

Educación. Mención Audición y Lenguaje

M^a Carmen Lamata Molina

Magisterio Educación Infantil/ Magisterio Educación Primaria.
Alteraciones de la voz y la articulación



ALTERACIONES DE LA VOZ Y LA ARTICULACIÓN

MUTISMO (I)

Versión	Fecha	Motivo de modificación	Elaboración	Revisión	Aprobación



GLOBAL CAMPUS
NEBRIJA



Índice	3
1. ¿Cómo estudiar el tema?	¡Error! Marcador no definido.
2. Esquema del tema	4
3. Desarrollo de contenidos: Mutismo	5
3.1. Concepto y características del mutismo	6
3.1.1. Definición	6
3.1.2. Diagnóstico diferencial	10
3.1.3. Características principales	12
3.2. Modelos explicativos	16
3.2.1. Factores que influyen en su formación y mantenimiento	20
4. Referencias bibliográficas	29
5. Bibliografía	30

Índice de figuras	3
<i>Figura 1:</i> Clasificación de mutismo infantil. Gallardo y Gallego (1993)	9
<i>Figura 2:</i> Esquema del Modelo Explicativo de Mutismo Selectivo. (Adaptado de Cortés et al, 2009: p. 6)	19
<i>Figura 3:</i> Principales variables y grupos de variables que predisponen al mutismo selectivo. (Olivares 1996)	22
<i>Figura 4:</i> Modelo explicativo de la génesis del mutismo selectivo. (Olivares 1996)	26

Índice de tablas	3
Tabla 1: Criterios Diagnósticos Mutismo Selectivo DSM-V. (APA, 2013)	9

1. ¿Cómo estudiar este tema?

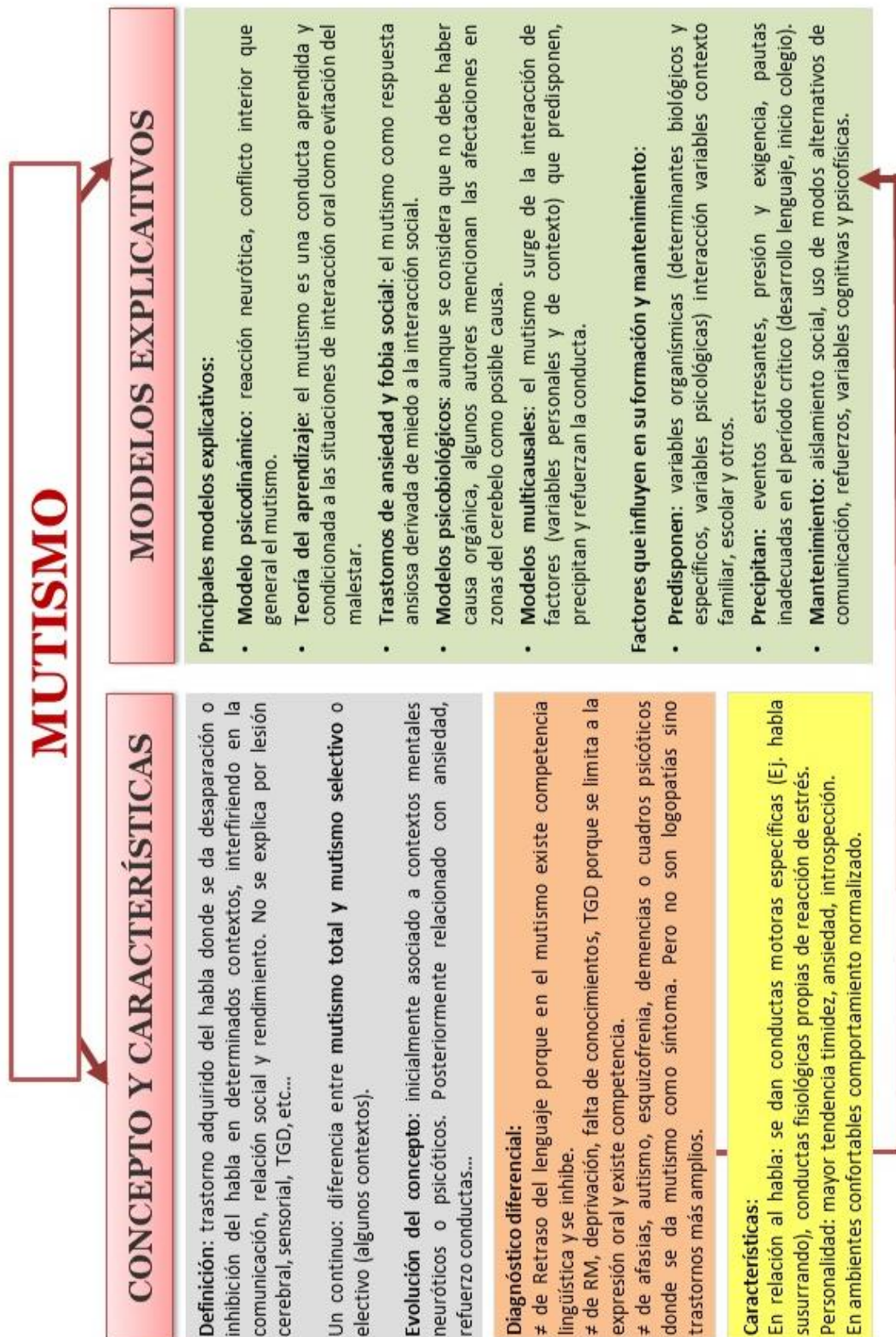
En el presente tema, como parte de las alteraciones del habla **se inicia el estudio del mutismo**. Este trastorno se caracteriza por la dificultad que presentan algunos niños para expresarse oralmente. Estos niños presentan una competencia lingüística y comunicativa adecuada a su edad pero no se muestran capaces de comunicarse verbalmente en determinados entornos, situaciones sociales y/o con determinadas personas.

En la actualidad, el mutismo se define más bien como un problema del comportamiento derivado de un trastorno de ansiedad, que un síntoma asociado a reacciones neuróticas o psicóticas. Con todo, los diferentes autores tienden a conceptualizar el trastorno como un problema multicausal que emerge de la interacción de múltiples variables personales y del contexto.

A lo largo de la unidad se presenta **el concepto y los criterios diagnósticos**, se realiza el diagnóstico diferencial con otros trastornos del lenguaje oral y se exponen los principales **modelos etiológicos y explicativos**. Con mayor profundidad se explica la génesis y desarrollo del mutismo a través de dos modelos multicausales donde se incluyen factores que predisponen, precipitan y influyen en el mantenimiento del mutismo del niño. Las pautas y orientaciones para la evaluación y la intervención a realizar en los casos de mutismo se trata en la unidad siguiente.

Para el estudio del tema se recomienda la lectura previa del esquema inicial así como la lectura comprensiva de cada uno de los apartados que se desarrollan. Las ideas más importantes se destacan en negrita. Al terminar el tema se incluyen las referencias bibliográficas de los autores que se han mencionado así como la bibliografía básica para profundizar en el conocimiento del mutismo.

2. Esquema del tema



3. Desarrollo de contenidos: Mutismo

A lo largo de la asignatura se ha abordado el estudio de diferentes trastornos del habla y de la voz. Es esta unidad se inicia el estudio de una **alteración concreta** donde el niño no habla o **limita selectivamente los intercambios orales**, en ausencia de trastorno neurológico o enfermedades identificables que lo justifiquen.

Gallardo y Gallego (1993) recogen entre los diferentes trastornos del habla y del lenguaje, el estudio de aquellas alteraciones del lenguaje oral que se caracterizan por la ausencia del mismo. Los autores describen bajo el título de “**los niños que no hablan**” varios cuadros sintomáticos entre los que destaca el mutismo. Definen al niño/a que no habla como “aquel cuyo lenguaje oral no se manifiesta a una edad en que los demás niños hablan normalmente, siendo la ausencia de lenguaje la única alteración evidenciable” (p. 266).

Launay y Borel Massony (1986) denominan **mutismo al trastorno adquirido del lenguaje donde se da una desaparición del lenguaje ya existente sin agresión cerebral** (p.283).

Perelló (1979) también compara diversas alteraciones y patologías del lenguaje con el fin de poder establecer diagnósticos adecuados y adaptar la intervención. En el caso del mutismo, es importante no confundir el trastorno con otras alteraciones lingüísticas debidas a factores etiológicos diferentes y que requieren tratamientos especializados. En este sentido, puede prestarse a confusión el hecho de que un niño que entra en la escuela no hable, pudiendo ser debido a diferentes causas (un retardo simple del lenguaje, una hipoacusia no detectada, un problema emocional, etc...). Si se da una ausencia de presentación del habla a la edad usual sin causa manifiesta, pero el niño no demuestra competencia tampoco en otros contextos, no es mutismo y es conveniente realizar una evaluación completa para determinar las causas de dicha alteración.

El mutismo se caracteriza porque el niño sí desarrolla de manera normalizada la adquisición del lenguaje oral. Posteriormente demuestra competencia sólo en algunos contextos o con determinadas personas, o en casos menos frecuentes, desaparece el lenguaje por un periodo más o menos largos, pero tras haberlo adquirido.

La detección precoz y la intervención adecuada, son fundamentales para poder superar las dificultades asociadas a los casos de mutismo. Los autores señalan que, **en el mutismo selectivo, la inhibición del habla raramente remite de forma espontánea.** Por eso es fundamental la detección, el correcto diagnóstico y el diseño de una intervención específica a las características del caso. Si no se interviene, puede prolongarse durante muchos años con consecuencias negativas para el desarrollo de la comunicación, las relaciones sociales e incluso el aprendizaje del niño.

El mutismo selectivo puede mediatizar el desarrollo afectivo-emocional y repercutir negativamente (siempre en función de su gravedad y del grado de generalización del rechazo a hablar) en el desarrollo social, personal y académico del niño. Cortés, Gallego, Marco y Gallo (2009: p. 5).

3.1. Concepto y características del mutismo

3.1.1. Definición

La definición y conceptualización del mutismo ha ido evolucionando, desde los primeros abordajes clínicos en la segunda década del s.XX hasta la actualidad.

Launay y Borel Massony (1986) mencionan el mutismo dentro de las perturbaciones del lenguaje. Los autores señalan que la **clasificación** de los casos de mutismo puede hacerse desde **dos perspectivas: el plano clínico o el plano del contexto mental**. En este sentido, diferencian entre los casos de mutismo total y mutismo parcial, así como entre un tipo de mutismo neurótico frente a el mutismo psicótico. La propia definición que aportan sitúa al mutismo como una manifestación mental, neurótica o psicótica. Destacan el hecho de que el mutismo es un trastorno adquirido, que se caracteriza por la desaparición de un lenguaje ya existente, y señalan que para definirlo resulta imprescindible determinar un contexto mental (p. 283).

En relación al **mutismo total** lo relacionan en mayor medida **con el mutismo psicótico**. En este sentido refieren el trabajo de Gordon (1921) como el primer estudio consagrado a este trastorno, donde se aborda la descripción y seguimiento de 13 casos indudablemente psicóticos que presentan mutismo total. Por otra parte, consideran que el **mutismo parcial**, se parece a las **formas puramente emocionales o histéricas** que describen algunos autores como “afasia voluntaria” o “mutismo deliberado”. Según sus estudios, es Tramer (1934) quien difunde la denominación de “mutismo electivo” para referirse a este tipo de alteración al emplearla en diversas publicaciones e incluirla en su libro sobre psiquiatría infantil.

En relación al mutismo neurótico, Launay y Borel Massony (1986) consideran que la pérdida de lenguaje oral es un **mecanismo de defensa contra un conflicto interior**, sin existir perturbación profunda de la personalidad. En la mayoría de los casos se da mutismo parcial, electivo o selectivo. Excepcionalmente puede darse algún caso de mutismo total.

En relación al mutismo psicótico, Launay y Borel Massony (1986) señalan que su estudio debe integrarse en el marco de las psicosis infantiles. La desaparición del lenguaje se inscribe en un contexto psicótico donde puede ser uno de los primeros síntomas en manifestarse. En estos casos el mutismo se asocia a **una alteración profunda del comportamiento**, generándose cuadros clínicos semejantes al autismo. Según Lanuay, de 3 a 6 años puede estar ocasionado por un incidente febril o separación temporal de su medio y, entre 6 años y la pubertad, tratarse de un problema psiquiátrico que implica incapacidad para la relación con los demás.

Progresivamente el tema del mutismo empieza a tomar relevancia en las investigaciones científicas, no ya como síntoma sino también como una perturbación específica del habla. En base a los estudios que se van sucediendo se evoluciona en la **conceptualización del mutismo**. Se presentan diversas teorías sobre su etiología y modelos dirigidos a explicar

la génesis del mismo. Así, algunos autores se centran en describir las **características de personalidad** del niño con mutismo como factores que predisponen a su desarrollo (Kretschmer 1957, Salfeld, 1950), otros estudios, abordan el trastorno como parte de respuestas neuróticas de tipo histerofóbico u obsesivo-compulsivo ante situaciones de estrés (Pustroms y Speers, 1964), también se continúan los estudios que enmarcan el mutismo como parte de un **trastorno psicótico o prepsicótico**. Algunos autores como Cambra (1988) establecen cuatro tipos de mutismo, donde además del mutismo neurótico, psicótico y tímógeno, se incluye el mutismo acinético de etiología orgánica, donde la supresión de cualquier tentativa de lenguaje oral se da por lesión en el tronco cerebral. Por otra parte, algunos autores empiezan a considerar que el mutismo como tal no es una entidad clínica, sino que más bien constituye una reacción psicogénica anormal que puede ser considerada como **un comportamiento aprendido** que depende de toda una variedad de factores precipitantes en sujetos de personalidades diferentes (Reed, 1963). De ahí, que hace sólo dos décadas, Ajuriaguerra situaba el mutismo dentro del conjunto de trastornos de etiología diversa y mal definida (Ajuriaguerra, 1996).

Hesselman (1973) denomina al trastorno “selective mutism” (“mutismo selectivo”). Bajo esta calificación queda reflejado el hecho característico del mutismo, donde el niño selecciona las personas con las que habla, así como las situaciones en las cuales emite comunicación verbal. Otros autores también emplean este término para referirse a dicho trastorno y con el tiempo, la **denominación de “mutismo electivo” o “mutismo selectivo”, se utilizan indistintamente** en la literatura. Estévez (1995) señala que la elección de uno de estos términos tiene como objeto dar a entender sobre qué o quién se pone el acento en el control del problema. Si es sobre el sujeto, entonces se califica mutismo electivo, pero si el mantenimiento del problema se supone en las consecuencias que siguen a la conducta, suele emplearse mutismo selectivo (Estévez, 1995: p.10).

Ajuriaguerra (1996), en el manual de psiquiatría infantil, encuadra el mutismo entre los trastornos de organización y desorganización del lenguaje infantil. El autor describe esta alteración del lenguaje infantil como **un trastorno adquirido** en un sujeto donde el lenguaje está ya constituido. También advierte que la alteración de la expresión oral **no se asocia a afasias, audiomudez, mudez primaria o perturbaciones orgánicas localizables** (p.330). Dentro de dicha perturbación, el autor establece dos tipos:

- **Mutismo total adquirido:** incluye el mutismo histérico y el mutismo tímogénico (que sobreviene tras un fuerte choque afectivo).
- **Mutismo electivo:** caracterizado por no aparecer sino ante determinadas personas.

Actualmente, sí se puede delimitar conceptualmente el mutismo y ubicarlo de manera diferenciada dentro de los trastornos del habla y del lenguaje. Existe acuerdo entre los autores que lo estudian tanto para definir los rasgos principales que lo caracterizan como para asumir un modelo explicativo donde se reconoce su origen multicausal. Dependiendo de la orientación de los investigadores, se encuentran **abordajes del mutismo más cercanos a problemas del lenguaje, o a cuadros de ansiedad o fobias**. Pero en todos los casos, el mutismo se considera un trastorno adquirido que se da en ausencia de deterioro cognitivo, déficit sensorial o afectación neurológica o del desarrollo y que se caracteriza por la existencia de competencia lingüística normalizada, aunque ésta no se manifieste o se limite sólo a determinados ambientes o intercambios con algunas personas.

Una definición representativa del enfoque actual es la que aportan Cortés, Gallego, Marco y Gallo (2009). Los autores describen el mutismo selectivo como la **dificultad** que presentan algunos niños y niñas para **comunicarse verbalmente** en entornos y situaciones sociales poco familiares y/o con personas poco conocidas (p.4). En esta definición se recogen dos aspectos característicos e identificativos de la concepción actual: por una parte, se considera que los niños con mutismo selectivo presentan **una competencia lingüística y comunicativa adecuada para su edad** y por otro se recoge la peculiaridad de que dicha capacidad no se manifiesta en determinados ambientes o con personas desconocidas.

En este sentido, el niño con mutismo no habla en determinados contextos, pero si es capaz de hacerlo en otros. La mayoría de los autores señalan que el niño se suele relacionar a través del lenguaje oral en su entorno familiar próximo o con determinadas personas. Pero que en otros contextos se muestra reticente, callado e incluso incapaz de hablar. De hecho, lo más **sintomático del mutismo** es justo dicha **inhibición del habla en determinados ambientes**.

Conviene advertir que, aunque es menos frecuente, el mutismo también puede manifestarse en el ámbito familiar. Ajuriaguerra (1996) denomina a esta alteración “**mutismo intrafamiliar**” y señala que puede darse a partir de los tres años como forma de oposición a las desatenciones familiares, aunque se suele manifestar a partir de los 6 años coincidiendo con la escolarización obligatoria. Este tipo de mutismo se considera un síntoma siempre asociado a un cuadro más amplio, donde suelen presentarse a su vez: inhibición motora, oposición, enuresis y/o anorexia.

Por otra parte, Gomar Herrera (2011) aclara que el mutismo selectivo como trastorno **forma parte de un continuo**. En la forma más leve se encuentran los casos donde el niño se comunica oralmente, pero lo hace de manera escueta y se observa en él una progresiva **aversión a hablar**. Los casos donde el niño selecciona las personas y las situaciones en las que habla y en las que no, ya serían propiamente **mutismo selectivo**. En los casos más graves, el niño va restringiendo progresivamente las situaciones y las personas donde se comunican a nivel oral, hasta no hablar con nadie, existe un **mutismo total**. Según la autora, el mutismo progresivo o total suele ir precedido de mutismo selectivo y/o una historia previa donde se constata una aversión a hablar muy intensa.

Olivares et al (1996) también recogen que, en muchos casos, **el niño evoluciona** desde una primera etapa en la que le resulta difícil comunicarse de manera oral e intenta acortar en lo posible la duración de la interacción oral con desconocidos (aversión a hablar), a una segunda en la que el objetivo consiste en hacer todo lo que se pueda para evitar afrontar tales situaciones (mutismo).

Balbuena y López (2013) señalan que en la delimitación operativa del mutismo selectivo se constata **un descenso hasta su anulación del habla** en situaciones sociales concretas y ante personas ajenas al ámbito íntimo. Los autores recalcan que no existen otros problemas psicológicos o somáticos que expliquen tal situación. Además, suele aparecer y relacionarse con el inicio del período escolar y puede mantenerse varios años. Por último, la alteración interfiere el rendimiento escolar, laboral o la comunicación social (p. 72).

Gallardo y Gallego (1993) diferencian la siguiente **clasificación entre los cuadros patológicos y manifestaciones de los niños que no hablan o presentan mutismo infantil** (Figura 1). En ella, se aprecia ya una diferenciación entre los casos de niños que no hablan

por un retraso de la aparición del lenguaje y los casos donde el mutismo se origina una vez adquirida cierta competencia en el lenguaje oral.



Figura 1: Clasificación de mutismo infantil. Gallardo y Gallego, (1993: p. 269).

En la actualidad, los manuales diagnósticos internacionales, reconocen el mutismo como una categoría diagnóstica propia e incluyen **criterios bien definidos para su detección**. En este sentido, la Asociación Americana de Psiquiatría en la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) recoge cinco criterios diagnósticos para la delimitación del trastorno (tabla 1):

Criterios Diagnósticos del Mutismo Selectivo. (DSM-V, 2013)	
a-	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.
b-	La alteración interfiere en el rendimiento, escolar, o en la comunicación social.
c-	La duración de la alteración es de por lo menos un mes .
d-	La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
e-	El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo: tartamudeo) y no aparece exclusivamente el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Tabla 1: Criterios Diagnósticos Mutismo Selectivo DSM-V. (APA, 2013).

La **prevalencia** del mutismo selectivo está alrededor del **1% de la población infantil** (Rodríguez-Menchón y Saval-Manera, 2017), siendo **más frecuente en niñas** que en niños con rangos representativos de 2´6: 1 (Kristensen, 2000) sin embargo, hay que considerar el hecho de que no existen realmente estudios epidemiológicos de campo que nos clarifiquen la morbilidad real en población general. Sí existen datos epidemiológicos en relación a la asociación entre el mutismo y algunos rasgos de personalidad. En este sentido, diversos autores ponen de manifiesto que la mayoría de los niños que presentan mutismo muestran una excesiva timidez desde los primeros años de su vida (Olivares et al, 1996). Por lo que se admite la influencia de algunas variables orgánicas y biológicas como factores que predisponen al mutismo dentro de los modelos multicausales.

Normalmente el mutismo se inicia en los años preescolares, antes de los cinco años de edad. Olivares et al (1996) señalan que los datos de los que se dispone en la actualidad indican que la edad de inicio de este **problema de conducta aparece directamente relacionada con la edad de incorporación a los centros educativos** (p. 172). Pero es un hecho que no suele recibir tratamiento hasta que el trastorno genera una interferencia significativa en su vida escolar, familiar y social.

3.1.2. Diagnóstico diferencial

Según la definición del DSM-V el mutismo selectivo se caracteriza por **un fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones**. Esta alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social. Además, su duración es como **mínimo de un mes** (no limitada al primer mes de escuela).

En este sentido, se debe **diferenciar de otros problemas** que perturban la capacidad de expresión oral y se deben a:

- **Retraso simple del lenguaje:** el retraso del lenguaje es una patología diferente al mutismo. En este caso el niño que no habla, se muestra incapaz porque no ha desarrollado competencia oral. El lenguaje no aparece a la edad en la que normalmente debe presentarse, o el niño se estanca en patrones lingüísticos propios de estadios anteriores a los que le corresponden por edad cronológica. Frente a ello, en el mutismo el niño sí ha adquirido competencia oral y lo característico del trastorno es que se inhibe en determinados contextos. Gallardo y Gallego (1993), diferencian entre el retraso puro del habla y el retardo simple del lenguaje. En el **retraso puro del habla**, existe una falta de maduración de las habilidades motoras del habla y se trata de una alteración fonética; esta patología sería el conjunto de todas las dislalias evolutivas y funcionales. El **retardo simple del lenguaje** incluye el conjunto de dimensiones del lenguaje, la maduración y la simbolización.
- **Deficiencia mental, sensorial o falta de conocimiento:** gran parte de los niños que presentan deficiencia mental también encuentran dificultades en el desarrollo del lenguaje, a su vez, la presencia de una deficiencia mental altera la interacción natural con el entorno de forma que se reduce su intensidad y se agrava el desfase existente en el nivel de lenguaje del niño con déficit cognitivo. Cuando existe discapacidad

intelectual el retraso o limitación de la expresión verbal las alteraciones se manifiestan desde los inicios del proceso de adquisición del lenguaje. También existen casos donde una fuerte deprivación sociocultural y la falta de estimulación lingüística generan un desajuste entre la competencia lingüística del niño y el nivel cognitivo. Estas limitaciones del desarrollo oral son fruto de la poca estimulación y gratificación de sus primeras conductas verbales (Ej. Niños abandonados, aislados, de padres con discapacidad severa...). En ambos casos, aunque se trata de niños que no hablan o lo hacen de manera pobre y limitada, no se consideran casos de mutismo. La deficiencia mental y el déficit lingüístico por falta de conocimiento, son los factores causales de la falta de competencia en la expresión oral. El mutismo es un trastorno adquirido y **no es explicable por déficit intelectual ni sensorial. Existe competencia lingüística y otras dimensiones del lenguaje (Ej.: la comprensión) se mantienen conservadas.**

- **Trastorno de la comunicación derivado de espectro autista u otros TGD:** El autismo es un trastorno del desarrollo de inicio precoz, que comporta alteraciones en la comunicación y del lenguaje, así como se dan también en la interacción social y la flexibilidad de conductas, intereses y actividades. Algunos autores señalan entre las alteraciones del lenguaje de los niños autistas el trastorno por mutismo selectivo. Pero este mutismo difiere del mutismo como categoría diagnóstica. En el autismo no sólo se afecta la expresión del habla sino el propio lenguaje, las alteraciones se dan desde los inicios del desarrollo y además se acompañan de otras diferencias cualitativas que no son propias de estadios de desarrollo previo ni normalizados.
- **Afasia o pérdidas asociadas a lesión cerebral:** la pérdida adquirida del lenguaje asociada a una lesión cerebral traumática neoplásica, malformativa o inflamatoria no es mutismo sino afasia. Tanto en el mutismo como en la afasia el niño tiene un lenguaje adquirido y lo pierde, pero la etiología es diferente. En la afasia hay una lesión neurológica que justifica la alteración y en el mutismo no.
- **Demencias infantiles:** en algunos casos se da una demencia o regresión intelectual progresiva y persistente en un niño cuya evolución psíquica fue normal hasta ese momento. Esto supone en ocasiones un déficit del lenguaje, la competencia adquirida se pierde progresivamente. Estos trastornos coinciden con el mutismo en que ambos son trastornos adquiridos, pero se diferencian porque para ser mutismo, la inhibición del lenguaje ha de darse en la ausencia de deterioro intelectual o disartria.
- **Trastorno de la comunicación derivado de esquizofrenia u otro trastorno psicótico:** en algunos casos de psicosis de aparición tardía se da dentro de los síntomas la desaparición del lenguaje. Stein (1954) encuentra que en un tercio de las psicosis infantiles se observa mutismo. En estos casos, tampoco se considera propiamente la alteración como un caso de mutismo selectivo en base a los criterios del DSM-V. La inhibición del habla no se trata como una logopatía, sino como un síntoma integrado en una perturbación mental más grave, donde, tras unos años de desarrollo bastante normalizado, el niño evoluciona a cuadros patológicos propios de la psicosis.

Autores como Pulido (2003), sí encuentran una **estrecha relación entre el mutismo selectivo y los trastornos de conducta**. Consideran que la resistencia de los niños pequeños a hablar a

personas desconocidas es una conducta adaptativa, pero que cuando dicha negativa se generaliza o extiende al conjunto de intercambios comunicativos, se trata de un trastorno de conducta donde se puede dar mutismo selectivo o total. De la misma forma, el miedo es una reacción defensiva ante situaciones, objetos, personas o contextos que se consideran amenazantes, cuando el temor se vuelve excesivo (Ej. El miedo a hablar) e interfiere en las relaciones de la persona de manera significativa, también constituye un trastorno de conducta caracterizado por el mutismo. Además, la autora considera que dicha relación no sólo ha de tenerse en cuenta a nivel conceptual sino de cara a la intervención que se diseña.

No obstante; Díaz (2001) encuentra que las descripciones históricas de los niños donde el mutismo selectivo se asocia a conductas oposicionistas, desafiantes y manipuladoras, no se apoyan en los datos de las investigaciones empíricas. De hecho, se encuentra una tendencia opuesta en los niños con mutismo selectivo, presentando mayores problemas internalizantes (Achenbach, 1985) en lugar de un comportamiento llamativo, y la oposición sólo suele presentarse en aquellos ámbitos en los que se exige que hablen. En este sentido, es posible que sólo un subgrupo pequeño de niños con mutismo selectivo, tengan tendencias oposicionistas y en casos raros, trastorno negativista-desafiante comórbido. Pero **trastorno oposicionista y mutismo selectivo han de considerarse patologías diferentes**.

Desde un punto de vista conductual, Balbuena y López (2012) afirman que son las **hipótesis que relacionan ansiedad, refuerzo y mutismo** las más contrastadas. De hecho, cuanto más se refuerza el mutismo más difícil es extinguirlo.

3.1.3. Características del mutismo

Olivares (2007) señala como la característica esencial del mutismo selectivo la **inhibición persistente del habla en situaciones sociales específicas**.

Pulido (2003) afirma que toda conducta **es la manifestación externa del mundo psíquico interior** de la persona. Por este motivo, cualquier conducta anormal en el niño, que le diferencia del comportamiento general del grupo, debe ser atendida y analizarse tanto la causa como las consecuencias que se desprenden de la misma y la mantienen. En el caso del mutismo, los niños presentan afectación en una de las capacidades básicas para el aprendizaje y la relación con los otros. Su comunicación se ve perjudicada y limitada enormemente ante la inhibición del habla que presentan.

Aunque se reconocen diferentes causas por las que un niño puede optar por restringir el habla, a pesar de tener capacidad para comunicarse de forma oral, es importante conocer que, en la mayoría de los casos, esta conducta **conlleva altos niveles de sufrimiento personal**, y tiene como consecuencia importantes problemas de adaptación al entorno (Cortés et al, 2009).

No obstante, también otros estudios (Strader, 2004) reflejan como la mayoría de los niños que presentan mutismo selectivo se comportan de forma tan adecuada como cualquier otro niño cuando se encuentran en un entorno confortable.

El mutismo se **inicia generalmente en los primeros años de vida** y se manifiesta de forma evidente, durante la escolarización en la etapa de educación infantil.

En algunos casos, los niños con mutismo selectivo presentan **rasgos de personalidad característicos** como timidez, retraimiento social, dependencia, perfeccionismo... cuando se da un perfil combinado de los mismos, pueden agravar el problema o contribuir a su consolidación. Según el informe de la red norteamericana de ansiedad en la infancia (2004) más del 90% de los niños con mutismo selectivo también padecen una fobia social o ansiedad Social, y algunos expertos consideran el mutismo selectivo como un síntoma de ansiedad social.

Como colectivo, los niños con mutismo selectivo, presentan un complejo conjunto de síntomas asociados con las situaciones de interacción oral. No sólo se niegan a hablar en situaciones sociales concretas a pesar hacerlo en otras, sino que en ellos también se observan otras **conductas relacionadas, asociadas o derivadas del trastorno**.

Pulido (2003) enumera algunos de **los indicadores o conductas más frecuentes** de los niños con mutismo:

- **Respuestas motoras manifiestas:** el niño muestra con conductas observables el **rechazo o la aversión a hablar** en determinadas situaciones o ante determinadas personas.
 - El niño **habla con susurros**, muy bajo en un tono casi imperceptible o sólo cuchicheando.
 - El niño **habla poco**.
 - El niño emite **respuestas de evitación**. Es decir, trata de librarse de aquellas situaciones donde prevé que tiene que hablar. Ej. Negativa a ir al colegio.
 - El niño emite **respuestas de escape**. Cuando el niño no puede evitar una situación donde se requiere que hable, se dan entonces respuestas de escape para huir de la misma. Ej. Cerrar los ojos o marcharse cuando alguien le pregunta algo.
- **A nivel fisiológico, tanto Pulido (2003) como Olivares et al (1996) señalan:** que ante situaciones donde el niño debe participar de una interacción oral, se da **un incremento de respuestas psicofisiológicas propias de la reacción al estrés**. Este patrón se caracteriza por el incremento de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo y cada vez que se repite se refuerza produciéndose un condicionamiento ante situaciones específicas de habla. En este sentido se puede observar en mayor o menor medida varios de los **siguientes síntomas**:
 - **Hiperventilación:** aumenta el número de respiraciones y éstas se tornan más torácicas y no abdominales. En algunos casos surge sensación de ahogo.
 - **Se altera el tono muscular:** especialmente de los músculos de la fonación que puede dar lugar a movimientos espasmódicos que pueden alterar la emisión verbal en caso de que hable (voz temblorosa, sensación de entumecimiento, bloqueos...) así como se afecta también la ejecución verbal motora no verbal (aparición de tics, muecas faciales, temblores...).
 - **Aumenta el ritmo cardíaco:** lo que repercute sobre la presión sanguínea y el pulso del pulso del niño. Esto provoca palpitaciones, distribución irregular del riego sanguíneo que deriva en cambio de coloración de la piel y de la temperatura

(enrojecimiento y calor súbito de las zonas a donde llega la sangre y palidez y frío repentino, pies y manos frías...

- **Sudoración excesiva:** humedad en las palmas de las manos (Ej. Las manos empiezan a estar sudorosas y pegajosas).
- **Otras sensaciones y conductas:** náuseas, morderse las uñas, balanceos, percepción de mareo, diarrea...

Además, este **patrón de respuestas psicofisiológicas repercute a su vez en un incremento de la frecuencia e intensidad de las respuestas de evitación o escape**, que le permiten salir del malestar que se genera. De esta forma, ambas conductas (conductas de evitación y escape y patrón de activación psicofisiológico) se retroalimentan.

En muchos casos, tras las conductas de evitación o de escape el niño obtiene varios beneficios: por una parte, decrece la ansiedad hasta eliminarse el estado aversivo que le supone la activación psicofisiológica. Junto a este refuerzo negativo, el niño suele recibir a su vez un refuerzo positivo por parte de los adultos, que le prestan especial atención y se centran en infundirle ánimo o comprensión. Pero en los casos de mutismo, Oliveros et al (1996) señalan que incluso **cuando a las conductas de evitación o escape les siguen consecuencias aversivas, éstas no desaparecen, sino que tienden a extenderse y generalizarse**. Por ejemplo, en casos de mutismo selectivo, un niño puede no ver satisfechas sus necesidades básicas (beber agua a lo largo del día, acudir al servicio) y experimentar consecuencias desagradables (pasar mucha sed, hacerse pis encima). Paradójicamente, tras dichas consecuencias, el niño no suele abandonar las conductas de evitación o escape, sino que suelen agravarse y evolucionar hacia casos de mutismo total donde se da un grave problema de comunicación con el entorno.

A este respecto, Echeburúa y Espinet (1997) plantean que, a pesar de que con su mutismo el niño puede obtener algunos reforzadores positivos (ser el centro de atención, ser tratado de forma especial...), esta **conducta está mantenida por algún factor inhibitor de la emisión de voz probablemente de tipo cognitivo**. Y así, consideran el mutismo como una conducta de evitación mantenida por reforzadores negativos de tipo cognitivo “no hablar para evitar algo que teme”; estas expectativas negativas, consideradas y vividas como peligrosas, conllevan un incremento del miedo respecto de las mismas. De igual modo, contribuyen al mantenimiento de la ausencia del habla al disminuir y/o evitar el estado de malestar subjetivo y proporcionar privilegios y atención. También usar modos alternativos de comunicación perpetúan dicha conducta anómala (Balbuena y López, 2000).

Según el informe de la red norteamericana de ansiedad en la infancia (Strader, 2004) también los niños con mutismo **presentan con frecuencia otras características, rasgos de personalidad o comportamiento:**

- Mayor sensibilidad al ruido, aglomeraciones de gente, al tacto...en ocasiones presentan un **trastorno de la integración sensorial**.
- **Dificultad para separarse** de sus padres y dificultades para dormir independientemente.

- **Alta sensibilidad**, se muestra introspectivo y atento a los sentimientos y pensamientos de los demás.
- **Inteligentes, perceptivos e inquisitivos.**
- Diferentes **manifestaciones de problemas de conducta en el hogar**: mal humor, inflexibilidad, dilatación de tareas escolares, llorar con facilidad, rabietas, berrinches, necesidad de ejercer control, dar órdenes...
- Pueden **mostrarse comunicativos en el ambiente familiar**, hablar excesivamente en este contexto, dar muestras de creatividad y expresividad.
- Trastornos del control de esfínteres tales como: **eneuresis**, tendencia a orinarse en la cama; **paruresis**, evitar los baños públicos, y/o **encopresis**, accidentes de deposiciones intestinales.
- **Tendencia excesiva a preocuparse o a tener miedos** no justificados en niños mayores de seis años. Algunos autores asocian los miedos infundados de los niños con mutismo a un menor umbral de excitabilidad en la amígdala. Esta área del cerebro recibe y procesa las señales de peligro potencial para poner en marcha reacciones y mecanismos de protección. Pero, en algunos niños y personas mayores (individuos ansiosos), la amígdala está hiperexcitada o reacciona demasiado, esto hace que el sujeto viva como amenazantes muchas situaciones que no representan un peligro real, y reaccione de manera anómala o exagerada.

No todos los síntomas y características se dan en todos los casos, pero la mayoría se encuentran presentes en las descripciones que padres, profesionales y maestros realizan de los niños con mutismo selectivo.

.

3.2. Modelos explicativos

Desde que se estudiaron los primeros casos de niños o personas que presentaban mutismo, los modelos explicativos han ido aportando **diversas explicaciones de la génesis del trastorno** que han influido notablemente tanto en la delimitación conceptual del trastorno como en las estrategias de intervención y tratamientos dirigidos al mismo.

En la actualidad, no existe aún un modelo único aceptado por todos los investigadores o especialistas en la intervención. Pero sí se reconoce el carácter multicausal del mutismo y la necesidad de diseñar evaluaciones e intervenciones del trastorno que contemplen la interacción entre diversos factores.

Cortés et al (2009) considera que el mutismo es **fruto de la interacción** entre una serie de **variables evolutivas propias del niño**, como la mayor o menor vulnerabilidad, la historia de aprendizaje y relación con el proceso de adquisición del lenguaje, la existencia de déficits instrumentales relacionados con el lenguaje oral, alteraciones, etc... **y, junto a ello, las variables ambientales relacionadas con el contexto familiar, escolar y social** del mismo, tales como el estilo educativo familiar, sociabilidad o aislamiento familiar, el modelado de conducta de relaciones interpersonales que el niño recibe, el tipo de relación con el profesorado en el centro educativo, las pautas que marcan las interacciones escolares, etc...

Cada uno de estos grupos de variables son especialmente significativos en el período evolutivo que incluye las fases iniciales de adquisición y desarrollo del lenguaje oral y **predisponen** en mayor o menor medida e incluso **precipitan** la manifestación de comportamientos que pueden evolucionar hacia el mutismo.

Antes de profundizar en el modelo explicativo multicausal, se describen a continuación otros modelos etiológicos destacados en la literatura especializada. Estevez (1995), Olivares et al (1996), Díaz Atienza (2001) y otros, presentan algunos de los paradigmas más empleados. Díaz Atienza (2001) destaca especialmente las aportaciones del modelo psicodinámico y la teoría del aprendizaje para la explicación del mutismo. Con todo, en base a los trabajos de los autores señalados, se enumeran los principales modelos:

1. El modelo psicodinámico:

Basa la explicación etiopatogénica del trastorno en la existencia de una serie de factores que dan lugar a una **reacción neurótica**. Díaz Atienza (2001) señala como algunos de los **factores más destacados**:

- a) Hipersensibilidad hacia los impulsos instintivos.
- b) La existencia de un trauma psíquico durante el periodo crítico del desarrollo del lenguaje.
- c) Ausencia de seguridad suficiente en el entorno del niño.
- d) La persistencia del mutismo como mecanismo reductor del miedo.
- e) Ambiente familiar basado en la dependencia y la permisividad.

Tradicionalmente, el mutismo selectivo se ha considerado una manifestación neurótica de una personalidad alterada. Estevez (1995) señala que, dentro de las teorías psicodinámicas, la mayoría de los autores sostienen que el niño **mudo selectivo** tiene bien un síntoma, que contiene un **balance neurótico familiar o bien una patología individual**.

Desde esta orientación psicodinámica, tanto la evaluación como el tratamiento se dirigen a establecer un plan psicoterapéutico individualizado basado en la búsqueda, toma de conciencia y **análisis del conflicto que originó la conducta mutista**.

2. Teoría de aprendizaje:

Desde este enfoque el mutismo se explica como un trastorno de conducta derivado del condicionamiento. Los autores afirman por una parte que **el mutismo es una respuesta aprendida, que se mantiene gracias a las consecuencias reforzantes** que el niño obtiene cuando se niega a hablar en determinadas situaciones. La explicación se apoya por tanto en dos supuestos fundamentales:

- a) El mutismo selectivo es una respuesta conductual aprendida.
- b) Las situaciones estimulares discriminativas son fundamentales para mantener el trastorno.

Desde el paradigma del aprendizaje, se suelen derivar a su vez **dos aproximaciones o modelos** que definen las prioridades y el peso de determinados factores en la evaluación y el tratamiento:

- a) Los que basan su explicación en el mutismo **como conducta de evitación**. Desde esta perspectiva los tratamientos se orientan hacia el diseño de programas de desensibilización y relajación con el niño.
- b) Los que se refieren al mutismo **como una respuesta con claros beneficios y sostenida por el control estimular**. Desde esta perspectiva, se destaca que los patrones de habla de los niños que presentan mutismo selectivo están bajo un fuerte control estimular por parte de los padres y de otros miembros de la familia o adultos significativos. La intervención se dirige a atenuar los estímulos.

Autores como Amari (1999) explican el mutismo selectivo desde esta perspectiva. En base a la teoría de aprendizaje, señala que la inhibición del habla se produce por la pérdida de generalización de un tipo de respuesta operante en contextos ambientales. El refuerzo contingente incrementa las conductas que antes no existían (Ej. El niño no desea experimentar el malestar psicofisiológico que le genera la tensión de hablar y pone en marcha mecanismos de defensa con reacciones de evitación o escape). En este sentido, en situaciones donde hay expectativa de hablar, en lugar de generalizarse las conductas aprendidas en entornos confortables donde el niño se comunica, determinados factores o claves del contexto se interpretan estímulos discriminativos de una situación amenazante. El niño experimenta malestar y pone en marcha un patrón de conducta caracterizado por la aversión, la evitación o el escape. Progresivamente este patrón se va generalizando e imponiendo en situaciones parecidas. Además, cada vez que el niño logra liberarse del malestar al no participar de la interacción y/o recibe atención por su conducta, se ve reforzado en su comportamiento.

Gallego (1995) afirma que “de acuerdo, por tanto, con la psicología conductual, el mutismo es una conducta aprendida en la cual pueden incurrir situaciones de condicionamiento operante, sometida a los procesos de reforzamiento...el niño adquiere el mutismo selectivo como un mecanismo de reducción de la ansiedad y el miedo” (p. 39).

3. Trastornos de ansiedad y fobia social:

El Trastorno de Ansiedad Social (**TAS**) o **fobia social** se caracteriza por un marcado temor, ansiedad o vergüenza a ser evaluado negativamente por los demás, a hacer el ridículo, o bien a actuar de un modo inapropiado. Este trastorno suele empezar en la infancia o adolescencia y en algunos casos aparece en forma abrupta luego de episodios traumáticos de interacción social. La persona con Fobia Social tiene una tendencia a interpretar ciertas situaciones sociales como amenazantes y en muchas ocasiones, el hecho de hablar con desconocidos, expresarse en público o relacionarse de forma oral puede ser una de ellas. Aunque la fobia social es un trastorno con entidad propia y que presenta criterios diagnósticos específicos (DSM-V, CIE-10), algunos autores establecen una **estrecha relación** del mismo con los **casos de mutismo**.

La Organización Mundial de la salud, en el **CIE-10- Es** (2016), refleja que las **fobias sociales** pueden ser restringidas y enumeran como pautas para el diagnóstico:

- Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas.
- La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

De esta forma, cuando uno de los síntomas de la fobia social es el temor a hablar y el miedo a manifestar los síntomas vegetativos (temor a ruborizarse, temblar, sudar, tartamudear...) algunos autores consideran que los límites diagnósticos con el mutismo selectivo se desdibujan e incluso definen **el mutismo con un trastorno de ansiedad**.

Desde esta perspectiva, el tratamiento del mutismo se realiza en base a **técnicas cognitivo-conductuales y el apoyo farmacológico**. Se acompaña a su vez de formas de exposición controladas a las situaciones que generan ansiedad como medio de trabajar pensamientos y creencias distorsionadas sobre las reacciones de los demás ante su conducta y lograr que progresivamente la ansiedad desaparezca o se controle a niveles que no interfieran significativamente. Un autor representativo de esta corriente es Anstending (1999), en sus estudios interpreta el mutismo como parte de un trastorno de ansiedad o un síntoma de la ansiedad de separación, de la fobia social o del trastorno por estrés postraumático proponiendo que, en futuras revisiones del concepto, se realicen modificaciones en los criterios diagnósticos para recoger estas consideraciones.

4. Modelos psicobiológicos:

Díaz Atienza (2001) reconoce que, **aunque por definición en el mutismo no debe existir ninguna causa orgánica que lo justifique**, siguen abiertas algunas líneas de investigación donde se estudia la relación de determinadas alteraciones de la fosa posterior (afectaciones tumorales o de otra causa del cerebelo) y las causas de mutismo. Autores como **Gordon, 2001**, sí incluyen un **mutismo orgánico**. En base a estos estudios, relacionados con el modelo psicobiológico del autismo, lesiones del cerebelo afectan la fosa posterior y producen mutismo, ataxia, parálisis craneales, parahemiparesia bulbar, alteraciones cognitivas y labilidad emocional. Desde este paradigma el mutismo se debe a una disfunción cerebeloso – occipital con ausencia de signos neurológicos focales.

Actualmente, Olivares et al (1996) y Cortés et al (2009) plantean **modelos explicativos multicausales de la génesis del mutismo selectivo**. En sus estudios incluyen las principales aportaciones de los modelos más destacados y reconocen que el mutismo como trastorno, surge de la interacción de un conjunto de variables personales y ambientales, que predisponen, precipitan y refuerzan dicha alteración.

5. Modelos multicausales:

Cortés et al (2009) y Olivares et al (1996) desarrollan modelos explicativos del mutismo que reconocen su carácter multicausal e incluyen los factores que predisponen, precipitan y mantienen el trastorno.

Cortés et al (2009) recoge entre los **factores que predisponen** al desarrollo del mutismo, las condiciones personales, del contexto familiar o del contexto escolar que sitúan al niño en una posición **más vulnerable** para manifestar el trastorno en mayor o menor grado.

Además, reconocen la existencia de **condiciones y circunstancias** negativas y puntuales que aparecen en la vida del niño y que, en caso de interaccionar con los factores que predisponen, elevan la **probabilidad de desencadenar** un trastorno de mutismo selectivo o incluso total.

Finalmente, cuando **se desarrolla el trastorno**, también se presta atención en el modelo a los factores que refuerzan y mantienen dicha conducta. Se analizan **las consecuencias** que el mutismo del niño genera en sí mismo y en el entorno habitual y los efectos que éstas tienen **sobre el mantenimiento o agravamiento** del problema.



Figura 2: Esquema del Modelo Explicativo de Mutismo Selectivo. (Adaptado de Cortés et al, 2009: p. 6).

A continuación, se enumeran y describen con mayor detalle los principales factores del modelo explicativo multicausal. Los autores aclaran que la presencia y concurrencia de algunos de estos factores **no es condición suficiente para desarrollar un mutismo selectivo**.

De la misma forma, el hecho de que un niño presente mutismo **no implica que estén todos los factores presentes.**

3.2.1. Factores que influyen en su formación y mantenimiento

Cortés et al (2009), enumeran una serie de factores que influyen en la génesis del trastorno y sitúan al niño en una situación de mayor vulnerabilidad para manifestar el trastorno en caso que experimente determinadas vivencias o se den posteriormente factores precipitantes. Los autores los clasifican a su vez en función de su pertenencia a tres ámbitos diferenciados (p.7-9):

a) Factores relevantes en el ámbito emocional y afectivo

- Vivencia de **acontecimientos vitales** estresantes. El niño puede percibir como amenazantes situaciones nuevas como la incorporación al centro educativo o de cambio (lugar de residencia, hospitalizaciones...).
- **Apego excesivo a la madre.** Manifestación de comportamientos de ansiedad ante la separación.
- **Vulnerabilidad.** Muchos niños manifiestan respuestas de ansiedad intensas ante la presencia de extraños en etapas anteriores del desarrollo.
- **Manifestación de conductas de inhibición social, timidez y retraimiento** que dificultan las relaciones interpersonales.
- Manifestación de conductas de **rigurosidad, meticulosidad y perfeccionismo** excesivo, que impiden al niño enfrentarse a situaciones en las que tiene miedo a fracasar.
- **Escasas habilidades comunicativas y lingüísticas** que dificultan la comunicación oral. Algunos niños presentan problemas de habla o de lenguaje como dislalias evolutivas, o disfluencias en la emisión o pobre vocabulario, la reacción de los profesores o de los compañeros ante sus dificultades puede hacerles evitar la comunicación como reacción de defensa.

b) Factores relevantes en el ámbito familiar y social:

- **Estilo educativo:** dos estilos pueden influir de forma perjudicial sobre el desarrollo normal del lenguaje. Por un lado, **el estilo autoritario** caracterizado por una exigencia elevada y sostenida respecto del comportamiento del niño y una atención selectiva a los fallos para corregirlos, puede derivar en reacciones de evitación y mutismo en el niño. Por otro, un **estilo educativo sobreprotector** donde no se favorezca la autonomía del niño y los padres traten de evitar las dificultades, puede hacer al niño menos resistente a las contrariedades cotidianas y derivar también en mutismo.
- **Modelado familiar** para las relaciones sociales. En familias donde las relaciones sociales son poco frecuentes, se evitan o se da cierto aislamiento social, el niño recibe menos estimulación y oportunidades de desarrollar estrategias comunicativas eficaces.

Además, en algunos casos desde el ámbito familiar se dan instrucciones para hablar con extraños, inadecuada estimulación social del niño...

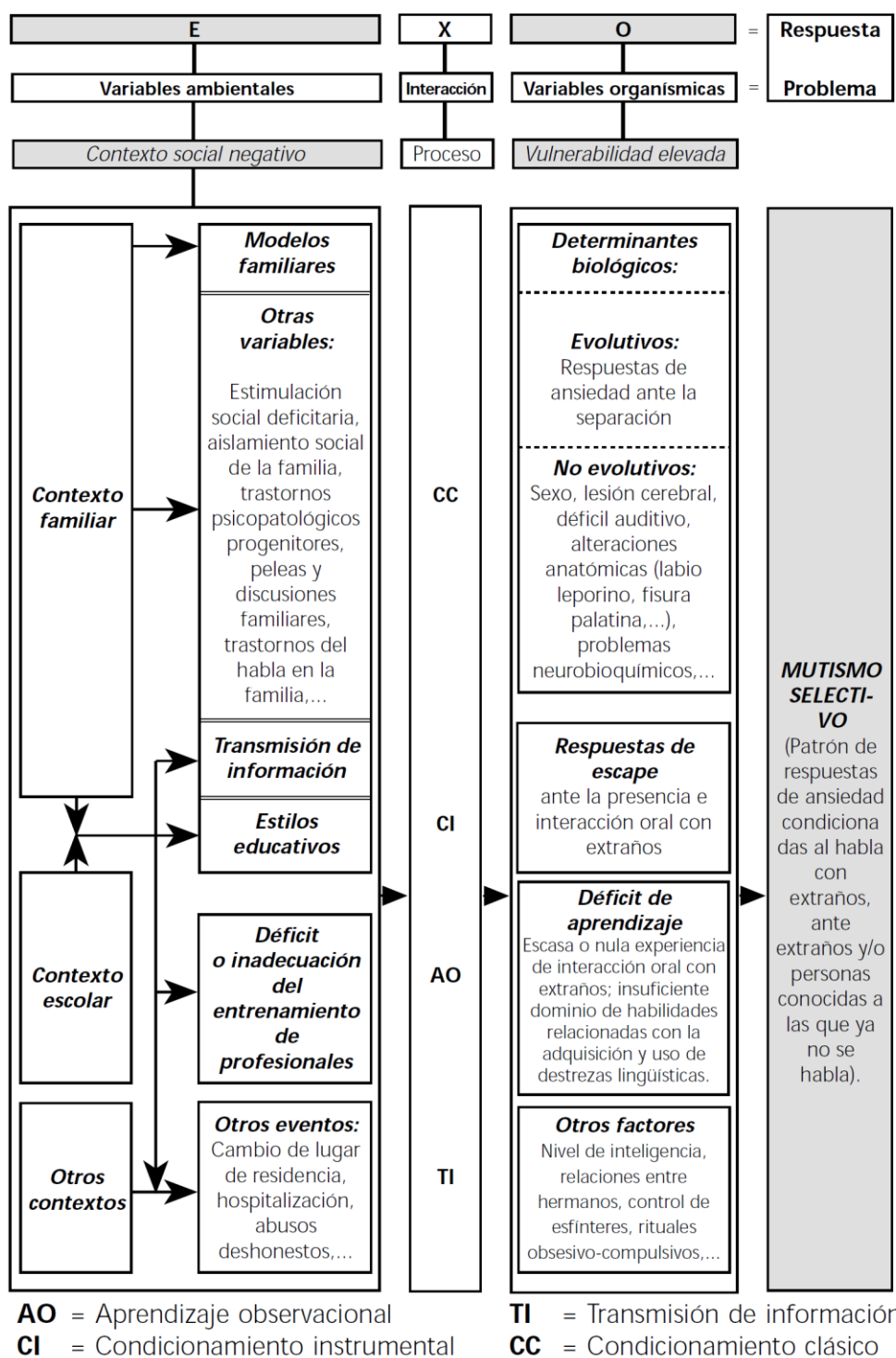
- Clima familiar. Vivencia de **situaciones conflictivas en el ámbito familiar**.
- **Características de personalidad asociadas** a ansiedad, inhibición... en familiares del niño.
- Antecedentes de **trastornos de habla en miembros de la familia**. Dislalias, tartamudeo, mutismo selectivo...
- **Perfeccionismo familiar**. Expectativas elevadas en relación con el desarrollo del lenguaje del niño (perfección en el habla, correcciones frecuentes...). Exigencia excesiva por parte de los padres para que hable y hable bien: corrección del habla, le exigen que lo repita cada vez que lo pronuncia mal...
- **Excesiva atención recibida por no hablar**. Al niño se le pregunta reiteradamente si ha hablado en el colegio, de haberlo hecho con quién, cuánto y cómo, se le anima a empezar a hablar en una fecha concreta...

c) Factores relevantes en el ámbito escolar:

- **Estilo relacional del profesor**. Capacidad de vinculación con el alumno afectado, preferencia por relaciones más o menos cercanas...
- **Conocimiento y competencia profesional** del profesor respecto a contenidos concretos relacionados con el trastorno.
- **Estilo educativo del profesor**. El profesor puede tener un estilo autoritario (exigencia continua de respuesta oral, comentarios negativos acerca de la competencia, expectativas negativas respecto a la evolución del niño...); sobreprotector (evitación de situaciones de habla, ofrecimiento de ayudas gestuales o alternativas de respuesta...); o variable y contradictorio (poco coherente en las medidas y en el funcionamiento escolar).
- **Acomodación del entorno a las dificultades del niño**. El alumno deja de hacer ciertas actividades académicas porque no habla (no sale a la pizarra, se le salta sistemáticamente en turnos de preguntas, se actúa como si no existiera...), los compañeros se convierten en “intérpretes” del niño, se le permite contestar mediante gestos...
- **Generación de expectativas negativas** del profesorado y del alumnado respecto a la evolución y normalización del habla del niño y etiquetado de las respuestas de evitación y escape que realiza: “No sabe hablar”, “No habla, se le ha comido la lengua el gato”. Excesiva atención recibida por no hablar. El profesor insiste para que responda, le anima, le dice que no se preocupe, los compañeros le animan a responder, se centra toda la atención del grupo en la no respuesta del niño.

Olivares, J. Méndez, F.J y Macià, D. (1996) realizan una clasificación similar. En su modelo explicativo parten de la consideración de Reed (1963) de que el mutismo selectivo puede haber de ser interpretado como una **conducta aprendida, resultado de una pluralidad de factores precipitantes** (p. 107).

En este sentido, enumeran un conjunto de **variables orgánsmicas y ambientales** que interaccionan y son responsables de la presencia o ausencia de aprendizajes básicos. A su vez, estos aprendizajes dificultan o incluso impiden la adquisición de **recursos conductuales** que permiten al sujeto afrontar de forma adaptativa nuevas situaciones de interacción social.



Como puede verse en la *figura 3*, Olivares et al (1996) explican el mutismo como una conducta aprendida que surge de la interacción de variables del contexto y variables orgánicas.

En primer lugar, los autores consideran que la mayor o menor vulnerabilidad de un niño para manifestar posteriormente mutismo viene definida por dos tipos de **variables orgánicas** con distinto estatus epistemológico: los determinantes biológicos y las variables psicológicas (p.171).

- En el primer grupo los autores señalan diversos **determinantes biológicos** destacando dentro de ellos, **variables evolutivas** que parecen presentar un carácter universal y se dan en todas las personas ejerciendo en determinado momento de su vida determinados efectos sobre la conducta. Este tipo de variables se transmiten genéticamente por su valor para la conservación de la especie y suponen un repertorio conductual básico no aprendido. Por ejemplo, la ansiedad de separación que experimenta un niño a partir de los 6-9 meses y en los primeros años al no estar en presencia de la madre o la figura de apego es una respuesta propia del sistema de protección. Por otra parte, recogen el efecto de otras **variables específicas** tales como el sexo, las lesiones cerebrales o las alteraciones anatómicas con una implicación directa en producción de sonido. Así, por ejemplo, los estudios recogen que la existencia de algunos daños sufridos por el cerebro en la fase neonatal, el hecho de ser niña o la circunstancia de presentar alteraciones de la articulación por dislalias o disglosias están más presentes en casos de niños con mutismo.
- En el segundo grupo sitúan las **variables de estatus psicológico** que deben su existencia tanto a la historia de aprendizaje del sujeto como a déficit existentes en sus repertorios básicos de conducta, de acuerdo con lo que cabría esperar para los sujetos de su grupo de edad y contexto socioeconómico y cultural.

En relación a las variables evolutivas, citan **diversos estudios que relacionan la respuesta de ansiedad de separación de la figura de apego y el mutismo selectivo**. En general, el miedo a la separación es una respuesta adaptativa en los primeros meses de vida del niño, normalmente va evolucionando con el tiempo y entre 1-2 años y los 6-7 años. el sistema de protección se desplaza y la ansiedad de separación se remplaza por otros miedos específicos (miedo a la altura, a la oscuridad, a la ausencia real de los padres). Pustrom y Spears (1964) relacionan el mutismo selectivo con la incorporación del niño a los jardines de infancia, también investigaciones actuales encuentran que la edad de inicio del problema aparece directamente relacionada con la incorporación al centro escolar. Otros trabajos también relacionan la aparición del mutismo con la **vivencia de situaciones de separación** que el niño vive de forma traumática (Ej. Una hospitalización donde se le separa de la figura de apego dentro del período evolutivo donde persiste el miedo a la separación como mecanismo de protección).

Las **variables psicológicas también median** en la frecuencia, la intensidad y la duración de las respuestas de temor y reacciones de escape ante la presencia con extraños y las situaciones de interacción. Así como la modalidad de exposición a la persona desconocida (el niño no reacciona igual si la interacción con un adulto se da de forma forzada y abrupta o por el contrario en un contexto distendido y de forma gradual; si está solo o en presencia de familiares, si la conducta del extraño es amigable, su edad, tono de voz, etc...). Olivares et al (1996) señala en relación con esta variable que en el caso del mutismo selectivo los datos

epidemiológicos ponen de manifiesto que la mayoría de estos sujetos muestra una **excesiva “timidez”** desde los primeros años de su vida.

En cuanto a **los déficits de aprendizaje**, el modelo señala dos por su especial relevancia como factores que predisponen: por un lado, la escasa o nula experiencia en la interacción oral con extraños o en presencia de extraños incrementa el grado de dificultad para hacer frente exitosamente a las nuevas situaciones de interacción oral en presencia de extraños (**déficit en la conducta interactiva**). Por otro lado, el insuficiente desarrollo de los aprendizajes relacionados con la adquisición y uso de **las habilidades lingüísticas** suele generar mayor inhibición del lenguaje en el niño (pobreza de vocabulario, pronunciación correcta, fluidez en la expresión oral, ...).

A su vez, en el modelo se mencionan **otros factores individuales** de menor peso, aunque también relacionados con el mutismo selectivo. Los autores consideran que su presencia aislada no implica la posterior ocurrencia del trastorno, no siendo su presencia una condición necesaria ni suficiente para explicar el trastorno, incluso en algunos estudios se debate sobre su concurrencia con el mutismo se explica mejor como antecedentes o como consecuentes del mismo (Ej. Eneuresis, encopresis, cuadros depresivos o ansiosos, etc...)

En relación a las **variables pertenecientes al contexto social** que interaccionan con las que anteriormente se han descrito y su confluencia puede derivar en la génesis del trastorno, Olivares et al (1996), al igual que Cortés et al (2009), dividen subgrupos en función de su pertenencia al contexto familiar, escolar o a otros contextos.

En relación al **contexto familiar** se agrupan en torno a tres grandes grupos:

- **Modelado y transmisión de información:** en muchas ocasiones, los estudios donde se comparan los los padres de niños con mutismo con las características personales de los padres de un grupo control, constatan que los primeros se describen a sí mismos como más tímidos y con menos apetencia por mantener interacciones con sus amistades. Con mucha probabilidad, estos modelos de referencia influyen al niño y condicionan la vivencia que tiene de las interacciones con los demás, así como limitan el número de oportunidades para adquirir de forma natural habilidades y estrategias de interacción al no observarlas, u observarlas en menor medida en sus padres. Un paso más, serían aquellos casos, donde las pautas o explicaciones que se dan al niño sobre las interacciones con los otros o con los extraños van cargadas de factores ansiógenos, de miedos o predisponen al niño a vivir dichos encuentros como situaciones de peligro o desagradables.
- **El estilo educativo:** el modelo de Oliveros et al (1996) señala tres estilos educativos relevantes para la explicación etiológica del mutismo: el estilo autoritario y coercitivo, el sobreprotector y condescendiente y el variable-contradictorio.
 - o **Estilo autoritario y coercitivo:** integrado básicamente por amenazas, refuerzo negativo y reducción del empleo del refuerzo positivo, centrándose en las conductas que no se ajustan a lo esperado por el adulto. En un ambiente familiar autoritario o con alto nivel de exigencia respecto del comportamiento del niño se dan en mayor medida casos de mutismo.

- **Estilo sobreprotector y condescendiente:** se centra en el refuerzo positivo de las respuestas de escape o evitación. Así, las figuras paternas o de referencia que interactúan cotidianamente con el niño evitan presionarle y no trabajan su autonomía. Hacen las cosas por él cuando éste no quiere hacerlas, interpretan y sirven sus necesidades sin que incluso las haya manifestado gestualmente (y tratan de aliviarle ante cualquier posible agobio). Este estilo educativo no genera en el niño estrategias de afrontamiento válidas para hacer frente los diferentes retos que se le van a ir presentando a lo largo del desarrollo y no permite trabajar sentimientos de autoconfianza y autoeficacia al basar el logro de necesidades y objetivos en la relación de dependencia con los otros.
- **Estilo educativo variable y contradictorio:** no existen unos criterios estables, las medidas educativas dependen en mayor medida del estado de ánimo del adulto que de la conducta concreta del niño. En muchos casos se deja hacer al niño y se aplica tanto el castigo como las consecuencias positivas de forma no contingente. Por ejemplo, un niño puede ser premiado un día por coger la escoba para tratar de ayudar a limpiar en la cocina y ser castigado al día siguiente por el mismo hecho, porque en esa ocasión al adulto le resulta incómoda su presencia.
- **Otras variables relevantes pertenecientes al contexto familiar:** algunos autores han descrito también casos en los que aparecen como variables relevantes para las causas del mutismo selectivo la existencia de problemas del habla o aislamiento social en la familia, la inadecuada estimulación social del niño, la pertenencia a una clase socioeconómica y cultural baja, la existencia de trastornos de la conducta y de la personalidad en alguno de los padres o figuras de apego, el bilingüismo (especialmente en contextos americanos, en estudios europeos no suele encontrarse esta variable), así como la existencia de situaciones conflictivas: discusiones y peleas familiares, abusos deshonestos y hostilidad y rechazo parental.

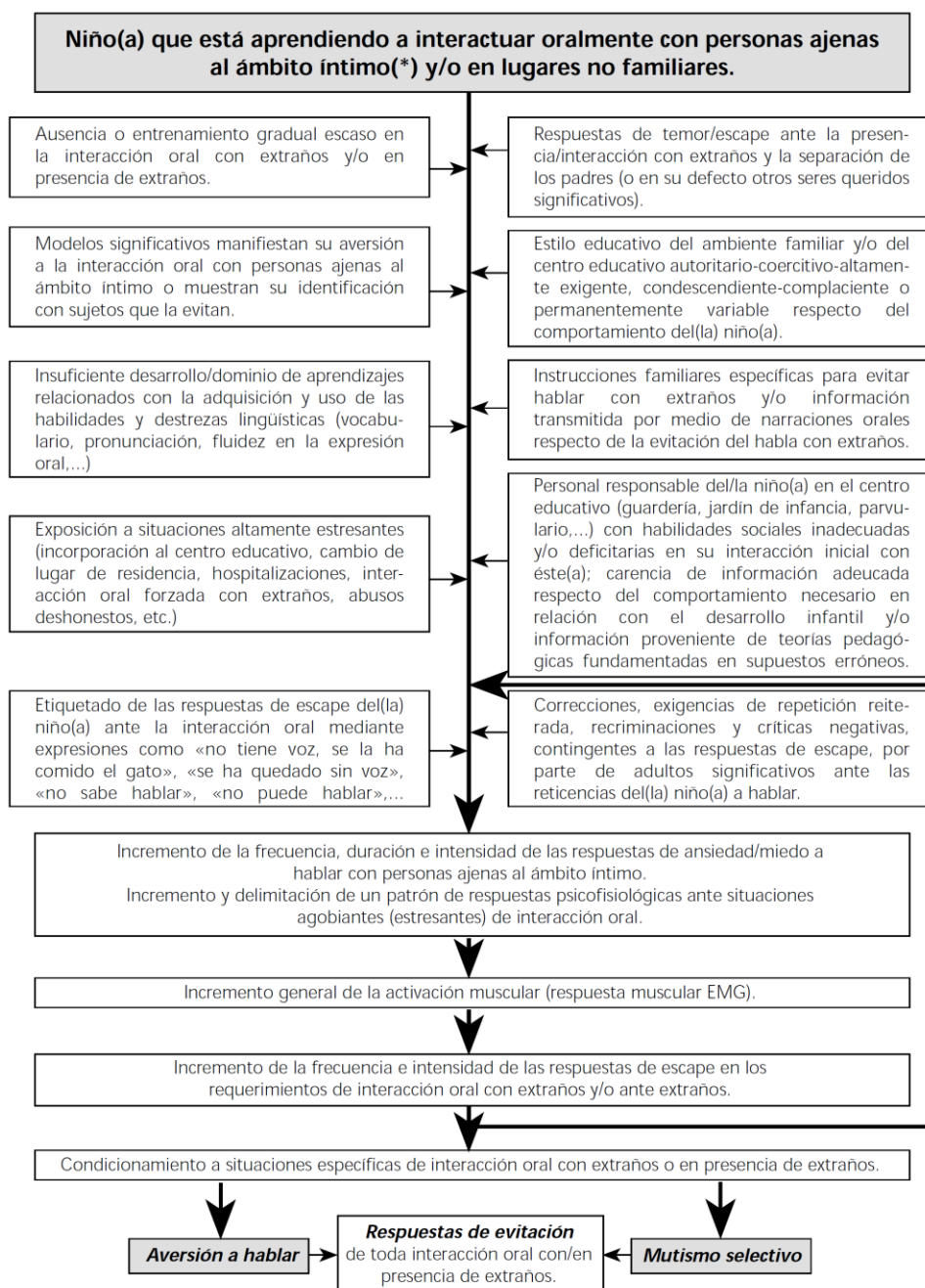
En relación al **contexto educativo** se agrupan en dos grandes grupos: el déficit o inadecuación del entrenamiento de los profesionales y el estilo educativo que media la interacción con los niños.

- **Déficit o inadecuación del entrenamiento de los profesionales:** los primeros días en que un niño se incorpora a un centro educativo y el período de adaptación son especialmente relevantes para determinar cómo vive el niño dicha experiencia. En este sentido, en la medida en que los profesionales tengan la formación adecuada y reciban un entrenamiento previo, específico y adecuado para interactuar con los niños se logra prevenir diferentes reacciones y problemáticas en los niños, siendo una de ellas el mutismo. Si, por el contrario, los profesionales muestran un repertorio deficitario de habilidades sociales, orientaciones psicopedagógicas o incluso incurrir en comportamientos contraproducentes por desconocer la relevancia de determinadas variables o factores que influyen en los niños, pueden precipitar que se desarrollen en los niños reacciones de ansiedad, miedo, rechazo, mutismo, etc...
- **Estilo educativo:** de manera similar a lo explicado en el contexto familiar, los estilos educativos extremos, autoritario-exigente y condescendiente-complaciente, incrementan la probabilidad de que aparezca en el niño mutismo selectivo. De ahí, que resulta de gran importancia la formación específica de los profesionales y el

conocimiento de los principales trastornos que pueden darse en estas etapas para desterrar teorías pedagógicas o psicológicas erróneas que no resulten de ayuda para prevenir o intervenir ante dichas problemáticas.

En relación a las **variables del contexto**, también se tienen en cuenta en el modelo otras que no pertenecen al contexto familiar o escolar, pero que han sido relacionadas con la ocurrencia del mutismo selectivo por algunos autores. En general se trata de la presencia de eventos altamente estresantes en la historia vital del niño que se inscriben dentro del marco genérico de estrés medioambiental. Algunas de las situaciones que recogen los autores son **la inmigración o la hospitalización**.

Así, en su modelo explicativo, Olivares et al (1996) explican **la génesis del mutismo selectivo** describiendo a su vez la **especial relevancia** de los factores mencionados **en el período evolutivo** en el que el niño está aprendiendo a interactuar oralmente con personas o lugares no familiares.



A este respecto, **la aparición del mutismo se explica en primer lugar por la interacción entre una serie de variables ambientales y orgánicas** que favorecen que el niño tenga mayor predisposición a desarrollar el trastorno. Junto a ello, han de darse **una serie de factores** que afectan al niño e influyen en que, determinadas conductas como el miedo a hablar en ambientes desconocidos, no desaparezcan en un breve período de tiempo, sino que el silencio **se prolonga y generaliza** (Ej. Normalmente los niños que empiezan en el centro infantil, los primeros días pueden mostrarse reticentes o temerosos a hablar, pero entre un día y una semana, se adaptan y se normaliza su forma de interaccionar. En el caso de un niño que desarrolla mutismo, los primeros días se observa también cierta aversión o rechazo a hablar, pero según pasan los días, este miedo aumenta incrementándose las reacciones de evitación o escape).

Olivares et al (1996) señalan que el hecho de presionar a los niños para que hablen, o plantear de manera exigente la necesidad de hacerlo es contraproducente. Estas **variables estresoras** pueden potenciarse si concurren con otras variables como la existencia de modelos familiares que evitan el habla con extraños o manifiestan su aversión a hacerlo, la carencia de habilidades lingüísticas o el seguimiento actuaciones de profesorado o familia, sustentadas en supuestos que se han demostrado erróneos.

Todo ello posibilitaría que el niño pasase, como ya hemos comentado, de la ejecución de respuestas de escape adaptativas, de carácter evolutivo, de baja frecuencia, variable duración y moderada intensidad, a un incremento desadaptativo de sus dimensiones ante el hecho de ser requerido para la interacción oral con extraños o en presencia de extraños. (Olivares, 1996: p. 178).

Además, el incremento de la frecuencia, duración e intensidad de las respuestas de ansiedad y miedo a hablar con personas ajenas al ámbito íntimo, conlleva a su vez una mayor activación del patrón de respuestas psicofisiológicas ante situaciones agobiantes de interacción oral. Cada vez antes y de manera más generalizada, el niño experimenta activación muscular y pone en marcha respuestas de evitación o escape ante los requerimientos de interacción oral con extraños. **Se produce por tanto un fuerte condicionamiento** ante las situaciones de interacción oral con extraños que puede llegar a generalizarse a respuestas de escape en la interacción oral con personas conocidas en casos de mutismo total.

Cada vez que el niño evita o escapa de la situación obtiene el refuerzo negativo (decrece o se elimina el patrón de respuestas psicofisiológicas aversivas que le producen malestar) y en muchas ocasiones **recibe refuerzos positivos** (se le proporciona apoyo, caricias, palabras de ánimo y tranquilidad) que llevan al niño a confirmar reiteradamente su creencia de que no puede hablar en determinadas situaciones y/o ante determinadas personas sin pasarlo muy mal así como afianzarse en las conductas de evitación o escape como respuesta.

En este sentido, Olivares et al (1996) terminan el modelo explicativo señalando **cinco variables como las más relevantes para el mantenimiento del mutismo**: el aislamiento social, el uso de sistemas de comunicación alternativos, la atención y privilegios como refuerzos, las variables cognitivas y las variables psicofisiológicas

- **El aislamiento social:** a consecuencia del intenso malestar que le genera al niño con mutismo el patrón de respuestas psicofisiológicas condicionadas a las situaciones de interacción oral, trata de disminuir progresivamente el número de interacciones sociales. En la medida en que le es posible, el niño se aísla para evitar las

consecuencias aversivas que anticipa se van a producir si se relaciona en determinados contextos. Además, de esta forma logra que disminuya la instigación social relacionada con la comunicación oral y su participación en la ejecución de actividades grupales con otros niños. El niño minimiza las posibilidades de interaccionar socialmente, pero esto evita a su vez la probabilidad de que fuera progresivamente desensibilizándose y se realizara un desvanecimiento estimular o se obtuviera un refuerzo positivo tras las respuestas de interacción que permitiese ir superando el trastorno.

- **Uso de sistemas/modos de comunicación alternativos:** en muchas ocasiones el niño o los adultos que interaccionan con él desarrollan una serie de estrategias de comunicación que en opinión de los autores son perjudiciales para superar el trastorno y refuerzan su mantenimiento. En este sentido, el uso de lenguajes alternativos a la comunicación oral convencional como el cuchicheo al oído, el empleo sistemático del gesto y la muesa o el uso del lenguaje escrito a través de notas constituyen respuestas de evitación activa que logran que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten y permiten alcanzar una funcionalidad comunicativa sin tener que hacer uso del recurso a la fonación. Pero, desde la consideración del mutismo como un trastorno adquirido, que a su vez puede tratarse, no se recomienda el uso de estas estrategias porque contribuyen al mantenimiento del patrón desadaptativo.
- **Atención y privilegios: el papel de los refuerzos:** el papel de los refuerzos en el mantenimiento de este patrón de respuestas condicionadas de ansiedad al habla se ha explicado anteriormente al tratar otros modelos centrados en las teorías del aprendizaje, o explicar el peso de los reforzadores en este modelo. Es frecuente que los adultos, al observar las alteraciones que aparecen en la ejecución motora y no verbal del niño en situaciones de interacción oral (bloqueos del habla, temblores, cambios bruscos de temperatura, etc.), le proporcionen generalmente mayor atención, le den facilidades, sean más condescendientes, o incluso permitan o refuercen las reacciones de evitación o escape...
- **Variables cognitivas:** las respuestas producidas en el sistema cognitivo juegan un papel primordial en el mantenimiento de este problema de conducta. El niño realiza una evaluación sobre el riesgo que le supone la situación de interacción oral, en base a sus creencias y expectativas pone en marcha las estrategias que se han mostrado eficaces en otras ocasiones para evitar las consecuencias aversivas que éste anticipa. Así las variables cognitivas como la evocación de situaciones pasadas, las imágenes y las autoverbalizaciones negativas relacionadas con la posibilidad o el hecho de una nueva exposición, son responsables de la constitución de un patrón específico de respuestas psicofisiológicas y de la puesta en marcha de respuestas de evitación o escape.
- **Variables psicofisiológicas:** como se ha explicado a lo largo del tema en la génesis del mutismo y su desarrollo se activa un patrón específico de respuestas psicofisiológicas que a su vez representa un antecedente crítico para el incremento de las autoverbalizaciones negativas, todo lo cual actúa como antecedente inmediato de las respuestas de evitación/escape. Estas variables se incluyen por tanto, dentro de la cadena de respuestas propuesta para explicar el mantenimiento del mutismo.

4. Referencias bibliográficas

- Achenback, T.M. (1985). *Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology*. L-A: Saga Publications.
- Ajuriaguerra (1996). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson.
- Amari, A; Slifer, KJ; Gerson, AC; Schenck, E; Kane, A. (1999): Treating selective mutism in a pediatric rehabilitation patient by altering environmental reinforcement contingencies. *Pediatr Rehabil*, 1999, 3 (2): 59-64.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Washington DC: Author
- Anstendig, KD. (1999): Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM – classification. *J Anxiety Disord*, 1999, 13 (4): 417-34.
- Balbuena y López. (2012). Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2012, vol. 38, p. 71-78.
- Cambra, J. (1988). Mutismo electivo escolar: diagnóstico y estrategias de intervención. *Información psicológica*, 3, 48-52
- Cortés, C; Gallego, C; Marco, P; Gallo. (2009). *Guía de Mutismo selectivo*. Navarra: CREENA.
- Díaz, J. (2001). Mutismo selectivo: Fobia frente a negativismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y adolescente*, 1(3), I-IV.
- Echeburúa, E., y Espinet, A. (1997). Tratamiento en el ambiente natural de un caso de mutismo electivo. En Méndez, F. y Maciá, D. (2002). *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (pp. 423-440). Madrid: Pirámide.
- Estévez, J. (1995). *Mutismo selectivo. Diseño de una escala conductual para el diagnóstico diferencial*. (Tesis Doctoral). Madrid: UCM. Departamento de Psicología Básica II. Procesos cognitivos.
- Gallardo y Gallego. (1993). *Manual de Logopedia Escolar. Un enfoque práctico*. Granada: Aljibe.
- Gomar Herrera, Mª.D. (2011). Intervención en casos de mutismo en los niños. Temas para la educación nº 16. Revista digital para profesionales de enseñanza.
- Gordon, N. (2001). Mutism: elective or selective, and acquired. *Brain Dev*, 2001, 23 (2): 83-7.
- Méndez y Maciá (2002) 2ª Ed. *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (pp. 423-440). Madrid: Pirámide.
- Hesselman, S. (1973). Selective mutism hos barn. *Acta paedopsychiatrica*, 40, 169-174.
- Kretschmer, E. (1957). *Psicología médica*. Traducción de la 10ª edición alemana por José Solé Sagarra. Barcelona: Labor.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249–256.
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Olivares Rodriguez (1996). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, Méndez y Maciá (1996). Mutismo Selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, Vol. 4, Nº 2, 1996, pp. 169-192
- Olivares, J; Alcázar, R y Olivares, P.J. (2007). *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid. Editorial Pirámide. Colección Psicología.
- OMS CIE-10- Es Pastor y Navalón (Coord.) (2016). *Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Perelló (1979) en Perelló, J. (1991). *Trastornos del Habla*. Barcelona: Masson .

- Pulido Gómez, A. (2003). Mutismo electivo: intervención escolar. *Pulso* 2003, 26: pp.85-94.
- Pustroms, E. Speers, R. (1964). Mutismo electivo en niños. *Revista de la academica americana de psiquiatria infnatil* 3, 287-297.
- Reed, G. (1963). Mutismo electivo en niños: revisión. *Revista de Psicología y Psiquiatria infantil* 4, 99-107.
- Rodríguez-Menchón y Saval-Manera, 2017. Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 4. Nº. 1 - Enero 2017 - pp 51-57.
- Salfield. (1950). Observaciones en el mutismo electivo de niños. *J. Ment. Psic.* 96, 1024-1032.
- Stein, C. (1954). *El mutismo en los niños*. Paris: Thése.
- Strader (2004). Mutismo selectivo: Informe de la red norteamericana de ansiedad en la infancia. TRD/MPM-Strader. 9 septiembre 2004.
- Tramer (1934). Mutismo electivo en niños. *Acta Paidopsiquiátrica* 1, 30-35.

5. Bibliografía

- Cortés, C; Gallego, C; Marco, P; Gallo. (2009). *Guía de Mutismo selectivo*. Navarra: CREENA.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Olivares Rodriguez (1996). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, Méndez y Maciá (1996). Mutismo Selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, Vol. 4, Nº 2, 1996, pp. 169-192.