el ámbito social-escolar y académico. El objetivo que se pretende es presentar ordenada y metodológicamente el proceso de atención psicológica brindado en el transcurso de las sesiones realizadas, así como, las estrategias de intervención individual, familiar y escolar que se llevaron a cabo. Se realizaron entrevistas preliminares, de diagnóstico y de intervención, con técnicas psicológicas cognitivas-conductuales y familiares. El proceso concluyó al alcanzar los objetivos psicoterapéuticos tales como rehabilitar la conducta normal y brindar apoyo emocional-afectivo; tanto el niño como su familia pudieron afrontar de mejor manera la situación de separación de los padres. Se puede concluir que los procesos psicológicos clínicos infantiles requieren un ordenado y metódico proceso de aplicación.

**Palabras claves:** mutismo selectivo, abandono, teoría del apego, angustia de separación, divorcio/separación conyugal.

## **ABSTRACT**

**TITLE:** SELECTIVE MUTISM FOR ABANDONMENT IN A 5 YEAR OLDER MALE PATIENT

It is the case of a 5-year-old boy who presented selective mutism, shortly after his parents separated. The psychopathological situation was accompanied by serious changes in daily behavior, both at home and in the social-school and academic environment. The aim is to present orderly and methodologically the process of psychological care provided in the course of the sessions held, as well as the strategies of individual, family and school intervention that were carried out. Preliminary, diagnostic and intervention interviews were conducted with cognitive-behavioral and family psychological techniques. The process concluded upon reaching psychotherapeutic goals such as rehabilitating normal behavior and providing emotional-affective support; both the child and his family could better cope with the situation of separation of the parents. It can be concluded that the clinical psychological processes of childhood require an orderly and methodical application process.

**Key words:** selective mutism, abandon, attachment theory, separation anxiety, divorce/ conjugal separation.



## ÍNDICE

PORTADA .....	i
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR .....	ii
DECLARATORIA DE AUTORÍA .....	iii
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	viii
3. JUSTIFICACIÓN .....	1
<b>4. INFORME DE CASO .....</b>	<b>3</b>
<b>4.1. DEFINICIÓN DEL CASO .....</b>	<b>3</b>
<b>4.1.1. Presentación de caso .....</b>	<b>4</b>
<b>4.1.2. Ámbitos de estudio .....</b>	<b>5</b>
<b>4.1.3. Actores implicados .....</b>	<b>5</b>
<b>4.1.4. Identificación del problema .....</b>	<b>5</b>
MUTISMO SELECTIVO .....	6
ANGUSTIA DE SEPARACIÓN .....	8
TEORÍA DEL APEGO .....	9
SEPARACIÓN, DIVORCIO DA LAS PAREJA CONYUGAL: LOS HIJOS DEL DIVORCIO .....	13
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA SEPARACIÓN DE PADRES	15
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA .....	17
<b>4.2. METODOLOGÍA .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.1. Lista de preguntas .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.2. Fuentes de información .....</b>	<b>25</b>

4.2.3.Técnicas para la recolección de información.....	26
4.3. DIAGNÓSTICO INVESTIGATIVO.....	26
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	29
5.1.Denominación de la propuesta.....	29
5.2.Objetivos de la propuesta.....	29
5.3.Fundamentación de la propuesta.....	30
5.4.Planteamiento de la propuesta.....	31
5.4.1.Actividades y tareas.....	32
6. BIBLIOGRAFÍA.....	33
7. ANEXOS.....	37

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El mutismo selectivo consiste en un rechazo permanente a hablar ante determinadas personas o situaciones, sin que exista ninguna alteración en la capacidad de comprensión del lenguaje, ni en la capacidad de expresarse verbalmente, es la disminución y desaparición de la capacidad de habla en circunstancias determinadas o ante determinadas personas, generalmente ante personas ajenas al círculo más cercano al menor (American Psychiatric Association, 2013). Esta aparente falta de capacidad solo se da en dichas circunstancias o situaciones, con lo que en otros contextos o con allegados en que se siente seguro el niño se comunica con normalidad.

El mutismo selectivo fue definido en el siglo XIX, aproximadamente en 1930. Hoy se estima que en Reino Unido, cerca de 1 de cada 150 niños lo padece. Los estudios al respecto revelan que sin una intervención adecuada puede persistir hasta edades adultas y llevar a problemas psicológicos más serios relacionados con el padecimiento. Según el Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (2010) el MS afecta a 1 de cada 140 niños en el mundo.

En Estados Unidos y algunos países en Latinoamérica, el tratamiento especializado se realiza a través de instituciones tanto públicas como privadas, en tanto el problema es reconocido en las escuelas. Suele confundirse de cada lado (familia-escuela) la presencia de síntomas relacionados.

En Ecuador - Manabí, la problemática está siendo reconocida y tratada desde las referencia bibliográficas a las que se tiene acceso, tras el auge y crecimiento de la psicología como propuesta de intervención en los problemas

de conducta y aprendizaje en la diversidad que representa las necesidades educativas especiales.

El mutismo selectivo es de interés puesto que es un problema de Inhibición del habla, dado esto es un problema de alto impacto en el desarrollo infantil y por lo tanto en la sociedad, ya que el niño tiene sus primeras interacciones sociales y logre desarrollar sus capacidades sociales al máximo; se haya relacionado con la ansiedad, más que con la timidez.

Es importante porque durante el desarrollo Infantil las dificultades de aprendizaje a las que se enfrenta el ser humano suelen estar relacionadas con los retrasos de maduración sin embargo existen otras situaciones tales como “El Mutismo selectivo”, así como en su persona, su comportamiento en las situaciones de aprendizaje para desarrollar sus competencias.

El interés de esta investigación surge de la observación, ya que es una problemática difícil de detectar, puesto que no es una situación conocida y puede llegar a confundirse con algún otro tipo de trastorno psicológico. Además, el campo de las intervenciones clínicas psicológicas con niños es un campo en continuo desarrollo; el aporte de experiencias relacionadas a la psicoterapia son de vital importancia para la erradicación de problemas psicológicos.

La investigación beneficiara a los familiares del paciente de 5 años, se llevara a cabo la evaluación al niño con las características abordadas acerca de la problemática expuestas en el siguiente caso de estudio. Además la experiencia recabada en el caso, permitirá que en futuras situaciones, se pueda identificar y/o diagnosticar la situación de manera adecuada.

## **4. INFORME DE CASO**

### **4.1. DEFINICIÓN DEL CASO**

El mutismo selectivo (MS) es un trastorno caracterizado por un fracaso constante de hablar en situaciones específicas (p.ej., escuela, situaciones sociales) a pesar de hacerlo en otras situaciones (p.ej., hogar). El Mutismo Selectivo es un cuadro clínico poco frecuente pero importante, que causa un impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico si no es tratado (Oerbeck, Manassis, & Overgaard, 2018; pp. 2).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), clasifica el MS como un trastorno de ansiedad, habiendo cambiado el nombre, como reflejo de un cambio en la comprensión del Mutismo Selectivo, de una acción voluntaria, a la incapacidad de hablar en situaciones específicas.

El síntoma principal del Mutismo Selectivo es la incapacidad de hablar en ciertas situaciones, sobre todo en el jardín de infantes o en la escuela. Generalmente los síntomas son específicos al contexto. Esta discrepancia en el comportamiento del habla es central en el trastorno, pero a menudo conduce a malentendidos y sospechas, ya que tanto los educadores como los padres tienden a pensar que los niños se comportan en todas las situaciones de la misma manera en que ellos los observan (p.ej., si un niño no habla en la escuela, el educador puede pensar que el niño tampoco habla en casa).

El Mutismo Selectivo también puede ser específico a personas (p.ej., el niño puede no hablar con algunas personas, pero sí puede hacerlo con otras). En una misma situación, la presencia de diferentes personas puede incrementar o

disminuir considerablemente los síntomas. Por ejemplo, personas amables y divertidas, que hablan y mantienen la “conversación” independientemente de la participación del niño, son de gran ayuda. Los niños con Mutismo Selectivo a menudo encuentran más fácil hablar con otros niños que con adultos. Algunos ocasionalmente podrán susurrar algo a su mejor amigo en la escuela.

#### **4.1.1. Presentación de caso**

El presente caso, es una descripción del procedimiento psicológico clínico infantil aplicado en un caso específico con un niño de 5 años de edad, de la Ciudad de Chone, (Provincia de Manabí-Ecuador), en quien se identifican los síntomas asociados al mutismo selectivo, por su característica esencial, dificultad constante para hablar en situaciones específicas, dentro del contexto escolar en que se desenvuelve; situación que surgió posterior a la separación conyugal de sus padres y en la que la madre decide irse del hogar.

El niño está al cuidado de sus padres y abuelos paternos de forma permanente; hasta antes de la separación no presentaba ningún problema según describían los informantes. El cambio fue notorio, tras el abandono de la madre, habiéndose reportado una disminución en el rendimiento académico y desenvolvimiento social-escolar.

Se requiero realizar una intervención psicológica clínica infantil, en varias etapas para diagnosticar e intervenir el caso hasta su mejoría. La colaboración familiar y de la escuela resulto esencial para alcanzar los resultados previstos.

#### **4.1.2. Ámbitos de estudio**

- Psicología clínica – intervención psicoterapéutica infantil

#### **4.1.3. Actores implicados**

Se consideraron todos los miembros de la *familia* (padre, abuelos paternos y hermana) para una intervención integral. Además, se consideró el contexto escolar (docentes) como un elemento favorecedor de la recuperación.

No se pudo contar con la *madre* debido a la situación descrita como tal; hubiese sido ideal el poder trabajar con todos los miembros de la familia.

#### **4.1.4. Identificación del problema**

El paciente de 5 años de edad presenta un trastorno ansioso denominado Mutismo selectivo (F94.0 – Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10) causado por la separación reciente de los padres. Otro aspecto relacionado al problema es la ansiedad o angustia de separación (F93.0).

La dinámica familiar actual generó que el padre de familia intentase proporcionar seguridad y protección necesarias para el niño, pero su situación personal de separación también afectó sus fortalezas psíquicas para generar una sensación de seguridad en el niño, el cambio de la situación ocasiona malestar en el paciente al punto de no querer hablar dentro del aula de clases y tener cambio en la conducta general. La ida de su madre, estableció una crisis en el sistema familiar y la adaptación al mismo y restablecimiento de la estructura dejó al niño en una situación de desamparo, que fue vivida por el

como si se tratase de “abandono” y es que nadie hizo por explicarle o informarle adecuadamente lo sucedido.

## **MUTISMO SELECTIVO**

Generalmente, los padres pueden causar con la sobreprotección inseguridad y a su vez temor y dependencia aunque esta sobreprotección se puede dar con los maestros también. El niño percibe que el lugar donde esta no es confiable para él, combinando la sobreprotección con la percepción causa en el niño el Mutismo Selectivo. Es decir el niño que es sobreprotegido cuando sale de su seguridad para estar en otro ambiente puede percibir erróneamente que este nuevo ambiente no es seguro. Es una proyección del malestar intrapsíquico en las actividades cotidianas como rutinas, relaciones familiares, escolares y rendimiento académico.

Esto se asocia también a la angustia de separación, a los efectos psicológicos emocionales-afectivos y familiares que conllevan el divorcio o separación de os padres para hijos menores de 7 años. La intervención debe presentar múltiples estrategias en diversos contextos.

Algunos autores ven al mutismo selectivo como un cuadro aislado y otros autores dicen que son síntomas de otros desordenes (García-López, Piqueras, Díaz-Castela, & Inglés, 2008; Ahne, 2009; Balbuena Teruel, Rueda Lozano, & López Herrero, 2012). El mutismo selectivo es un desorden multidimensional en el que intervendrían factores biológicos y psicológicos, no existe pleno acuerdo sobre las causas que lo originan. Desde el punto de vista biológico se ve una disfunción cerebelos occipitales como también factores genéticos de desórdenes psiquiátricos de tipo familiar.



Para Mora (2008), el abandono es el mayor y más devastador miedo de los niños, principalmente por el hecho de que la seguridad es una necesidad básica para ellos. Hay distintas formas de abandono, ya que no se trata únicamente del acto de dejar a una criatura desamparada en un umbral al nacer, sino que también significan experiencias traumáticas de abandono circunstanciales durante la niñez.

Este trastorno tiene una baja incidencia en la población infantil y adolescente (Según algunos estudios entre el 0,1 y el 1,9% de la Población), y la incidencia es todavía más baja en adultos, si bien tanto las personas como el entorno del adulto con mutismo selectivo muestra un nivel de angustia muy alto, basado en que no entienden el motivo de esta decisión de no hablar algunas personas específicas.

Se estima que el mutismo selectivo afecta a 1 de cada 150 niños (Según un estudio realizado por la academia americana de psiquiatría infantil y adolescentes en el año 2002), sin embargo, algunos investigadores han sugerido que la verdadera prevalencia está subestimada y que duplicaría los casos.

Se puede definir el mutismo selectivo como la dificultad que presentan algunos niños y niñas para comunicarse verbalmente en entornos y situaciones sociales poco familiares y/o con personas poco conocidas (Pereira, 2017). Se encuentra relacionado más con la ansiedad que con la que timidez.

Según Enrique Gelpí, dice que el Mutismo selectivo es una ansiedad infantil que impide que el niño(a) hable en ciertos contextos. También indica que el

mutismo selectivo no es un problema del habla o del lenguaje, más bien es un problema de percepción.

## **ANGUSTIA DE SEPARACIÓN**

Para iniciar debe especificarse que la angustia por separación se diferencia de la ansiedad normal de separación por características muy específicas (Orgilés Amorós, Espada Sánchez, & Méndez Carillo, 2008). Debe tenerse claro que la mayoría de niños se muestran ansiosos a la hora de separarse de alguna de las figuras parentales, Pero esto es por representa una situación momentánea que al encontrar elementos que apoyan y sostienen emocional y afectivamente a un niño este puede dirigir su atención hacia otros elementos del entorno y a la vez tener presente que está separación es momentánea.

Mientras que en la angustia de separación existe un temor de gran intensidad y una vivencia permanente y persistente respecto al temor de perder a una de las figuras parentales sobretodo la más querida sea este el padre o la madre.

La persistencia anómala de la ansiedad de separación es un signo de inmadurez psicológica y que las pautas de intervención van orientadas a fomentar el sentimiento de seguridad y su capacidad de autonomía que, como base de su personalidad, el niño está consolidando (Villanueva Suárez & Sanz Rodríguez, 2009).

Esta situación afecta el comportamiento normal de un niño o niña en Las edades entre 3 y 6 años de edad; esta afectación se hace evidente en el comportamiento social diario, en las relaciones con sus compañeros profesores

y otras personas allegadas. Pero por sobre todo con la figura parental por la cual se sufre.

Algunos de los síntomas psicológicos presentes en este cuadro clínico son: la angustia, el rechazo a la actividad escolar, resistencias para ir a la escuela, dificultades para ir a la cama, temor irracional de estar solo o sin la persona significativa, así como el temor a ser abandonado inesperadamente, pesadillas, síntomas somáticos y dificultades para desapegarse de otras figuras de cuidado, es decir, resistirse a ser autónomo.

La angustia de separación es más frecuente en niños varones que en mujeres. También están presentes otros síntomas conocidos Como secundarios tales como: terror nocturno, onicofagia o comerse las uñas, introducción del dedo en la boca (regularmente el dedo pulgar y con menos frecuencia el dedo índice), algunos berrinches, manifestaciones somáticas (cefaleas, vómito, dolor de barriga). También son evidentes las conductas regresivas tales como en algunos casos volver a mojar la cama.

## **TEORÍA DEL APEGO**

En psicología la importancia que la teoría del apego representa para el desarrollo se basa en que está ofrece conceptos básicos que permiten pensar en los vínculos afectivos de los sujetos a lo largo del siglo de su vida. Bowlby y Ainsworth son los autores más importantes en relación a esta teoría siendo el primero el fundador y el segundo el autor que extendió los fundamentos de la misma teoría.

Bowlby desarrolló y postuló entre 1969 y 1990 que existen formas particulares en la evolución entendidas como estrategias peculiares en las que una cría se relaciona con su cuidador para mantenerse próximo a esta figura de apego con el fin de garantizar su subsistencia. Su trabajo se realizó en instituciones con niños privados de la figura materna le condujo a formular su teoría, posterior a la Segunda Guerra Mundial.

Por otro lado Ainsworth junto a Blehar, Waters y de Wall (1978) propusieron que esta misma figura de apego funcionaría también como un referente o una base segura que permitiría al crío explorar su ambiente más cercano y próximo. Entonces el apego puede también ser entendido como un conjunto de comportamientos de un bebé o un niño que se caracteriza no solamente por la búsqueda de proximidad física con su cuidador sino también por la capacidad de abrirse a la exploración de su ambiente circundante. Estas relaciones establecidas tanto a nivel de proximidad como de búsqueda se caracterizan por ciertos estilos reguladores de las emociones las que posteriormente se harán parte de las conductas más generalizadoras del individuo.

Su principio más importante declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. La teoría del apego (Holmes, 2009; Bowlby, 2015) es un estudio interdisciplinario que abarca los campos de las teorías psicológicas, evolutivas y etológicas.

Bowlby conceptualiza estos modelos de funcionamiento como reglas que gobiernan los procesos externos e internos de la relación con otros. La búsqueda de proximidad física y la exploración del ambiente surgen durante el primer año de vida y permanecen de forma intensa durante la primera infancia es a los tres o cuatro años cuando esos comportamientos se irán modificando en su manifestación. Y es que en un primer momento los niños están

predispuestos a formar vínculos con un pequeño número de cuidadores procurando se una fuente de Confort cuando las condiciones ambientales son óptimas generando una fuente de seguridad en los momentos estresantes.

La regulación emocional es como tal un proceso intrínseco y extrínseco que se responsabiliza del monitoreo valoración y modificación de las respuestas emocionales ante situaciones que pudieran parecer normales o extrañas. En este sentido Bolwby señala que el apego seguro colabora como un modelo interno Que representa el apoyo sentido.

Valoraciones posteriores formuladas por Ainsworth (1969) plantean que ante una situación extraña las crianzas pueden pasar y desarrollar un número de patrones de apego en recién nacidos: apego seguro, apego inseguro-evitativo y apego inseguro-ambivalente; en función de la base segura con la que cuentan. Posteriormente, fue identificado un cuarto padrón, el apego desorganizado. Esta forma de reacción se manifestaría en las conductas disruptivas o desadaptadas del Infante.

Los tres elementos fundamentales del proceso de apego son:

- Sintonía: La armonía entre el estado interno de los padres y el estado interno de los hijos suele ser alcanzada cuando unos y otros comparten de manera continúen te las señales no verbales.
- Equilibrio: La sintonía con el estado de los padres permite a los hijos equilibrar sus propios estados corporales, emocionales y mentales.
- Coherencia: Es el sentido de integración que alcanzan los niños cuando, en relación con los adultos, experimentan conexión interpersonal e integración interna.

## TIPOS DE APEGO

**APEGO SEGURO:** El apego seguro se da cuando la persona que cuida al infante, es capaz de brindar una respuesta adecuada a las necesidades del bebé; es capaz de mostrar cariño, disponibilidad y atención a tiempo, que permiten el desarrollo de un concepto de sí mismo o self positivo y generan sentimientos de confianza y seguridad; además contribuyen al dominio de habilidades interpersonales, calidez, estabilidad y relaciones íntimas satisfactorias; mientras que en el dominio intrapersonal, se suele ser más positivas, integradas personológicamente y con una perspectiva realista sobre sí mismo.

**APEGO ANSIOSO:** El apego ansioso se desarrolla cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. Sin expectativas de confianza sobre la respuesta que sus cuidadores puedan darle, en razón de la inconsistencia en las respuestas y habilidades emocionales de ellos. Hay ansiedad y estado de zozobra constantes para alcanzar algún tipo de intimidad, acompañada a la vez por una sensación persistente de inseguridad respecto a los que le rodean. El apego ansioso puede tener dos tipos de manifestaciones:

**a) Apego ambivalente:** Cuando se da la separación se produce una angustia intensa, mezclada con manifestaciones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores. Es la forma más común y cercana a la descripción dada en las líneas anteriores.

**b) Apego evitativo:** El apego evitativo se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las necesidades del niño. Esta situación no le permite

el desarrollo del sentimiento de confianza necesarios, tanto para acercarse como para alejarse (explorar). Reflejan inseguridad hacia otros y están seguros que serán desplazados en base a las experiencias previas del pasado.

## **SEPARACIÓN, DIVORCIO DA LAS PAREJA CONYUGAL: LOS HIJOS DEL DIVORCIO**

El tema del divorcio ha sido tratado en diferentes épocas, sociedades y culturas, como también por diferentes especialidades profesionales. Sin embargo, no hay ningún criterio único, definitivo a favor o en contra de ésta ruptura de la relación conyugal.

Por lo general, ésta situación representa una crisis para toda la familia y sobre todo para los hijos e hijas (Arch Marin, 2010). Es necesario que los padres tengan a su haber orientaciones para reducir el perjuicio y sufrimiento que los niños y niñas viven con el rompimiento (Valdés Cuervo, Martínez, Urías Murrieta, & Ibarra Vázquez, 2011; Indacochea Rivera, 2015).

Las razones del divorcio son variadas. Algunas egoístas, otras un proceso de intentos fallidos por parte de la pareja conyugal para sostener y rescatar lo que se intentó construir juntos. Pero esta decisión es difícil de comprender para cualquier niño o niña. Los sentimientos que estos pequeños viven generan angustia de separación, ansiedad y depresión en muchos casos. Además de que el cambio abrupto se manifiesta también con la aparición de temores, bajo rendimiento escolar, porós, et. Al., 2008; Cuervo & Escalante, 2011; Camacho & Rodríguez, 2012).

Lograr el divorcio no sea una experiencia difícil para un niño significa garantizar para él un desarrollo adecuado de su personalidad (psicológica, social).

### **Acciones a tomar ante el divorcio**

Algunos autores sugieren que al entrar en un proceso de divorcio, los padres deberían tomar acciones específicas para reducir el sufrimiento y el impacto sobre los niños y niñas y así garantizar un desarrollo sostenible de la personalidad, entre estas sugerencias está:

- Conversar con los hijos sobre la separación de los padres, sin abundar en detalles sobre los motivos de la ruptura. Debe procurar no inducir o proyectar ideas negativas sobre la imagen de ninguno de los padres.
- No crear falsas expectativas en los hijos de que el padre o la madre "están trabajando lejos y que pronto regresarán"; simplemente deberán explicar a los hijos que "nos separamos".
- Cumplir las promesas de visita cuando el padre o la madre vive en otro lugar tras la separación (y en caso que se hayan acordado fechas específicas entre los padres) a fin de no generar sentimientos de ansiedad o depresión en los niños cuando estos esperan al "gran ausente de la casa" y éste no llega.
- Si la separación ha sido o es motivo de sufrimiento para el progenitor que se queda a cargo de los hijos, es sugerirle no proyectar sobre los hijos la frustración, la rabia y/o la hostilidad. Procurar separar la vida en familia de las



acciones que sean necesarias para sobre llevar la situación emocional es importante. Ocupe su tiempo en ambos objetivos.

- Es importante fijarse en brindar apoyo emocional a los hijos, en cualquier edad de desarrollo; los padres deben tomar en cuenta voy recordar que no sólo se han separado la pareja de esposos, sino también un padre o madre de su/se hijo/s.

## **INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA SEPARACIÓN DE PADRES**

Las separaciones como todo proceso, ha de requerir de alunas estrategias de intervención.

**Proceso de duelo:** Algunos autores declaran que un niño que aprendió la noción de presencia y ausencia puede distinguir si la pérdida es temporal o permanente. No obstante, pueden tener ciertos comportamientos determinados debidos a la tristeza que pueden afectar el proceso y la adaptación del sujeto mientras está en duelo (Montesdeoca Cordero, 2016).

**Acompañamiento psicológico y familiar:** Sistémicamente, luego de la separación, continuar con el proceso de duelo requiere de acompañamiento. El apoyo, la cercanía del niño con la “figura o figuras de apego diferencial” en este espacio es primordial para sostener, confortar y proteger al niño y al sistema, puesto que la separación emocional puede provocar en los individuos: “peligro u oportunidad”.

**Rituales como opción para afrontar la pérdida ambigua:** En terapia sistémica la familia puede recurrir a los rituales como una manera de encontrar

en su propio sistema, recursos y habilidades que eviten la ambigüedad o inconclusividad (Montesdeoca Cordero, 2016).

**Mecanismos de afrontamiento:** Apoyo Emocional y afectivo Para Richard Lazarus (1983) cuando un individuo enfrenta la separación de sus padres, enfrenta también la pérdida de su sistema inmediato de apoyo.

- Apoyo informativo: Brindar información oportuna sobre lo que sucede en el sistema familiar es prioritario y sobre todo es una manera de preservar, cuidar y atender en la progenie sus emociones
- Alianzas: La familia atraviesa por un sinnúmero de dificultades, pero cuando se trata de una circunstancia amenazante, el sistema puede afrontar o recurrir hacia una alianza fraterna, conyugal o quizá con otro miembro de la familia de origen a fin de mantener una relación benéfica con alguien sin dañar a otro.
- Lealtades: Según la terapia contextual desarrollada por Boszormenyi-Nagy y Spark (1973) argumenta que lealtad es mantener vínculos éticos dentro del sistema.
- Estrategias internas: Reestructuración- redefinición familiar, roles, normas, entrar en acción.
- Estrategias externas: Apoyo social, apoyo psicológico, otros apoyos o estrategias de los familiares para buscar apoyo externo.

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

A continuación, el lector podrá encontrar en los siguientes párrafos las anécdotas recogidas durante la atención a un caso particular de mutismo selectivo diagnóstico que fue dado luego de haberse realizado entrevistas psicológicas con un niño de 5 años. Este fue llevado a la consulta por pedido de su padre pues presentaba dificultades en la escuela específicamente en las actividades sociales y de interacción con la profesora, esto a raíz de la separación de sus padres y el alejamiento de su madre quien fuese la que optó por dejar al niño al cuidado del Padre Y de la abuela de este pequeño.

Lo que vino después fueron manifestaciones psicológicas negativas que fueron agravándose en pocos días pasando de ser un niño Aparentemente normal a un niño completamente retraído Aparentemente triste todo el tiempo con una pobre interacción en clases y en espacios sociales pero por sobre todo, un niño que no hablaba con ningún otra persona dentro de la escuela y un poco menos en el hogar.

Además se pretendió Resaltar las intervenciones que Se realizaron con el caso el cual presentó mejorías en la medida en que el padre, la familia y el contexto escolar se implicaron en el apoyo y sostenimiento del niño.

Se presentará el caso detallando todas las sanciones que se tuvieron así como la información recogida. Las sesiones y atenciones realizadas para este caso fueron llevadas a Cabo en una institución educativa e incluyeron como es poco común una visita al hogar del niño para conocer otros aspectos de su vida. Empezamos.

## Sesión 1

Llega a sesión un padre de familia buscando ayuda para su hijo de 5 años. Previamente este padre había tenido contacto con la institución para la atención psicológica y se le sugirió que llegaste sólo a fin de poder conocer de primera mano la percepción que él tenía sobre su problema y los detalles que pudiesen explicar posibles razones para las que el mismo problema haya aparecido.

El padre indica “mi hijo lleva, aproximadamente, un mes en el que ha cambiado su comportamiento normal ahora es más callado muy retraído no quiere ir a la escuela cuando lo llevó y lo dejó suele hacer un berrinche pidiéndome casi rogándome que no lo dejé ahí que quiere estar en casa en algunas ocasiones es herido pero cuando no me han reportado que el niño no habla con la profesora ni con ninguna otra persona de la escuela”.

Estos cambios se han hecho presentes aproximadamente un mes atrás según indica. Unos días después de que la madre del paciente optará por separarse del padre del mismo. Los detalles de la situación presentada por el padre del niño indican que la pareja se hundió hace aproximadamente 6 años atrás luego de descubrir que estaban embarazados de su primera hija; el niño es el segundo. Hubo presión del lado de la familia de la madre para que se concretará la unión.

El padre afirma que era consciente de que la madre nunca estuvo de acuerdo con la idea de casarse. Al día de hoy el padre cuenta con 25 años de edad y la madre con 23 años. Luego de la unión empezaron a vivir en la casa de los abuelos paternos, puesto que no había otra opción debido a las situaciones laborales de ese entonces.

La historia de la relación amorosa es corta en realidad fue una relación que se basó apenas en la atracción y llegó a las relaciones sexuales muy pronto lo que no dio al parecer tiempo a la pareja de pensar si deseaba o no formalizar un compromiso.

El embarazo no tuvo ningún tipo de complicación efectuando tal vez la actitud negativa que casi en todo el período de gestación presentó la madre el mismo del que el padre reflexiona y cree que no estaba del todo relacionado con los síntomas del embarazo.

El parto fue normal. No hubo complicaciones. Los días posteriores a su llegada al hogar representaron para todos los miembros de la familia en general un motivo de mucha alegría ya que es el primer hijo o Nieto de lado del padre. El desarrollo psicomotriz fue descrito como normal hablo a la edad de 2 años.

Respecto a la convivencia familiar la madre se mostraba usualmente frustrada, poco colaboradora, no muy atenta con el esposo. Tenía conflictos con los abuelos en varias ocasiones. En el último año la situación empezó a agravarse (según el padre) en tanto la señora empezaba a salir sin dar muchas explicaciones y supuestamente estaba manteniendo una relación fuera del matrimonio. Hace un poco más de un mes la madre del niño se fue de casa luego de una pelea con el padre. A la fecha no había tomado contacto con nadie del grupo familiar ni de sus padres (abuelos maternos).

En pocos días el niño empezó a presentar somatizaciones como dolores de cabeza y de barriga, resistencias para ir a dormir, pesadillas; además de resistencias a ir a la escuela; los berrinches son continuos. En la institución

pasó de ser un niño muy activo y social a uno callado y retraído, ya poco participa en clases y por sobre todo, no habla con nadie. Se cruza de su cama a la del papá o al de los abuelos.

Luego de culminada la consulta se acuerda tener una cita al día siguiente con el niño, luego de la jornada escolar.

### **Sesión 2-3**

El paciente es traído por su padre, se muestra temeroso y se resiste a atravesar la puerta del consultorio. El papá opta por cargarlo en brazos, lo que se ve acompañado por un berrinche. El espacio psicológico para niños es un ambiente con características lúdicas. Cuenta con juegos reglados y no reglados. Al iniciar la sesión, se le explica al niño sobre las características de la atención, la función del psicólogo y se le explica las razones por las que su padre lo trae al espacio. La respuesta fue negativa, acompañada de una expresión facial de angustia. Se le propone que conozca el lugar. Durante toda la sesión se mantuvo callado, casi inmóvil. En la tercera sesión se escucha la primera manifestación verbal del niño.

### **Sesión 4**

En ésta sesión el niño entró por su cuenta, aún triste, pero voluntariamente. El padre se mantuvo en la sesión en silencio mientras el niño dibujaba muy lentamente una familia. Comenta después de las preguntas sobre los miembros la familia que están dibujados.

Se le sugiere al padre que refuerce éstas ideas tratadas en consulta. Que no toque el tema de la mamá en frente del niño, a menos que él lo pida. Además de que siendo que la separación también pudiese estarle afectando a él (padre) se tome unos días para hablar con el profesional. Aparte de ello se deja una nueva consulta para los días posteriores.

## **Sesión 5**

En la sesión número cuatro el niño se muestra más colaborador. La familia le ha apoyado y sostenido mejor. Han hablado un poco sobre lo que ha ocurrido a la fecha. En esta ocasión revisa en mayor detalle los instrumentos del espacio psicológico (juguetes, colores, libros).

Se comienza una conversación general sobre gustos y aficiones, la escuela y los amigos, la profesora. En poco se llega al tema familiar, por el cual se mostró acongojado.

Luego de ésta conversación, hubieron actividades lúdicas con muñecos de animales en las que el niño representó una situación en que una cría pequeña era “abandonada” por la mamá. Al cuestionar sobre el destino de la ‘cría’, el niño se mostró en una ambigüedad marcada hasta lograr ‘decidir’ que lo mejor que podía hacer la cría era “buscar alimento” y a “otros animales amigos”.

## **Sesión 6**

Se realiza visita familiar para conocer el ambiente del niño. Los abuelos una pareja no tan mayor, se siente preocupada por lo que le está pasando al niño. Fueron muy críticos con las acciones de la madre del niño. Hay cambios importantes en la rutina del hogar. La madre del niño lo alimentaba, bañaba y vestía; además de jugar con él en gran parte de la tarde. Ella lo llevaba a dormir. El papá, según indica la abuela, siempre se ha dedicado mucho a trabajar “hay cosas que él no sabe cómo le gustan al niño”. Indican que “es posible que existiera una persona fuera del matrimonio”.

Se sugieren actividades para fortalecer vínculos padre-hijos (incluyendo a la hermana mayor) y abuelos.

Mediante llamada telefónica se contactó a la profesora quien confirma los cambios en el niño. Reporta que al momento no ha sabido qué hacer frente a la situación

## **Sesión 7**

En consulta el niño indica que “se siente mejor, pero sigue extrañando a la mamá. Mis abuelos están muy buenos conmigo. Mi papá me lleva al parque. Aunque no tengo muchas ganas”. La sesión continúa como en la ocasión anterior y no se evidencia ningún nuevo elemento para confrontación. Durante el juego, vuelve a jugar lo que en la última sesión realizara con los animales, esta vez con una diferencia, una mejor resolución de la crisis frente al “abandono”.



Con el padre se habla después de la sesión (y en otros momentos de su propia terapia) para orientar sobre los cambios que se dan o se están dando en el hogar con la ida de la madre. El fortalecimiento del vínculo parental. Se le explica y enfatiza la reestructuración de la dinámica del hogar, respecto a roles, funciones y actividades que deben de ser asumidas por él y los abuelos para acompañar al niño en la situación de duelo; es decir, cuidados asumidos por él, su presencia en los momentos importantes del día, la hora de juego, el sueño.

Otra sugerencia, se enfocó en el manejo de emociones (expresión, verbalización, asertividad) como parte de la expresión de sentimientos. Por otro lado se sugiere continuar con actividades gratificantes, pero justas, que no se aparten de la educación del niño; es decir, que no lo consientan en todo pero que se permitan actividades familiares y padre e hijo gratificantes.

Mediante el contacto generado con la escuela y a través del padre, se sugiere que en la escuela se toque el tema sutilmente con los niños y niñas en general. Esto para brindar apoyo desde las redes más cercanas al niño. Se programaron nuevas sesiones.

### **Sesión 8-9**

Se reportan cambios favorables y mantenimiento en los mismos. Ha reportado altibajos cuya resolución ha convocado a la familia a participar en la resolución conjunta. En las sesiones de juego, hay nuevos temas, lejanos y sutiles que tratan el tema de la ausencia de la madre.

En la sesión 9 se le preguntó directamente por su mamá. Explicó que la extraña todavía, pero no puede hacer nada. Aunque unos días antes fue su

cumpleaños y ella lo llamó. Le ha prometido que lo visitaría. Ya han pasado tres meses desde que se dio la separación.

El padre se muestra preocupado puesto que la madre ha empezado a “aparecerse”. No sabe si esto es bueno o malo. La sesión termina y no alcanza a ahondarse en el hecho.

### **Sesión 10-12**

La familia no apareció en las sesiones. En el último contacto telefónico, el padre menciona que “ha estado muy ocupado, pero todo está mucho mejor, apenas pueda le visitamos de nuevo”. Aparentemente este era el final del proceso.

**NOTA:** Se brindó atención y acompañamiento psicológico al padre de familia de forma paralela a Elián a fin de dar apoyo y guías para el manejo personal y familiar ante la ruptura. Con la reaparición de la madre, él se mostraba muy confundido sobre qué debía hacer.

## 4.2. METODOLOGÍA

Esta investigación es de tipo ***cualitativa*** puesto que se dispone la descripción (narrativa) del fenómeno desde la perspectiva del investigador, con el fin de comparar, articular y estructurar los problemas y lograr una explicación en función de los conocimientos psicológicos clínicos.

### 4.2.1. Lista de preguntas

- ¿Cuáles son los signos y síntomas del paciente con Mutismo Selectivo?
- ¿Cuál es el tratamiento que aplicara para mejorar el estado emocional del paciente Mutismo Selectivo por Abandono?
- ¿Cree usted que este trastorno afecta en el desarrollo personal y social del niño?
- ¿Cree que este trastorno pueda tener algún tratamiento?

### 4.2.2. Fuentes de información

- Historia clínica psicológica infantil
- Registro de sesiones
- Información de fuentes primarias (padre, abuelos)
- Test proyectivos
- Bibliografía – Open Access
- Clasificación internacional de enfermedades décima edición (CIE-10)

### 4.2.3. Técnicas para la recolección de información.

- Revisiones bibliográficas
- Entrevista clínica en profundidad
- Observación clínica
- Visita psicológica familiar

## 4.3. DIAGNÓSTICO INVESTIGATIVO

Los datos clínicos e información recogida nos dan cuenta de varios diagnósticos correlativos unos y otros. Estos son:

**Diagnostico fenoménico:** Se identifican respuestas fisiológicas de alteración del funcionamiento del cuerpo, como dolor de cabeza, sudoraciones y aceleración en la respiración. Respuestas motoras como: tono de voz bajo y frases cortas. Al haber existido algún tipo de sobreprotección y una situación de crisis del desarrollo ante la separación conyugal y el enfrentarse al cambio de ambiente.

**Según el CIE-10 el paciente presenta MUTISMO SELECTIVO (F94.0):** Trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus

amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños. Pueden presentarse también otras formas (incluso lo contrario a lo descrito).

### **Pautas para el diagnóstico**

- Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- Capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social.
- Presencia demostrable de que el enfermo puede hablar, y habla normalmente o casi normalmente, en algunas situaciones concretas.

### **Criterios de constatación del caso**

- Existen evidencias demostrables de un fracaso constante para hablar en algunas situaciones sociales en las que se espera que el niño hable.
- Las evidencias deben considerarse al menos cuatro semanas.

**Diagnostico estructural:** La estructura que mantiene su forma de pensar la sostienen los pensamientos que se ha formado sobre su situación, son debidas a la inmadurez mental le hacen pensar en que su situación es de abandono absoluto; este pensamiento se ve influido o agravado por la respuesta pobre de parte de los cuidadores ante la situación.

**Diagnostico dinámico:** En el ámbito familiar existe comunicación y una dinámica estable en relación a los roles y funciones, que eran asumidos casi por completo por su madre. El cambio repentino hubo de generar una sensación de “estar en el aire”.

**Tratamiento:** Los tratamientos psicológicos para niños en situaciones de separación de los padres tienden a ser variadas tanto en enfoque como en técnicas. En este caso se optó por un modelo integracionista. Dependió más de la respuesta del niño y su contexto más cercano. Algunos modelos y técnicas acordes son las siguientes:

- Psicoterapia cognitivo-conductual infantil. Re-estructuración cognitiva y activación conductual.
- Psicoterapia psicodinámica infantil o psicoanálisis de niños. Terapia de juegos.
- Psicoterapia familiar sistémica. Reestructuración- redefinición familiar, roles, normas, entrar en acción.
- Apoyo psicosocial. Psico-educación. Charlas educativas (en el contexto escolar).

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **4.4. Denominación de la propuesta**

Plan de intervención psicoterapéutica ante mutismo selectivo por abandono.

### **4.5. Objetivos de la propuesta**

#### **Objetivo General**

Reducir el impacto psicológico de la separación conyugal de los padres de infantes menores de 7 años.

#### **Objetivo Específicos**

- Reconocer estrategias para el tratamiento psicológico del mutismo selectivo.
- Aplicar técnicas psicológicas específicas acordes a la edad del paciente tratado con mutismo selectivo.
- Vincular a los entornos familiar y escolar en el proceso de recuperación como fuentes de apoyo afectivo e informativo.
- Garantizar y fortalecer los logros del proceso de intervención clínica

#### **4.6. Fundamentación de la propuesta**

Los modelos de atención psicológica son comúnmente aplicados en distintos casos o psicopatologías. El caso puntual de los niños, existe un grupo de parámetros técnicos y metodológicos para la intervención psicológica; incluso éticos.

Desde enfoques clínicos psicodinámicos, conductuales-cognitivos y familiares, el caso de la separación de los padres de niños menores de 7 años, ha sido tratado en distintas épocas por autores como Aberastury, Winnicott, Dolto, Beck, Bandura y otros.

La propuesta aquí presentada busca determinar las etapas y procedimientos psicológicos clínicos ante un caso de mutismo selectivo debido a la separación de los padres. El proceso pretende durar entre 10 y 12 sesiones desde su inicio. El modelo será de psicoterapia integrativa enfocado a población de niños menores de 7 años.

**Primera etapa:** entrevistas preliminares (1-4 sesiones). Se pretende determinar las características del caso, sus variables y actores implicados; así como la dinámica implicada en el problema. Los problemas identificados se convierten en objetivos de trabajos.

**Segunda etapa:** intervención psicológica (5-9 sesiones). Se seleccionan las técnicas psicológicas a aplicar en función de los problemas identificados.



**Tercera etapa:** devolución, seguimiento y cierre de caso (10-12 sesiones). Se deben reforzar los aspectos trabajados en las consultas anteriores, así como determinar la posibilidad de hacer cierre del proceso.

### **Necesidades que resuelve la propuesta**

- Mutismo selectivo.
- Angustia de separación.
- Duelo por divorcio/separación de padres.

### **4.7. Planteamiento de la propuesta**

La separación de los padres es un duro golpe para todo niño en cualquier edad, no obstante, antes de los 7 años es más probable presentar manifestaciones psicopatológicas debido al grado de dependencia física y afectiva de los menores de edad; la madurez influye en el entendimiento que este pueda tener respecto a la pérdida o distanciamiento de una de sus figuras parentales.

La ayuda psicológica o psicoterapia es uno de los recursos para la ayuda e intervención de los aspectos vividos durante esta crisis. La intervención es diversa, en relación a los alcances; individuales, familiares, escolares y los que fueren requeridos. Una propuesta de intervención psicológica adecuadamente estructurada garantizaría la pronta recuperación de un niño.

### 4.7.1. Actividades y tareas

Tabla I:

Plan de trabajo psicológico y plan terapéutico

OBJETIVOS	ACTIVIDAD VINCULADA	TAREAS A DESARROLLAR
Reconocer estrategias para el tratamiento psicológico del mutismo selectivo.	Entrevistas preliminares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación clínica.</li> <li>- Entrevista psicológica.</li> <li>- Aplicación de reactivos psicológicos.</li> </ul>
Aplicar técnicas psicológicas específicas acordes a la edad del paciente tratado con mutismo selectivo.	Reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de pensamientos.</li> <li>- Cuestionamiento.</li> <li>- Sustitución de pensamientos negativos.</li> </ul>
	Activación conductual.	- Realizar actividades familiares, tanto entre el padre como con hermana y abuelos.
	Terapia de juegos.	- Utilizar el juego libre en sesión mediante las significaciones simbólicas tanto para evaluar como para tratar el asunto de la separación-abandono.
	Manejo y expresión emocional.	- Dar cabida a los sentimientos y emociones del niño; escucharlo, comprenderlo y respetar su estado afectivo.
Vincular a los entornos familiar y escolar en el proceso de recuperación como fuentes de apoyo afectivo e informativo.	Reestructuración-redefinición familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar apoyo de crianza en otros familiares.</li> <li>- Definir y practicar nuevos roles, revisar las normas y entrar en acción respecto a los cambios provocados con la ruptura.</li> </ul>
	Apoyo psicosocial y psicoeducación.	- Charlas educativas (en el contexto escolar).
Garantizar y fortalecer los logros del proceso de intervención clínica.	Entrevistas de devolución, seguimiento y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumir y mencionar los hitos y características del proceso clínico.</li> <li>- Dar seguimiento a los cambios.</li> <li>- Cerrar el caso.</li> </ul>

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Ahne, V. (2009). Mutismo selectivo. *Mente y cerebro*, 14-19.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arch Marin, M. (2010). Divorcio conflictivo y consecuencias en los hijos: implicaciones para las recomendaciones de guarda y custodia. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 183-190.
- Balbuena Teruel, S., Rueda Lozano, I., & López Herrero, P. (2012). Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 71-88.
- Bonet de Luna, C., Fernández García, M., & Chamón Parra, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Pediatría Atención Primaria*, 13(51), 471-489.
- Bowlby, J. (2015). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós Ibérica.
- Camacho, B. M., & Rodríguez, M. D. (2012). Divorcio y ajuste psicológico infantil. Primeras respuestas a algunas preguntas repetidas. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 351-360.
- Cuervo, Á. A., & Escalante, J. A. (2011). Desempeño académico en hijos de padres Casados y Divorciados. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 8(20), 24-32.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. D., & Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501-533.

- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Desclée de Brouwer.
- Indacochea Rivera, N. E. (2015). Comportamiento en el aula de los niños de 5 a 6 años con padres separados. *Tesis de grado, Universidad de Guayaquil Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación*. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2010). *Trastornos psiquiátricos en niños extremadamente prematuros: Resultados longitudinales a la edad de 11 años en el estudio EPICure*. España: EDICIÓN ESPAÑOLA.
- López-Larrosa, S. (2009). El sistema familiar ante el divorcio: factores de riesgo y protección y programas de intervención. *Cultura y educación, 21(4)*, 391-402.
- Montesdeoca Cordero, N. M. (2016). Estrategias de afrontamiento familiar que los padres utilizan ante las pérdidas afectivas de los niños por separación. *Tesis de maestría*. Cuenca, Ecuador.
- Oerbeck, B., Manassis, K., & Overgaard, K. R. (2018). *Mutismo selectivo (Irrázaval M, Martín A, Prieto-Tagle F, Mezzatesta M. trad.)*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Orgilés Amorós, M., Espada Sánchez, J. P., & Méndez Carillo, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema, 20(3)*, 383-388.
- Pereira, M. (27 de junio de 2017). *Mutismo selectivo: Un caso clínico | ISEP*. Recuperado el 06 de 01 de 2018, de ISEP: <https://www.isep.es/actualidad-logopedia/un-caso-de-mutismo-selectivo/>
- Ramos Pontes, F., Souza da Costa Silva, S., Garotti, M., & Colino Magalhães, C. (2007). Teoria do apego: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. *Aletheia, 26*, 67-79.

- Seijo, D., Novo, M., Carracedo, S., & Fariña, F. (2010). Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, 19, 16-21.
- Soto, M. V., & Canales, C. M. (2015). Apego inseguro ansioso ambivalente en niños y niñas cuyos padres están en un proceso de separación ambigua con dinámicas de triangulación y conflictos de lealtades. *VINCULARTE. Revista Clínica y Psicosocial. Año 1, Nº 1*, 68-84.
- Urgilez Proaño, M. J. (2015). La terapia de juego y sus consecuencias en el trastorno de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años que reciben atención psicológica en el Hospital Municipal de Nuestra Señora de la Merced. *Tesis de Grado, Escuela de Psicología*. Ambato, Ecuador.
- Valdés Cuervo, Á. A., Martínez, E. A., Urías Murrieta, M., & Ibarra Vázquez, B. G. (2011). Efectos del divorcio de los padres en el desempeño académico y la conducta de los hijos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(2), 117-134.
- Villanueva Suárez, C., & Sanz Rodríguez, L. J. (2009). Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Pediatría Atención Primaria*, 457-469.

# **ANEXOS**

## 6. ANEXOS

### Anexo 1

#### HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA (Breve)

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**FECHA:**

**INSTITUCIÓN:**

#### **DEMANDA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### **Organización Familiar**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

**Anamnesis Personal**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Actividades Complementarias o Test**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Apreciación psicológica y/o diagnóstico**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**Anexo 2**  
**PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

<b>APRECIACIÓN PSICOLÓGICA</b>	<b>TEMÁTICAS Y/U OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS</b>	<b>TÉCNICAS DE ACOMPAÑAMIENTO O PSICOTERAPIA</b>
	1.  2.  3.  4.	1.  2.  3.  4.

