

Mutismo electivo escolar: diagnóstico y estrategias de intervención

José Cambra Bueno

Psicólogo-Pedagogo

Servicio Psicopedagógico Escolar (SPE)
Costera - C. Navarrés - V. Ayora

INTRODUCCIÓN

Al intentar resumir en breve espacio toda una experiencia clínica sobre intervención en los casos de mutismo electivo escolar, se corre el riesgo de dar a entender que con seguir las pautas indicadas llegaremos por vía de generalización a la solución de cualquier caso sobre el mismo.

Ante ello quiero destacar, que aunque toda diagnosis e intervención debe fundamentarse en un análisis exhaustivo que, partiendo de datos múltiples y confluyentes y a través de la descripción, comprensión y explicación de la conducta del sujeto, nos permita una intervención de carácter predictivo, no debe, sin embargo, eliminarse la flexibilidad del terapeuta, cuya principal habilidad será la de adaptarse a las diferentes realidades cambiantes del sujeto sin olvidar el objetivo básico de su intervención.

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE MUTISMO ELECTIVO

El concepto ha estado sujeto a distintas interpretaciones:

1. Heinze, 1922; Kistler, 1927, y Rothe, 1928, acuñan el nombre de «afasia voluntaria» o «mutismo deliberado» con componentes emocionales.

2. En 1933 Waterink y Vedder distinguirán entre mutismo histérico, neurótico y psicótico.

3. En 1934 Tramer introduce el concepto de «mutismo colectivo».

4. En 1950 Weber insiste en el carácter depresivo y regresivo de la personalidad del sujeto.

5. En 1952 Misch valora el aspecto «conflicto efectivo» y la inmadurez efectiva.

6. En 1965 Elson señala que la causa central del mutismo gira en torno a la relación del niño con su madre, que por motivos diversos resulta insegura o rechazante.

7. Reed, en 1963 considerará el mutismo electivo como «una reacción psicogénica, anómala que puede ser comprendida como una conducta de evitación aprendida».

8. Launay y Schachter en 1967 establecen una relación directa entre mutismo y un «grado exagerado de timidez».

9. Hesselman en 1973 le denominará «mutismo selectivo».

En 1980 el Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-III), señalará en sus criterios diagnósticos que el rasgo fundamental del mutismo electivo será «una negativa persistente a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluido el colegio, a pesar de la capacidad de hablar y comprender el lenguaje hablado, sin etiología mental o somática».

Dos paradigmas subyacen en la diversidad de definiciones hasta ahora mencionadas, la psicodinámica y la conductual.

Es desde estas dos perspectivas de donde surgen los más destacados intentos por explicar este trastorno y, por ende, sus estrategias de tratamiento pertinentes.

Desde el paradigma psicodinámico existe una confluencia en los distintos autores en considerar el mutismo como una «respuesta neurótica» debida a factores constitucionales y ambientales (falta de seguridad, sobreprotección...) que comportarían la utilización del mutismo como una fijación, con el único objeto de disminuir el miedo y la angustia.

Launay, en esta línea, definirá al mutismo como «trastorno adquirido que conlleva la desaparición del lenguaje existente sin causa cerebral», siendo un «trastorno neurótico», un «mecanismo de defensa» contra un conflicto interior cuyas consecuencias llevarían aparejadas retraso escolar y dificultades graves en la socialización.

Desde la óptica conductual el mutismo no será más que una «respuesta aprendida», mantenida por reforzadores proporcionados por la conducta de mutismo, estableciéndose un canal constante de *feed-back* que seguirá consolidando la conducta mencionada.

Reed, citado más arriba, considera el mutismo como «una respuesta psicogénica anómala que puede ser entendida como una respuesta de evitación aprendida con multitud de factores precipitantes de tipo ansioso ante situaciones estímulares nuevas o no controladas».

Tras la aproximación conceptual del trastorno surgirá el modo del tratamiento que en el caso psicodinámico se centrará en la resolución de los mencionados «conflictos» me-

dianter terapias específicas, y en el caso del modelo conductual se valorará el control estimular que mantiene la conducta, así como el mecanismo que mantiene el mutismo (entendida como respuesta aprendida), que se mantiene por reforzadores que el sujeto aprovecha cuando «se niega a hablar» en circunstancias distintas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Revisada la bibliografía sobre el tema existe una coincidencia sobre la incidencia del mutismo selectivo en la población infantil. Menos de un 1% se ve afectada, manifestándose con frecuencia al iniciar la escolaridad (los casos aquí presentados), aunque no se descarta su aparición antes de ella, traduciéndose en un deterioro de la adaptación social y escolar del alumno.

Se hace pues necesario diferenciar el mutismo selectivo de otros mutismos específicos de etiología distinta, así como de otros trastornos específicos que podrían llevar a tratamientos erróneos del problema, debiendo por tanto distinguir entre mutismo selectivo, mutismo dentro del cuadro general de la depresión, de los trastornos específicos del habla y de las manifestaciones del autismo.

Sin otra pretensión que la de dar una visión general de las diferencias citadas anteriormente tendríamos:

Tipos de mutismo (Esquema 1).

a) Mutismo neurótico con dos manifestaciones: Total: Desaparición total, súbita o progresiva del lenguaje. Parcial: Sería el mutismo selectivo.

b) Mutismo psicótico: véase lenguaje en el psicótico.

c) Mutismo timogénico: asociado a la depresión.

d) Mutismo acinético: etiología orgánica con lesión del tronco cerebral, se manifiesta por la supresión de cualquier tentativa de expresión verbal, con ausencia de respuestas a estímulos sensoriales, sensitivos o emocionales.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

A la hora de comenzar el proceso evaluador nos encontramos con una serie de hándicaps debidos a la ausencia de verbalización de los sujetos en situaciones prueba (entrevista, test...).

Se optó, como alternativa y tras un

período de entrenamiento, por utilizar a profesor y padres como «coterapeutas», en Técnicas de Registro, observación conductual y aplicación de los subtest como componentes verbales del Macarthy, pasando al que suscribe los de tipo manipulativa, exploración psicomotriz, análisis de la producción escolar (lectura grabada por profesora, escritura, R. lógico-matemático...), así como el registro conductual en situaciones de patio y de tratamiento.

1. Proceso de Evaluación

1.1. *Recogida de datos.* El objetivo básico de este nivel consistió en recabar información suficiente que permitiese delimitar operativamente la/as conducta/as problema a través de distintas técnicas que facilitasen la toma de decisiones, al efecto seguimos los siguientes pasos:

a) Entrevista con padres. Como en toda entrevista y de forma estructurada se trataron los siguientes aspectos:

D. personales, Constelación familiar, Datos prenatales, perinatales y

postnatales, D. evolutivo especialmente centrado en evolución motora y lenguaje, Dinámica social, afectiva y comportamental (Análisis de la topografía social) y otros datos de interés.

En el caso que nos ocupa, los datos más relevantes fueron:

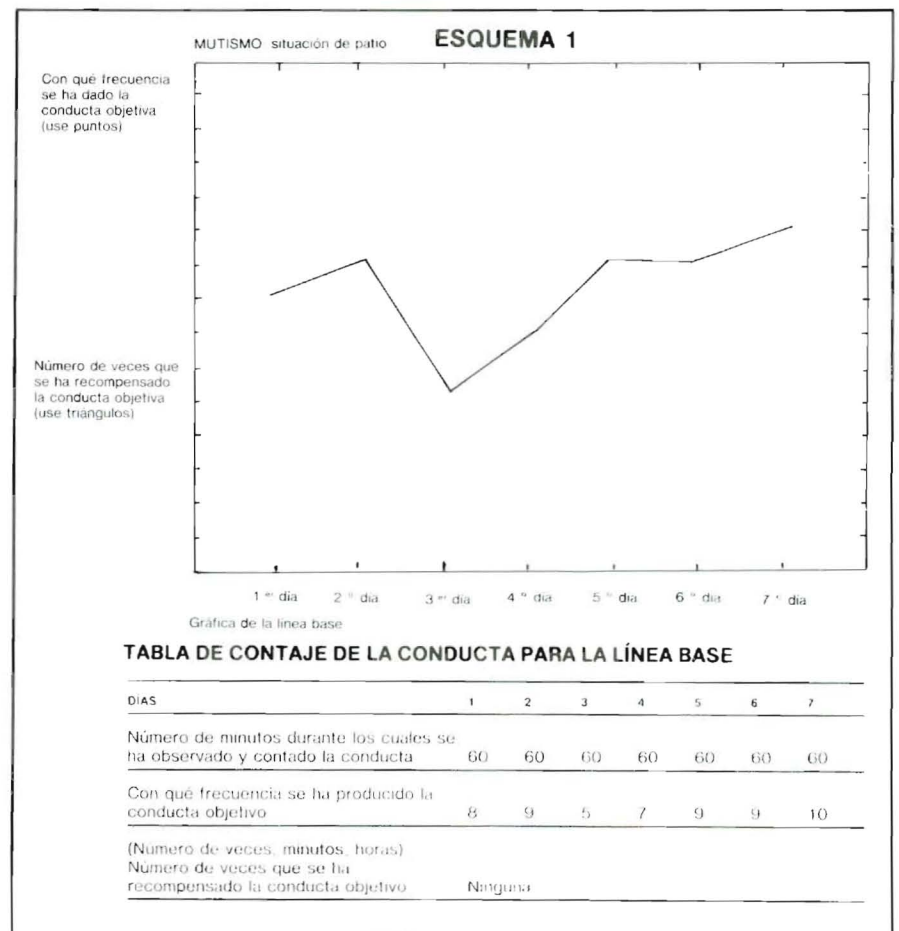
— Marcada dependencia del núcleo paterno.

— Ocupa último lugar en cuanto al número de hijos. Padres absorbentes.

— Tendencia al aislamiento, selectivo en elección de compañeros, tendente a imponer siempre su criterio.

En cuanto al resto, no se observan datos significativos de interés. (Para más información véase Modelo de Anamnesis de este Servicio.)

b) Registro conductual. Se persiguió la confección de la Línea Base con indicación de la frecuencia de aparición de la conducta problema en el marco de distintas situaciones, así como la tasa y duración. Se especifica a su vez, en cada aparición de la conducta problema: antecedentes-consecuentes y contingen-



cias aparejadas. En nuestro caso se observó lo siguiente:

c) Cuestionarios estructurados: Al objeto de analizar el patrón conductual en el ambiente familiar y escolar, completando lo observado mediante registros, se pidió al profesor y padres la cumplimentación del Cuestionario de «Desarrollo personal y social» (Véase figura 2). Del análisis comparativo entre ambos se concluyó lo siguiente:

1) Existe una coincidencia de comportamientos entre los datos aportados por el profesor y los padres. En el caso que nos ocupa serían:

— Rasgos personales: inseguridad, introversión y miedoso.

— Relación con otros: tendencia al aislamiento, indiferente ante los demás (clase y pandilla) y juegos solitarios. Dificultad en entablar contactos sociales.

2) Tras las conclusiones antes mencionadas, se entrevistó conjuntamente a padres y profesores con el propósito de aclarar y complementar cualitativamente sus respuestas al cuestionario, haciendo más útil la información recogida.

Se reforzaron las conclusiones antes recogidas, añadiendo los padres que la conducta problema solía aparecer con más frecuencia cuando el sujeto perdía el control de una situación por introducción fortuita de elementos extraños (cito textualmente: «Cuando vienen los hijos de mi hermano a casa», decía la madre; «Cuando vienen a buscarlo varios niños» afirmaba el padre).

Al objeto de evaluar los «miedos», arriba mencionados y en un intento de operativizar los mismos, se pidió a los padres la cumplimentación del «Inventario de miedos infantiles» (Pelechano, 1981-1984).

Fue cumplimentado en sesiones de entrevista individual, obteniéndose los siguientes resultados:

1) Factor racional (Área 1). Miedo a animales, se obtuvo el PC 30.

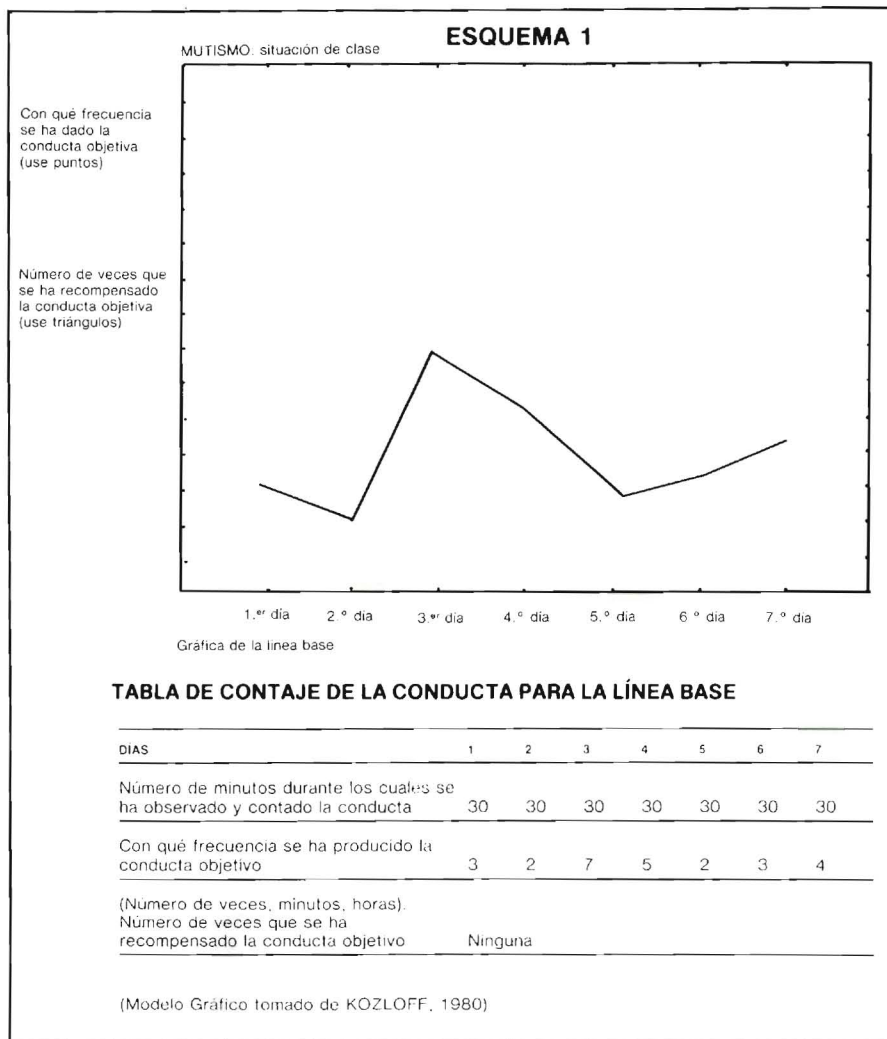
2) F. racional (Área 2). Miedo a fenómenos naturológicos o naturales. Se obtuvo el PC 0.

3) F. racional (Área 3). Miedo a daño corporal y enfermedades, se obtuvo el PC 40.

4) F. racional (Área 4). Miedo a la muerte. El PC fue de 0.

5) F. racional (Área 5). Miedo a situaciones personales hostiles y/o agresivas. Se obtuvo el percentil 90.

6) F. racional (Á. 6). Miedo a luga-



res cerrados o desconocidos. Se obtuvo el PC 80.

7) F. racional (Á. 7). Miedo a la violencia física real o imaginada, se obtuvo el PC de 40.

Los resultados arriba indicados nos estarían indicando genéricamente un temor anticipatorio a situaciones estimulares no controladas con componentes relacionales y actuaciones independientes.

Completando lo anterior, y tomando como referencia la escala de indicadores de ansiedad de Hamilton, pedimos a padres y profesores, registrasen por observación respuestas indicadoras de ansiedad en situaciones en donde aparecía la conducta problema, las comunes fueron:

Componentes representacionales o cognitivos:

- Sensación de nerviosismo.
- Recelo, irritabilidad.
- Intranquilidad.

Componentes motores:

- Inquietud motora en manos.

- Tics faciales.
- Tensión generalizada (hipertonía).

Componentes neurovegetativos:

- Sudoración palmar.
- Rubor.
- Suspiros.

d) Exploración psicopedagógica. La recogida de datos en este apartado nos fue harto difícil, se recurrió a la utilización de padres y profesor como aplicador de las pruebas indispensables para determinar:

PERFIL PSICOMOTOR

Área sensomotora:

- Esquema corporal.
- Equilibrio (estático y dinámico).

Á. perceptivomotora:

- O. espacial.
- O. temporal.

Neuromotricidad:

- Tono y movimiento.
- Lateralidad.

Intervención

LENGUAJE

E. fonoarticulatorio: funcional.
E. expresión y comprensión oral y escrita.

INTEGRACIÓN SENSOPERCEPTIVA

Percepción visual (discriminación y elaboración).
Percepción auditiva (discriminación y elaboración).

DESARROLLO COGNITIVO

Potencial intelectual CGI.
Desarrollo conceptual.

ANÁLISIS PEDAGÓGICO

Nivel académico.
Rendimiento escolar.

En el caso que nos ocupa, no aparecen problemas específicos en cada una de las áreas exploradas. Perfil psicomotor correspondiente a su EC (8 años). El CGI de la Escala de aptitudes y psicomotricidad de Macarthy es de 110, presentando un perfil homogéneo en cada una de las áreas. Del análisis de la producción escolar (a la que se recurrió por lecturas grabadas en casa, y tareas escolares), no se observa ninguna dificultad específica siguiendo el TALE.

No presenta dislalias y presenta un nivel de expresión y comprensión oral y escrita de acuerdo a su edad y nivel académico. La única excepción se presenta en la evaluación del TONO, presentando una hipertonía generalizada aun en estado de reposo.

Del ANÁLISIS de los DATOS recogidos seleccionamos las conductas a modificar (tratar), estableciendo entre ellas una interconexión:

Dependencia (núcleo paterno).
Mutismo electivo.
Hipertonía.

El diseño del plan de tratamiento iría en esa dirección

TÉCNICA UTILIZADA: planteamiento teórico

La técnica utilizada fue la de INUNDACIÓN mediante exposición «in vivo» a una JERARQUÍA graduada de situaciones en las que se combinaron dos variables: Número de personas presentes en la situación y tipo de tarea a realizar. La respuesta esperada en cada combinación también fue graduada y abarcó desde respuestas corporales (gestua-

les), manipulativas y verbales (estas últimas también graduadas).

Teóricamente se trata de una técnica rápida que no requiere habilidades cognitivas en el sujeto, ni análisis de procesos cognitivos en el terapeuta.

Entendiendo el MUTISMO electivo como una respuesta de evitación o escape a situaciones ansiógenas, la justificación teórica vendrá dada desde el Modelo Biproceso de MOWRER en los siguientes términos:

C. CLÁSICO

E. I RI
E. C. REC (resp. emoc. cond).

C. OPERANTE

EC ... REC ... CE (cond. evitación).

Y así, estímulos en principio neutros (EC), pueden evocar respuestas de ansiedad (REC) que por su asociación repetida con otros estímulos que en sí son aversivos y que producen RI de miedo.

Fig. 2.

DESARROLLO PERSONAL-SOCIAL

Nombre _____ E.C. _____

AUTONOMÍA PERSONAL	ESFÍNTERES	Enuresis <input type="checkbox"/>		
		Encopresis <input type="checkbox"/>		
		Uso adecuado del WC <input type="checkbox"/>		
		Sonarse <input type="checkbox"/>		
	ASEO PERSONAL	Lava	manos <input type="checkbox"/>	
			cara <input type="checkbox"/>	
			piernas <input type="checkbox"/>	
			dientes <input type="checkbox"/>	
	VESTIRSE	Se pone / quita	seca <input type="checkbox"/>	
			zapato <input type="checkbox"/>	
jersey <input type="checkbox"/>				
pantalón <input type="checkbox"/>				
ALIMENTACIÓN	CONCIENCIA PELIGRO	calzadora <input type="checkbox"/>		
		abrochar-desabrochar <input type="checkbox"/>		
		subir-bajar (cremallera) <input type="checkbox"/>		
		distingue derecho revés <input type="checkbox"/>		
RASGOS PERSONALES (marca sólo los rasgos más característicos)	alegre <input type="checkbox"/>	desobed <input type="checkbox"/>		
	triste <input type="checkbox"/>	«destrozón» <input type="checkbox"/>		
	apático <input type="checkbox"/>	desordenado <input type="checkbox"/>		
	creativo <input type="checkbox"/>	inseguro <input type="checkbox"/>		
	sensible <input type="checkbox"/>	introverso <input type="checkbox"/>		
	sincero <input type="checkbox"/>	extravertido <input type="checkbox"/>		
	llorón <input type="checkbox"/>	lento <input type="checkbox"/>		
	agresivo <input type="checkbox"/>	mentiroso <input type="checkbox"/>		
	«payaso» <input type="checkbox"/>	miedoso <input type="checkbox"/>		
	trabajador <input type="checkbox"/>	tranquilo <input type="checkbox"/>		
inquieta <input type="checkbox"/>	impulsivo <input type="checkbox"/>			
atenta <input type="checkbox"/>	terco <input type="checkbox"/>			
infantil <input type="checkbox"/>	sucio <input type="checkbox"/>			
obediente <input type="checkbox"/>				
HÁBITOS DE TRABAJO (Señala las conductas más caract.)	Trabaja a gusto <input type="checkbox"/>			
	Necesita llamar atención <input type="checkbox"/>			
	Se esfuerza en aprender <input type="checkbox"/>			
	Es lento <input type="checkbox"/>			
	Es rápido <input type="checkbox"/>			
	Se concentra en tarea <input type="checkbox"/>			
	Es perfeccionista <input type="checkbox"/>			
	Aseado en presentar trabajos <input type="checkbox"/>			
	Pide ayuda cuando la necesita <input type="checkbox"/>			
	Sabe trabajar en equipo <input type="checkbox"/>			
HACIA LOS COMPAÑEROS (id.)	Tiene muchos amigos <input type="checkbox"/>			
	Un solo amigo <input type="checkbox"/>			
	Siempre está solo <input type="checkbox"/>			
	Intenta integrarse en grupo <input type="checkbox"/>			
	Intenta dominar al grupo <input type="checkbox"/>			
	Compra el favor de los otros <input type="checkbox"/>			
	Ignora a los demás <input type="checkbox"/>			
	Es líder en trabajos de clase <input type="checkbox"/>			
	Es líder en el juego <input type="checkbox"/>			
	Se deja dominar <input type="checkbox"/>			
Agresivo <input type="checkbox"/>				
Molesta <input type="checkbox"/>				
COMPAÑEROS HACIA ÉL (id.)	Le aprecian <input type="checkbox"/>			
	Le esquivan <input type="checkbox"/>			
	Se burlan <input type="checkbox"/>			
	Le sobreprotegen <input type="checkbox"/>			
	Lo buscan <input type="checkbox"/>			
	Lo ignoran <input type="checkbox"/>			
	CON MAESTRO/A (id.)	Timido <input type="checkbox"/>		
		Indiferente <input type="checkbox"/>		
		Agresivo <input type="checkbox"/>		
		Llama atención <input type="checkbox"/>		
Dependiente <input type="checkbox"/>				
Cálido y afectuoso <input type="checkbox"/>				
Sensible al <input type="checkbox"/>				
ridículo <input type="checkbox"/>				
diálogo <input type="checkbox"/>				
aislamiento <input type="checkbox"/>				
alabanza <input type="checkbox"/>				
premio <input type="checkbox"/>				
JUEGO	Juega solo <input type="checkbox"/>			
	Juega <input type="checkbox"/>			
	Está integrado <input type="checkbox"/>			
	Es líder <input type="checkbox"/>			

La conducta instrumental del sujeto, «Conducta de evitación» (CE) tiende a evitar aquellos estímulos que han sido experimentados como aversivos (EC). Es esta C. de escape (mutismo) la que perpetuará la secuencia EC-REC-CE.

Las fases a seguir serán:

1) Exposición «in vivo» a las distintas situaciones jerarquizadas.

2) Controlar que no haya conducta de evitación.

3) Generalización a otras situaciones del propio ambiente (colegio, calle y casa).

TRATAMIENTO

Objetivo básico:

Eliminar mutismo electivo (situación de clase y patio) a través del transfer expresión corporal, «manipulativa» y verbalización graduada. Se jerarquizan situaciones que a través de la INUNDACIÓN y aproximaciones sucesivas (con refuerzo operante), siendo esperadas respuestas gestuales, manipulativas y verbales (graduadas).

Se trataron simultáneamente tres aspectos:

1) En el ambiente familiar se estableció plan terapéutico de modificación de conducta al objeto de eliminar las conductas «Dependientes» del sujeto.

2) En el ámbito de clase se orientó a la maestra a realizar actividades de relajación global y expresión corporal (E. dinámica), al objeto de combatir conducta Hipertónica.

3) En cuanto al tratamiento propio de INUNDACIÓN, se desarrolló como sigue:

a) Jerarquización de las distintas situaciones de menor a mayor grado de dificultad (ver cuadro 3).

A lo dicho anteriormente, habría que puntualizar lo siguiente:

— En cada ítem de la jerarquía, se combinaría cada tarea con cada variable de «N.º de personas», controlando que se dé la respuesta prevista en cada una de las combinaciones.

— Los refuerzos utilizados contingentemente a la respuesta esperada son de tipo social (lo administra el propio terapeuta, el compañero) y autoadministrado «al oír su propia voz grabada en magnetofón», o conseguir si verbaliza lo deseado.

— El paso de una situación a otra se produce en el momento el niño realiza la conducta esperada, recomendándose flexibilidad en la tempo-

CUADRO 3

a.1) Comunicación-corporal-gestual

TAREAS	N.º PERSONAS	RESPUESTA
Mirada ojos	Terapeuta	Mirada
Coger manos	T + compañero	Coger manos
Íd. manos-pies	T + T + compañero 2	Íd y pies
Cabargar	T + C + C2 + Compañero	Cabargar
Abrazar	T + C + C2 + Ca + Compañero	Abrazar
Besar	T + C + C2 + Ca + C	Besar

a.2) Verbalización en situación de clase

TAREAS	N.º PERSONAS	RESPUESTA
Repetir	Íd. anterior	Monosílabos
Nombrar	Íd.	Holofrases
Pedir	Íd.	Objetos
Identificar	Íd.	Propiedades
Describir	Íd.	Deter + Verbo
Preguntas	Íd.	D + V + Compl.

a.3) Verbalización en juegos de patio.

Íd. anterior, aplicada a la situación de Juego.

ralización de las situaciones graduadas.

— Debe recomendarse a padres y maestros la coherencia entre tratamiento directo y actitud ante situaciones propias del ambiente familiar o de clase.

En nuestro caso el número de sesiones fue de 16, observándose a través del seguimiento un aumento de las verbalizaciones en la situación de clase. Ha aumentado el número de contactos sociales del sujeto en situación de clase. Habiendo disminuido en frecuencia de aparición indicadores neurovegetativos como sudoración y motores como los tics faciales.

El presente artículo recoge el proceso diagnóstico y terapéutico de un niño de 8 años de edad, que en el momento de consulta presentaba la conducta problema durante 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

Introducción al estudio científico del autismo infantil. AQUILINO POLAINO. Ed. Alhambra, 1981.
Trastornos del habla. J. PERELLÓ y otros. Ed. Científico-Médica, 1981.
La depresión. A. POLAINO. Ed. Martínez Roca, 1985.

Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos. V. PELECHANO. Ed. Alfa Plus, 1984.

Aprendizaje y conducta en la infancia. M. A. KOZLOFF. Ed. Fontanella, 1980.

Elective mutism in children: a re-appraisal. G. F. REED. *Psychology Children, Psychiatry.* Vol. 4, 1963.

Terapéutica de conducta en la infancia. GRAZIANO. Ed. Fontanella, 1977.

Perturbaciones del lenguaje. J. PERELLÓ. Ed. Científico-Médica, 1979.

Práctica de la M. de conducta en la escuela. GRAFF. FUCHS. Ed. Panamericana.

Escalas de Evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en angustia y depresión. CONDE. Departamento Psicología médica y Psiquiatría del H. Clínico. Valladolid, 1984.

Trastornos del lenguaje, palabra y voz en el niño. LAUNAY. BOREL-MAISONNY. Ed. Toray-Masson, 1979.

La práctica de la Terapia de conducta. BARTOLOMÉ-CARROBLES-COSTA-DEL SER. Ed. Pablo del Río Editor, 1979.

«Sobre un caso de Mutismo escolar.» MARTÍNEZ GONZÁLEZ. SÁNCHEZ RISSECH. CASAS ROS. COMPANY LLUSAR. *Revista de logopedia y fonoaudiología.* N.º 1, junio 84.

Breviario DSM-III, Criterios diagnósticos. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Ed. Toran Masson, 1983.

Psicopatología infantil. THOMAS H. OLLEN-DICK. MICHAEL HERSEN. Ed. Martínez Roca, 1986.