



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**“PLAN TERAPEUTICO PARA ELIMINAR EL MUTISMO SELECTIVO EN UNA NIÑA DE
NUEVE AÑOS”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLÍNICA Y TERAPEUTICA

AUTORA: María Isabel García Ampudia

DIRECTOR: Dr. Juan Aguilera

Cuenca, Ecuador

2010

DEDICATORIA

El presente trabajo de graduación va dirigido a todos aquellos niños, quienes al encontrarse en un mundo al que todavía no comprenden, buscan y encuentran diferentes maneras para intentar de adaptarse a él.

Niños que por lo general no tienen bases sólidas para desarrollar una fuerte estructura de personalidad que les permita sobrellevar los problemas que se les pueda presentar dentro de ese pequeño mundo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, quien en los momentos más críticos nunca me dejó desfallecer, mucho menos rendirme.

A mis padres quienes siempre han sido mis pilares, mi ejemplo y quienes siempre me han dado fuerzas para seguir recorriendo el camino hacia este objetivo.

Y a todas las personas que de una u otra manera han sido un apoyo tanto en mi vida estudiantil como en la personal; ya que sin ellas tampoco hubiese podido llegar a esta meta.

RESUMEN

En el presente trabajo no monográfico expondremos una propuesta de tratamiento en el caso de una niña con Mutismo Selectivo.

Para esto se realizará la investigación de diferentes teorías y técnicas, y se escogerán las más adecuadas tomando en cuenta las diferentes áreas en donde se esta desarrollando la paciente: familiar, social y personal.

Las técnicas a utilizarse tienen que ver con las terapias cognitivo conductual y conductual, y son: economía de fichas, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y auto modelado filmado y trucado.

ABSTRACT

The problem to be dealt with is Selective Mutism in a behavioral disorder characterized by the impossibility of speaking when faced with different specific social situations, or in front of people who are not intimately involved with the person while being perfectly capable of normal speech otherwise. There are different treatment techniques that can help to resolve this problem.

We are biopsychosocial beings and due to this, in the specific case to be treated, a therapeutic plan has been structured which includes the areas in which develop the patient.

The techniques to be used are related to behavioral and behavioral cognitive therapies and are; token economy, social skills training, cognitive and filmed and edited self modeled restructuring.



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Gabriela Astorveda', written over a horizontal line.

Índice de Contenidos

Agradecimientos	i
Índice de contenidos	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Introducción	1
Capítulo 1: Mutismo Selectivo	2
1.1 Conceptos	3
1.2 Clasificación	4
1.3 Factores Predisponentes	6
1.3.1 Factores Familiares	7
1.3.2 Factores Personales	7
1.4 Criterios Diagnósticos	7
1.4.1 Factores Característicos	9
1.4.1.1 Factores Escolares	9
1.4.1.2 Factores Familiares	10
1.4.1.3 Factores Personales	10
1.5 Diagnósticos Diferenciales	10
1.5.1 Mutismo Selectivo y Trastornos del Habla	10
1.5.2 Mutismo Selectivo y Autismo	11
1.5.3 Mutismo Selectivo y Fobia Social	11
1.6 Desarrollo del Lenguaje	11
1.6.1 Lenguaje Egocéntrico	12
1.6.1.1 Repetición o Ecolalia	12
1.6.1.2 El Monólogo	12
1.6.1.3 Monólogo Colectivo	12
1.6.2 Lenguaje Socializado	13
1.6.2.1 Información Adaptada	13
1.6.2.2 La Crítica y La Burla	13
1.6.2.3 Las Órdenes	13
1.6.2.4 Las Preguntas	13
1.6.2.5 Las Respuestas	14
1.6.3 Etapas Del Lenguaje Según Piaget	14
1.6.3.1 Etapa Sensorio- Motora	14
1.6.3.2 Etapa Preoperativa	14
1.6.3.3 Etapa de Operaciones Concretas	15
1.6.3.4 Etapa de Operaciones Formales	15
1.7 Tipos de Tratamiento para el Mutismo Selectivo	15
1.7.1 Entrenamiento en Habilidades Sociales	16
1.7.1.1 Objetivos	16
1.7.1.2 Componentes	16
1.7.1.2.1 Modelamiento	16
1.7.1.2.2 Representación de Papeles	17
1.7.1.2.3 Retroalimentación	17
1.7.1.2.4 Generalización	17
1.7.2 Auto Modelado Filmado y Trucado	18

1.7.3 Reestructuración Cognitiva	18
1.7.4 Economía de Fichas	20
1.8 Conclusiones	22

Capítulo 2: Historia Clínica y Diagnóstico 23

2.1 Historia Clínica	23
2.2 Tipo de Diagnóstico Aplicable	25
2.3 Aspectos para Establecer el Diagnóstico	26
2.3.1 Según el DSM IV-TR	26
2.3.2 Escala de Evaluación Global	27
2.4 Criterios Diagnósticos y Reactivos Aplicados para el Mutismo Selectivo	28
2.4.1 Test de la Familia	28
2.4.2 H.T.P	29
2.4.3 Test Persona Bajo la Lluvia	29
2.5 Test Aplicados	31
2.5.1 Persona Bajo la Lluvia	31
2.5.2 H.T.P	32
2.5.2.1 Casa	32
2.5.2.2 Cuestionario	33
2.5.2.3 Árbol	34
2.5.2.4 Cuestionario	35
2.5.2.5 Persona	36
2.5.2.6 Cuestionario	37
2.5.3 Test de la Familia	38
2.6 Conclusiones.....	39

Capítulo 3: Estrategias y Recursos 40

3.1 Terapia Conductual y Terapia Cognitiva	40
3.1.1 Terapia Conductual	40
3.1.1.1 Condicionamiento Operante	40
3.1.2 Terapia Cognitiva	41
3.2 Técnicas para eliminar el Mutismo	42
3.2.1 Entrenamiento en Habilidades Sociales	42
3.2.1.1 Componentes No- Verbales	43
3.2.1.1.1 La Mirada	43
3.2.1.1.2 La Expresión Facial	43
3.2.1.1.3 La Sonrisa	43
3.2.1.1.4 Los Gestos	43
3.2.1.1.5 La Postura	44
3.2.1.1.6 La Distancia	44
3.2.1.1.7 La Apariencia Personal	44
3.2.1.2 Componentes Paralingüísticos	45
3.2.1.2.1 Volumen de la Voz	45
3.2.1.2.2 La Entonación	45
3.2.1.2.3 La Fluidez	45
3.2.1.2.4 La Claridad	45
3.2.1.2.5 La Velocidad.....	45

3.2.1.2.6 El Tiempo de Habla.....	46
3.2.1.3 Componente Verbal	46
3.2.1.3.1 El contenido	40
3.2.2 Entrenamiento en Habilidades Sociales según Lange	47
3.2.2.1 Primera Etapa	47
3.2.2.2 Segunda Etapa	47
3.2.2.3 Tercera Etapa	47
3.2.2.4 Cuarta Etapa	47
3.2.2.4.1 Modelamiento	48
3.2.2.4.2 Representación de Papeles	48
3.2.2.4.3 Retroalimentación	49
3.2.2.4.4 Generalización	50
3.2.3 Reestructuración Cognitiva	50
3.2.3.1 Identificación de Pensamientos Automáticos	50
3.2.3.1.1 Pensamientos Adaptativos	51
3.2.3.1.2 Pensamientos Neutros	51
3.2.3.1.3 Pensamientos no Adaptativos	51
3.2.3.2 Evaluación y Análisis de Pensamientos	51
3.2.3.3 Búsqueda de Pensamientos Alternativos	52
3.2.4 Economía de Fichas	53
3.2.4.1 Fases	53
3.2.4.1.1 Fase A	53
3.2.4.1.2 Fase B	54
3.2.4.1.3 Fase C	54
3.2.5 Automodelado Gradual Filmado y Trucado	55
3.2.5.1 Tipos de Refuerzos	56
3.2.5.1.1 Refuerzo Social	56
3.2.5.1.2 Refuerzo Material	56
3.3 Tipos de recursos que se van a Utilizar	56
3.4 Conclusiones	57
Capítulo 4: Plan de Acción	58
4.1 Cronograma de Actividades con el Paciente	58
4.1.1 Sesión 1	58
4.1.2 Sesión 2	58
4.1.3 Sesión 3	58
4.1.4 Sesión 4	59
4.1.5 Sesión 5.....	59
4.1.6 Sesión 6	59
4.1.7 Sesión 7	59
4.1.8 Sesión 8.....	59
4.1.9 Sesión 9	60
4.1.10 Sesión 10	60
4.1.11 Sesión 11	60
4.1.12 Sesión 12	60
4.1.13 Sesión 13.....	60
4.1.14 Sesión 14	60
4.1.15 Sesión 15.....	61
4.1.16 Sesión 16.....	61

4.1.17 Sesión 17	61
4.1.18 Sesión 18	61
4.1.19 Sesión 19.....	61
4.1.20 Sesión 20	62
4.1.21 Sesión 21.....	62
4.1.22 Sesión 22	62
4.2 Conclusiones	62
5: Conclusiones.....	63
6: Recomendaciones.....	64
Bibliografía	65
Anexos	68

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad existen una gran variedad de problemas y trastornos que afectan a personas de toda edad y de cualquier clase social. Lastimosamente no todas las personas tienen acceso a encontrar la asistencia adecuada para ayudarlos con este tipo de problemas. En el presente trabajo de graduación, se realizara un estudio de caso sobre una niña de clase social baja, con muy poca educación, cuyo problema no fue identificado con anterioridad.

Utilizando el manual de diagnóstico de DSM IVTR, identificamos que el problema se trataba de Mutismo Selectivo que se lo considera como un trastorno de conducta, caracterizado por la imposibilidad de hablar ante diferentes situaciones sociales específicas, o ante personas que no estén relacionadas con su medio íntimo, pero puede hablar normalmente cuando no se lo requiera. Dado que consideramos que el ser humano se desarrolla en diferentes áreas utilizamos test complementarios como complemento a entrevistas realizadas previamente con personas allegadas a la niña.

Tomando esto en cuenta, el plan de tratamiento se decidió realizarlo en las áreas social, familiar y personal de la niña.

Existen diferentes técnicas para eliminar este tipo de trastorno, pero dado el caso en particular se decidieron utilizar cuatro técnicas basadas en la Terapia Conductual y Terapia Cognitivo Conductual, cada una dirigida a una específica área que afecta al paciente.

De esta manera y con el trabajo de investigación realizado, podemos proporcionar una guía para casos futuros; también al dar nuevas técnicas, y estas al ser incorporadas a las personas involucradas, podrán generalizar en diferentes aspectos de su vida e irla aplicando de la manera más conveniente.

En el primer capítulo veremos una breve historia acerca de los conceptos de Mutismo Selectivo, así como la clasificación y una introducción a las diferentes técnicas que serán

utilizadas para el plan de tratamiento. En el segundo capítulo podremos encontrar la historia clínica realizada, también el diagnóstico y las diferentes baterías de test utilizadas. En el tercer capítulo se expondrá el tipo de estrategias y recursos aptos para la planificación del tratamiento. Finalmente en el cuarto capítulo estará el cronograma de actividades que se realizará con la paciente, sus familiares y en la escuela

CAPITULO 1: MUTISMO SELECTIVO

El Mutismo Selectivo es un trastorno muy poco común, que afecta a mayor parte a niños y niñas de todas la edades; su causa no se encuentra del todo establecida, pero existen diferentes factores que pueden ayudar a que este problema se desarrolle.

En este primer capítulo realizaremos un estudio de este trastorno y de cómo este se va desarrollando. Al avanzar con el análisis podremos encontrar las diferentes etapas del lenguaje según Jean Piaget, cómo este va evolucionando, sus diferentes etapas y así realizar un estudio de en qué etapa se podría encontrar en problema del Mutismo Selectivo.

Siguiendo la teoría de Piaget se analizarán diferentes terapias y técnicas para el posible tratamiento de la paciente con este problema; estableciendo así las pautas para estructurar un plan de tratamiento adecuado con las necesidades de la niña.

1.1. CONCEPTOS

En 1877, Kausssmaul describe por primera vez un tipo de trastorno de conducta en el cual los sujetos no podían hablar ante situaciones determinadas a pesar de tener toda la capacidad de hacerlo, es por eso que denomino a este trastorno “afasia voluntaria” enfatizando que no se trataba de ninguna lesión cerebral, sino a la inhibición voluntaria de la persona.

En 1934, Tramer denomino a este problema como “mutismo selectivo” tomando en cuenta que eran las personas quienes limitaban su comunicación oral a situaciones específicas y con personas muy intimas. (Olivares, 48)

Actualmente estas definiciones han sido rechazadas debido a que no es que la persona no quiera hablar sino porque en verdad no puede hacerlo.

Es por eso que en nuestros tiempos al Mutismo Selectivo se lo considera como un trastorno de conducta, caracterizado por la imposibilidad de hablar ante diferentes

situaciones sociales específicas, o ante personas que no estén relacionadas con su medio íntimo, pero puede hablar normalmente cuando no se lo requiera.

Otro concepto lo señala como un “Fallo persistente en el habla en situaciones muy concretas –como la escuela- pese a la capacidad para hacerlo” (Barlow, pag.500). Podemos tomar en cuenta este concepto para manifestar que esta patología puede estar ligada a un miedo o temor proveniente del lugar en donde el niño se esta desarrollando.

Según Olivares señala que es: Descenso generalizado (hasta su anulación) de la frecuencia de la ocurrencia de la conducta verbal (negativa persistente a hablar) en situaciones sociales específicas o con carácter general ante personas ajenas al ámbito íntimo (excepción hecha de algún amigo y/o familiar, generalmente la madre); todo ello sin que, por otra parte, se haya podido encontrar ningún otro problema de orden psicológico, o somático, que pudiera justificarlo. (Olivares, Rosa y Piqueras 2005)

1.2 CLASIFICACIÓN

Algunos autores tienen diferentes criterios de este trastorno por lo que se hemos decidido hacer una clasificación:

- Kolvin y Fundudis (1981) ubican el mutismo selectivo junto al mutismo de origen biológico (casos relacionados con sordera profunda, retraso mental grave o autismo infantil); pero diferenciándole del mutismo traumático (mutismo relacionado con un acontecimiento biológico o físico que le antecede).
- Kaplan y Escoll (1973) toman como criterio de agrupación la edad de aparición de la conducta problema. Así, incluyen una nueva categoría, mutismo selectivo adolescente.
- Hayden (1980) toma criterios diferentes para hacer una clasificación de una muestra de 64 sujetos:

- “Mutismo simbiótico”: (el más abundante) suele haber una constelación familiar donde el padre es la figura más periférica, tiene poca relación con el niño, sin embargo entre madre e hijo hay una relación simbiótica. La madre atiende todos los deseos del niño por el rostro, le entiende a la perfección. El niño sale beneficiado. Estos niños, fuera del contexto familiar, se muestran retraídos mientras que, con la madre se muestran opositoristas. Utilizan el mutismo como un elemento manipulador.
 - “Mutismo fóbico a su propio lenguaje: fóbicos al habla”: (el menos frecuente) son niños que tienen miedo a oír su propia voz. Cuando el niño se atreve a hablar, lo acompaña de una serie de rituales como taparse la boca, girarse, etc.
 - “Mutismo reactivo”: este tipo de mutismo aparece después de que el niño haya vivido un acontecimiento traumático.
 - Y por último, el “mutismo pasivo-agresivo” caracterizado por la voluntariedad del niño de no hablar. Estos niños instrumentalizan su silencio como una agresión, es decir, es su manera de manifestar su agresividad (al igual que ocurre en el mutismo de inicio adolescente). Suele corresponder con hogares desestructurados donde hacen responsable al niño de todos los fracasos. Fuera del contexto familiar, emiten la conducta de hablar y también tienen conductas violentas.
- La mayoría de los autores coinciden en una clasificación gradual del miedo desproporcionado a hablar, partiendo de la combinación de variables como la frecuencia de ocurrencia de dar la llamada por respuesta, personas conocidas o extrañas y lugares conocidos o extraños. (<http://www.csi->

csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_25/AMALIA_MORENO
_2.pdf)

Para que se dé el Mutismo Selectivo en el niño debe existir un miedo desproporcionado a hablar que se puede presentar de diferentes maneras:

- Aversión a hablar: el niño tiene algún tipo o modalidad de lenguaje oral en distintas situaciones de interacción social con personas ajenas a su ámbito íntimo. Le cuesta hablar, pero lo hace. En ocasiones, el volumen de su habla puede ser muy bajo e ir acompañado de una retirada de la mirada a su interlocutor (mira hacia abajo mientras habla) o reduce el tiempo de sus intervenciones con contestaciones (siempre como respuesta a preguntas del interlocutor) mediante frases cortas, palabras-frase o monosílabos, tratando de que cese la situación (si no ha podido evitar la situación) y padezca lo menos posible. Se trata de un miedo a hablar en situaciones o con personas concretas, Estos niños no suelen buscar ocasiones para hablar.
- Mutismo selectivo: la modalidad de lenguaje oral queda reducida a algunas personas del ámbito íntimo. Se utilizan modos de comunicación alternativos como gestos, movimientos de cabeza para afirmar o negar, cuchicheos al oído de su interlocutor, lenguaje escrito...
- Mutismo progresivo: la ausencia de habla se generaliza a todas las personas y a todas las situaciones. Ya ni siquiera mantienen contactos orales con las personas de su ámbito íntimo, ni hablan a su madre ni a ningún amigo. (Martínez, Mutismo Selectivo, 6)

1.3 FACTORES PRESISPONENTES

En esta investigación hemos encontrado dos tipos de factores que predisponentes para el Mutismo Selectivo, y estos son:

1.3.1 Factores Familiares:

- Estilo educativo de los padre: autoritarios, sobreprotectores, variable.
- Red social deficiente.
- Psicopatología de los padres.
- Transmisión de información errónea.

1.3.2 Factores Personales:

- Niños tímidos e inhibidos.
- Niños inseguros y tiene poca confianza en sí mismos.
- Exceso de autocrítica.
- Falta de habilidades de afrontamiento.

(www.luriapsicologia.com/Gema%20Martínez%20MUTISMO%20SELECTIVO2.pps)

1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Tomando los criterios del Manual Estadístico de Desordenes mentales (DSM-IV) para valorar a una persona con Mutismo Selectivo se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable) a pesar de hacerlo en otras situaciones
- La alteración interfiere en el rendimiento escolar o en la comunicación social.
- La duración es de un mes (no coincidiendo con el primer mes de escolarización)
- La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación como el tartamudeo, o por trastorno generalizado del desarrollo, o esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (DSM-IVTR)

En el libro de La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10), se comparten los mismos criterios diagnósticos tomados en cuenta en el DSM-IV TR, pero en este manual lo vamos a encontrar como Mutismo Selectivo.

Tomando en cuenta los aspectos que determinan el diagnóstico, podemos entender que por lo general las personas con este tipo de trastorno suelen tener problemas en las diferentes áreas de su desarrollo, lo que impide un correcto desenvolvimiento de la persona en su medio.

Los niños con Mutismo Selectivo no tienden a tomar la iniciativa para responder y si es que dan alguna respuesta, suelen demorarse, esto definitivamente es muy contraproducente para ellos porque por esta razón suelen tener bajas calificaciones y las personas tienen malas interpretaciones de las capacidades cognitivas de estos niños.

Las causas de este trastorno son todavía desconocidas pero se cree que lleva factores genéticos de ansiedad. Pero también se debe a estímulos sociales o familiares contraproducentes por los cuales ha pasado el niño.

Un niño con Mutismo Selectivo se queda totalmente estático ante dicha situación, este niño experimenta miedo e inseguridad al hablar, lo más importante es que estos niños sienten miedo de ser criticados por las personas que están ante ellos por lo tanto prefieren el silencio a atravesar la vergüenza.

Este tipo de trastornos comprenden movimientos involuntarios como sacudir la cabeza de forma espasmódica, o vocalizaciones, digamos resoplidos, que a menudo se dan en una sucesión rápida, llegan de pronto y suceden de forma muy idiosincrásica o estereotipada. (Barlow, 523)

De lo anterior podemos concluir que las características de este tipo de reacciones son típicas de la angustia, que se puede dar como una respuesta a ciertos factores implícitos

que están ocurriendo en la vida del niño. Como ejemplo podemos tomar la llegada de un hermano menor a la familia, lo cual implica una serie de compromisos para todos los miembros de esta, incluyendo al niño. Según Meierhofer en su libro Los Primeros Estadios de la Personalidad: “Ciertos niños, según parece se adaptan al principio, sin dificultad, a las nuevas circunstancias. Pero con el tiempo caen en cuenta de que el recién nacido reclama, con carácter de preferencia, la atención y las horas de su madre” (Meierhofer, 91).

Si hacemos énfasis en este ejemplo podremos darnos cuenta que esta también puede ser una causa de Mutismo Selectivo, la ansiedad de separación suele ser causante de muchos cambios en el comportamiento de un niño, mucho más cuando se siente desplazado y no querido por su madre. Esto va a llevar a que el niño adopte algunas actitudes o conductas que antes no eran muy comunes en él, y como resultado espera obtener algún beneficio, que puede ser, muy seguramente, llamar la atención del padre, y sobretodo de la madre. Como consecuencia el niño se va a sentir inseguro, si la persona a quien él más quiere ya no lo quiere, que puede esperar del resto del mundo.

El mutismo selectivo es más común en los niños/as de edades escolares y les suele provocar muchos problemas en el ámbito educativo y social, es importante señalar que también conlleva altos nivel de sufrimiento personal, así como problemas adaptativos.

Lastimosamente algunos de los principales rasgos del Mutismo Selectivo son la timidez, retraimiento social, dependencia, etc., lo que hace difícil su diagnóstico.

1.4.1 FACTORES CARACTERISTICOS

El Mutismo Selectivo esta caracterizado por tres factores importantes:

1.4.1.1 Factores Escolares:

- Expectativas negativas de los profesores y de los compañeros con relación al habla del niño.

- Acomodación del entorno a las dificultades del alumno: el alumno deja de hacer ciertas actividades académicas porque no habla.
- Disminución de situaciones en donde es necesaria la comunicación oral.

1.4.1.2 Factores Familiares

- Excesiva preocupación recibida por esta causa lo que puede provocar un reforzamiento de conducta debido a la atención que está recibiendo.
- Alto nivel de exigencia para que los niños hablen y hablen bien.
- Sobreprotección familiar, existe dependencia de los adultos sin permitir que los niños desarrollen hábitos de autonomía personal y de comportamientos responsables.

1.4.1.3 Factores Personales:

- Excesiva inhibición social, timidez y retraimiento que dificultan las relaciones interpersonales.
- Escasas habilidades comunicativas y lingüísticas que dificultan la comunicación oral.

(www.luriapsicologia.com/Gema%20Martínez%20MUTISMO%20SELECTIVO2.pps.)

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto debemos tomar en cuenta que este tipo de trastorno afecta tanto al niño como a su familia y que lastimosamente no muchas personas se pueden identificar con este tipo de trastorno, lo que impide el correcto diagnóstico y tratamiento para esta.

1.5 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Debido a que el Mutismo Selectivo es muy difícil de distinguir entre los distintos trastornos del lenguaje, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con respecto a los variados trastornos del lenguaje.

1.5.1 Mutismo Selectivo y Trastornos del Habla

El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación como un trastorno fonológico, trastorno del

lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo o tartamudeo. A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla propia de estos trastornos no se limita a una situación social específica; sino a diferentes problemas en la producción, articulación, etc., de los sonidos. (DSM IV-TR)

1.5.2 Mutismo Selectivo y Autismo

También se debe distinguir al Mutismo Selectivo del Autismo tomando en cuenta que en el Autismo la capacidad de intercomunicación es variable, la edad de aparición esta entre los 18 meses y los tres años de edad, existe variabilidad de interacción entre el niño y sus conocidos, el pronóstico es incierto y tienen un nivel de inteligencia variable. En el Mutismo Selectivo la capacidad de intercomunicación es fluida cuando el niño habla, la edad de aparición esta entre los tres a siete años, la interacción del niño con sus conocidos es estrecha, tienen un pronóstico favorable y existe un promedio de inteligencia dentro de lo normal. (Campos-Castelló J, 36 – 38.)

1.5.3 Mutismo Selectivo y Fobia Social

En relación a la Fobia Social, notaremos que casi todos los criterios diagnósticos se cumplen, la principal diferencia esta en determinar el tipo de relaciones que tiene el niño con sus familiares cercanos y si este tipo de conducta también se da en un ambiente familiar.

1.6 DESARROLLO DEL LENGUAJE

Debido a que el Mutismo Selectivo es un problema tanto de desarrollo, como del lenguaje, vamos a tomarlo como un punto importante en nuestra investigación; puesto que, según algunos los estudios de algunos autores este trastorno es un Trastorno del lenguaje.

Según Jean Piaget el lenguaje es sumamente racional y conforma una de las estructuras de la mente humana. El lenguaje es visto como un instrumento de capacidades cognitivas y afectivas del sujeto, por lo tanto el lenguaje simboliza el conocimiento que

tenga el individuo acerca del mundo. Los estudios de Piaget se basan en las funciones que tendría el lenguaje en el niño; por lo tanto las frases dichas se clasifican en dos grandes grupos: las del lenguaje egocéntrico y las del lenguaje socializado, y cada una tiene sus respectivas divisiones:

1.6.1 Lenguaje Egocéntrico: se caracteriza porque el niño no se ocupa de saber a quien habla, o si alguien lo esta escuchando, el niño no trata de ponerse a la vista de su interlocutor, solo pide un interés que puede ser aparente.

1.6.1.1 Repetición o Ecolalia: el niño repite silabas o palabra que pudo haber escuchando aunque estas no tengas gran sentido, las repite porque sí, y sin preocuparse de que estas sean dirigidas a alguien. Esta puede ser una confusión entre el yo y el no-yo, de tal manera que el niño se identifica con el objeto imitado, cree que se esta expresando de una manera propia.

1.6.1.2 El Monologo: el niño habla para sí, como si estuviera pensando en voz alta. No se dirige a nadie por lo que estas palabras carecen de acción social y se limitan a acompañar o a reemplazar una acción. Debido a esto tenemos dos consecuencias importantes: la primera es que el niño esta obligado a hablar cuando actúa, incluso cuando esta solo; y la segunda que el niño puede utilizar la palabra para producir lo que la acción no puede realizar por sí misma, creando una realidad con la palabra (fabulación), o actuando por la palabra, sin contacto con las personas ni con las cosas (lenguaje mágico).

1.6.1.3 Monologo Colectivo: cada niño asocia al otro su acción o su pensamiento momentáneo, pero sin preocuparse de que es atendido o escuchado realmente. El punto de vista del interlocutor es irrelevante, este actúa sólo como incitante, ya que se suma al placer de hablar por hablar el de monologar ante otros, ya que se supone que en el monologo colectivo todo el mundo escucha, pero solo se

dicen los pensamientos en voz alta sin ninguna pretensión de que seas prestados atención.

1.6.2 El Lenguaje Socializado: en esta etapa el niño busca con quien interactuar y quien responda a sus demandas.

1.6.2.1 La Información adaptada: el niño busca comunicar realmente su pensamiento e informa al interlocutor todo aquello que le pueda interesar y que influya en su conducta, esto puede llevar al intercambio, la discusión o la colaboración. La información está dirigida a un interlocutor en particular, el cual no va a ser cambiado, y cuando el interlocutor no comprende, el niño insiste hasta que logra ser entendido.

1.6.2.2 La crítica y la Burla: son las observaciones sobre la conducta de los demás, específicas con respecto a un interlocutor, que tienen como fin afirmar la superioridad del yo y denigrar al otro; su función más que comunicar el pensamiento es satisfacer necesidades que no son intelectuales, como la combatividad o el amor propio. Contienen por lo general, juicios de valor muy subjetivos.

1.6.2.3 Las órdenes, ruegos y amenazas: el lenguaje del niño tiene, principalmente, un fin lúdico. Por lo tanto, el intercambio intelectual representado en la información adaptada es mínimo y el resto del lenguaje socializado se ocupa, principalmente, en esta categoría.

1.6.2.4 Las Preguntas: la mayoría de las preguntas de niño a niño piden una respuesta, así que se les puede considerar dentro del lenguaje socializado, pero hay que tener cuidado con aquellas preguntas que no exigen una respuesta del otro, ya que el niño en ocasiones se responde a sí mismo; estas preguntas constituirían un monólogo.

1.6.2.5 Las respuestas: son las respuestas dadas a las preguntas propiamente dichas (con signo de interrogación) y a las órdenes, y no las respuestas dadas a lo largo de los diálogos, que corresponderían a la categoría de "información adaptada". Las respuestas no forman parte del lenguaje espontáneo del niño: bastaría que los compañeros o adultos hicieran más preguntas para que el niño respondiera más, elevando el porcentaje del lenguaje socializado. (Piaget, 76-78)

El enfoque Cognitivo del lenguaje según Piaget, tomando en cuenta desde una Posición Constructivista no dice que las estructuras de la inteligencia incluyen el desarrollo del lenguaje, y este esta basado en la interacción con el otro. Nos dice que el sujeto tiene un papel activo en el desarrollo de la inteligencia y en la construcción cognitiva, los sujetos que no interactúan no podrán desarrollar la inteligencia ni el lenguaje

1.6.3 ETAPAS DEL LENGUAJE SEGÚN PIAJET

Para Piaget las etapas del lenguaje se dividen en:

1.6.3.1 Etapa Sensorio- Motora (0-24meses)

- Es anterior al lenguaje
- Se contempla la existencia de un periodo holofrástico, e incluso al final de la misma edad por las primeras manifestaciones simbólicas.

1.6.3.2 Etapa Pre operativa (2-7años)

- Los esquemas comienzan a ser simbolizados a través de palabras (habla telegráfica)
- La última parte de esta etapa suponme el surgimiento de la socialización
- El lenguaje alcanza un grado de desarrollo notorio. Aparición de las primeras oraciones completas y uso fluido de los componentes verbales.

1.6.3.3 Etapa de Operaciones Concretas (7-11 años)

- Adquisición de reglas de adaptación social
- Se aprende que es posible transformar la realidad incluso a través del lenguaje

1.6.3.4 Etapa de Operaciones Formales (11- en adelante)

- Surgen verdaderas reflexiones intuitivas acerca del lenguaje, juicios sobre aceptabilidad de oraciones tratándose de una intuición consciente. (Rice, 43-48)

1.7 TIPOS DE TRATAMIENTO PARA EL MUTISMO SELECTIVO

Existen diversos tipos de tratamiento para este trastorno como por ejemplo:

La familia cumple un papel muy importante para el desenvolvimiento del niño, de aquí vienen todas las bases para el desarrollo del él como persona e individuo dentro de la sociedad. Dentro de este trastorno la familia por lo general es la que exige al niño a hablar ante situaciones que le causan incomodidad, lo que genera ansiedad al niño y no da la respuesta deseada. Debido a esto la familia se va creando diferentes creencias las cuales se hacen inconscientes y de esta manera el niño adquiere un estereotipo.

En la escuela el niño no se puede desarrollar de una manera adecuada debido a las inseguridades que le causa la escuela, aquí también es en donde los estereotipos del niño ya se han establecido, por lo tanto el niño al estar en las situaciones que le causan el problema se va a sentir con más inseguridad por miedo a lo que los profesores y los compañeros puedan decir o pensar de él.

Tomando en cuenta el modelo Cognitivo- Conductual de Piaget, hemos decidido utilizar la terapia correspondiente a esta teoría. Por lo que se va a utilizar un tratamiento dirigido a las diferentes áreas en donde se desarrolla la niña.

1.7.1 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

En el área personal se presenta un modelo de entrenamiento en las habilidades sociales.

1.7.1.1 OBJETIVOS:

Afectivos: consiguiendo relaciones satisfactorias con los parientes y con los demás, estableciendo amistades y relaciones amorosas.

Instrumentales: permitiendo actividades con éxito en la comunidad incluyendo comprar, vender, la utilización de instituciones sociales y prestaciones, entrevistas de trabajo y trabajar.

1.7.1.2 COMPONENTES

Los componentes para el entrenamiento de las habilidades sociales son:

- Modelamiento.
- Representación de papeles.
- Retroalimentación.
- Generalización.

1.7.1.2.1 Modelamiento: Se puede definir como un aprendizaje por medio de la imitación. El modelamiento será más efectivo cuando el modelo (es decir, la persona a imitar) aparezca como muy cualificada y con experiencia, tenga un status importante, controle las recompensas que desea el paciente, sea del mismo sexo, tenga una edad similar y pertenezca a la misma clase social, sea simpático y amable y si recibe recompensas por lo que hace. El modelamiento será mucho más efectivo cuando la situación presente las conductas a imitar con claridad y con precisión, gradualmente de menor a mayor dificultad, con las suficientes repeticiones que permitan su sobreaprendizaje, con la menor cantidad posible de detalles innecesarios y empleando diferentes modelos en lugar de uno solo. La persona que observa el modelo debe: saber que tiene que imitarlo, asumir una

actitud similar, tener simpatía o que le guste el modelo y ser recompensado por realizar las conductas observadas.

Las etapas del modelamiento son tres: Atención, Retención y Reproducción.

1.7.1.2.2 Representación de papeles: Se ha definido como una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel, es decir, se comporte de determinada manera. El éxito será más probable si la persona que representa el papel cuenta con la suficiente información sobre el contenido del papel a desempeñar y si ha prestado la atención necesaria a lo que podríamos llamar potenciadores. Estos últimos incluyen: acuerdo por parte del sujeto a participar, compromiso con la conducta u opinión que va a simular, improvisación y recompensa, aprobación o reforzamiento por llevar a cabo la representación de las conductas.

1.7.1.2.3 Retroalimentación: Este procedimiento lo podríamos definir como suministrar al sujeto adiestrado información sobre cómo ha representado el papel asignado. Se deben tener en cuenta cuestiones tales como la recompensa, el refuerzo, la crítica o el volver a repetir el aprendizaje. Debemos destacar la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación y el estímulo, ya que se ha comprobado la enorme influencia que tiene en la modificación de conducta. Salvo algunas excepciones, cuanto mayor es la cantidad de refuerzos, más se intensifican los efectos positivos

1.7.1.2.4 Generalización: El interés principal de cualquier programa de adiestramiento no es el rendimiento obtenido en el lugar donde se ha realizado, sino en la vida real.

Los cuatro procedimientos vistos para el adiestramiento de aptitudes no son efectivos por si solos. Así por ejemplo, el modelamiento funciona en el aprendizaje de conductas nuevas pero sin la suficiente práctica, los antiguos comportamientos tienden a reaparecer. La práctica o representación de papeles constituye una ayuda importante en el aprendizaje, pero se debe tener en cuenta que son las conductas correctas las que hay que practicar y

que sin un modelo anterior o una situación similar, el rendimiento del alumno casi no mejorará en relación al nivel inicial. Una vez realizado el modelamiento y la representación de papeles, las conductas recién aprendidas tienen una gran probabilidad de mantenerse, pero esto no sucederá a menos que los alumnos vivan esas conductas como experiencias recompensadas. De esta manera, señalamos la necesidad decisiva del refuerzo. La combinación de estos tres procedimientos constituye un planteamiento de adiestramiento en habilidades mucho más efectivo y con un mayor campo de aplicación. Pero un método verdaderamente eficaz también debe probarse más allá del marco estrictamente terapéutico y debe demostrar su poder, utilidad y estabilidad en la vida real de las personas. Este es el motivo de la Generalización del adiestramiento. (<http://ugt-aena.galeon.com/comunicacion.html>)

1.7.2 AUTO MODELADO FILMADO Y TRUCADO

Utilizaremos también la técnica del Auto modelado filmado y trucado, en la cual el niño será espectador de, mediante montajes realizados, ser espectador de respuestas positivas ante situaciones en las que aparentemente el no responde.

1.7.3 REESTRUCTURACION COGNITIVA

Con los padres utilizaremos la Técnica de Reestructuración cognitiva debido a las creencias que se han venido instaurando ellos sobre la conducta de su hijo y del que no va a hablar.

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

El primer paso es la Identificación de los pensamientos inadecuados, debido que Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada

situación, ya que los pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar). Esto, en general, es positivo. Sería imposible estar continuamente pendientes de los pensamientos. Aún así, cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos para poderlos modificar. Es importante identificar los pensamientos inadecuados rápidamente para evitar que nos invadan y para cortar círculos viciosos. En definitiva, evitar el efecto bola de nieve. El segundo paso es la evaluación y análisis de los pensamientos. Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos. Tipos de preguntas para analizar los pensamientos:

- Analizar hasta que punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio. El tercer paso es la búsqueda de pensamientos alternativos. El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente. Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como autoinstrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva. (McKay, 67)

1.7.3 ECONOMÍA DE FICHAS

Con los profesores se tiene previsto utilizar la Técnica de la Economía de Fichas esta una técnica específica para desarrollar conductas incipientes y también para disminuir conductas problemáticas.

En ella intervienen el reforzamiento positivo (las fichas que el alumno ganará por las respuestas deseadas) y el castigo negativo (las fichas que perderá por hacer conductas no deseadas).

La técnica consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas pequeñas fichas o tarjetitas (sellos, clips, etc.) para premiar las conductas que se desean establecer. Realizando las conductas que se determinen previamente los alumnos son recompensados con fichas que posteriormente son intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio se han acordado con el profesor.

Para utilizar correctamente el sistema de fichas, previamente y de modo conjunto (profesor y alumnos) deberán fijar claramente el valor de las fichas o puntos que se otorguen y las conductas que van a ser premiadas. Dichas conductas deben corresponder a aquellas situaciones que el profesor desee implantar en el alumno (disciplina, atención, tarea académica, etc.)

Las fichas deben tener un valor de intercambio muy claro para el alumno y referirse tanto a situaciones gratificantes que se puedan obtener (escuchar durante unos minutos una grabación preferida) como a refuerzos materiales (golosinas, lápices, etc.).

Una vez puesto en funcionamiento el sistema inicialmente se debe reforzar con fichas cada vez que ocurre la conducta deseada para motivar al alumno y lograr implementarla. Cuando la conducta ya está adquirida y mantenida, se deberá reforzar de un modo intermitente. Del mismo modo, los intercambios de fichas o puntos deben ser frecuentes en el inicio de la aplicación del programa para, posteriormente, retardar de modo gradual y

progresivo el intercambio.

(<http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/9/Usr/lujose/economia.htm>)

Cuando las conductas se vayan instaurando y consolidando paulatinamente se debe ir espaciando los intervalos de intercambio de tal modo que se produzca una deshabitación progresiva de las fichas y de los reforzadores que obtiene el alumno reemplazando los anteriores reforzadores materiales por reforzadores sociales (elogio, alabanza, sonrisa, aprobación, etc.).

1.8 CONCLUSIONES

- El Mutismo Selectivo afecta especialmente a los niños, al ser ellos una población susceptible a cualquier tipo de cambio, se los debe tomar más en cuenta y no dejar pasar cualquier tipo de anormalidad que se pueda percibir
- El lenguaje, según Piaget, constituye una parte esencial para el desarrollo de la inteligencia, por lo tanto si se da un problema en alguna de las etapas, el niño no podrá responder satisfactoriamente en la etapa siguiente.
- Existen diferentes tipos de tratamiento, lo más adecuado es realizar un análisis de cada paciente para poder estructurar uno adecuado con las diferentes necesidades de cada una de las personas. Siempre tomando en cuenta lo que ellos consideran importante

CAPITULO II: HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Todas las personas estamos expuestas a sufrir cambios en las diferentes etapas de nuestras vidas. Ante estos cambios, dependiendo de nuestra estructura de personalidad, reaccionamos de diferentes maneras, como personas adultas podremos darnos cuenta del tipo de conducta que adoptamos y en que medida nos esta ayudando o no a sobrellevar los problemas por los cuales estamos atravesando.

Pero ¿qué pasa cuando los problemas afectan a personas que aun no tienen definida su estructura base para enfrentar adversidades? ¿Qué pasa cuando factores sociales y familiares aportan a un distorsionado desarrollo de la personalidad? ¿Qué pasa cuando estas personas son niños?

En este capítulo analizaremos el caso de la paciente con Mutismo Selectivo, los diferentes contextos en los cuáles se desarrolla; también se aplicaran tests para poder establecer un diagnóstico adecuado que nos servirá de guía para el tratamiento

2.1 HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Estos datos no pueden ser revelados.

Edad: 9 años

MOTIVO DE CONSULTA: niña baja en calificaciones, es inquieta, se sale del aula, molesta a los compañeros. Al momento de responder preguntas formuladas por cualquier persona mayor delante de mucha gente la niña se queda callada, se come las uñas se mueve de un lado para el otro.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Fuente de información es directa e indirecta, por parte de la niña, de la maestra y de los padres.

ANTECEDENTES PERSONALES

Desde pequeña era tímida con otra gente, no hablaba con desconocidos. Dentro del ámbito familiar se mostraba extrovertida alegre

ANTECEDENTES FAMILIARES

No existen antecedentes familiares patológicos

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

La familia es de nivel medio bajo, los padres carecen de educación. Madre trabaja ciertas horas, viven en la casa de la suegra de la madre.

PSICOBIOGRAFÍA

Niña de seis años, estudiante de una escuela fiscal de la ciudad de Cuenca, cursa el segundo año de básica. La paciente actualmente vive con su madre que tiene una relación de unión libre desde hace dos años. Tiene tres medios hermanos, siendo la niña la segunda hija. El último hijo es de la presente relación, el señor reconoció al penúltimo hijo de la madre de la niña.

Todos viven en la casa de la pareja de la señora, compartiendo con los tres hermanos mayores. Todos aportan económicamente para los gastos de la casa.

El papá de la niña los abandonó alegando que era gente pobre y que no tenían dinero. Existe una buena relación con la actual pareja, se comprenden y él acepta a los hijos. El señor es bebedor y fumador social. Tiene una muy buena relación con la paciente, ella lo considera su padre y existe más identificación con él que con la madre. Ella es quien pone los castigos, llegando en ocasiones al maltrato físico de la niña; también es muy exigente con referencia a las cosas de la escuela, lo que molesta a la paciente. Existen problemas de la señora y la mamá de su pareja debido a que ella, en ocasiones, quiere imponer las normas a los hijos. A la familia materna no le gusta su actual relación, diciendo que ella

debería vivir en la casa de los padres con los hijos debido a que ninguno es reconocido y que nadie la va a querer así.

EXAMEN PSICOLÓGICO

No se le realizó pero se podía notar claramente que todas sus funciones estaban en orden. Se notaba timidez de su parte, pero con el tiempo tomó confianza.

ANTECEDENTES PERSONALES

El embarazo de nuestra paciente no tuvo control, la mamá trabajaba embarazada para poder pagar el parto, el cual fue normal y en un consultorio privado. La niña no lloró al nacer pero estaba despierta, y tenía un color negro. La niña gateó, camino a los dos años. Emitió sus primeras palabras al año y medio. El destete fue brusco, la mamá se puso ahí en el seno. La paciente de manera irregular en la casa, se pone mal genio, es muy desobediente, y mal criada. Su sueño es intranquilo, se orina en la cama y duerme con el hermano menor a ella. La paciente últimamente ha manifestado sentir celos del último hermano diciendo que a ella ya no la quieren y que la madre debería tratar a todos sus hijos por igual. Tiene actitudes regresivas, quiere que le pongan pañal y que le den biberón. Al despertarse no quiere ir a la escuela, alegando que los compañeros la golpean y le insultan. También dice que la profesora es mala, que le habla y que siempre le pregunta cosas que no puede.

Tomando en cuenta todos los aspectos anteriormente mencionados, vamos a establecer el diagnóstico a utilizarse con la paciente, de manera que los podamos integrar de una manera útil y eficaz para el bienestar de la paciente y de quienes la rodean.

2.2 TIPO DE DIAGNÓSTICO APLICABLE

Existen dos tipos de sistemas dominantes para clasificar la psicopatología. La primera es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV-TR). (Compas, 123).

Los dos sistemas de clasificación se basan en un diagnóstico multiaxial del paciente, esto quiere decir que se tomarán en cuenta diversos aspectos de los individuos.

El CIE-10 en su diagnóstico multiaxial cuenta con cuatro ejes principales: en el eje I se incluyen todos los trastornos clínicos que tiene el individuo, es decir, los trastornos mentales (incluyendo características o trastornos de personalidad) y enfermedades físicas. Para el eje II se propone considerar el funcionamiento del individuo o el grado de discapacidad que genera el problema del eje I; esta escala se puntúa de cero a cien, e incluye el funcionamiento global, cuidado personal, desempeño laboral, desempeño familiar y desenvolvimiento social. Para el eje III se toman en cuenta los factores ambientales que permiten contextualizar la dolencia de un sujeto en un momento en particular. En el eje IV se consideran los aspectos relacionados con la calidad de vida del paciente en relación con los factores asociados con su enfermedad. (http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r616_fm_c1.pdf)

El DSM-IV TR es el sistema de diagnóstico de mayor uso y aceptación en todo el mundo, por lo tanto nosotros tomaremos a este manual para ser aplicado en este estudio de caso. El DSM IV TR también cuenta con un sistema de diagnóstico multiaxial con cinco ejes de evaluación.

2.3 ASPECTOS IMPORTANTES PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO

2.3.1 DSM IV- TR: Los aspectos al tomarse en cuenta para establecer el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV van de acuerdo con los cinco ejes que este contiene:

- Eje I: síndromes clínicos. Trastornos que a menudo se hacen evidentes en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Eje II: Trastornos de la personalidad
- Eje III: condiciones médicas generales
- Eje IV: problemas psicosociales y ambientales.

- Eje V: evaluación global de la escala de funcionamiento (EGF). (DSM-IV TR)

2.3.2 ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

A la evaluación global de la escala de funcionamiento se la considera en los aspectos psicológicos, sociales y ocupacionales sobre un conjunto hipotético de salud-enfermedad mental. Al EGF se evalúa de una escala del cero al cien, siendo cero la puntuación más baja. Los aspectos a considerarse van de la siguiente manera:

Puntuación	Característica
91-100	Funcionamiento superior en una amplia gama de actividades. Los problemas no parecen salirse de las manos, es buscado por otros debido a sus muchas cualidades positivas. No presenta síntomas
81-90	Síntomas ausentes o mínimos, buen funcionamiento en todas la áreas, interesado y comprometido en una amplia gama de actividades, socialmente afectivo, no más que problemas o preocupaciones cotidianas
71-80	Si hay síntomas presentes, son reacciones transitorias debidas a factores estresantes psicosociales; un pequeño deterioro en el funcionamiento social, ocupacional o escolar.
61-70	Algunos síntomas leves o algunas dificultades en el funcionamiento social, ocupacional o escolar, pero por lo general el individuo función bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
51-60	Síntomas moderados o dificultad moderada en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (conflictos, crisis de angustia ocasionales, etc.)
41-50	Síntomas serios (ideación suicida, hurtos frecuentes, etc.) o cualquier deterioro grave en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (no tiene amigos, incapacidad para mantener un trabajo)
31-40	Algún deterioro en probar la realidad o la comunicación o deterioro importante en varias áreas, tales como el trabajo, la escuela, las relaciones familiares, es juicio, pensamiento o el estado de ánimo.
21-30	La conducta se ve considerablemente influida por delirios, alucinaciones o deterioro serio en la comunicación o el juicio. También incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.
11-20	Algún peligro de lastimarse o lastimar a otros o fracasos ocasionales para mantener la higiene personal mínima o la existencia de deterioro en la comunicación.
1-10	Peligro persistente de dañarse seriamente o a otros, incapacidad de mantener la higiene personal mínima o actos suicidas graves con una clara expectativa de muerte.
0	Información inadecuada

Tomando en cuenta estos aspectos podemos dar un diagnóstico en el eje V del sistema multiaxial. (Compas, 129)

2.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y REACTIVOS APLICADOS PARA EL MUTISMO SELECTIVO

- Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, por ejemplo en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo el tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (DSM IV-TR).

Nuestra paciente cumple con los cinco ítems a cumplirse, para obtener un diagnóstico multiaxial, cumpliendo con las características del DSM IV-TR, se aplicaron test proyectivos a la paciente, que serán incluidos al final de este capítulo. Estos obtuvieron los siguientes resultados.

2.4.1 Test de la Familia

Paciente con tendencia a la agresividad, bajo control del yo, rivalidad fraternal que genera sentimientos de inadecuación familiar, que también se puede comprobar porque hay una desvalorización de la paciente, podemos observar valorización de la madre, tomándola como ejemplo y quien satisface sus necesidades. También existe cierto tipo de rivalidad con el último hermano, manifiesta que quisiera se él porque todo es para él. Al parecer existe falta de comunicación en el hogar, un tipo de apego inseguro evitativo. Encontramos

actitudes regresivas lo que manifiesta que quiere estar en la época donde no existía el conflicto que esta viviendo en el presente.

2.4.2 Casa-Árbol-Persona

Casa: búsqueda de satisfacción en la fantasía, sentimientos de inadecuación y rechazo a establecer contactos íntimos. Sentimientos de rechazo con respecto al hogar, control deficiente del yo. Inaccesibilidad. Tendencias regresivas. Necesidad de gratificación inmediata. Falta de apego en el hogar.

Árbol: inadecuación frente al ambiente, búsqueda excesiva de satisfacciones que llevaron a un relativo equilibrio de la personalidad. Escaso control del yo, rumiación sobre el pasado. Actitudes agresivas y tendencias oposicionistas. Existen fuertes presiones ambientales que le causan inseguridad sobre el ambiente en que vive. Necesidad de apoyo, sentimientos de culpa.

Persona: existen estímulos visuales displacenteros, presencia de impulsos ni satisfechos que el sujeto los puede sentir en el presente, preocupación extrema acerca de la necesidad de fuerza y de poder. Sentimientos de debilidad, renuencia a establecer contactos íntimos en las relaciones psicosociales. Ambivalencia con respecto a la lucha por la autonomía o independencia. Actitudes hostiles y sobre defensivas, sentimientos de constricción y necesidad de afecto.

2.4.3 Persona bajo la lluvia

Tendencias agresivas, baja autoestima, fuertes necesidades afectivas, inseguridad con respecto al medio ambiente. Estímulos auditivos displacenteros. Fuertes presiones ambientales, al parecer de la madre, pocas o nulas defensas del yo para enfrentar al medio ambiente. Sentimientos de culpabilidad.

Como complemento tenemos las entrevistas realizadas a la niña, a los familiares y a la profesora; en las cuales podemos observar una congruencia en el diagnóstico establecido, debido a que todos coinciden en las actitudes de la paciente.

La profesora manifiesta que cuando está en el aula la niña es inquieta, que molesta a sus compañeros, el problema viene cuando alguien le realiza una pregunta dirigida especialmente a ella, delante de mucha gente, se puede observar cierta ansiedad, miedo; esto también ocurrió cuando realizamos diferentes actividades con ella.

Como resultado de los test y del diagnóstico, hemos visto conveniente, como ya lo hemos expuesto, realizar un plan terapéutico que abarque todas las áreas de desarrollo de la paciente, esto ayudara a la misma a sentirse segura no sólo en su casa, sino también en la escuela y lo mas importante con ella mismo.

Cuando nos entrevistamos con la madre nos informo que la niña en la casa es como una niña normal, que conversa con todos, es amigable y que juega con los amigos del barrio y con los hermanos, al informarle de la situación en la escuela se sorprendió, alegando que sabía que tenía malas calificaciones pero que no se imaginaba que se debía a algún problema mayor.

2.5 TEST APLICADOS

2.5.1 Persona Bajo la Lluvia

2.5.2 H.T.P

2.5.2.1 Casa

2.5.2.2 Cuestionario

2.5.2.3 Árbol

2.5.2.4 Cuestionario

2.5.2.5 Persona

2.5.2.6 Cuestionario

2.5.2.7 Test de la Familia

2.5 CONCLUSIONES

- En este capítulo podemos darnos cuenta de cómo la familia contribuye, sin saber, al desarrollo de la problemática de la niña

- Se necesita realizar un plan de psicoeducación que ayude, no sólo a los padres en cuestión, sino a muchos de ellos a concientizar sobre como su comportamiento puede afectar de diferentes maneras a sus hijos.

- La manera en que los test proyectivos pueden ayudar i no a establecer una guía sobre las falencias que tienen las personas, en este caso una niña, y de esta manera darnos pautas sobre las necesidades intrínsecas y así poder establecer un camino para estructurar el tipo de tratamiento adecuado.

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS Y RECURSOS

Tomando en cuenta que el Mutismo Selectivo es un trastorno que afecta de manera muy significativa a los niños que lo sufren, se debe realizar un estudio profundo sobre los diferentes problemas que este ocasiona, priorizando las áreas de desarrollo afectadas de la paciente.

La familia, la escuela y la misma personalidad son la clave para el desarrollo adecuado de la persona, al estar afectada una de estas áreas, las otras también sufren cambios, por lo tanto, en este caso específico el tratamiento debe ir encaminado a modificar estas tres áreas, de manera que la niña pueda resolver su problemas con bases firmes y que pueda sentirse apoyada por todas las personas que en este momento forman parte de su vida

3.1 TERAPIA CONDUCTUAL Y TERAPIA COGNITIVA

3.1.1 Terapia Conductual

La teoría conductista desde sus inicios se centra en la conducta observable, intentando hacer un estudio totalmente empírico de la misma y queriendo controlar y predecir esta conducta. Su objetivo es conseguir una conducta determinada, para lo cual analiza el modo de conseguirla. De esta teoría se plantearon dos variantes: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. El primero de ellos describe una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si sabemos plantear los estímulos adecuados, obtendremos la respuesta deseada. La segunda variante, el condicionamiento instrumental u operante persigue la consolidación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para implantar esta relación en el individuo. (<http://by111w.bay111.mail.live.com/default.aspx?rru=inbox>)

3.1.1.1 Condicionamiento Operante: El condicionamiento operante junta una conducta voluntaria con consecuencias sistemáticas. La clave del condicionamiento operante es el reforzamiento. Si un individuo realiza una conducta y esa conducta va seguida de un

reforzamiento positivo, es probable que esa conducta se repita. Un aspecto muy importante a tomar en cuenta es el tipo de programa de reforzamiento que se debe utilizar, se ha visto que, con frecuencia, una conducta es más resistente a desaparecer si se mantiene mediante un programa de reforzamiento variable o intermitente que mediante un programa de reforzamiento continuo. (Taylor, 60-61)

3.1.2 Terapia Cognitiva: La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de la competencia personal. (Beck, 13)

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Entre algunos supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva son:

- La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
- Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones.

- Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado y su futuro.
 - Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
 - Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
 - La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejora clínica.
- (Beck 14-17)

3.2 TÉCNICAS QUE SE VAN A UTILIZAR PARA ELIMINAR EL MUTISMO

Las técnicas que se van a utilizar para eliminar el mutismo selectivo, serán trabajadas conjuntamente con la familia, la maestra y con la niña; y estas técnicas son: entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y economía de fichas, finalmente utilizaremos el automodelado grabado y trucado (AGFT)

3.2.1 Entrenamiento en habilidades sociales: anteriormente establecimos que esta técnica tiene dos objetivos principales, el primero son los afectivos que pretenden conseguir relaciones satisfactorias con los parientes y con los demás; el segundo son los objetivos instrumentales.

Ante la conducta de las personas nosotros nos formamos una impresión global (llamada molar) que está formada por mini conductas específicas (llamadas moleculares). Seguidamente veremos los componentes moleculares más importantes de toda conducta interpersonal:

3.2.1.1 Componentes no verbales

3.2.1.1.1 La mirada: Se define objetivamente como "el mirar a otra persona a los ojos, o de forma más general, a la mitad superior de la cara". La mirada mutua implica que se ha establecido "contacto ocular" con otra persona. Casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas.

3.2.1.1.2 La expresión facial: Parece ser que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones. Hay 6 emociones principales y 3 áreas de la cara responsables de su expresión. Las emociones son: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco o desprecio. Las tres regiones faciales implicadas son: la frente/cejas, los ojos/párpados, la parte inferior de la cara. Una conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje. Si una persona muestra una expresión facial de miedo o de enfado mientras intenta iniciar una conversación con alguien, es probable que no tenga éxito

3.2.1.1.3 La sonrisa: Es un componente importante. Puede utilizarse como sonrisa defensiva, como gesto de pacificación. Puede servir para transmitir el hecho de que a una persona le gusta otra; puede suavizar un rechazo, comunicar una actitud amigable, y animar a los demás a que le devuelvan a uno una sonrisa.

3.2.1.1.4 Los gestos: Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Para llegar a ser un gesto, un acto tiene que ser visto por algún otro y tiene que comunicar alguna información. Los gestos son básicamente culturales y constituyen un segundo canal de comunicación; aquéllos que sean apropiados a las palabras que se dicen servirán para acentuar el mensaje añadiendo énfasis, franqueza y calor. Los movimientos desinhibidos pueden sugerir también franqueza, confianza en uno mismo (salvo que fuera

un gesto nervioso) y espontaneidad por parte del que habla.

3.2.1.1.5 La postura: La posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que se sienta la persona, como está de pie y cómo pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros. Los significados y funciones de la postura son múltiples:

- Actitudes
- Emociones
- Acompañamiento del habla

3.2.1.1.6 La distancia/el contacto físico: El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social. Dentro del contacto corporal, existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales, como miedo, actitudes interpersonales o un deseo de intimidad.

3.2.1.1.7 La apariencia personal: El desarrollo tecnológico actual permite modificar mucho el aspecto exterior de una persona. La ropa y los adornos desempeñan un papel importante en la impresión que los demás se forman de un individuo. Los componentes en los que se basan el atractivo y las percepciones del otro son el físico, la ropa, la cara, el pelo y las manos. El objeto de la modificación de la apariencia es la auto presentación ante los demás. El cambio de estilo del pelo es uno de los aspectos que más influyen en la apariencia personal. El atractivo físico puede ser un elemento importante en un primer momento, pero a la hora de establecer una relación más duradera son otros los elementos que tienen más peso.

3.2.1.2 Componentes Paralingüísticos

3.2.1.2.1 El volumen de la voz: La función más básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial. El volumen alto de voz puede indicar seguridad y dominio. Sin embargo, hablar demasiado alto (que sugiere agresividad, ira o tosquedad) puede tener también consecuencias negativas. Los cambios en el volumen de voz pueden emplearse en una conversación para enfatizar puntos. Una voz que varía poco de volumen no será muy interesante de escuchar.

3.2.1.2.2 La entonación: La entonación sirve para comunicar sentimientos y emociones. Una escasa entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza. Un tono que no varía puede ser aburrido o monótono. Se percibe a las personas como más dinámicas y extrovertidas cuando cambian la entonación de sus voces a menudo durante una conversación. Las variaciones en la entonación pueden servir también para ceder la palabra.

3.2.1.2.3 La fluidez: Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Otro tipo de perturbación incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.

3.2.1.2.4 La claridad: La claridad a la hora de hablar es importante. Si se habla arrastrando las palabras, a borbotones, con un acento o vocalización excesivos, uno se puede hacer más pesado a los demás.

3.2.1.2.5 La velocidad: Hablar lentamente puede hacer que los demás se impacienten o se aburran. Por el contrario, si se hace con demasiada rapidez, uno puede no ser entendido.

3.2.1.2.6 El tiempo de habla: Este elemento se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. El tiempo de conversación de una persona puede ser problemático por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

3.2.1.3 Componente Verbal

El contenido: El hablar se emplea para una variedad de propósitos como, por ejemplo, comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. El tema o contenido del habla puede variar en gran medida. Puede ser íntimo o impersonal, sencillo o abstracto, informal o técnico. (<http://ugt-aena.galeon.com/comunicacion.html>)

Para realizar un entrenamiento en las habilidades sociales se requiere identificar con la ayuda del paciente, las áreas en las cuales este tiene problemas. Se puede utilizar la entrevista, registro diario o la observación. El establecimiento de la naturaleza del problema es muy importante, porque el tratamiento específico que se emplee puede depender, hasta cierto punto, de la clase de conducta problema. Una vez identificado esto, el paso siguiente consiste en analizar el por qué el individuo se comporta de esta manera, la especificación de estos factores no ayudara a facilitar el camino para el empleo de los distintos procedimientos que se van a utilizar. Antes de empezar con el entrenamiento en habilidades sociales, debemos establecer con el paciente los objetivos que queremos alcanzar, además se tiene que poner énfasis en la motivación, mediante una actitud positiva y entusiasta hacia los procesos que se van a seguir. (Caballo, 188)

3.2.2 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES SEGÚN LANGE

3.2.2.1 Primera Etapa

Según el modelo propuesto por Lange, el primer paso consiste en la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. Para eso podemos utilizar la tabla de los Derechos Humanos Básicos de Bower y Bower que señalan que nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, de un sentido moral, y nos tenemos que tratar mutuamente como iguales. La premisa subyacente del Entrenamiento en Habilidades Sociales es humanista: no producir estrés innecesario en los demás y apoyar la autorrealización de cada persona.

3.2.2.2 Segunda Etapa

Una segunda etapa consiste en que el paciente entienda y aprenda a distinguir entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas; los sujetos deben tener en claro que el comportamiento asertivo es el más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse y a obtener los objetivos que se ha propuesto. Esto también nos sirve como motivación.

3.2.2.3 Tercera Etapa

Una tercera etapa abordará la reestructuración cognitiva de los modos de pensar incorrectos del paciente. El objetivo de esta técnica es ayudar al paciente a que se de cuenta de que lo que se dice a sí mismo influye mucho en sus sentimientos y en su conducta.

3.2.2.4 Cuarta Etapa

La cuarta etapa constituye en ensayo conductual de las respuestas en situaciones determinadas. (Caballo, 187-190)

Los procedimientos utilizados en esta cuarta etapa son los siguientes:

3.2.2.4.1 Modelamiento: Se puede definir como un aprendizaje por medio de la imitación. El modelamiento será más efectivo cuando el modelo (es decir, la persona a imitar) sea de agrado de la persona a quien va a imitar, de una edad similar, que tenga un estatus en la vida del paciente y que sea de admiración del resto de personas. El modelamiento será mucho más efectivo cuando la situación sea presente, las conductas a imitar estén claras y sean precisas, gradualmente vayan de menor a mayor dificultad, con las suficientes repeticiones que permitan su sobreaprendizaje, con la menor cantidad posible de detalles innecesarios y empleando diferentes modelos en lugar de uno solo. La persona que observa el modelo debe: saber que tiene que imitarlo, asumir una actitud similar, tener simpatía o que le guste el modelo y ser recompensado por realizar las conductas observadas. Las etapas del modelamiento son tres: atención, retención y reproducción.

3.2.2.4.2 Representación de papeles (Role Playing): Se ha definido como una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel, es decir, se comporte de determinada manera. El éxito será más probable si la persona que representa el papel cuenta con la suficiente información sobre el contenido del papel a desempeñar y si ha prestado la atención necesaria a lo que podríamos llamar potenciadores. Estos últimos incluyen: acuerdo por parte del sujeto a participar, compromiso con la

conducta u opinión que va a simular, improvisación y recompensa, aprobación o reforzamiento por llevar a cabo la representación de las conductas.

3.2.2.4.3 Retroalimentación: Este procedimiento lo podríamos definir como suministrar al sujeto adiestrado información sobre cómo ha representado el papel asignado. Se deben tener en cuenta cuestiones tales como la recompensa, el refuerzo, la crítica o el volver a repetir el aprendizaje. Debemos destacar la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación y el estímulo, ya que se ha comprobado la enorme influencia que tiene en la modificación de conducta. Salvo algunas excepciones, cuanto mayor es la cantidad de refuerzos, más se intensifican los efectos positivos. (ugta-ena.galeon.com/comunicacion)

Aquí también podemos incluir las tareas en casa; el éxito de la terapia no solo depende de las tareas que realice el paciente en presencia del terapeuta sino también de las tareas que realice en casa. Entre estas tareas se encuentra el registro de su nivel de ansiedad en situaciones determinadas, para lo que podemos utilizar la Escala de Unidades Subjetivas de ansiedad, las tareas para la casa constituyen un vehículo por el medio de la cual las actividades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en la vida real, es decir se generalizan a la vida diaria del paciente. También podemos utilizar un autoregistro diario en el cual puede anotar cual fue el acontecimiento, su éxito, su grado de ansiedad o las dificultades experimentadas. Este registro permite al paciente vigilar su propia conducta

y proporciona información válida al terapeuta para realizar la retroalimentación correspondiente. (Caballo, 202-204)

3.2.2.4.4 Generalización: el interés principal del entrenamiento en habilidades sociales no son los buenos resultados obtenidos en terapia, sino en la vida real. Una vez realizado el modelamiento y la representación de papeles, las conductas recién aprendidas tienen una gran probabilidad de mantenerse, pero esto no sucederá a menos que los alumnos vivan esas conductas como experiencias recompensadas. De esta manera, señalamos la necesidad decisiva del refuerzo. La combinación de estos tres procedimientos constituye un planteamiento de adiestramiento en habilidades mucho más efectivo y con un mayor campo de aplicación. Pero un método verdaderamente eficaz también debe probarse más allá del marco estrictamente terapéutico y debe demostrar su poder, utilidad y estabilidad en la vida real de las personas. (<http://ugt-aena.galeon.com/comunicacion.html>)

3.2.3 Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

Procedimiento

3.2.3.1 Identificación de pensamientos automáticos: Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada situación, ya que los

pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos. En general los pensamientos se pueden clasificar en:

3.2.3.1.1 Pensamientos adaptativos: Son objetivos, realistas, facilitan la consecución de los propósitos y originan emociones adecuadas a la situación.

3.2.3.1.2 Pensamientos neutros: No interfieren ni inciden en las emociones ni en el comportamiento ante una situación.

3.2.3.1.3 Pensamientos no adaptativos: Distorsionan la realidad o la reflejan parcialmente, dificultan la consecución de los objetivos y tienden a originar emociones no adecuadas a la situación. Estos pensamientos nos pueden llevar a extraer conclusiones generales a partir de pequeños detalles también a interpretar de mala manera algunas acciones, juzgar, etc. (McKay, 67-68)

3.2.3.2 Evaluación y análisis de los pensamientos

Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos.

- Analizar hasta que punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio.

Para esto vamos a utilizar una serie de preguntas que nos lleven a reevaluar la situación. (Ejemplos): ¿Tengo evidencias suficientes?, ¿Qué datos confirman lo que estoy

pensando?, ¿Me hace falta información?, ¿Mi interpretación es parcial?, ¿Exagero?, ¿Me responsabilizo en exceso?

Analizar las consecuencias de pensar de esta manera: utilizando siempre preguntas como estas: ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?, ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas?, ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares?, ¿En mi estado de ánimo?

Analizar qué pasaría si lo que se pensara fuese cierto: preguntando: ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?, ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?, ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?, ¿Me podrían pasar cosas más graves?, ¿Cuáles?

3.2.3.3 Búsqueda de pensamientos alternativos

El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente.

Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas: ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?, ¿Hay otras maneras de hacerlo?, ¿Cuáles?, ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?, ¿Qué me diría un amigo o un familiar?, ¿Por qué?, ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez?, ¿Qué?, ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?, ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?

Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se

dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

Estas preguntas utilizadas como un cuestionario podemos utilizarlas cada vez que se presente la conducta que lleva a que se den los pensamientos automáticos. (McKAY, 68-70)

3.2.4 Economía de Fichas

Este es un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas como refuerzo inmediato, fichas que son “respaldadas” posteriormente permitiendo que se cambien por refuerzos más valiosos. (Caballo, 330).

3.2.4.1 FASES

La economía de fichas consta de tres fases:

3.2.4.1.1 A: Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado. En esta fase se establece la ficha como refuerzo generalizado y va a remarcarse el valor que tiene como objeto de intercambio. Es preciso enseñara a las personas incluidas en el programa a dar valor a las fichas. importante que es el que se cambien las fichas por distintos reforzadores eficaces con el sujeto y no sólo por uno. A la hora de cambiar las fichas por los refuerzos es interesante remarcar explícitamente el valor de intercambio de las fichas. En estos primeros momentos el cambio de las fichas por los refuerzos ha de ser poco menos que inmediato. Estos periodos de muestreo de las fichas pueden hacerse constantes en el tiempo o bien desarrollarse sólo en determinados intervalos temporales.

3.2.4.1.2 B: Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas. Se entregan las fichas de manera contingentes a las conductas que se desee establecer o incrementar. Aunque no es necesario aclarar al sujeto el porqué se le entrega la ficha, obviamente el especificarlo de antemano en la mayoría de los casos facilita su efecto, así como el aclarar el valor de las fichas y el tipo de reforzadores que se pueden adquirir con ellas. Conviene que los pacientes tengan una copia de la lista de los reforzadores, con su valor en fichas, o puedan acceder a ellas fácilmente. Las conductas particulares objetivo de intervención han de especificarse de manera precisa y concreta, de forma que requieran el mínimo de interpretación tanto de la persona encargada de entregar la ficha como del que va a recibirla

3.2.4.1.3 C: Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas. Dado que el objetivo de un programa de economía de fichas es facilitar la aparición y consolidación de determinadas conductas, una vez que éstas se han dado y están consolidadas el paso siguiente debe consistir en poner esas conductas bajo el control de las condiciones habituales “normales” en que actúa el sujeto. Las razones por las que debe retirarse el programa son: la economía de fichas es un sistema artificial, que supone un coste de tiempo, de recursos, etc., que no se asemeja a la vida cotidiana en la que hay pocos reforzadores no naturales y no directos. Además implica un

control artificial de las conductas y puede interferir con la adquisición de la motivación intrínseca. Todas las economías de fichas incluyen un programa de desvanecimiento del sistema a medida que se van produciendo mejorías en la conducta. Esto puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo del número de fichas ganadas por medio de las conductas objetivos, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo, o por alguna combinación de estos procedimientos.
(<http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta>)

3.2.5 Automodelado Gradual Filmado y Trucado (AGFT):

El AGFT consiste en la exposición del sujeto a una jerarquía filmada de secuencias de Automodelado (previamente trucada) que progresa a lo largo de cinco fases. La confección de la videocinta se inicia con distintas grabaciones del niño en las que éste va progresando desde la pronunciación de monosílabos hasta la narración espontánea. Se procede al montaje de las escenas, a partir de las respuestas y preguntas del niño a los adultos significativos con los que convive (madre, padre, abuelo, hermanos...) y las preguntas y respuestas de las personas a las que el niño no habla. Como resultado del montaje, queda establecida una jerarquía integrada por cinco fases:

1. Contestaciones a preguntas que impliquen respuestas monosilábicas.
2. Preguntas que impliquen respuestas integradas por dos o tres palabras.
3. Preguntas que conlleven respuestas de más de tres palabras
4. Respuestas de saludo y contestaciones a preguntas de sujetos extraños.
5. Narración espontánea en respuesta a una pregunta generalizada

La exposición del niño con mutismo a su Automodelado debe realizarse siempre en el mismo lugar, a la misma hora y con la presencia de las mismas personas, procurando controlar algunos aspectos que pudieran alterar la atención del niño, como son los ruidos, las luces, el cansancio del niño.

3.2.5.1 TIPOS DE REFUERZOS

Durante la exposición, el niño recibe dos tipos de refuerzo:

3.2.5.1.1 El refuerzo social correspondiente al automodelado, el cual debe aparecer en la filmación trucada de forma contingente a la respuesta del niño.

3.2.5.1.2 Refuerzo material. Antes de la sesión de exposición al automodelado, se le dice al niño que por prestar atención a la grabación (“por estar mirando la tele”) recibirá el refuerzo material que seleccione de entre una lista previamente acordada.

(www.luriapsicologia.com/Gema%20Martínez%20MUTISMO%20SELECCIONADO2.pps.)

3.3 TIPOS DE RECURSOS QUE SE VAN A UTILIZAR

- Escala de Unidades Subjetivas de ansiedad
- Cuestionario de Asertividad de Rathus
- Sistema de creencias de Bower y Bower
- Cuestionario de preguntas diarias de McKAY
- Fichas establecidas con la Maestra
- Videos en casa y en sesión con el paciente

3.3 CONCLUSIONES

- Analizando el caso específico, se tomo en cuenta terapias y técnicas que ayudaran de una manera adecuada a la paciente en cuestión.
- El entrenamiento en habilidades sociales puede establecer la pauta principal de inicio de tratamiento, debido a que este ayuda a interactuar de una manera adecuada con las demás personas, siendo totalmente consciente de cada una de las partes de nuestro cuerpo.
- El trabajo que se realice con la familia y los profesores es esencial para que la niña pueda eliminar su problema, debido a que ellos son los pilares y el ejemplo de la paciente por lo tanto el adecuado tratamiento con ellos conforma la parte elemental del éxito del tratamiento con la niña.

CAPÍTULO IV: PLAN DE ACCIÓN

Al haber hecho un análisis de todo el problema en cuestión, hemos de realizar una propuesta de tratamiento enfocada en la eliminación total del mutismo selectivo de la paciente.

Tomando en cuenta no sólo la ayuda que podamos ofrecer a la niña sino a los padres y profesores, de esta manera, ayudaremos a resolver el problema anteriormente expuesto y también que las personas involucradas obtengan diferentes estrategias para que puedan ser utilizadas de manera conveniente en los diferentes aspectos de sus vidas para un mejor desarrollo como seres humanos

4.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CON EL PACIENTE

Sesión 1:

Objetivo: Psicoeducación a los padres y la niña. Establecimiento de objetivos

Para esta sesión se utilizará bibliografía, fotos y videos.

Sesión 2:

Objetivo: Resolver dudas sobre el tratamiento a realizarse en la escuela. Se les explicara en que consiste la técnica a utilizarse y como va a desarrollarse esta en el aula de clase. Para esto se presentará el material a utilizarse.

Sesión 3:

Objetivo: establecimiento de objetivos a alcanzar con la niña. Entrenamiento en habilidades sociales. Externalización de sentimientos.

Se utilizara a técnica de la burbuja, conjuntamente con fotos y dinámicas donde actuara de acuerdo con las fotos.

Tarea para la casa: realizara cinco minutos diarios los ejercicios practicados en la sesión.

Sesión 4: Reestructuración Cognitiva con los padres

Objetivo: iniciar un entrenamiento que le permita identificar qué tipo de pensamientos son negativos y cómo puede aprender a trabajarlos.

Utilizaremos psicoeducación sobre lo qué es la reestructuración cognitiva. El cuestionario de McKay para la ayuda de identificación, y búsqueda de pensamientos alternativos.

Tarea para la casa: utilizar el registro diario para obtener los pensamientos distorsionados con respecto su hija.

Sesión 5: Economía de Fichas: maestra y paciente

Objetivo: establecer metas a alcanzar y conductas que se quieren cambiar

Se utilizara asesoría, se establecerán cuales será las fichas. También se utilizara un calendario donde se puedan anotar los logros diarios de la niña.

Sesión 6: Reestructuración cognitiva con la paciente

Objetivo: valorización de las personas

Se utilizara la unidad de sistemas de creencias de Bower y Bower. Reflexiones sobre lo practicado en casa. Para tarea en la casa se le pedirá que siga con el ejercicio de externalización de sentimientos y un resumen sobre lo visto en esta sesión.

Sesión 7: Trabajo con los padres

Objetivo: Refuerzo

Información acerca de lo trabajado con su hija, se les proporcionara el sistema de creencias de Bower y Bower para que éste sea trabajado de igual manera en casa. La tarea en casa para ellos constituye la misma establecida en la sesión anterior.

Sesión 8: Con la maestra

Objetivo: resolver inquietudes

Se realizaran preguntas de cómo se esta avanzando en el proceso con la niña.

Sesión 9: con la niña

Objetivo: externalización de sentimientos y reforzamiento

Técnica de la burbuja, se volverán a utilizar fotos y paleógrafos.

Sesión 10: con los padres

Objetivo: Identificación de Creencias distorsionadas psicoeducación sobre la próxima técnica a utilizarse

Se utilizara el cuestionario de McKay, videos y bibliografía.

Sesión 11: con la maestra.

Objetivos: análisis de metas establecidas al principio de la terapia

Se dará asesoría, cuestionarios preestablecidos.

Sesión 12: con la niña

Objetivo: medir la ansiedad producida en ocasiones específicas y análisis de asertividad.

Se utilizara la escala de ansiedad, aplicación del test de asertividad de Rother. Se realizará el análisis de cada una de las preguntas. El trabajo en la casa consistirá que la niña utilice el test de asertividad en situaciones que se le presenten.

Sesión 13: con los padres

Objetivo: Valoración de los cambios producidos por los padres y la niña

Se utilizaran ejemplos para observar de qué manera reaccionan ellos ante estas situaciones. Se les quitara el registro diario a que los ejercicios lo realicen de manera mental.

Sesión 14: conjuntamente con los padres y la niña

Objetivo: desarrollar la empatía en cada uno de los familiares y reestructuración cognitiva con la niña.

Vamos a utilizar las técnicas de modelamiento y el role playing. Se analizan puntos positivos y puntos negativos. Como tarea se les pedirá que este ejercicio se lo realice a manera de juego en casa. Dos veces por semana.

Sesión 15: con la maestra

Objetivo: comienzo de etapa de extinción.

Se proporcionará la asesoría correspondiente al tema.

Sesión 16: con los padres

Objetivos: refuerzo, externalización de sentimientos con respecto a la terapia, indicaciones sobre la nueva técnica

Técnica de la burbuja, se utilizaran fotos, videos, y dinámicas. Información sobre como se va a realizar la nueva técnica propuesta y lo que se necesitara para la próxima sesión.

Sesión 17: con la niña

Objetivo: Refuerzo y explicación acerca de la próxima sesión

Se proporcionara asesoría, se analizara los ejercicios de la sesión anterior y de cómo los están desarrollando en el hogar. Explicación acerca de lo que se tiene preparado para la próxima sesión.

Sesión 18: con la maestra

Objetivo: resolución de inquietudes

Indicaciones acerca de cómo se irán quitando los refuerzos, que serán entregados en intervalos mas largos de tiempo.

Sesión 19: padres y paciente

Objetivo: análisis de metas alcanzadas. Técnica de auto modelado filmado

Asesoría, se utilizaran videos. Al final se darán refuerzos positivos sobre el ejercicio realizado.

Sesión 20: con la niña

Objetivo: resolución de inquietudes

Se utilizara psicoeducación conjuntamente con otros niños sobre temas de la escuela.

Sesión 21: con la maestra

Objetivo: suspensión de la técnica de Economía de Fichas.

Asesoría, utilizara fotos videos.

Sesión 22: junto con los padres y la niña

Objetivos: finalización de la terapia

Utilizaran videos acerca del auto modelado filmado, refuerzos positivos y la información necesaria para ir concluyendo la terapia.

4.2 CONCLUSIONES

- El plan de tratamiento esta estructurado específicamente para la paciente en cuestión, esto no quita la posibilidad de que sirva como guía para otros tratamientos.

- la globalización de las diferentes estrategias es muy importante para cada una de las personas involucradas debido a que pueden ser utilizadas en diferentes aspectos de la vida cotidiana de cada una de ellas.

- Como punto importante se considera a la psicoeducación como base fundamental para empezar cualquier tipo de tratamiento, ya que no se podría trabajar en algo que los pacientes desconocen, y al ser informados de una manera adecuada y clara se establecen bases sólidas encaminadas a un tratamiento satisfactorio.

5. CONCLUSIONES

- El Mutismo Selectivo es poco común, pero si no establecemos medidas de prevención adecuadas para evitarlo, este problema puede ir en aumento dando paso a que las personas que lo sufren desarrollen diferentes trastornos graves al llegar a la edad adulta.
- El apoyo que proporcione la escuela y principalmente el recibido por la familia es muy importante para la solución del problema, debido a que los niños toman a la familia como ejemplo y adoptan conductas aprendidas dentro de esta.
- Un profundo estudio del problema es la principal guía para realizar el tratamiento adecuado, sin olvidarnos de tomar en cuenta las diferentes áreas de desarrollo de la paciente.
- El éxito del tratamiento dependerá de la predisposición que tenlas las personas involucradas. También de la información que ellos posean acerca del problema en cuestión, así como del nivel cultural y de su educación.
- Existen pocos estudios realizados sobre este tema, a nivel local, por lo tanto este trabajo ayudara a futuras investigaciones y puede ser tomado como guía de tratamiento para personas con este mismo tipo de trastorno.

6. RECOMENDACIONES

- A los padres de la niña se recomienda tomar el plan de tratamiento expuesto, ya que aparte de ayudar a su hija, los ayudará a ellos mismo para aprender a solucionar diferentes tipos de problemas.
- A la escuela se recomienda realizar talleres con los padres donde se puedan abordar temas como los diferentes tipos de trastornos que pueden sufrir sus niños durante la infancia.
- También se recomienda a la escuela, intentar obtener el personal adecuado para que puedan ayudar a sus estudiantes. De esta manera se les facilite el trabajo con los estudiantes.

5. BIBLIOGRAFÍA:

- Balarezo, L- Mancheno, S. (2003). Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico. Quito
- Bijou, S.-Baer, D. (1979). Psicología del Desarrollo Infantil. V.2. Editorial Trillas. México
- Bourrat, L. (1958). La infancia irregular. Editorial Kapeluz. Buenos Aires
- Bucay, J. (2003). Camino a la autodependencia. Editorial Grijalbo Mondadori. Buenos Aires
- Caballo, Vicente, 2006, Manual de Evaluación y entrenamiento de Habilidades sociales, España, Ed siglo XXI
- Campos-Castelló J, Briceño-Cuadros S. Trastornos de la comunicación. Rev Neurol. Madrid. 2002; 35: 36 – 44.
- Cloninger, Susan, 2003, Teorías de la Personalidad, México, Pearson Education
- Compas, Bruce. Gotlib, Ian. (2003) Introducción a la psicología clínica. Interamericana editores. S.A
- DSM-IV. (1995). Editorial Massom. Barcelona
- Piaget, Jean. (1929). El juicio y el razonamiento en el niño. Madrid
- López, M. Arango, M. (2000). Educando mejores hijos Tomo III. Editorial Gamma. Bogotá
- López, M. Arango, M. (2000). El Desarrollo del Niño de 4 a 12 Años Tomo II. Editorial Gamma. Bogotá
- McKay, M., Davis M. y Fanning, P. (1987) “Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés”, Martínez-Roca, Barcelona
- Meierhofer, M. (1975). Los Primeros Estadios de la Personalidad. Editorial Herder. Barcelona

- Olivares, J. (1994). El niño con miedo a hablar. Madrid. Editorial Pirámide.
- Papalia, D-Wenkdos,S. (1997). Desarrollo Humano. Editorial D'Vinni. Colombia
- Rice, Philip, (2000). Adolescencia, Desarrollo Humano. Editorial Pearson Education. S.A
- Rogers, C. (1972). El Proceso de Convertirse en Persona. Editorial Paidós. Barcelona
- Rojas, E. (2004). La Ansiedad. Editorial Temas de hoy. Madrid
- Taylor Shelley 2007, Psicología de la salud, México interamericana editores, 6ta edición
- Valentine, C. (1966). Anormalidades en el niño normal. Ed. Paidós: Argentina

Referencias Electrónicas

- www.luriapsicologia.com/Gema%20Martínez%20MUTISMO%20SELECTIV%20O2.pps Sábado, 20 de febrero, 20:25
- <http://www.psicologiaonline.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml>. Sábado, 20 de febrero, 21:30
- <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/785/78524211.pdf> miércoles 17 de marzo 15:47
- csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_25/AMALIA_MORENO_2.pdf
- <http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/9/Usr/lujose/economia.htm>. miércoles, 31 de mayo, 16:54
- <http://by111w.bay111.mail.live.com/default.aspx?rru=inbox> lunes 12 de abril 5:10

- http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r616_fm_c1.pdf sábado 10 de abril 18: 23.

ANEXOS