



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGA
CLÍNICA

PROBLEMA:

MUTISMO SELECTIVO Y SU REPERCUSIÓN PSICOAFECTIVA EN UN NIÑO

AUTORA:

SALAZAR GONZÁLEZ ZULAY CECILIA

TUTOR:

DR. LENIN PATRICIO MANCHENO PAREDES. MG

BABAHOYO ABRIL – 2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



Dedicatoria

El presente trabajo investigativo se lo dedicó principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi Padre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a usted he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que ahora soy.

A mi Madre Querida, por ser el pilar más importante en mi vida, por siempre acompañarme en las buenas y malas y lo sigue haciendo además de haberme dado la vida siempre confío en mí y nunca me abandono, por siempre brindarme su apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. Te Amo Reyna Mia. Ha sido el orgullo y privilegio de ser su hija son los mejores padres del mundo que Dios me pudo haber dado en esta vida.

A mis hermanos por estar siempre presente por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida. A mi Enamorado, En el camino encuentras personan que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas de mejor manera tus metas, atreves de sus consejos, de su amor y paciencia me ayudó a concluir esta meta.

Finalmente, a mi mejor amiga Jazmín y su familia también quiero dedicar mi proyecto investigativo por siempre estar contante conmigo en las buenas y malas, por apoyarme siempre, por extenderme sus manos en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias hermanita siempre los llevó en mi corazón los quiero mucho.

Salazar González Zulay Cecilia



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



Agradecimiento

Le agradezco principalmente a Dios por bendecirme siempre, y por guiarme a lo largo de mi vida ser el apoyo y Fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Gracias a mi padre Joffre Salazar y Cecilia González y hermanos Angélica López y Ricardo Salazar a mi Enamorado Keivi Palma y mi mejor amiga Jazmín Sánchez por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestra expectativa, por los consejos, valores y principios que me han inculcado a lo largo de mi vida.

Le agradezco a mis docentes de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica de Babahoyo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación Profesional, De manera Especial a mi querido Dr. Lenin Mancheno Paredes. Mg tutor de mi proyecto investigativo quien ha guiado con su paciencia, y rectitud como docente y a las autoridades de la institución Centro de Atención y Formación en Salud Integral Carlos Luis Morales Reina, por su valioso aporte para mi investigación.

Salazar González Zulay Cecilia



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



Babahoyo, 25 de abril del 2019

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

SALAZAR GONZÁLEZ ZULAY CECILIA, portadora de la Cédula de Ciudadanía **092806106-8** estudiante del desarrollo del documento probatorio de la Dimensión Práctica del examen complejo, previo a la obtención del Título de **Psicóloga Clínica**, declaro que soy el autor del presente **trabajo de investigación**, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema: **MUTISMO SELECTIVO Y SU REPERCUSIÓN PSICOAFECTIVA EN UN NIÑO**

Todos los efectos académicos ilegales que se desprenden del presente trabajo es responsabilidad exclusiva del autor.


SALAZAR GONZÁLEZ ZULAY CECILIA
C.I: 092806106-8



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL**



**CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL
DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN
COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENTACIÓN**

Babahoyo, abril 25 del 2019

En mi calidad de Tutor del Documento Probatorio Dimensión Práctica Del Examen Complexivo, designado por el Consejo Directivo con oficio N° CP-077-(3), con fecha 1 abril del 2019, mediante resolución CD- FAC.C.J.S.E-SO-003-RES-002-2019, certifico que la Sr. (a) (ta) **Zulay Cecilia Salazar González**, ha desarrollado el Documento Probatorio Dimensión Práctica del Examen Complexivo con el Caso de Estudio Titulado:

“MUTISMO SELECTIVO Y SU REPERCUCION PSICOAFECTIVA EN UN NIÑO”

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo practica del examen complexivo y lo entregue a la Coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.



Dr. LENIN MANCHENO PAREDES.MG
DOCENTE DE LA FCJS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



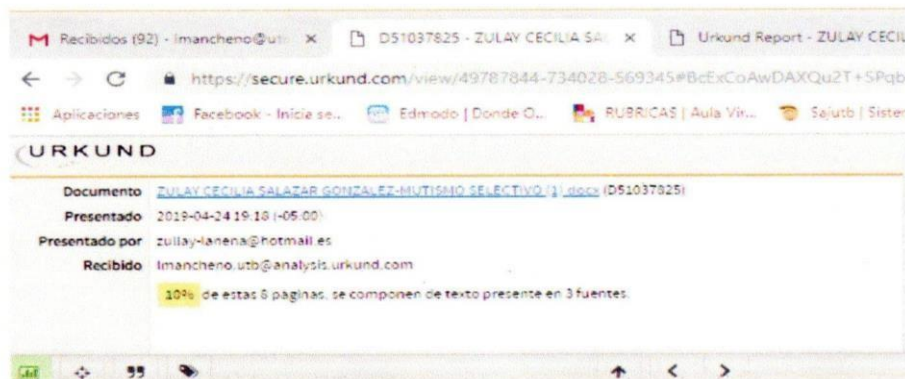
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

Babahoyo, 26 abril del 2019

INFORME FINAL DEL SISTEMA URKUND

En mi calidad de Tutor del Documento Probatorio Dimensión Práctica Del Examen Complexivo de la Sr. (a) (ta) **ZULAY CECILIA SALAZAR GONZALEZ**, cuyo tema es: “**MUTISMO SELECTIVO Y SU REPERCUION PSICOAFECTIVA EN UN NIÑO**”, certifico que la dimensión practica del examen complexivo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de 10%, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que en la dimensión practica del examen complexivo el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.



Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.


Dr. LENIN MANCHENO PAREDES.MG
DOCENTE DE LA FCJS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DIMENSIÓN PRACTICA
DEL EXAMEN COMPLEXIVO**

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO DE
DIMENSIÓN PRACTICA EXAMEN COMPLEXIVO, TITULADO: **MUTISMO
SELECTIVO Y SU REPERCUCION PSICOAFECTIVA EN UN NIÑO**

PRESENTADO POR LA SEÑORITA: **SALAZAR GONZALEZ ZULAY CECILIA**


OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

8,90

EQUIVALENTE A:

Ocho con noventa

TRIBUNAL




**Msc. Ingrid Yolanda Zumba Vera
DELEGADO DEL DECANO**



**Msc. Walter Adrián Cedeño Sandoya
DELEGADO H. CONSEJO DIRECTIVO**



**Psi Cli. Janett Del Roció Verdesoto Galeas
DOCENTE ESPECIALISTA**



**Ab. Isela Berruz Mosquera
SECRETARIA DE LA
FF.CC.JJ.SS.EE**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD PRESENCIAL

Resumen

En este estudio de caso se trata a un niño con problemas de expresión en el desarrollo social dentro de la escuela, mediante las técnicas de recolección como la ficha de observación, historia clínica y guía de desarrollo de observación para niños, así como la prueba psicológica para medir la ansiedad de Hamilton, se identificó los comportamientos tímidos, inhibidos y retraídos que presentaba el niño a la hora de socializar con personas fuera de su entorno cercano.

Gracias a esta sintomatología y al manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, se logró determinar que el niño presentaba un F.80.1 Crisis de la expresión del lenguaje, caracterizado por una notable selectividad de Mutismo Selectivo F94.0 Es típico que el niño/a hable en casa o con sus amigos íntimos. En donde se logró reducir la sintomatología del estrés en la paciente por medio de técnicas de relajación, y de terapia de desensibilización. El abordaje de este estudio permitió conocer la importancia del estudio de la sintomatología y la determinación del diagnóstico para un correcto y adecuado tratamiento, así como la detección a temprana edad.

Palabras claves: Mutismo selectivo, repercusión, psicoafectivo, niñez, técnicas psicológicas

INDICE GENERAL

Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Autorización De La Autoría Intelectual.....	iv
Certificado De Aprobación Dutor.....	v
Certificado Del Sistema Urkund	vi
Resultado De Grad	vii
Resumen.....	viii
Introducción	1
Desarrollo.....	2
Justificación	2
Conclusiones	18
Bibliografía	20
Anexo	22

Introducción

Cabe recalcar que este estudio siguió la línea de investigación “prevención y diagnóstico”, puesto que se desarrolla dentro de la sublínea sobre el funcionamiento socioafectivo en el ámbito familiar entorno a la influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con el objetivo contribuir con el plan nacional del buen vivir y mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos.

El presente caso de estudio se enfoca en la intervención psicoterapéutica de una niña 2 años 7 meses que presentaba mutismo selectivo en el desarrollo social dentro de la escuela, este cuadro sintomatológico se ha evidenciado por medio de comportamientos tímidos, inhibidos y retraídos, provocando así mutes cuando el niño ingresa en un entorno social diferente al familiar, interfiriendo en el aprendizaje. Asimismo, la psicóloga clínica Breijo (2017) define la importancia de “La niñez y adolescencia, al igual que algunas otras etapas vitales, se caracteriza por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo humano”.

La intención de este trabajo es tratar a un paciente que posee problemas constantes de hablar en situaciones específicas, por medio del análisis de la sintomatología con el objetivo de analizar y establecer las técnicas psicológicas que traten esta condición y mejoren el desarrollo psicoafectivo de dicho paciente tratado en el Centro de Atención y Formación en Salud Integral “Carlos Luis Morales Reina”, ubicado en la ciudad de Babahoyo, Provincia de Los Ríos.

Para el desarrollo del trabajo de investigación, se tomaron en cuenta el entorno social y familiar en que se desarrolla la paciente, por medio de recolección de información como la historia clínica, observación directa y entrevistas estructuradas, para así poder analizar las situaciones expuestas y definir las soluciones que mejoren y previnieran posible agudización de este trastorno.

Desarrollo

Justificación

El mutismo selectivo es una problemática que puede presentarse en diferentes etapas de la formación de cada individuo, sin embargo, ocurre comúnmente en etapas tempranas como la niñez, debido a esto es importante intervenir con un diagnóstico a tiempo para un pronto tratamiento. Asimismo, es elemental el trabajo en conjunto de padres y docentes para la minimización de este trastorno de ansiedad.

Este estudio pretende servir como una herramienta de investigación para la recolección de información para los futuros profesionales en la rama de Psicología, que realicen estudio con fines semejantes a lo expuesto dentro del desarrollo de esta investigación.

Los principales beneficiarios de esta investigación serán alumnos, padre de familia en particular la paciente y todos los niños que presentan mutismo selectivo cuyas capacidades sociales se vean deteriorado por este trastorno en cuestión. Seguido de los docentes quienes podrán conocer e identificar como se manifiesta este trastorno y como guiar a los niños en la recuperación de dicho trastorno para mejorar el desarrollo social del niño.

La realización de este trabajo fue posible porque se contó con la colaboración de Centro de Atención y Formación en Salud Integral, quienes estuvieron dispuestos a prestar los recursos necesarios para el estudio de este caso y mejorar esta problemática de carácter adaptivo del paciente.

El conocimiento expuesto dentro del análisis de este caso es trascendente para la sociedad, debido a que contiene estudios a partir de la problemática presentada dentro del mutismo selectivo, al cual se le da una solución mediante el proceso sistemático para que el infante reciba el tratamiento adecuado y pueda continuar y desarrollarse de manera normal en su vida adulta por medio de la recolección, análisis e interpretación de los datos puesto a disposición.

Objetivo

Describir el mutismo selectivo y la repercusión psicoafectiva en un niño, con la finalidad de establecer técnicas psicológicas que mejoren su relación familiar bajo el enfoque racional emotiva.

Sustentos teóricos

Mutismo selectivo

Según James Morrison (2015) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association), el mutismo selectivo:

Se refiere a los niños que permanecen en silencio excepto cuando están solos o con un grupo pequeño de personas cercanas. Por lo general, el trastorno inicia durante la edad preescolar (2 a 4 años), después de que se ha desarrollado un lenguaje normal. Un niño con este trastorno, que habla de manera apropiada en el hogar entre los miembros de la familia, pero desarrolla un silencio relativo cuando se encuentra entre extraños, pudiera no alterar la atención clínica hasta que inicia la escuela formal. Si bien con frecuencia tímidos, la mayoría de estos niños tiene inteligencia y audición normales. Cuando hablan, tienden a mostrar articulación, estructura gramatical y vocabulario normales. La condición mejora a menudo de manera espontánea en el transcurso de semanas o meses; no obstante, nadie sabe cómo identificar a un paciente de este tipo antes de la mejoría

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 MS 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, & Kristensen, 2018, pág. 2)

Normalmente, el MS se inicia entre los 2 y los 5 años de edad, pero generalmente no es detectado hasta que los niños comienzan la escuela, donde hablar es un aspecto fundamental del aprendizaje y la socialización. Los niños con MS generalmente tienen miedo de cometer errores y no les gusta ser el centro de atención. Su “solución”—el mutismo y, a veces, tratar de ser invisible—es parte del problema. Cuando ocasionalmente sí hablan, todos les prestan atención, lo que les provoca ansiedad, perpetuando el mutismo en un círculo vicioso. (Oerbeck, Manassis, Overgaard, & Kristensen, 2018)

Por tanto, la detección del mutismo se realiza normalmente por profesionales educativos, aunque, a veces, la intervención específica se comienza varios años después del diagnóstico. El trastorno continuado, no tratado produce en los pequeños altas dosis de sufrimiento personal repercutiendo de manera negativa en todas las facetas de su vida, tanto en el desarrollo personal, social como académico, generando una desadaptación significativa a su entorno, por ello, la atención temprana es esencial en la evolución de esta alteración. (Garrido Fernández, Marín Limón, & Hervás Torres, 2015)

Característica del mutismo selectivo

Según (American Psychiatric Association, , 2014) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) este trastorno se define como F94.0 y estos se caracterizan por:

- A.** Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B.** La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
- C.** La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D.** El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E.** La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

El mutismo selectivo se muestra, en la mayoría de los casos, en el período educativo de Educación Infantil. Su comunicación puede ser mediante gestos, movimientos de cabeza, vocalizaciones monosilábicas o cortas, o incluso con voz alterada. Pero eso no significa que haya un déficit en la producción del habla, porque normalmente presentan habilidades lingüísticas de comprensión y expresión adecuadas. Muchos de ellos, manifiestan rasgos de personalidad específicos como retraimiento social, perfeccionismo, timidez, dependencia, etc., que, de presentarse, podrían incentivar el problema o, incluso, favorecer su consolidación. A lo que se le une un agravante determinado, y es que este trastorno por sí mismo, al ser una expresión de ansiedad social, lleva implícito un elevado grado de sufrimiento personal por el miedo a hablar, por lo que se incrementa la incapacidad para hacerlo. Así, por ejemplo, el niño, basándose en sus propias experiencias, detecta los componentes que la situación de ansiedad le produce, lo que acrecienta sus ideales negativos. (Alarcón Blaya , 2018)

Etiología

Aunque el mutismo selectivo fue inicialmente descrito hace más de 100 años, ha habido una incertidumbre persistente con respecto a la naturaleza de este trastorno y sus causas. (Hua & Mayor, 2016)

El origen y desarrollo del mutismo selectivo está influenciado por la interacción de múltiples factores, los que predispone el individuo, los que precipitan, y los que refuerza y mantiene. Los de origen genético o los que predispone el paciente, según los autores Esrriariga, de Landa & CPEIP (2013) se caracterizan por:

a) Contexto personal:

- Características de la personalidad (vulnerabilidad, inhibición...) □ Déficits de aprendizaje (problemas de lenguaje oral, habilidades sociales...)

b) Contexto familiar:

- Modelado de evitación de las relaciones sociales
- Estilo educativo (sobreprotector, autoritario...) □ Características de personalidad de padre/madre...

c) Contexto escolar:

- Estilo educativo (autoritario, condescendiente, variable...)

- Competencia y estilo relacional del profesor

Diagnóstico del mutismo selectivo

La superposición de síntomas que se encuentra a menudo en la clínica, puede dificultar el diagnóstico. Esto es particularmente cierto cuando se utilizan los criterios diagnósticos del CIE-10, que requieren excluir la presencia de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, trastornos específicos del habla y del lenguaje, y el mutismo transitorio como parte de la ansiedad por separación en los niños pequeños. (Oerbeck, Manassis, Overgaard, & Kristensen, 2018)

Según La Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A), el mutismo selectivo se encuentra entre los trastornos que inician en la infancia, niñez y adolescencia. Por ende, es importante tener unos criterios para su diagnóstico, los cuales son los siguientes:

- Inhabilitación constate en el habla en situaciones fuera de su entorno como la escuela y la sociabilización con personas extrañas.
- Afectación en el rendimiento académico o en la comunicación.
- Prolongación del cambio cerca de un mes.
- Falta de fluidez del habla o del conocimiento en el momento de socializar.

De acuerdo con esta guía definida por el autor antes mencionado, es importante recopilar información de otras fuentes como del entorno social, familiar y laboral. Una buena evaluación no solo ayuda a definir los factores que interfieren en el desarrollo del problema, sino también ayuda a definir los objetivos del tratamiento en el que se va a trabajar.

Desarrollo psicoafectivo

A través de los años, numerosos científicos han estudiado el desarrollo del individuo desde diferentes marcos teóricos de referencia como el psicoanalítico, cognitivo, comportamental, psicobiológico, sociológico y antropológico, entre otros. Llegando a la conclusión, algunos de ellos, que el desarrollo se cumple en una secuencia gradual de etapas mediante las cuales algunos procesos psicológicos se desarrollan en combinación con factores biológicos y su interrelación con el ambiente. Esta secuencia se da en un

tiempo determinado con una intensidad de duración, velocidad y ritmo que cambia de un individuo a otro, presentándose en algunos casos regresiones y detenciones que impiden el proceso de progresión normal. (Guerra, Salazar, Varelo, Sánchez, & Madero, 2006)

El desarrollo psicoafectivo está relacionado con los aspectos esenciales de todas las personas; son los procesos sociales, afectivos, cognitivos y sexuales que lo marcan durante toda su vida. Lo anterior implica un conocimiento integral de los cambios constitucionales continuos y aprendidos que se dan dentro de un proceso permanente, esencial y evolutivo, donde es importante entender la integración y organización de las distintas conductas en cada etapa del ser humano. (Cogollo & Pabón, 2009, pág. 410)

Este se caracteriza por “El análisis de los fenómenos humanos, desde el campo de la subjetividad, ha permitido reconocer el sentido de los trazos históricos particulares del sujeto, así como los modos en que este se inserta en la cultura” (Torres, 2014, pág. 156).

El desarrollo de las habilidades sociales está estrechamente vinculado a las adquisiciones evolutivas. Si bien en la primera infancia las habilidades para iniciar y mantener una situación de juego son esenciales, a medida que el niño avanza en edad, son destacadas las habilidades verbales y las de interacción con pares. (Betina Lacunza & Contini de González, 2011)

La infancia es “(...) mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño: a la calidad de esos años” (UNICEF, 2005, pág. 1). Todos estos factores en el desarrollo del ser humano se resumen según los autores Arcón , Ángela, & Russo de Sánchez (2018) por medio de:

La salud mental, es integración, y la integración se desarrolla a partir de los conflictos evolutivos constitucionales, por lo que la capacidad de ordenamiento del yo no ocurre sin apuro, pues se necesita de una permanente adaptación del yo a las necesidades y demandas externas e internas, los mecanismos de defensa evolucionan de acuerdo a los conflictos estructurales y la experiencia externa. Un individuo sano, comienza con un niño sano. La salud mental se organiza tempranamente, y desde con lo anímico, y es el yo, la instancia psíquica que esta personifica. (p.190)

Características de la psicoafectividad

- Se ubica en el terreno subjetivo
- Es algo personal e íntimo,
- Es consciente, porque lo expreso con los otros
- Está socialmente determinada y por tanto, es socialmente aceptada
- El sujeto es consciente de la necesidad de mostrar su psicoafectividad a los demás y de socializarla.

La Familia en el desarrollo afectivo

En el desarrollo afectivo de la persona tendremos en cuenta como agente de cambio también a la familia. De esta manera tendremos en cuenta que la relación familia-escuela es un elemento clave en el desarrollo de la persona y que como tal debemos cuidarlo y potenciarlo. Debemos ser conscientes de dicha necesidad, de trabajo en equipo, de una relación con la familia que nos permita la continuación de unos hábitos y valores. (Eva Luna García Barba, 2017)

La familia es un sistema social con dinámica propia, espacio para el afecto y la participación a través de los roles conyugales, parentales y fraternales. En ella se comparten elementos esenciales de la vida y se tejen los vínculos afectivos cuando se vive una relación de confianza, diálogo, respeto, cariño y comprensión, forjando la estabilidad emocional de los niños y las niñas. Los vínculos afectivos son la expresión de la unión entre padres e hijos, aspecto que va más allá de la relación de parentesco y está presente en todas las tareas educativas, facilitando la comunicación familiar, la seguridad en los momentos difíciles, el establecimiento de normas y su cumplimiento. De ahí que sus funciones vayan más allá de la mera socialización o educación, también implican la satisfacción de sus necesidades materiales, afectivas y espirituales. (Contreras & Arrázola, 2013, pág. 20)

Ello significa que el afecto es una de las necesidades axiológicas esenciales para formar sujetos sanos emocionalmente, requiere por tanto ser satisfecha mediante diversos satisfactores no medibles económicamente, es decir, indicadores no tangibles que ayudan a construir calidad de vida, por ejemplo, la calidez, el cuidado, el amor, el tiempo compartido

entre padres e hijos y la adopción de normas que regulan la convivencia. (Contreras & Arrázola, 2013, pág. 21)

Desarrollo de habilidades sociales en los niños

En el desarrollo infantil juega un papel fundamental el ambiente presente en el núcleo familiar, sus componentes organizacionales, sociales y físicos impulsan o limitan el desarrollo de los niños y niñas. El ambiente entendido como clima social familiar está constituido por las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y por todo aquello que se origina en su dinámica interna. (Isaza-Valencia & Henao-López, 2012) La importancia de las habilidades sociales recae en la adaptación del niño a los diferentes entornos en los que se desenvuelve: escuela, familia, grupo de iguales... Facilitando dicha adaptación o dificultándola, incidiendo en su autoestima y confianza en sí mismo. Por ello, si los primeros años de vida son los cimientos sobre los que se construye la personalidad del niño y no posee las capacidades necesarias para una adecuada adaptación a sus entornos sociales, provocando un inadecuado auto concepto y baja autoestima, nos encontramos con una gran dificultad que continuará más allá de la infancia, especialmente llamativa en la adolescencia. (iseclinic, 2016)

El clima social familiar se compone de tres dimensiones (desarrollo, estabilidad y relaciones), dependiendo de cómo se organicen los factores constituyentes de cada dimensión y cómo se manifiesten en un grupo familiar, se enmarcan las familias en un clima social determinado, ya sea cohesivo, disciplinado o sin orientación. (Isaza-Valencia & Henao-López, 2012)

Tanto la familia y la escuela como el acceso a otros grupos de pertenencia son ámbitos privilegiados para el aprendizaje de habilidades sociales, siempre y cuando estos contextos puedan proporcionar experiencias positivas para adquirir comportamientos sociales, ya que se aprende de lo que se observa, de lo que se experimenta (propias acciones) y de los refuerzos que se obtiene en las relaciones interpersonales; también se aprenden comportamientos sociales de los medios de comunicación como la utilización de productos simbólicos de la cultura. En definitiva, el contexto en sus múltiples acepciones (las características maternas y paternas, la experiencia en la crianza, el acceso a más media como televisión o internet, entre otros) se vincula de modo decisivo a cómo se aprenden y

practican habilidades sociales salud génicas o disfuncionales. (Betina Lacunza & Contini de González, 2011)

El desarrollo, como componente constitutivo del clima social familiar, enfatiza la función de la familia en términos de despliegue personal. La autonomía hace parte de los factores del desarrollo que estimulan o limitan los alcances personales en los miembros de una familia; esto depende de si padres y madres impulsan o no la seguridad de sus hijos e hijas en sí mismos; la actuación, como segundo factor del desarrollo, dirige las acciones hacia una estructura orientada a la acción competitiva; otros factores que se suman son el intelectual cultural, que significa el grado de interés en las actividades intelectuales y cultura les; el social-recreativo, que mide la participación en actividades lúdicas y deportivas; y la moralidad religiosidad, definida por la importancia dada a las prácticas y los valores éticos y religiosos. (Isaza-Valencia & Henao-López, 2012)

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Métodos de la investigación

Inductivo- Deductivo

Por medio del método deductivo, se obtuvo las conclusiones generales mediante la observación de los diversos entornos en que se desarrolla el paciente, con el objetivo de determinar el grado de mutismo selectivo, asimismo se empleó el método inductivo el cual impulso al analizar de las situaciones detectadas mediante el desarrollo de este estudio.

Tipo de Investigación a Aplicarse

Investigación Diagnóstica

Se utilizó la investigación diagnóstica para así estudiar las características en que surgen los problemas, basados en la observación, análisis e intervención que se hace con el sujeto de estudio, con el fin de identificar todas sus características, detallarlas y descubrir sus implicaciones.

Investigación Descriptiva

Por medio de esta investigación se describió la naturaleza de los hechos basándose en el entorno social, familiar y escolar en que se desarrolla el paciente, con el fin de establecer su comportamiento en diversos entornos, para así describir y estudiar de forma detallada los escenarios en que el individuo se desenvuelve.

Investigación de Campo

A través de esta investigación se pudo extraer información directamente de la realidad, como lo fue en los diferentes entornos de la paciente, por medio del uso de técnicas de recolección.

Técnicas aplicadas

Ficha de observación

Es un instrumento de la investigación que sirve para evaluar y recolectar datos, basados en el objetivo específico, en donde se determinan las variables específicas con el fin de registrar datos que sirvan como sujeto de estudio para los análisis en desarrollo del paciente.

Historia clínica

Es la exploración de los hechos pasados que ocurrieron a lo largo de la vida del paciente, en donde se recolecta antecedentes personales, familiares y su situación actual.

Guía de Desarrollo de Observación para niños

Es un instrumento para la evaluación y recolección de información, con la finalidad de evaluar el desarrollo del niño en los diversos entornos en el que se desenvuelve, para así determinar las recomendaciones correspondientes a estos resultados.

Pruebas psicológicas aplicadas

Test de ansiedad Hamilton

Es un cuestionario psicológico que se usa para calificar el nivel de ansiedad de un paciente, con el objetivo de combatir o controlar su ansiedad fóbica, que interfiere en su entorno social y familiar.

Resultados Obtenidos

Andy Harry Rodríguez Silva, (Se utilizará estos nombres para respaldar su identificación personal del paciente), es un niño de 2 años 7 meses de edad. Vive con papá, mamá y hermanita, todos ellos originarios de la ciudad de Babahoyo, actualmente residen en la ciudadela “El Chorrillo”. El nivel económico familiar es de nivel medio. Él se manifiesta emocionalmente alegre le gusta jugar con su prima y su mamá, conversa mucho y le gusta que le hagan conversa, es un niño muy cariñoso y juguetón en el ámbito familiar.

Para la recolección de información de este caso se realizaron tres entrevistas: una a la madre para la toma de historia clínica de la paciente, luego a la profesora y por último se tuvo un acercamiento con el paciente. Entrevistas que me ayudaron a recabar información y conocer la problemática en diversos entornos: intervención

INTERVENCIONES		
SESIONES	DATOS DE EJECUCIÓN	OBJETIVOS
PRIMERA	Fecha: martes 2 de abril Hora: 8h15 am Duración: 40 minutos Lugar: Institución académica	Se realizó una entrevista a la mamá del paciente con la finalidad de reunir información para saber los momentos en que su hija no se comunicaba verbalmente con otras personas alejadas a su entorno. Asimismo, para conocer el historial clínico de su hija.
SEGUNDA	Fecha: jueves 4 de abril Hora: 8h15 am Duración: 40 minutos Lugar: Institución académica	Esta entrevista se la efectuó a la maestra del paciente, en donde se le preguntó sobre la conducta dentro del aula, y el desarrollo social que tiene con sus compañeros, así como su desempeño académico.
TERCERA	Fecha: martes 9 de abril Hora: 8h15 am Duración: 40 minutos Lugar: Institución académica	En la tercera entrevista se realizó el primer contacto con el niño estableciendo el debido rapport.
CUARTA	Fecha: jueves 11 de abril Hora: 8h15 am Duración: 40 minutos Lugar: Institución académica	Se aplicó la Guía de Desarrollo de Observación para niños, con el objetivo de analizar el comportamiento.
QUINTA	Fecha: martes 16 de abril Hora: 8h15 am Duración: 40 minutos Lugar: Institución académica.	Se realizó el Test de Hamilton para medir el nivel de ansiedad del paciente.

Elaborado por: Zulay Salazar

Fuente: Historia clínica del paciente

Situaciones Detectadas

Los padres del paciente buscan ayuda puesto que su hijo tiene problemas en el desarrollo verbal con personas fuera de su entorno, situación que se repite en clase en donde los docentes expresan que el paciente no habla, ni canta con sus demás compañeritos, sin embargo, resaltan que el solo trabaja con la condición que nadie le moleste, lo cual ocasiono que los profesores no puedan evaluar los objetivos académicos.

Antecedentes del problema

El paciente tiene 2 años y 7 meses de edad, vive con la madre, el padre cuando se enteraron del embarazo fueron reacciones diferente la del padre fue de felicidad ya que él quería un niño y la de la madre fue de admiración y a la vez alegría porque ella si quería aunque se estaba cuidando con implante, su parto fue cesárea por motivo que la madre se le presento preclamsia al niño tomo formula desde el nacimiento hasta aun toma formula ya que a la mama no le salía leche, el niño realiza sus sueños sola no es necesario que la madre o alguien esté presente para que ella duerma.

El área social del niño es tímida no hace fácilmente amigos, en el curso no les gusta cantar solo trabajar pero que nadie le moleste. La maestra del paciente lo alienta constantemente y le menciona frases como “Cuando deseas habla” o “¿Tienes ganas de hablar el día de hoy?”. Asimismo, sus padres en ocasiones le protegían y contestaban por él, en otra le presionaban de forma intimidante para que el llevara algún comportamiento verbal. Todos estos comportamientos afianzaron y acentuaron el problema del alumno.

Sin embargo, la prima manifiesta que el niño en casa juega con la madre y el, es cariñoso y demuestra todo lo que aprendió en clase y tiene buena comunicación con el miembro familiar y los vecinos.

El estudiante presenta lo siguiente en las diferentes áreas exploradas:

Área social

El alumno es un niño que actualmente no se integra con los compañeros de su clase, no habla ni quiere jugar con nadie, tiene comportamiento aislado y para comunicarse lo hace a través de movimientos con su cabeza.

Conducta escolar

El en la escuela se relaciona con la prima que es quien le representa, de igual manera se presenta tímido y delante de los compañeros se muestra tímido, antes de hablar con alguien observa todo el entorno social.

Área Familiar

Buena relación familiar, de igual manera con los que ya conoce, de vez en cuando se relaciona con la maestra y juegan a la escondida y pasa con su dedo en la boca y más cuando le hacen preguntas.

Test de ansiedad Hamilton

Los resultados de la escala de la ansiedad aplicada a el paciente, arroja como resultado un nivel de ansiedad 10, lo cual equivale ansiedad ligera/ menor, lo cual refleja una persona ansiosa, tímida que sufre de pánico ante la presión le genera un nuevo grupo social.

Diagnóstico estructural

Según el manual del Cie 10 El paciente presenta un F.80.1 Crisis de la expresión del lenguaje esta crisis está caracterizado por una notable selectividad de Mutismo Selectivo F94.0 Es típico que el niño/a hable en casa o con sus amigos íntimos, pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños.

Soluciones planteadas

Como técnicas psicológicas de aplicación para reducir la sintomatología del estrés en el paciente se acordaron la utilización de: técnicas de relajación, y de terapia de desensibilización en 5 sesiones llevadas a cabo en el transcurso de 2 veces a la semana, es decir un total de 3 semanas y estuvieron divididas de la siguiente forma:

Reducir las respuestas fisiológicas producto de la ansiedad

Técnicas de relajación, de autocontrol del Enfoque de la TRE (3 sesiones)

Esta técnica que aplique en el paciente fue porque es de este modo que nos ayudó a que el paciente Andy pueda identificar sus pensamientos automático y de modo que nos ayudó a que el paciente se diera cuenta que existen conductas destructiva que no van de acorde a su edad, llegue a dale a conocer cómo se iba a trabajar con el instrumento de apoyo para poder disminuir su crisis de ansiedad ya que se dio, por medio de una pelota pequeña de anti estrés, en donde se estimuló al niño para que pueda manipularla, a través de una ligera presión en su mano para que apreté y suelte la pelota, para así poder lograr una relajación inmediata y liberar tensiones.

Objetivo

Por medio de esta técnica, se espera que el paciente logre controlar la ansiedad y pueda tener un dominio de las situaciones que enfrenta dentro de su entorno social.

Terapia de desensibilización (2 sesiones)

Esta técnica de desensibilización que pude aplicarla en mi paciente fue por medio de la práctica de las técnicas de autocontrol emocional ya que se pueden conseguir importantes beneficios físicos y psicológicos, como la adquisición de la capacidad de controlar las alteraciones emocionales derivadas de situaciones de tensión, Así mismo con la ayuda de los familiares se realizó la terapia de desensibilización, la cual consiste en ir integrando al niño dentro de un reducido grupo social con el acompañamiento de un familiar cercano,

para que así el paciente se sienta cómodo y pueda integrarse de manera natural, así se seguirá realizando hasta que el niño pueda relacionarse con 10 niños o compañeros y se quitara al familiar ara que el cliente se sienta a gusto y tranquilo.

Objetivo

Contrarrestar con la presencia de ansiedad provocadas por las conductas de evitación propias de los trastornos ansiosos.

Conclusiones

El mutismo selectivo es un trastorno de la ansiedad que interfiere en la vida social de quien la padece, debido a que este no logra socializar con su entorno exterior y se manifiesta por medio de comportamientos de timidez, inhibidos y retraídos. Causando problemas y preocupación en el desarrollo de sus actividades y aprendizajes.

Dentro de este caso, se evidencio que es muy importante el apoyo de la familia en especial el de la mamá del paciente, para una mejor evolución dentro de las terapias realizadas y para reforzar el rol de la madre. Asimismo, la recolección de evidencia por medio de la observación y entrevistas para la recolección de información.

Las intervenciones ejecutadas dentro de las terapias tuvieron como propósito reducir las respuestas fisiológicas producto de la ansiedad, por medio de las técnicas de relajación, de autocontrol en donde se logró controlar la ansiedad y el manejo de las situaciones de socialización. Al mismo tiempo, se logró a través de la terapia de desensibilización la integración en los grupos sociales de su entorno.

Todo esto fue posible, debido a que es importante que todo caso estudiado sea diagnosticado de acorde al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del (DSM 5), por medio de la sintomatología y la edad del paciente, para así cumplir con los objetivos y metas planteadas, puesto que una mala interpretación de los síntomas conlleva un inadecuado abordaje psicoterapéutico e incumplimiento de los objetivos.

Asimismo, es elemental luego de la ejecución de las terapias un control y seguimiento de la evolución del paciente, puesto que es importante que nadie interfiera en la evolución que se logró por medio de las terapias.

Como futura profesional de la psicología clínica, la experiencia de poder abordar este caso y observar todo el proceso, desde la consulta, elaboración del diagnóstico, intervenciones, entrevistas, y las terapias, me permitieron comprender este trastorno y a su vez conocer la importancia de una buena planificación.

Para concluir, con este estudio se recomienda que en todos los centros educativos se disponga de profesionales en psicología para la capacitación de los docentes, puesto que este suele ser el primer entorno social diferente al familiar al que se enfrentan los niños. Así mismo, se propone la disposición de material necesario, para la evaluación de estudios de otros casos de mutismo selectivo y síntomas de ansiedad.

Bibliografía

Alarcón Blaya , M. (24 de abril de 2018). *Valoración actual del mutismo selectivo*. Obtenido de <http://revistaventanaabierta.es/valoracion-actual-del-mutismoselectivo/>

American Psychiatric Association,. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnóstico del DSM-5*. Obtenido de <http://blancopeck.net/DSM-V%20Español.pdf>

Arcón , B., Ángela, V., & Russo de Sánchez, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39), 183-202.

Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23).

Breijo Rodríguez, A. (2017). Repercusión psicológica del proceso hospitalario en niños con hemopatías malignas. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(4), 63-75.

Cogollo, S., & Pabón, D. (2009). Implicaciones del bullying o maltrato entre pares en el desarrollo psicoafectivo de niños y niñas en etapa de latencia. *Psicogente*, 12(22), 407-421.

Contreras, B., & Arrázola, E. (2013). Vínculo afectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. *Revista Tendencias & Retos*, 18(1), 17-32.

Estariaga, L., de Landa, & CPEIP , N. (2013). 13-EL MUTISMO SELECTIVO: DIAGNÓSTICO, FACTORES Y PAUTAS DE INTERVENCIÓN.

Eva Luna García Barba. (6 de Abril de 2017). *LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO AFECTIVO DEL NIÑO/A*. Obtenido de medac.es: <https://medac.es/articuloseducacion-infantil/la-importancia-del-desarrollo-afectivo-del-ninoa/>

Garrido Fernández, Á., Marín Limón, V., & Hervás Torres, M. (2015). Revisión de programas dirigidos a la intervención de mutismo selectivo en escolares.

Guerra, R., Salazar, S., Varelo, A., Sánchez, A., & Madero, J. (2006). *Educación y desarrollo psicoafectivo. Una propuesta de prevención y promoción de la salud psicosocial en la infancia*. Universidad del Norte.

Hua, A., & Mayor, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1), 114-120.

Isaza-Valencia, L., & Henao-López, C. (2012). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. *Persona*(015), 253-271.

iseclinic. (6 de junio de 2016). *La importancia de las habilidades sociales en los niños*. Obtenido de isepclinic.es: <https://iseclinic.es/blog/la-importancia-las-habilidadessociales-los-ninos/>

James Morrison. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.

Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K., & Kristensen, H. (2018). Mutismo Selectivo. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-25.

Torres, L. (2014). El sujeto y la estética corporal en la sociedad contemporánea (algunas relaciones teóricas con el capitalismo y plus de gozar). *Psicogente*, 17(31), 155-

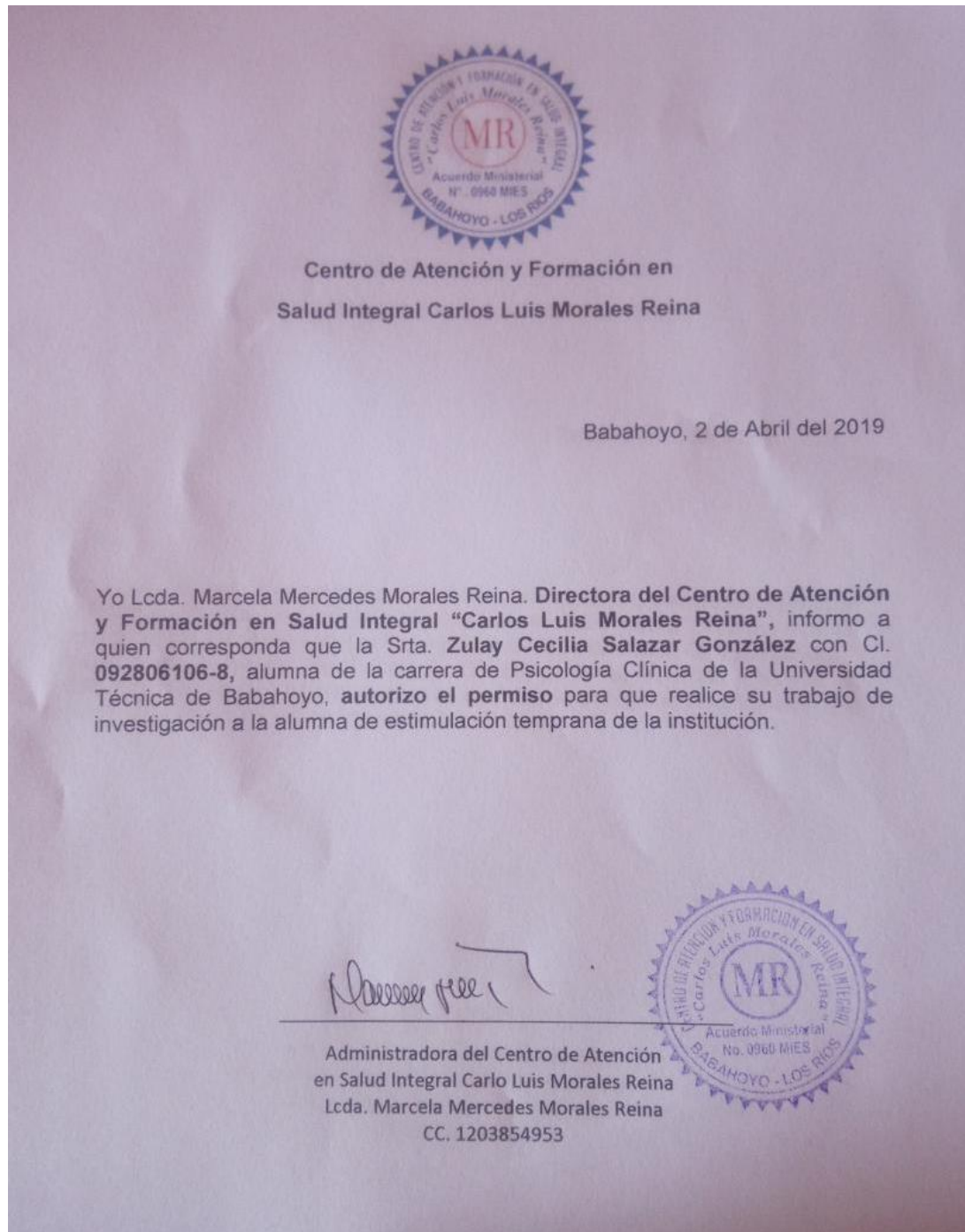
162. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v17n31/v17n31a11.pdf>

UNICEF. (2005). *Estado mundial de la infancia 2005. La infancia amezada*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/sowc05/owc05_sp.pdf

ANEXOS

Anexo. Certificado con la correspondencia de la institución.

Imagen 1.



Descripción: La Autorización del permiso para que realice el trabajo de investigación de caso de la alumna con el tema antes mencionado de la institución.

Autora: Zulay Salazar González

Imagen 2.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 25/4/2019
HORA: 14:13

FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: MANCHENO PAREDES LENIN PATRICIO
ESTUDIANTE: SALAZAR GONZALEZ ZULAY CECILIA
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: EXAMEN COMPLEXIVO
FASE DE MODALIDAD: FASE PRACTICA
PROYECTO DE TITULACIÓN: MUTISMO SELECTIVO Y SU REPERCUSIÓN PSICOAFECTIVA EN UN NIÑO

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

MUTISMO SELECTIVO Y SU REPERCUSIÓN PSICOAFECTIVA EN UN NIÑO					
FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
FASE PRACTICA	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INTRODUCCIÓN	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONCLUSIONES					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONCLUSIONES	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

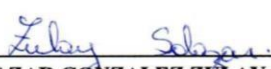
BIBLIOGRAFIA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
BIBLIOGRAFIA	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANEXOS	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

DESARROLLO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
DESARROLLO	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

TRABAJO FINAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TRABAJO FINAL	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO


MANCHENO PAREDES LENIN PATRICIO
DOCENTE TUTOR


SALAZAR GONZALEZ ZULAY CECILIA
ESTUDIANTE

Descripción: Información del proyecto de titulación.

Autora: Zulay Salazar González

Anexo. Tutoría con el Docente Tutor

Imagen 3. Orientación de parte del Tutor Dr. Lenin Mancheno Paredes. Mg



Descripción: Análisis y determinación de pautas para el desarrollo de caso de estudio.

Anexo. Entrevista Clínica Y aplicación de Test

Imagen 4.



Imagen 5.



Descripción: Aplicación de test psicológico.

Descripción: Aplicación de Terapia de Juego

Imagen 6.



Descripción: Aplicación de Terapia desensibilización.

Anexo. Modelo de Historia Clínica

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA JURIDICA, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Historia clínica

I. IDENTIFICACIÓN (I):

Nombre	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Establecimiento educacional	
Con quien vive	
Domicilio / Teléfono	

GENOGRAMA/MAPA

--

II. MOTIVO DE CONSULTA (M):

Motivo de consulta latente:

¿QUÉ HAN TRATADO DE HACER para solucionarlo? - ¿QUÉ ESPERAN conseguir?

3.1. Historia del niño (Antecedentes obstétricos, de recién nacido, sociales y familiares) Embarazo:

<p>¿Fue un hijo deseado?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p>	
<p>Reacción emocional de los padres al momento de saber del embarazo y durante el período de gestación.</p>	
<p>¿Embarazo normal?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p>	
<p>Número de embarazos</p>	

<p>Problemas de salud de la madre.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>SI NO</p>	
--	--

Parto:

<p>¿Parto Normal?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
---	--

<p>Problemas de salud del recién nacido.</p> <p>SI NO</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	
--	--

Tipo de lactancia recibida:

<p>¿En qué momento le daba pecho, en la cuna o en sus brazos?, ¿cómo lo hacía?, ¿le daba pecho para acallar el llanto del BEBE?</p>
<p>¿Hasta cuándo tomo pecho?, ¿cuándo se produjo el destete y en qué condiciones?</p>
<p>¿Desde qué momento comenzó a darle manadera?</p>

¿Cómo aceptó el bebé el cambio de alimentos?
¿Cómo era el contacto madre – hijo? (relación de dependencia e independencia entre madre e hijo)
¿Con quién duerme el niño? (descripción del dormitorio del niño, necesidad de la presencia de alguien para conciliar el sueño)

III. EVOLUCIÓN (E):

3.2. Área Social: Problemas de integración con pares, actitud pasiva o agresiva, etc.

3.3. Área escolar

<p>Repitencia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p>	
---	--

<p>Dificultades de aprendizaje</p> <p>(dislexia, disgrafía, discalculia, audición, hipoacusia, vista, déficit atencional, otros)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Dificultades con el profesor</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Dificultades de adaptación escolar</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Dificultad para relacionarse con pares</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	

3.4. Área Familiar

3.5. Área Personal: ¿Qué tan contento está el niño de sí mismo? (Imagen de sí mismo).

--

Socialización del niño:

<p>¿Ha tenido ausencia real o psicológica del padre en la historia evolutiva del niño?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p>	
<p>¿Hay presencia de traumas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p>	
<p>¿Hay antecedentes de trastornos de conducta en los primeros años?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Hay antecedentes de enfermedades importantes?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Hay antecedentes de golpes o caídas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p>	

<p>¿Hay antecedentes de operaciones (causas)?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Hay evidencia de convulsiones?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p>	
<p>¿Cuáles fueron los motivos de llevar al niño al jardín infantil?</p>	
<p>Relación con pares (con quiénes se relaciona, de qué edad son, de qué sexo de preferencia, de qué hablan, etc)</p>	
<p>Situación escolar (con quiénes se relaciona, de qué edad son, de qué sexo de preferencia, de qué hablan, rendimiento, etc)</p>	

Relaciones familiares (calidad de la relación, con quienes fuera del núcleo, características, frecuencia, actividades, otros)

IV. DIAGNOSTICO (D):

4.3. Diagnóstico Psicológico:

1.
2.
3.

Anexo. Guía de Desarrollo de Observación para niños.

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA NIÑOS	Buena	Mala	Regular
Desarrollo motor			
Tiene una gran soltura al subir y bajar. Buen equilibrio en todos sus movimientos			
salta con los pies juntos			
Sabe recibir y devolver la pelota			
Se para en un solo pie con ayuda			
Desarrollo cognoscitivo			

Tiene incipientes nociones de tiempo y espacio			
Arma torres de seis o siete cubos y alinea más de 20.			
Reconoce la mayoría de las partes de su cuerpo.			
Concibe los objetos como fuentes de acciones.			
Desarrollo del lenguaje			
Avanza y consolida la comprensión del lenguaje			
Se llama así mismo correctamente por su nombre			
Dice frases de tres o cuatro palabras.			
Comienza a usar posesivos y pronombres			
Desarrollo socio afectivo			
Come por sí solo. Establece fácilmente relaciones con personas extrañas a él.			
Continúa la contradicción entre ser independiente y dependiente.			
Puede iniciar el control de los esfínteres rectales			

Anexo. Test Escala de Ansiedad de Hamilton.

Escala de Ansiedad de Hamilton			
Nombre del paciente: _____			
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____			
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje 1
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje 2
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	

	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
			1
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
			0
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	

	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
			0
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
			0
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (muscular)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		Puntaje
			0
	0	No se encuentran presentes	

es)	1	Presencia dudosa	
-----	---	------------------	--

	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
			0
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
			0
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa.		Puntaje
			3
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	

	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
			0
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
			0
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13 Síntomas	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje

autonómicos			0
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14 Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
			3
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.		
TOTAL DE NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE			10

La puntuación total va de 0 a 52	
No ansiedad: 0-7	
Ansiedad ligera/menor: 8-13	✓
Ansiedad moderada: 14-18	
Ansiedad severa: 19-22	