

Educación. Mención Audición y Lenguaje

**M<sup>a</sup> Carmen Lamata Molina**

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



# ALTERACIONES DE LA VOZ Y LA ARTICULACIÓN

## MUTISMO (II)

Versión	Fecha	Motivo de modificación	Elaboración	Revisión	Aprobación



GLOBAL CAMPUS  
**NEBRIJA**



<b>Índice</b>	<b>3</b>
1. ¿Cómo estudiar el tema?	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2. Esquema del tema	4
3. Desarrollo de contenidos: Mutismo (II). Evaluación y Tratamiento	5
3.1. Evaluación y diagnóstico	5
3.1.1. Procedimientos para la detección, diagnóstico y evaluación psicopedagógica	7
3.1.2. Diferencias del diagnóstico entre mutismo y retraso simple del lenguaje	19
3.2. Intervención y Tratamiento	21
3.2.1. Modelos de intervención y revisión de los tratamientos	21
3.2.2. Orientaciones de intervención en diferentes contextos	25
4. Referencias bibliográficas	31
5. Bibliografía	32

<b>Índice de figuras</b>	<b>3</b>
<i>Figura 1:</i> Algoritmo Diagnóstico ante pérdida de lenguaje (Adaptado de AEP, 2008: p. 183)	13
<i>Figura 2:</i> Modelo de intervención mutismo selectivo. (Adaptado de Cortés et al, 2009: p. 18)	25

<b>Índice de tablas</b>	<b>3</b>
Tabla 1: Ejemplo, registro de evaluación de la expresión oral en contexto escolar. (Adaptado de Cortés, 2009)	7
Tabla 2: Ejemplo, registro de evaluación de la comunicación en contexto escolar. (Adaptado de Cortés 2009)	7
Tabla 3: Diagnóstico diferencial del Mutismo Selectivo. (Adaptado de Rodríguez Méndez, 2005)	12
Tabla 4: Registro de habla del niño con mutismo selectivo. (Adaptado de Cortés et al, 2009)	16

## 1. ¿Cómo estudiar este tema?

---

En el presente tema, se continúa el estudio de **mutismo como trastorno adquirido del habla, centrando el desarrollo de contenidos en el diagnóstico y la intervención.**

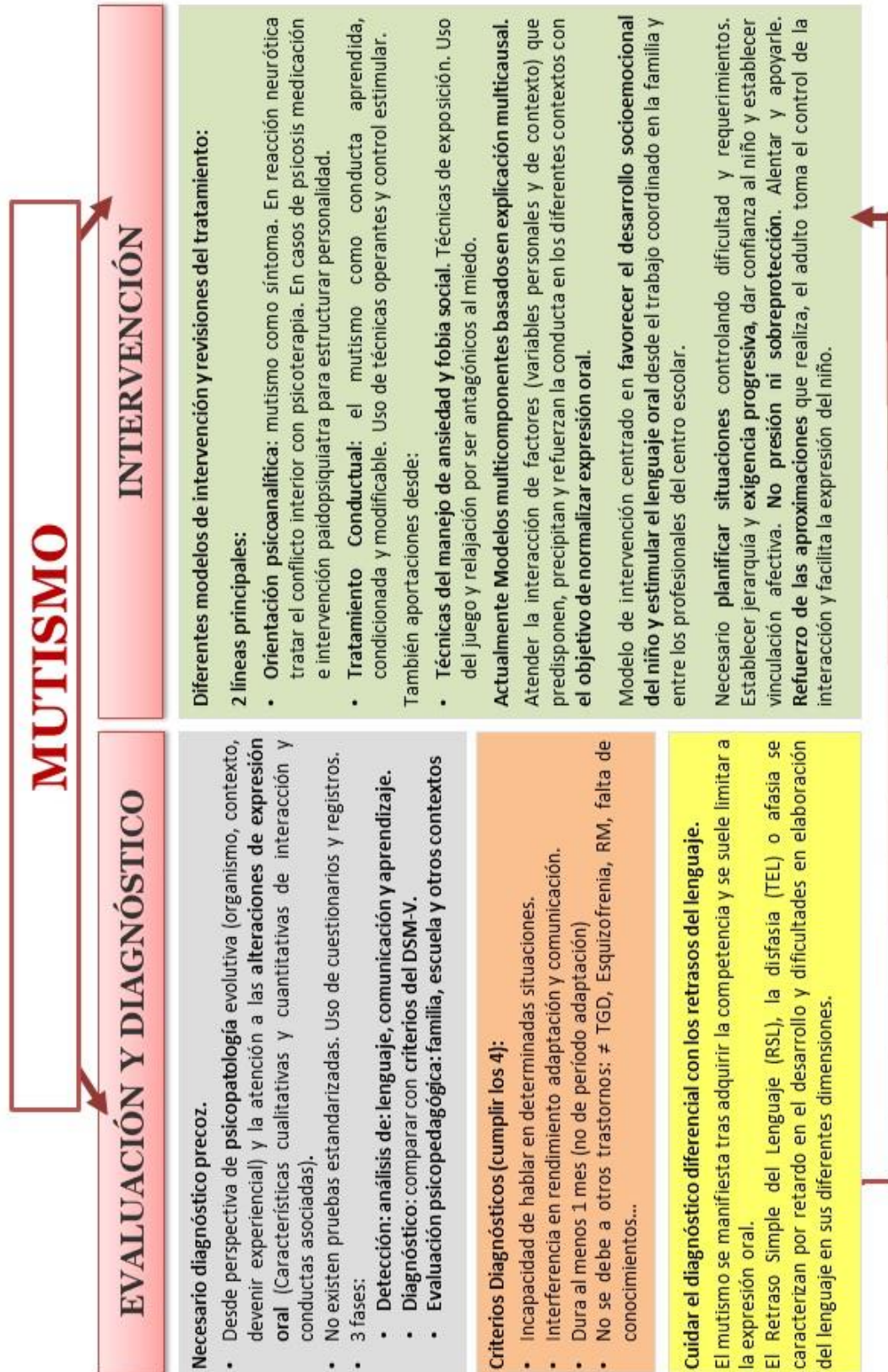
A lo largo de la unidad se aportan orientaciones y estrategias de interés para la detección y diagnóstico. Se explican a su vez, las diferencias con otros trastornos del habla y del lenguaje dedicando un apartado al retraso simple del lenguaje y otros trastornos que caracterizan a los niños que no hablan, para poder comprender las diferencias entre ambas patologías. En la segunda parte del tema se aborda el tratamiento y la intervención del mutismo. Se explican las diferentes perspectivas o modelos de intervención, así como se incluyen orientaciones prácticas para tener en cuenta en los diferentes contextos (familiar, escolar...)

Para el estudio y comprensión del tema **se recomienda haber leído la unidad anterior donde se inicia el estudio del mutismo.** En ella se define el mutismo como trastorno y se explican las principales características del trastorno, así como se desarrolla el modelo explicativo multicausal que permite entender los factores que predisponen, precipitan o refuerzan la conducta de inhibición del habla. Desde esta base conceptual se entienden mejor las dimensiones que han de ser objeto de evaluación e intervención, que se describen en la presente unidad. Se pueden comparar los esquemas iniciales de ambos temas para tener una visión de conjunto sobre la materia relacionada con el mutismo.

En cada uno de los apartados del tema **se destacan en negrita las ideas más importantes,** también se enmarcan **en cuadros aquellas orientaciones** o preguntas que son **de interés aplicado para la evaluación o tratamiento.**

Finalmente, realiza las preguntas del test y la actividad propuesta. Al terminar el tema se incluyen las referencias bibliográficas de los autores que se han mencionado así como la bibliografía básica para ampliar o saber más sobre el mutismo.

## 2. Esquema del tema



### 3. Desarrollo de contenidos: Mutismo (II). Evaluación y Tratamiento

---

El mutismo es uno de los trastornos que más desconciertan y sorprenden a los profesionales que trabajan con un niño. En este trastorno resulta especialmente llamativo el carácter situacional de los síntomas. El hecho de que un niño sea capaz de hablar con normalidad en unos ambientes y, sin embargo, experimente una fuerte reacción emocional de rechazo, conductas de evitación o escape en otros, constituye un reto para la evaluación e intervención del caso.

Existe **poca tradición en la investigación sobre técnicas de evaluación y efectividad de los tratamientos específicos para el mutismo**. Pero es necesario tomar conciencia de la importancia de atender de manera precoz los casos de mutismo que se observan en la infancia, realizando un correcto diagnóstico diferencial y diseñando intervenciones adaptadas al caso.

El mutismo es un trastorno con entidad diagnóstica propia. Se debe tratar debido a la **capacidad dinámogena y contaminante de los síntomas y a la posibilidad de revertirlos o suavizarlos con tratamientos adecuados**. Cuando la inhibición del habla no se supera, sino que se va generalizando a un mayor número de interacciones y de contextos, las repercusiones del trastorno sobre el conjunto de la personalidad, las relaciones sociales y el aprendizaje del niño son muy importantes. Algunos autores advierten que, si el mutismo persiste más allá de los doce años de edad, existen menos posibilidades de restablecer completamente la capacidad de expresión de la persona con la consecuente interferencia para las diversas áreas de desarrollo y adaptación personal y social (Tomás, Bassas, Casals, 2005).

En este sentido, Cortés, Gallego, Marco y Gallo (2009) defienden que tanto la **detección precoz como la intervención adecuada, son fundamentales** para poder superar las dificultades asociadas a los casos de mutismo.

El mutismo selectivo se aborda desde esta materia como uno de los trastornos del habla, pero la evaluación e intervención del mutismo, por su carácter multicausal, han de tener en cuenta los **tres grandes ámbitos** que participan y constituyen la **psicopatología evolutiva** (Rodríguez –Sacristán (1998):

- **El organismo** como eje genético-genésico (dotación psicobiológica).
- **El contexto** (todo aquello que desde fuera del niño puede intervenir y coparticipar en la experiencia del niño y sus dinámicas psicosociales)
- **El devenir experiencial**, que preside y da sentido a los otros dos ámbitos.

#### 3.1. Evaluación y diagnóstico

Los **casos de mutismo suelen comenzar** a manifestarse **coincidiendo con la incorporación del niño al contexto escolar** (escuela infantil o escuela primaria). De ahí, que frecuentemente la detección se realiza en el contexto escolar al observar los profesores las limitaciones o dificultades del niño para iniciar y participar en intercambios orales.



En algunas ocasiones la familia ha observado la resistencia del niño a hablar con desconocidos o fuera de su ambiente natural, pero no repara en ello debido a que la inhibición del habla es selectiva y, frecuentemente el niño con mutismo, sí expresa en sentimientos, ideas, opiniones de manera normalizada cuando se encuentra en casa. Coincidiendo con la incorporación a la escuela infantil o centro educativo los síntomas suelen manifestarse. Si la ausencia de habla persiste y no remite en los primeros días y semanas, los profesores suelen entrevistarse con la familia y prestar mayor atención a la conducta. Es fundamental que los profesionales cuenten con la formación necesaria para no acometer estrategias que resulten contraproducentes para el niño o agraven el problema. Cuando el mutismo se generaliza y abarca un mayor número de contextos, la ausencia de lenguaje oral interfiere de forma significativa en el proceso de adaptación social y escolar, así como, a largo plazo, comienza a perjudicar su rendimiento.

Muchas de las pautas y orientaciones que se dan para la **detección y análisis del mutismo** se dirigen por tanto al **contexto académico**. Son una referencia de interés para que los profesionales del centro puedan valorar si los casos de alumnos que atienden y no hablan pueden presentar este trastorno.

Cortés, Gallego, Marco y Gallo. (2009) señalan que para la correcta evaluación y diagnóstico del mutismo es necesario disponer de:

- **Criterios e indicadores claros sobre el mutismo** y diferenciados respecto de trastornos similares.
- **Procedimientos de valoración** eficaces y de instrumentos de medida fiables.

Los autores insisten en la **importancia de realizar una detección precoz** de los casos de mutismo y un correcto diagnóstico diferencial para plantear de forma adecuada su intervención. Para ello, realizan una propuesta aplicada y elaboran materiales de utilidad destinados a las **tres fases** de valoración del trastorno. En base a las orientaciones de Cortés et al (2009) y la revisión de la literatura especializada se aportan a continuación claves para la **detección, diagnóstico y evaluación psicopedagógica del mutismo**.

Estévez (1995) señala que en el mutismo **lo que está perturbado o afectado no es el lenguaje en sí mismo**, entendido como código lengua, o sistema lingüístico, que se mantiene básicamente intacto; tampoco el sistema de procesamiento lingüístico, ni está afectada el habla, es decir, que tanto los procesos cognitivos que subyacen a la elaboración del discurso como la actuación motora del sujeto, están conservados. En el mutismo, la alteración se caracteriza porque el niño o la persona inhibe selectivamente su actividad comunicativa global en determinadas situaciones y/o cuando debe dirigirse a personas concretas. Así pues, la autora afirma que “el mutismo electivo es un problema de conducta en el que el lenguaje **se ve afectado** no tanto en su forma y/o manifestaciones específicamente psicolingüísticas, sino **precisamente en la inhibición conductual**” (p. 66).

La característica específica del mutismo “**lenguaje intacto-actividad alterada**”, conlleva que las diferentes tareas y procedimientos de evaluación combinen planteamientos propios de la psicopatología general con otros específicamente psicolingüísticos para realizar un correcto diagnóstico diferencial y lograr la comprensión del caso. De ahí, que la evaluación de la expresión oral, la comunicación o el lenguaje, debe ir necesariamente acompañada de la descripción del comportamiento alterado, manifestaciones psicofisiológicas, contexto en que

se produce, condiciones que lo regulan y antecedentes y consecuentes que median en la conducta del niño.

### 3.1.1. Procedimientos para la detección y análisis inicial del caso

- **En relación al proceso de detección:**

Cortés et al (2009) señalan que el proceso de detección se centra en el análisis de dos aspectos fundamentales:

- a) **Las características, cualitativas y cuantitativas de las interacciones** verbales y no verbales del niño
- b) **La presencia de conductas de inhibición y/o ansiedad en las situaciones de interacción verbal** con otros.

Para ello, es importante prestar atención a **tres bloques fundamentales**, además se pueden observar otras conductas relacionadas con el mutismo por su interés para conocer en mayor medida el caso. La detección del mutismo requiere por tanto del análisis de:

1. **Expresión verbal:** el mutismo forma parte de un continuo, normalmente los casos no aparecen de forma abrupta o repentina, sino que se advierte cierto rechazo o aversión a hablar en contextos o ante personas desconocidas que progresivamente se va agravando o generalizando hasta producirse la inhibición selectiva y en casos más graves, la inhibición total del habla.

Un profesor de aula ha de prestar atención si observa de forma reiterada que un alumno no responde a sus preguntas, no toma la iniciativa para relacionarse de forma oral, no participa en actividades orales de grupo o en el patio. En estos casos, suele solicitar una entrevista con la familia. Si los padres o tutores legales alertan de que en casa el niño se relaciona de forma adecuada y se muestra comunicativo y expresivo, la discrepancia entre la información que aportan y la observación del contexto escolar es sintomática del mutismo.

En relación a la evaluación de la expresión oral, muchos autores advierten que **es normal observar en los niños pequeños cierta resistencia a hablar o inhibición de la expresión** cuando se enfrentan a contextos desconocidos (Ej. Incorporarse por primera vez a un centro educativo). No se puede valorar el mutismo si un alumno está en ese momento en **período de adaptación**. No obstante; lo normal es que en un intervalo de entre un día y una semana, el niño vaya normalizando sus hábitos de comunicación. Cuando la aversión a hablar se mantiene e incluso se prolonga más allá de un mes, se agrava o se generaliza a otros contextos, es fundamental iniciar un proceso de evaluación y diagnóstico que permita discriminar si se está gestando un caso de mutismo.

Se puede ver un ejemplo de registro para recoger información sobre el habla del alumno en la tabla 1:

	FRECUENCIA	ACTIVIDAD	ESPACIO	OBSERVACIONES
PERSONAS DEL ÁMBITO ESCOLAR CON LAS QUE HABLA				

Tabla 1: Ejemplo, registro de evaluación de la expresión oral en contexto escolar. (Adaptado de Cortés et al, 2009).

2. **Comunicación:** en el mutismo selectivo, el problema se limita al habla y la expresión oral, es decir el niño presenta **competencia lingüística adecuada a la edad**. No se dan problemas de comprensión ni alteraciones en otras dimensiones del lenguaje (a nivel sintáctico o semántico). En los casos en que un niño no presenta lenguaje es conveniente valorar si el motivo es la falta de competencia o el mantenimiento de patrones propios de edades anteriores. Cuando se detecta que no ha desarrollado aún la competencia lingüística esperable en función de su edad y/o nivel educativo, es presumible que no se trate de un caso de mutismo y las dificultades estén relacionadas con otro tipo de trastorno. Frente a ello, los indicadores que sí pueden hacer sospechar que el niño presenta mutismo están relacionados con un nivel de comunicación adecuado. Tener **evidencias de que el alumno comprende** las órdenes que se le dan, está atento o interesado a las actividades del aula (cuentos, explicaciones...), interacciona y juega con niños de su edad, o busca formas alternativas de comunicarse a través de mímica, gestos etc...y sin embargo; cuando se plantean actividades de comunicación basadas en intercambios orales no participa o manifiesta signos de ansiedad y conductas de evitación, el profesional debe avanzar en la valoración para confirmar si existe mutismo.

Un ejemplo de registro que puede usar el profesional en la valoración de la comunicación es:

CONDUCTAS COMUNICATIVAS	SÍ	NO
Vocaliza sin producir sonidos en actividades grupales (canciones, cuentos donde se les pregunta...)		
Habla en voz baja casi imperceptible		
Habla al oído, susurra o cuchichea		
Habla a través de un compañero		
Tiene dificultades para tomar la iniciativa para hablar		
Tiene dificultades para responder de forma oral cuando le pregunta el adulto		
Realiza aproximaciones físicas hacia sus compañeros		
Realiza aproximaciones físicas hacia sus profesores		
Establece contacto físico con los compañeros		
Establece contacto físico con los profesores		
Muestra conductas de evitación en las situaciones de intercambio oral		
Muestra respuestas de ansiedad en las situaciones de intercambio oral		

Tabla 2: Ejemplo, registro de evaluación de la comunicación en contexto escolar. (Adaptado de Cortés et al, 2009).



3. **Aprendizaje:** el profesional también debe observar si el niño presenta o no dificultades para realizar las tareas propias de su edad. Resulta muy sintomático del mutismo que el alumno presente un **nivel de competencia curricular y capacidad de aprendizaje similar a la del grupo de referencia** (el alumno realiza adecuadamente tareas, pinta, recorta, pica, repasa, ensarta, construye puzles, ordena secuencias, escribe letras y números...). Frente a ello, fracasa en la realización de **tareas que requieren del habla** (se bloquea, evita responder, baja la mirada o muestra señales físicas de ansiedad, etc...).

Además, junto a la valoración del desarrollo de la expresión oral, la comunicación y la capacidad de aprendizaje del alumno, es conveniente **observar la presencia de ciertas variables de personalidad y manifestaciones conductuales**, que están relacionadas con el mutismo en muchos de los casos: timidez, perfeccionismo, conductas obsesivas, el alumno se demora mucho en realizar las tareas, no desea exponerse ante los demás, muestra rigidez corporal o facial, presenta tics...

El análisis de la información permite al profesional **discernir si el alumno puede presentar presumiblemente mutismo o está afectado por otro tipo de alteración** que interfiere en el desarrollo oral. En caso de recogerse un número importante de indicadores, es necesario realizar un diagnóstico. Si la detección la realiza el profesor tutor, ha de derivar el caso a los servicios de orientación del centro y entrevistarse con la familia para intercambiar información y poder avanzar en el diagnóstico. Si, por el contrario, no se aprecia sintomatología logopática ni patológica significativa, no es necesario continuar con la evaluación. Se recomienda tomar alguna medida preventiva y realizar seguimiento del caso, para comprobar cada cierto tiempo que las dificultades de expresión oral se van solventando o han quedado superadas.

- **En relación al proceso de diagnóstico:**

Estévez (1995) señala que actualmente **no se cuenta con procedimientos psicométricos** estandarizados y formalizados para evaluar el mutismo selectivo. De ahí, que los principales procedimientos de evaluación diagnóstica se basan en la recogida de información a través de cuestionarios o registros diseñados por especialistas en el tema, así como en la confrontación de la conducta observada en el niño con los criterios propuestos por manuales diagnósticos internacionales como el D.S.M. publicado por la A.P.A o la C.I.E. de la O.M.S.

Cuando se deriva un caso de posible mutismo al orientador de centro, responsable del Equipo de Orientación Psicopedagógica y/o Logopeda, el diagnóstico se realiza comprobando en primer lugar la **presencia de todos los criterios que definen el trastorno**.

La Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A.), en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales **DSM-V** (2013) realiza una **caracterización clínica del mutismo** que suele ser la base del diagnóstico. En el manual, el mutismo se define como una incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, como, por ejemplo, en la escuela) a pesar de

hablar en otras situaciones. Se establece que ha de causar interferencia en el rendimiento escolar o laboral o con la comunicación social y que, además, la duración de la perturbación es de por lo menos un mes (no se limita al primer mes de la escuela). Para considerarse mutismo, la inhibición del habla no se debe a una falta de conocimiento, trastorno de la comunicación (por ejemplo, tartamudeo), trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

La forma de proceder, es recoger información que permita **valorar la presencia o ausencia de cada uno de los criterios** recogidos en el manual. Para el diagnóstico de mutismo han de estar presentes todos los criterios:

1. **Incapacidad persistente a hablar en situaciones específicas:** se debe delimitar claramente en qué situaciones y con qué personas el alumno se muestra capaz de hablar y en cuáles no. Mediante técnicas de observación, grabaciones, registros elaborados para la recogida de información y entrevistas con la familia y profesorado o profesionales que mantienen contacto con el alumno se trata de determinar:

- **Contextos en los que habla** el alumno (características, tipo de expresión oral que muestra en dichos contextos, frecuencia en que interacciona en los mismos)
- **Contextos en los que el alumno se muestra incapaz** de hacerlo.
- **Personas con las que el niño sí se comunica** de forma oral. (registrar qué personas concretas son, si son adultos o niños, si hay relación familiar, relación de otro tipo (vecino, médico, camarero...))
- **Personas con las que no se comunica** de forma oral.

Para considerarse mutismo, ha de confirmarse que se da una inhibición del habla en determinados contextos y con determinadas personas.  
(Especificidad situacional)

2. **Interferencia en el rendimiento escolar o adaptación-comunicación social:** el trastorno resulta significativo cuando interfiere tanto en la socialización y adaptación del niño como en el aprendizaje.

Desde los primeros momentos en que se manifiesta el trastorno, la relación social y comunicación interpersonal se encuentra afectada. Los niños que presentan mutismo tienden a aislarse y evitar situaciones donde prevén que tienen que hablar (Ej. asistir a un cumpleaños, visitar a unos amigos). Las repercusiones sobre el aprendizaje tardan más en apreciarse. Inicialmente, el rendimiento de los niños con mutismo es bueno y no presentan dificultades de aprendizaje, pero a medida que se eleva el nivel de complejidad y exigencia de los aprendizajes se resiente. La ausencia de lenguaje oral perjudica el rendimiento.

3. **La duración de la alteración** es al menos **1 mes**: la resistencia a hablar puede ser inicialmente una conducta adaptativa o normal cuando el niño se incorpora a un contexto desconocido. Es importante discriminar si la falta de lenguaje de un alumno se da cuando aún se encuentra elaborando su proceso de adaptación a la escuela y puede ser debido a un proceso evolutivo natural.

El DSM V indica que la alteración a de prolongarse al menos un mes y advierte de que si este mes es el primer mes de inicio de escolarización o entrada en la escuela infantil conviene prolongar algo más la observación de la conducta. Cortés et al (2009) recomiendan ampliar el criterio de duración al primer trimestre de escolaridad para que resulte verdaderamente discriminativo y Estévez (1995) propone incluso prolongarlo a seis meses. A este respecto es interesante recoger:

- ¿Cuándo aparecen las **primeras manifestaciones** de mutismo?
- ¿Cómo ha ido **evolucionando** el problema a lo largo del tiempo?
- ¿El alumno ha experimentado **mejoría** (habla con más personas o en más lugares)?
- ¿Se ha **agravado** el problema (síntomas psicofisiológicos y motores, conductas de evitación y escape, generalización del mutismo a más personas y contextos)?

4. **La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento, trastorno de la comunicación, TGD, cuadros psicóticos, etc...** Este criterio hace referencia al necesario diagnóstico diferencial. Se considera que un niño presenta mutismo cuando a pesar de tener adquirida una competencia lingüística y comunicativa propia de su edad cronológica no habla en determinados contextos o ante determinadas personas.

**No representan casos de mutismo, las dificultades** de aquellos alumnos que no se expresan oralmente **porque carecen de la competencia** necesaria, porque tienen alteraciones del desarrollo del lenguaje que afectan todas las dimensiones del mismo, o presentan alteraciones o trastornos importantes de la personalidad o el desarrollo que, entre otros síntomas, afectan a su capacidad para expresarse oralmente. En este sentido, resulta de alto interés diagnóstico contar con la información de la familia o de personas que muestren evidencias de que el niño es capaz de hablar en otros contextos o situaciones (videos, grabaciones, registros de lenguaje espontáneo en ambiente familiar o confortable).

Ante la sospecha de que la ausencia de lenguaje pueda estar relacionado con un déficit sensorial con otros trastornos como el retraso mental, una lesión cerebral concreta, un cuadro autista o un trastorno psicótico, es necesario derivar al niño a los servicios de salud correspondientes. La revisión del paidopsiquiatra o/y el neurólogo junto con la aplicación de determinadas pruebas médicas permite descartar o confirmar dichos supuestos. Junto a ello, existen algunos instrumentos, como la escala para el diagnóstico diferencial del mutismo selectivo de Estévez (1995), o pruebas estandarizadas para evaluar la competencia

comunicativa y lingüística: ECO, ITPA, PIR-5... que pueden resultar de indudable interés para que el profesional emplee durante esta fase de la evaluación.

Rodríguez Méndez (2005) también señala la importancia de realizar un correcto diagnóstico de los casos de mutismo, analizando las dificultades que presenta el niño y su correspondencia con los criterios diagnósticos del mutismo, así como derivando el caso a cuantos especialistas sean necesarios para poder descartar la existencia de otro tipo de déficits, alteraciones o trastornos que puedan generar una sintomatología parecida pero requieran de estrategias de evaluación e intervención diferenciadas. En la tabla 3 se recogen algunas de las **alteraciones más importantes para tener en cuenta en el diagnóstico diferencial** del mutismo y los procedimientos de evaluación que propone el autor.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otros trastornos del habla o del lenguaje.</li> <li>- Retrasos del habla o del lenguaje.</li> <li>- Falta de conocimiento del idioma (inmigrantes, privación sociocultural, abandono...).</li> <li>- Trastorno Generalizado del Desarrollo.</li> <li>- Esquizofrenia.</li> <li>- Otros trastornos psicóticos.</li> <li>- Retraso mental.</li> <li>- Hipoacusias.</li> <li>- Afasias.</li> <li>- Trastorno de ansiedad (fobia social).</li> <li>- Estrés post-traumático...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración <b>criterios diagnósticos</b> de mutismo. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se confirma mutismo (proceder a evaluación psicopedagógica)</li> <li>▪ No se confirma (derivar para exploración a servicios de salud)</li> </ul> </li> <li>- Análisis <b>patrones familiares de comunicación y antecedentes</b> familiares de trastornos o dificultades similares.</li> <li>- <b>Derivación a servicios de salud mental y/o especialistas.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación psiquiátrica, neurológica, audiológica, logopédica.</li> <li>▪ Descartar malos tratos, abusos sexuales, depresión, conducta antisocial...</li> </ul> </li> </ul>

Tabla 3: Diagnóstico diferencial del Mutismo Selectivo. (Adaptado del texto de Rodríguez Méndez, 2005).

En este sentido, Estévez (1995) aporta seis **indicadores para poder diagnosticar adecuadamente el mutismo y realizar un correcto diagnóstico diferencial** (p. 80-81):

1. **Exclusión de otros trastornos** psicológicos, hipoacusias, retrasos de lenguaje o deficiencia mental.
2. **El lenguaje básico debe estar ya adquirido**, edad de inicio no inferior a los cuatro años y medio o cinco.
3. **El niño habla con normalidad en determinadas circunstancias** y no habla nunca en otras.
4. **Existe un periodo duración** o persistencia significativo (La autora recomienda mayor a seis meses, debido a que en muchos casos el mutismo se debe a periodos de adaptación y resulta transitorio)

5. **La comprensión del lenguaje oral y la comunicación no se alteran.** En relación a este indicador conviene señalar que hace referencia a la capacidad del niño para hacerse comprender, entender y comunicar en contextos de la vida cotidiana, pero admite que, en los casos de mutismo, la comunicación verbal queda evidentemente reducida y limitada.
6. **La ausencia de habla aparece como alteración predominante.** Este indicador permite diferenciar el diagnóstico de otros trastornos donde se da mutismo como síntoma, pero la alteración o perturbación no se limita al habla, sino que se trata de un trastorno más amplio: depresión, trastorno generalizado de ansiedad, oposicionismo, cuadros psicóticos...

La Asociación Española de Pediatría AEP (2008) también presenta algunos **algoritmos** de interés para el **diagnóstico diferencial** de los problemas de habla. En la *figura 1* se observa una adaptación de uno de ellos:



Figura 1: Algoritmo Diagnóstico ante pérdida de lenguaje (Adaptado de AEP, 2008: p. 183)

Así, como parte de los protocolos diagnósticos de la AEP, se considera importante diferenciar los casos de mutismo, en los que se da una inhibición del habla sin otras lesiones neurológicas, de otras patologías en que sí existe enfermedad o lesión o síntomas propios de enfermedades degenerativas o trastornos que afectan al habla, entre otros síntomas.

- **En relación al proceso de evaluación psicopedagógica**



Una vez realizado el diagnóstico, desde el centro educativo es necesario realizar la **evaluación psicopedagógica completa del alumno**. En relación al mutismo, junto a los apartados clásicos y propios de la evaluación psicopedagógica, es importante dedicar parte de la misma a la evaluación del lenguaje. Mediante diversas técnicas de recogida de información y pruebas de valoración, se debe obtener información relevante del desarrollo del problema en los diferentes contextos, así como definir cuáles son los factores que predisponen, precipitan y refuerzan el comportamiento (aversión a hablar, mutismo).

Ha de recogerse **información de las siguientes fuentes**:

- Observación del alumno en diferentes contextos de interacción (aula, patio, pasillos, comedor...).
- Entrevista con la familia.
- Entrevista con el niño.
- Entrevista con el profesorado que trabaja o tiene contacto con el niño o lo ha tenido en cursos anteriores.
- Entrevista con profesionales externos que trabajen con el niño (logopeda, psicólogo...).
- Revisión de informes médicos o psicológicos (si se aportan).
- Aplicación de pruebas estandarizadas para la valoración del lenguaje y capacidades.
- Análisis de producciones del alumno y valoración de competencia curricular.

Algunos autores proponen **protocolos de evaluación específicos** para el mutismo. Estévez (1995) recoge los tres siguientes:

- Cambra (1988) describe un proceso de recogida de datos que contiene **una entrevista estructurada con los padres** en la que se recogen los siguientes aspectos: datos personales y familiares, datos evolutivos, centrados en la conducta motora y en el lenguaje y datos sobre la dinámica social, afectiva y comportamental. Asimismo, en el proceso evaluador se incluye **un registro conductual** como medio de confeccionar una línea base de la frecuencia, la aparición de la conducta problema, la tasa y la duración de la misma. El autor incluye **un cuestionario estructurado de desarrollo personal y social**, con objeto de analizar el patrón conductual del niño en el ambiente familiar y escolar. Por último, proporciona orientaciones para realizar la **exploración psicopedagógica** sobre el perfil psicomotor, el lenguaje del niño, la integración sensorio-perceptiva y el desarrollo cognitivo.
- Olivares, Méndez y Maciá (1993) establecen un **procedimiento operativo** en el que realizan una **grabación videográfica** del habla del niño en distintas situaciones de **interacción social en el hogar**. Estas grabaciones son posteriormente visualizadas por **observadores independientes** que registran la existencia/ausencia de habla durante los periodos de observación con el fin de establecer una **línea base**.
- Olivares (1994) propone un procedimiento completo para **evaluar el miedo desproporcionado a hablar** y decidir sobre el tratamiento terapéutico más adecuado.

Observando el comportamiento del niño, bien por medio de cámara de **video** bien mediante **observación directa** se obtiene el número, la intensidad y la duración de las respuestas de evitación y escape; igualmente **se registran** las respuestas fisiológicas de ansiedad.

Por su parte, Cortés et al (2009) desarrollan una propuesta bastante completa para guiar la evaluación del mutismo selectivo elaborando **modelos específicos para realizar la entrevista familiar y la guía de entrevista para el centro escolar en los casos de mutismo**.

Tras la recogida de información, el profesional debe tener una idea clara de la **anamnesis del caso, la historia escolar del alumno y la historia del problema**. Además, se ha de concretar el tipo, grado y frecuencia de las **dificultades** del alumno, así como los contextos y personas con las que se ponen de manifiesto. También es importante conocer el **perfil de capacidades** del alumno y contar con información sobre los **estímulos discriminativos** de situaciones donde sí es capaz de hablar sin experimentar malestar.

Estévez (1995) señala que en relación a la evaluación del lenguaje en el caso del mutismo es importante realizarla desde una concepción amplia, donde se contemple **el lenguaje como competencia, lingüística y cognitiva**, así como se valoren también **los aspectos conductuales** asociados al mismo.

*Lo que se pretende evaluar, más que el lenguaje, es la conducta lingüística, y ésta no sólo como conducta verbal o simple competencia lingüística sino como ambas cosas a la vez incluyendo además sus aspectos comunicativos y cognitivos y contemplándola bajo la influencia de los condicionamientos biológicos y socioculturales que la determinan.* (Estévez, J. 1995: p. 63).

El análisis de la información, se debe determinar **las necesidades educativas que presenta** y concretar las **medidas y estrategias que deben implementarse desde el centro**. A través de un informe de evaluación psicopedagógica se recoge la síntesis de la información y se deja constancia de las conclusiones. Además, la evaluación psicopedagógica ha de estar orientada a la intervención. De esta forma, los apartados finales del informe deben concretar el tipo y grado de ayudas que precisa el alumno, los responsables de llevarlas a cabo, así como las orientaciones que sean necesarias para poder actuar con el alumno en los diferentes ámbitos (escolar, familiar...).

En relación a la recogida de información propia de la evaluación psicopedagógica, Cortés et al (2009) estructuran los **principales aspectos** a incluir **en relación a los ámbitos personal, escolar y familiar** (pp.15-16):

a) **Ámbito personal:**

- **Condiciones comunicativas y lingüísticas** del alumno/a: con quién habla, con quién no, en qué tono, con qué longitud, cuánto, en qué situaciones, si utiliza gestos o no...
- **Comportamientos asociados al mutismo:** conductas de evitación y escape, grado de tensión corporal...
- **Historia del problema:** posibles causas, manifestaciones iniciales, evolución del problema a lo largo del tiempo, intentos de control, resultados de los mismos...

- **Competencia social del alumno/a:** habilidades sociales, integración en el grupo, amigos, dificultades más importantes, conductas de evitación o huida...
- **Competencia lingüística del alumno/a:** Conocimiento del idioma, pronunciación, vocabulario, fluidez verbal...
- **Tipo y grado de ayudas que facilitan la interacción verbal:** instigarle para que responda, realizar sesiones de apoyo individual, diseñar actividades a realizar en pareja, diseñar y realizar actividades de juego, modelar las respuestas...

Un ejemplo de registro de interés para delimitar el problema podría ser:

REGISTRO SITUACIONES DE HABLA	PERSONA CON LA QUE HABLA (Edad, relación con el niño)	TONO DE VOZ	LONGITUD DE FRASE	ESTADO EMOCIONAL (Durante la emisión)

Tabla 4: Registro de habla del niño con mutismo selectivo. (Adaptado de Cortés et al, 2009).

#### b) **Ámbito escolar:**

- **Contexto socio-personal de enseñanza-aprendizaje:** vinculación con el tutor; estilo de autoridad; clima social del aula; relaciones interpersonales...
- **Contexto físico de enseñanza-aprendizaje:** disposición física y organizativa del aula; programación de aula; estrategias didácticas; formatos tipo de actividades de aula; nivel de conocimiento de la lengua vehicular de uso en la escuela...
- **Atribuciones, cogniciones y expectativas del profesorado** en relación con el alumno/a y su problema.
- **Medidas adoptadas y resultado** de las mismas.

En los modelos explicativos multicausales explicados en la unidad anterior (Cortés et al 2009 y Olivares 1996), se destaca la importancia de **variables o factores que predisponen, precipitan y refuerzan la conducta mutista**. Para la evaluación y diseño de la intervención es fundamental analizar los antecedentes y los consecuentes de estas conductas, así como conocer los objetos, actividades, gestos o comentarios que pueden actuar como reforzadores para el alumno.

Como parte de la evaluación del contexto escolar, además de la observación de la conducta lingüística y motora del alumno, es especialmente relevante conocer el tipo de interacción que establece con profesor y compañeros, así como las tareas que se le proponen, las reacciones que mantienen los adultos y compañeros ante su “respuesta mutista” y aquellos elementos que

funcionan mejor como reforzadores para el alumno. Puede ser de utilidad plantear las siguientes cuestiones:

- ¿Qué situaciones de exigencia de habla se le plantean? (responder sí o no, responder con una palabra, responder con una frase. Contar o narrar alguna vivencia, expresar su opinión sobre algo...)
- ¿Se expone al alumno a las mismas situaciones de habla que a sus compañeros?
- ¿Se le evitan situaciones o actividades en las que se exige respuesta oral?
- ¿Se le permite responder de formas alternativas? (mímica, por escrito, a través de un compañero...)
- ¿Qué interpretación hace el profesor de su conducta (mutismo)?
- ¿Cómo reacciona el profesor cuando el alumno no responde a una pregunta?
  - Se responde por él
  - Se salta su turno
  - Se insiste en que responda
  - Se le justifica
  - Se manifiesta comprensión
  - Otros:\_\_\_\_\_
- ¿Qué actividades, elogios, objetos pueden funcionar como reforzadores para el alumno?

**c) Ámbito familiar:**

- **Estilo de autoridad** familiar.
- **Competencia social y estilo relacional de la familia:** frecuencia, amplitud y estilo de los intercambios comunicativos y relaciones sociales.
- **Estructura y clima familiar:** composición familiar, personas que viven en el domicilio y parentesco, estilo de comunicación de la familia...
- **Atribuciones, cogniciones y expectativas respecto al hijo y su problema:** pensar que se resolverá con la edad, mostrarse incrédulo, no creer que su hijo no habla, pensar que es un problema de inadaptación escolar...
- **Actuaciones de los padres en las situaciones sociales en las que el niño no interactúa verbalmente con otros (medidas que toman y resultados de las mismas):** le insisten para que responda, le obligan, le castigan por no hacerlo, le prometen un premio si lo hace, le riñen, lo justifican ante el interlocutor, lo abrazan y le expresan su comprensión, se anticipan a sus deseos, satisfacen sus necesidades sin requerirle que lo pida...

A través de **una entrevista semiestructurada** el profesional ha de obtener información sobre la génesis y evolución del problema, así como sobre los factores que han influido en su gestación, desarrollo y mantenimiento. Así, además de **conocer la composición de la familia, su estructura y las pautas de interacción** características, se ha de ahondar en información sobre el **problema de inhibición del habla**:

- Cuándo comienza a hablar el niño.
- Existencia o no de dislalias o disfluencias en el proceso de adquisición.
- Tipo de habla que presenta en el contexto familiar (vocabulario, longitud de frase, inteligibilidad de la expresión).
- Momento en que se observa inhibición o retrocesos.
- Diferentes manifestaciones del habla en función del contexto.
- Vivencias, cambios o conflictos significativos.
- Respuestas de ansiedad, manifestaciones motoras y psicofisiológicas que se observan.
- Verbalizaciones que hace el niño sobre su problema, razones de su aversión a hablar en determinados contextos.
- Preguntas relativas al desarrollo personal (alimentación, sueño, control de esfínteres, socialización, ocio y juego...).
- Preguntas relativas a su personalidad (rasgos más destacados).
- Preguntas relativas a problemas de conducta en el ambiente familiar o en otros.
- Nivel de agrado o valoración subjetiva del niño de actividades que pueden funcionar como reforzadores (Ej. Televisión, comprar un juguete, comer fuera, recibir un abrazo, elogios...).
- Grado de preocupación de los padres sobre el problema.
- Medidas y decisiones que han tomado para tratar de resolverlo y los resultados de las mismas hasta el momento.
- Expectativas que presentan sobre la evolución e implicación del problema.
- Consecuencias que observan tiene el problema del niño en los diferentes contextos, en su desarrollo, en la dinámica familiar.

Estévez (1995) señala que el énfasis de la **evaluación ha de ponerse necesariamente en la descripción de la actividad lingüística alterada, comportamiento y especificidad situacional**. La autora señala como en los casos de mutismo, la etiología del trastorno es múltiple, compleja y a menudo confusa; La conducta problemática no depende exclusivamente del niño o la persona, sino que está regulada por el medio y las características del contexto. En este sentido, cuanto mejor se logre describir la actuación comunicativa del



alumno y los factores asociados la evaluación será más efectiva para delimitar el problema y tomar decisiones relevantes en la intervención posterior.

Cortés et al (2009) también advierte que **la evaluación psicopedagógica** puede ser más o menos exhaustiva. El grado de profundización y concreción de la misma está en función de las **condiciones del alumno, y las de su contexto** familiar y escolar; y de la cantidad de **factores que están incidiendo** en la manifestación del problema.

### 3.1.2. Diferencias del diagnóstico entre mutismo y retraso simple del lenguaje

En el apartado anterior se han dejado reflejados los criterios diagnósticos del mutismo selectivo y los principales indicadores para realizar correctamente un diagnóstico diferencial. Pero, de manera más detallada, se presenta a continuación la descripción del **retraso simple del lenguaje**. Esta patología es **diferente del mutismo** pero afecta también al habla (ausencia, limitación de la misma). En los centros escolares, el retraso simple del lenguaje y el mutismo son los dos principales trastornos que caracterizan, siguiendo la denominación de Gallardo y Gallego (1993), “al niño que no habla”.

**El Retraso Simple del Lenguaje (RSL)** es propiamente **un retraso en la aparición** de los niveles de lenguaje, que afecta sobre todo a la expresión en su vertiente fonética, fonológica, semántica y morfosintáctica y en muchas ocasiones pragmática. Según Juárez y Monfort (1996) en ocasiones, en el RSL se observan también ciertas dificultades en la comprensión, sobre todo si el enunciado es largo o ambigua o si la comunicación no se realiza en situaciones óptimas (p.31). El RSL **no es explicable por déficit intelectual ni sensorial ni conductual**.

Los niños que presentan RSL respetan los mecanismos y etapas evolutivas del desarrollo normal, pero existe un desfase en el momento cronológico en el que alcanzan cada hito. En este sentido, su limitación expresiva no se corresponde con las producciones que son esperables en relación a una supuesta “edad lingüística” normativa.

De manera más amplia Gallego (1999), habla de retrasos del lenguaje. Con dicha denominación hace referencia al conjunto de alteraciones donde concurren tres fenómenos (p.137):

1. El lenguaje no aparece a la edad en que normalmente debe presentarse.
2. Patrones lingüísticos de estadios anteriores permanecen.
3. Todos los componentes del lenguaje están o pueden estar afectados en mayor o menor grado.

Dentro de este grupo heterogéneo, el autor propone **tres grados de dificultad progresiva**, aunque reconoce que los límites que se establece entre los mismos son difusos:

1. Retraso simple del lenguaje (**RSL**).

2. Retraso moderado del lenguaje (Disfasia o Trastorno Específico del Lenguaje: **TEL**).
3. Retraso grave del lenguaje (**Afasia**).

En la disfasia o TEL y en la afasia se da un trastorno global de la expresión, pero no debe confundirse con el mutismo. En estas alteraciones del lenguaje, la comprensión también está afectada y la dificultad trasciende con mucho el habla. Además, frente a la inhibición selectiva o ausencia de un lenguaje ya adquirido (en el mutismo), en este tipo de alteraciones resulta **sintomático el retraso en la adquisición del lenguaje y la gravedad del trastorno para la elaboración del mismo**.

Gallardo y Gallego (1993), diferencian también entre **el retraso puro del habla** y el retardo simple del lenguaje. Los autores hablan de retraso puro del habla cuando se observa una falta de maduración de las habilidades motoras que subyacen a la articulación y se trata de una alteración fonética donde se producen múltiples dislalias. Frente a ello, reservan el término de **retardo simple del lenguaje** para las alteraciones donde se da afectación de las diferentes dimensiones del lenguaje, la maduración y la simbolización.

**En conclusión, en los trastornos descritos (RSL, TEL, afasia...) la perturbación se caracteriza porque el niño tarda en hablar y están afectadas varias dimensiones del lenguaje.** Frente a ello, en el mutismo selectivo se considera un trastorno adquirido, que se produce después de un proceso normal de adquisición del lenguaje y se caracteriza por la dificultad, limitación o ausencia de expresión oral en determinados contextos o ante determinadas personas.

Los retrasos del lenguaje y el mutismo selectivo **requieren estrategias de evaluación y tratamiento diferenciados**.

## 3.2. Intervención y tratamiento

### 3.2.1. Diferentes modelos de intervención y revisiones del tratamiento

La evaluación y detección precoz del mutismo cobra sentido cuando se realiza con el fin de diseñar una intervención posterior. Los **diferentes modelos explicativos** que se han ido proponiendo para explicar la etiología y génesis del mutismo han marcado las directrices y el tipo de tratamiento a seguir ante el trastorno. A lo largo de los años se ha ido optando por unas **técnicas de tratamiento** u otras en base a los planteamientos teóricos.

Launay y Borel-Massonny (1986) afirman que **no se puede imponer un sistema** en lo que se refiere a la técnica que se debe usar en el tratamiento del mutismo. Los autores destacan que la intervención la debe realizar un profesional con gran experiencia en psicoterapia infantil que debe atender las dificultades de la expresión oral desde la perspectiva de los factores que las producen.

De hecho, Estévez (1995) destaca la **vasta cantidad de técnicas y modalidades de intervención** que se han empleado para lograr que el niño con mutismo recupere el habla. En este sentido, la autora cita el recurso a estrategias tan dispares como la sugestión, la persuasión, la musicoterapia, la manipulación del entorno o la hipnosis. Pero en la mayoría de los casos, las técnicas y tratamientos propuestos en la literatura son inespecíficos, **no se evalúan detenidamente**, no controlan otras variables que pueden condicionar los resultados del programa o carecen de seguimientos a largo plazo para valorar realmente el grado de eficacia. En este sentido, tanto Estévez (1995) como Garrido et al (2015) advierten de la necesidad de realizar un mayor número de estudios y publicaciones sobre la efectividad de los diferentes tratamientos.

Aunque la prevalencia del este tipo de trastornos no es alta (se sitúa aproximadamente en un 1% de la población infantil), las repercusiones del mutismo son importantes, llegando a ser graves para la comunicación y desarrollo de los niños cuando no se tratan. Este hecho justifica plenamente la necesidad de contar con tratamientos contrastados y la definición de pautas claras de actuación que permitan atender los casos desde los diversos contextos.

Con todo, se **aprecia una evolución en la última década donde se aceptan determinadas premisas** básicas para la intervención que permiten velar por la coherencia de actuaciones y estrategias en los diferentes contextos y **se tiende a modelos multicomponentes** que abarcan las múltiples causas del mutismo.

En relación a los tratamientos anteriores se puede señalar que:

**Inicialmente** parten de una consideración del mutismo como síntoma de un trastorno mental de carácter neurótico o psicótico. Los tratamientos los define el **paidopsiquiatra** en función de determinado contexto mental. En el caso de niños ansiosos, inhibidos o que presentan psicosis se plantea el **tratamiento farmacológico** y la atención al trastorno para la modificación o **estructuración de la personalidad**. Cuando se considera al mutismo expresión de un conflicto neurótico, el énfasis se pone en diversas formas **de psicoterapia** que van desde diálogo terapéutico a la psicoterapia institucional (Launay y Borel-Massonny, 1986).

Progresivamente los tratamientos se bifurcan en **dos corrientes o modelos principales para intervenir en los casos de mutismo**: la orientación psicoanalítica y la modificación de conducta. Estévez (1995) destaca entre las características más relevantes de ambos tipos las siguientes:

- **Orientación psicoanalítica**: el tratamiento que se aplica es principalmente un programa psicopedagógico de orientación analítica, aunque también se insiste en los beneficios de un cambio ambiental. En función de la gravedad de las alteraciones se apoya con medicación. los autores psicodinámicos **consideran el mutismo sólo un síntoma** y dirigen el tratamiento a la personalidad en general. Así como contemplan como norma la cooperación y trabajo con los padres.
- **Tratamiento conductual**: se parte del supuesto de que el **mutismo selectivo es una conducta aprendida**, adquirida, y que por lo tanto puede cambiarse o modificarse. Esta modificación se basa fundamentalmente en la aplicación de los principios del reforzamiento y del modelado. En base a las estrategias propuestas en las teorías del aprendizaje se diseñan tratamientos orientados a la superación del mutismo y los trastornos asociados.

Estos dos modelos siguen protagonizando en la actualidad la discusión esencial sobre en qué técnicas centrarse para intervenir ante casos de mutismo infantil. Así, algunos autores defienden el empleo de técnicas de modificación de conducta como principal tratamiento mientras que otros se decantan por las estrategias propias de la terapia psicoanalítica. Los autores que contemplan la semejanza entre el mutismo y los trastornos de ansiedad social proponen como parte esencial del tratamiento el uso de técnicas de exposición y entrenamiento en habilidades sociales.

En la última década se han realizado algunas **revisiones de los tratamientos** mencionados con el fin de clarificar la mayor o menor efectividad de los mismos. Cabe señalar al respecto:

Garrido, Marín y Hervás (2015) realizan **una revisión de diferentes programas de intervención** tanto a nivel internacional como nacional que se han realizado en los últimos años (2011-2015) para tratar el mutismo selectivo en la infancia. En base a la misma recogen como principales conclusiones:

- En los casos **donde se interviene se constata mejoría**. El mutismo se considera un trastorno modificable que **responde al tratamiento** cuando éste es adecuado a las características del caso y se atienden los factores que predisponen, precipitan y refuerzan el mutismo. Las diferentes estrategias de los estudios analizados resultan beneficiosas. Los niños que presentan inicialmente mutismo selectivo, obtienen una mejora y aumento de la comunicación verbal; se observa progresivamente un descenso significativo de la ansiedad y aumento de las relaciones sociales. En la mayoría de los casos el mutismo se supera progresivamente, aunque se encuentra un estudio donde el sujeto evoluciona de manera lenta y no logra cubrir los objetivos marcados en su totalidad.
- En los tratamientos se aprecia **un grupo de técnicas comunes efectivas** utilizadas para la intervención de este tipo de trastorno:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Relajación y respiración.
- Técnicas de actuación del modelo cognitivo-conductual.
- Refuerzo positivo de conductas objetivo.
- Automodelado.
- Reestructuración cognitiva.

Por su parte, Cohan (2006) señala que las estrategias orientadas a la **reducción de la ansiedad, los enfoques conductuales, los cognitivo-conductuales y la farmacoterapia presumen de evidencia y apoyo empírico en las investigaciones**. Tras una fase de meta-análisis se constata que **la terapia cognitivo-conductual que ha demostrado mayor éxito incluye técnicas de manejo de la ansiedad y psicoeducación a padres**.

Sheridan, Kratochwill y Ramírez (1995) y Olivares, Macià y Méndez (1996) se decantan por las técnicas conductuales y las operantes. Los autores defienden la **eficacia del reforzamiento, la economía de fichas, el moldeamiento, la instigación y el desvanecimiento estimular**.

Olivares, Piqueras y Rosa (2006) también realizan una revisión de los tratamientos del mutismo y ponen de manifiesto **la relevancia de las técnicas conductuales y especialmente de las operantes**. Concretamente, los autores recogen que la mayoría de los tratamientos que se han mostrado eficaces recurren como técnicas al **reforzamiento, desvanecimiento estimular, economía de fichas, moldeamiento e instigación** (p.212).

Empiezan a asumirse determinados supuestos o normas generales para la intervención. Por ejemplo, Olivares et al (2006) establece que, cuando el sujeto habla todavía a una o más personas en al menos en una situación, los tratamientos psicológicos que resultan más útiles, para lograr tanto el incremento como la generalización del habla espontánea, conllevan la exposición del sujeto en combinación con el manejo de contingencias. La práctica aplicada también la utilidad de eliminar el refuerzo negativo del que se beneficia el menor al presentar mutismo, pero la inadecuación de técnicas como el castigo o la exigencia, más allá de las posibilidades del niño, debido a que aumentan la ansiedad y, por ende, empeoran las dimensiones del problema.

Rodríguez-Menchón y Saval-Manera (2017) afirman que aún no hay consenso sobre cuál ha de ser la intervención o el tratamiento de primera elección para abordar el mutismo selectivo. A pesar de ello, analizando la investigación realizada hasta el momento, la postura mayoritaria considera como una buena opción de tratamiento el **enfoque conductual individualizado y multimétodo**. En este sentido, dentro del tratamiento de un niño con mutismo selectivo, se considera necesario disminuir la ansiedad asociada a las interacciones orales y, al mismo tiempo, eliminar tanto el refuerzo negativo de las conductas de silencio como el refuerzo positivo que las mantienen.

Cortés et al (2009) destacan el origen multicausal del mutismo y en base a ello defienden que la intervención debe contemplar la actuación en los diferentes ámbitos sociales del niño (familiar, social y escolar) y atender tanto las variables personales como contextuales que interaccionan en la manifestación del trastorno. Desde su propuesta **el objetivo final de la**



**intervención es que el niño con mutismo selectivo sea capaz de interactuar verbalmente de forma espontánea con los adultos y niños** de la escuela y de su entorno social y familiar, llevando a cabo peticiones verbales espontáneas y respondiendo de forma audible a las preguntas que se le plantean (p.17). Para ello, los autores se centran en el logro de dos objetivos básicos: uno general que pretende mejorar las condiciones personales y sociales del alumno y otro más específico que incide directamente en la interacción verbal. Su consecución se aborda desde la actuación paralela en los ámbitos familiar, social y escolar y la aceptación de cinco premisas básicas (Cortés et al, 2009: p. 17):

- (1) Las **actitudes de sobreprotección** para evitar el sufrimiento del niño y, las que tienden a **minimizar o ignorar el problema son contraproducentes**. Tienden a reforzar e incrementar el mutismo.
- (2) Las **situaciones comunicativas “naturales” no son suficientes** para superar el mutismo. Cuando se confirma el diagnóstico, es improbable que la conducta mutista desaparezca por sí sola. Es necesario intervenir y combinar las situaciones naturales con la planificación y el diseño de otras situaciones que garanticen el éxito del niño.
- (3) En cada momento de la intervención, se ha de **partir de lo que el niño es capaz de hacer con ayuda**.
- (4) El nivel adecuado de **exigencia se mantiene** a lo largo de todo el proceso. La exigencia de respuesta verbal se debe ajustar a una progresión evitando la tendencia natural a la acomodación en el nivel alcanzado, tanto de los niños como de los adultos responsables.
- (5) Es **imprescindible la coordinación de todos los implicados** (familia, escuela, especialistas externos). Se debe intervenir con rigor y sistematicidad. y la diversidad de ámbitos afectados exige la coordinación de todos los implicados.

Junto a ello, otro supuesto **ampliamente aceptado es que la principal actividad en la infancia es el juego**. Por lo que parte de las actividades que se diseñan en un programa orientado a tratar un caso de mutismo infantil han de ser diseñadas desde un enfoque lúdico que refuerce a su vez la intención comunicativa. Autores como Flinchum (1988) que afirma que el juego dota al niño de libertad y fomenta sus habilidades interpersonales y sociales, o Wolpe (1958), que recomienda incorporar en el tratamiento de las respuestas de ansiedad cualquier conducta que permita relajación en el individuo para inhibir una respuesta de ansiedad por tratarse de conductas antagónicas, validan la importancia de este supuesto para tener en cuenta en los modelos de intervención del mutismo.

Desde la aceptación de estas premisas es más sencillo **resolver aparentes contradicciones** entre las pautas que dan algunos autores para tratar el mutismo. Así, por ejemplo, puede encontrarse en la literatura especializada la recomendación al centro escolar de que ante los casos de mutismo los profesores que no presionen al niño a hablar si éste se niega para no incrementar su estado de ansiedad; pero a su vez se disponga que actitudes de sobreprotección o el hecho de que el profesor disminuya considerablemente las demandas hacia el alumno o le requiera menos participación en las tareas orales de la clase, refuerza conductas de evitación y afianza el mutismo selectivo. Teniendo en cuenta las premisas 3y 4 anteriores,

puede adquirirse criterio para no proponer al niño tareas que estén por encima de sus posibilidades, pero mantener siempre un nivel de exigencia para lograr avance. Se trata de trabajar con el niño desde la zona de desarrollo potencial y desarrollo próximo mediante andamiaje (empleando la terminología clásica de Vygotsky y de Bruner)

En este sentido, Dow et al. (1995) defienden la **exposición jerárquica en los casos de mutismo** recomendando que el niño se comunique primero de forma no verbal para pasar progresivamente a una comunicación verbal. Cohan et al., (2006) también proponen en relación a las técnicas de exposición, que se aumente progresivamente el número de personas y situaciones en las que se mantienen exposiciones con los niños. Teniendo esto en cuenta, en los casos donde existe una importante inhibición del habla, se puede aceptar, que el niño recurra a conductas como susurrar o señalar para comunicarse en los primeros momentos de la intervención. Estas conductas se aceptan como recurso provisional mientras se va modelando en el niño estrategias de afrontamiento y dotándole de recursos para participar en situaciones donde es necesario emplear la comunicación oral. Poco a poco el profesional eleva el nivel de exigencia y requiere en mayor medida respuestas verbales.

### 3.2.2. Orientaciones y pautas para la intervención en los diferentes contextos

Cortés et al (2009) y Gomar Herrera (2011) recogen en sus estudios las pautas de intervención a tener en cuenta para intervenir en casos de mutismo infantil. Los autores coinciden en la necesidad de señalar **pautas paralelas tanto para el contexto familiar como para el contexto escolar**. A su vez, dentro de las mismas, diferencian dos tipos de orientaciones: dirigidas a **mejorar las condiciones personales y sociales**, y orientaciones específicas para la **expresión oral** del niño. De manera similar, Rye (1999) propone una estrategia de intervención multimodal consistente en desensibilización sistemática, trabajo con profesores y entrenamiento en habilidades de lenguaje social.

El modelo de intervención propuesto, que se fundamenta en el **modelo explicativo multicausal** del mutismo. La alteración se considera una conducta aprendida y modificable que se ha gestado por la interacción entre variables personales y contextuales que predisponen y precipitan la génesis del trastorno y factores que lo refuerzan y mantienen. El tratamiento se dirige por tanto a lograr la expresión oral del niño de forma normalizada desde el trabajo de factores de desarrollo personal y social y la estimulación del habla.



En base a las orientaciones de los autores citados se presentan a continuación las principales pautas de actuación a seguir en casos de mutismo. Para ampliar información se recomienda la lectura de los autores citados (Cortés et al, 2009. pp:18-26 y Gomar Herrera, 2011. pp: 2-6).

#### **a) Pautas y orientaciones para la familia:**

La familia es el principal contexto de desarrollo del niño. Durante los primeros años de vida, el niño adquiere el lenguaje de forma natural y espontánea evolucionando desde patrones primarios de comunicación con la figura de apego a un sistema estructurado de comunicación apropiándose de la lengua materna. La lengua y los modelos que rigen en el hogar van a condicionar el desarrollo del lenguaje y estilo de comunicación del niño.

En algunos casos de mutismo las familias tardan en ser conscientes de la dificultad del niño. Frecuentemente lo asocian a una personalidad tímida y consideran que el problema se resolverá de forma natural con la edad. En otras ocasiones, o a veces, en la medida en que desde otros contextos (como el centro escolar) se alerta a los padres de la conducta del hijo, éstos se tornan especialmente exigentes o manifiestan ansiedad y preocupación excesivas ante el mutismo aplicando diversas medidas para lograr que el niño corrija cuanto antes su conducta.

Los autores reflejan la **importancia de intervenir de forma precoz** ante los casos de aversión al habla o mutismo en los niños, pero al mismo tiempo coinciden en la necesidad de orientar a la familia para que no se culpe al niño de la conducta, no se le presione para que hable sin dotarle de estrategias para que pueda hacerlo ni se le transmita mayor ansiedad para resolver el problema que presenta. La familia ha de infundir confianza y apoyo al niño destacando sus puntos fuertes, incrementando su autonomía y favoreciendo en lo posible la interacción del niño con compañeros de colegio, vecinos o amigos. También ha de recibir orientación de los profesionales para discriminar aquellas conductas o formas de actuar con el niño que pueden reforzar el mutismo y optar por otro tipo de estrategias que sí permitan estimular y elevar progresivamente el uso del lenguaje oral como forma de comunicación del niño.

##### **a.1) En relación a los factores personales y sociales**

Como **pautas concretas** se mencionan:

- Ofrecer al niño un ambiente de seguridad, comunicación, serenidad, comprensión y afecto.
- Eliminar actitudes de sobreprotección.
- Manifestar confianza en las posibilidades del niño y en la superación del problema.
- Evitar los estilos de autoridad rígidos y la exigencia excesiva de perfección.
- Desarrollar hábitos correctos de autonomía y rutinas en la dinámica familiar adecuados a su edad en relación a la alimentación, higiene, vestido, orden...

- Asignar responsabilidades adecuadas a su edad que repercutan positivamente en la familia.
- Establecer normas básicas de funcionamiento en el hogar.
- Incidir en lo positivo, destacando sus puntos fuertes, reforzando las tareas que el niño realiza adecuadamente y utilizando con frecuencia el refuerzo social.
- Buscar actividades físicas de carácter lúdico que permitan descargar las tensiones que experimentan los niños durante la jornada escolar.
- Facilitar al máximo la interacción con sus compañeros, vecinos y amigos de su edad (actividades extraescolares, salidas, parques, fiestas, espectáculos).
- Mantener una comunicación recíproca y continuada con la escuela para coordinar las actuaciones.

#### a.2) En relación a la estimulación específica del habla

Como **pautas concretas** se mencionan:

- **Modelar y enseñar al niño conductas adecuadas de interacción social no verbal y verbal.** Ej. Los padres pueden enseñar al niño cómo saludar, pedir jugar, acercarse para establecer contacto, etc...
- **Facilitar y reforzar la interacción del niño y las aproximaciones verbales y no verbales** con otras personas iguales en edad o adultos:
  - Planificar situaciones que faciliten comunicación verbal con otros. Ej. Mandar al niño a hacer un recado, acudir a un cumpleaños...
  - Reforzar todas las aproximaciones verbales o no verbales del niño hacia sus iguales. Ej. Comentar con el niño lo agradable que es tener amigos, lo que los padres han disfrutado viéndole jugar con otros.
  - Ampliar progresivamente el círculo de amigos con los que comienza a hablar. Ej. repetir situaciones donde el niño ha obtenido éxito e ir introduciendo nuevos elementos o personas.

**Los padres pueden actuar como mediadores** para facilitar la interacción entre ellos. Ej. Si el niño si habla con la madre, ésta puede empezar a jugar con él y con otro amiguito para conseguir progresivamente que se produzca comunicación entre ellos. También se puede comenzar por juegos que requieran una limitada producción verbal. Ej. el parchís; la oca; dominós...para progresivamente estimular el habla de forma lúdica.

Por otra parte, los padres deben tener en cuenta aquellas **conductas o estrategias que son inadecuadas para intervenir** con el niño para eliminar el recurso a las mismas. En este sentido es importante:

- **No hacer comentarios que hagan referencia a que no habla.** Ej. Preguntar a diario si ha hablado en clase, si ha cantado en música, cuándo cree que va a comenzar a hablar...
- **No reñir** al niño por no hablar ni anticiparle consecuencias negativas de su conducta.
- **No comparar** al niño con sus hermanos o compañeros.
- **No forzarle a hablar** en situaciones sociales donde se observa ansiedad excesiva en el niño.
- **No adelantarse a sus deseos** cuando no los ha expresado, ni dar por válidas respuestas gestuales cuando es capaz de solicitar lo que requiere en dicho contexto.

Se trata de que la familia **aliente y estimule todo lo posible el lenguaje oral** en el niño, pero sin presionarle para que lo haga cuando aún no está preparado. De ahí que resulte fundamental la coordinación con los especialistas que trabajen e intervengan con el niño y la relación constante y recíproca con el centro educativo.

#### b) Pautas y orientaciones para el centro educativo:

La escuela es **uno de los entornos privilegiados** para poder realizar la intervención del mutismo infantil. La asistencia y permanencia en el centro escolar implica la exposición constante a situaciones de interacción y comunicación con iguales y adultos. En los casos de mutismo, el alumno presenta un miedo o ansiedad desproporcionada para hablar en determinadas situaciones sociales que sólo puede superarse enfrentándose al mismo de manera progresiva. En la escuela existe un amplio abanico de situaciones que permitan trabajar de forma gradual con el niño para que pueda ir adquiriendo seguridad en su capacidad de expresarse de forma oral en diferentes contextos y ante variados interlocutores.

Cortés et al (2009) afirma que la intervención en la escuela es imprescindible y enumera cinco conclusiones a tener en cuenta para el tratamiento del mutismo (p.21-22):

1. La escuela es uno de los entornos principales donde las dificultades del alumno con mutismo se ponen de manifiesto. La cantidad y calidad de las situaciones de interacción que se producen en este contexto lo configuran como el **escenario idóneo para estimular y generalizar la comunicación verbal**.
2. El profesional debe **establecer una vinculación afectiva positiva** con el niño como requisito imprescindible para garantizar eficacia de la intervención educativa.
3. Se deben **evitar actitudes de facilitación y sobreprotección** del alumno porque refuerzan e incrementan el miedo a hablar.
4. **Planificar situaciones de interacción** que conlleven intercambio verbal adecuando el nivel de exigencia a las posibilidades del niño.
5. **Dotar al alumno de estrategias y habilidades necesarias** (o garantizar que las tiene) para enfrentarse a las situaciones de interacción oral en el centro.



El profesional que trabaje con el niño y **todo el profesorado** implicado en su respuesta educativa debe tener **formación suficiente sobre el mutismo y sus implicaciones** para poder intervenir con el alumno. Ante las diferentes situaciones de interacción oral **se debe valorar el grado de exigencia de expresión verbal** que requieren para poder graduarlas. En este sentido, aspectos como la longitud de la respuesta o frase requerida, el tono de voz exigido, el tipo y número de personas presentes, y el grado de complejidad de elaboración del contenido deben tenerse en cuenta y adaptarse a las posibilidades del niño.

### **b.1) En relación a los factores personales y sociales**

Como **pautas concretas** se mencionan:

- **Intensificar el vínculo afectivo** con el alumno. Para ello se puede:
  - Destinar 2 ó 3 momentos en la jornada para interesarse por el alumno
  - Establecer contacto físico y mostrar cercanía
  - Utilizar el elogio privado y en público de aquellas tareas que realiza de forma competente.
  - Contar con él en las situaciones de aula
- Crear **un clima de seguridad, aceptación y confianza en el aula favorable a la comunicación** verbal.
- **Asignar pequeñas tareas de responsabilidad** dentro del aula y del centro educativo que pueda realizar en alumno en función de su edad y posibilidades.
  - Encomendar al alumno determinada tarea o enviarle a hacer un recado (borrar la pizarra, ir a coger material a otra sala, solicitar una llave a otro profesor con el que tenga buena relación...
- **Evitar la sobreprotección** del alumno así como evitar actuaciones de los compañeros que puedan mantener el comportamiento mutista. Ej. No contestar por el alumno, no hacer las tareas que el niño puede hacer, no justificarle con comentarios que expliquen la ausencia de lenguaje y validen el mutismo, etc...
- Aumentar el **control del adulto sobre las diferentes interacciones** para evitar el aislamiento del alumno, evitar que pase desapercibido en actividades de participación grupal...
- Incrementar dentro de la programación de aula **actividades de relajación** para realizar en grupo, o que impliquen **movimiento corporal y contacto físico** (Ej. hacerse cosquillas, formar “montones”, darse abrazos...).

Así también, es necesario programar tiempos de coordinación de todo el profesorado que interviene en la atención educativa del grupo al que pertenece el alumno para generar coherencia de actuaciones y favorecer el desarrollo y mejora del alumno; así como mantener una estrecha relación con la familia para intervenir de forma paralela desde ambos contextos. Cortés et al (2009) señalan como estrategia dar instrucción a los padres del alumno para que

hagan vida social en el centro. Se anima a la familia a establecer relación social con otros padres y profesores del centro e interaccionar en las idas y recogidas del colegio para ejercer de modelos adecuados de relación interpersonal para el niño.

### **b.2) En relación a la estimulación específica del habla**

Como **pautas concretas** se mencionan:

- **Diseñar y planificar juegos de producción de sonidos y comunicación corporal**, cuidando la composición de los grupos (inicialmente muy reducidos para ampliarlos progresivamente) así como ayudando al alumno a integrarse y participar en los mismos:
  - Actividades y juegos de preparación al habla que no exigen interacción verbal.
  - Juegos de movimiento corporal y producción de sonidos corporales.
  - Juegos con sonidos inarticulados y articulados. Ej. encadenamiento de sonidos, gradación de sonido, asociación de sonidos a movimientos...
  - Actividades y juegos de habla enmascarada donde no hay necesidad de establecer contacto visual directo mientras se habla: ej. títeres, marionetas, hablar por teléfono dentro de una casita, máscaras, juegos de hablar al oído...
- **Planificar las actividades** que impliquen expresión oral **teniendo en cuenta tres ejes** fundamentales, que deben graduarse siempre de menos a más:
  - (1) **Personas implicadas en la situación comunicativa:** alumno y profesor, alumno, profesor y un compañero, pareja o trío de compañeros, pequeño grupo, grupo clase...
  - (2) **Longitud de emisión requerida:** emitir sonidos con el cuerpo, articulados, responder con monosílabos, con una palabra, con frases cortas, con contenido elaborado...
  - (3) **Intensidad de la emisión verbal:** vocalizar sin sonido, con sonidos apenas audibles, a volumen bajo, ajustado a la situación...

Ej. El profesional puede planificar determinados momentos al día para realizar una pregunta sencilla al alumno. Al principio se seleccionan aquellas que puede contestar con una palabra y progresivamente se requiere mayor longitud.

- Emplear técnicas y **estrategias que refuercen cualquier aproximación del niño a la respuesta** exigida e ir incrementando el nivel de exigencia. Combinando también con técnicas de desvanecimiento estimular donde progresivamente se diseñan situaciones en las que están presentes personas con las que el alumno habla habitualmente y otras que no, para ir ampliando la capacidad de interaccionar con más personas y retirar poco a poco los apoyos.

Los autores señalan que no es adecuado mantener la aplicación de una estrategia durante más de dos semanas, si ésta no ha producido progresos en el niño. Cuando esto ocurre se diseña y prueba con otro tipo de estrategias. Siempre se ha de partir de lo que el alumno es capaz de

hacer elevando progresivamente la complejidad a la vez que se enriquecen sus recursos de afrontamiento y estimula la capacidad de expresión oral.

## 4. Referencias bibliográficas

- APA. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (5ª edición). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Española de Pediatría AEP (2008). Trastornos del Lenguaje. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos. *AEP: Neurología Pediátrica* 24. 2008; pp: 178-184.
- Cambra, J. (1988). Mutismo electivo escolar: diagnóstico y estrategias de intervención. *Información psicológica*, 3, 48-52
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x
- Cortés, C; Gallego, C; Marco, P; Gallo, (2009). *Guía de Mutismo selectivo*. Navarra: CREENA, p. 4)
- Dow, S. P., Barbara, B. A., Sonies, C., Scheib, D., & Moss, S. E. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-846. doi:10.1097/00004583-199507000-00006
- 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.
- Flinchum, B. (1988). Early childhood movement programs. Preparing teachers for tomorrow. *Journal Physical Education Recreation and Dance*, 59(7), 62-64.
- Gallardo y Gallego. (1993). *Manual de Logopedia Escolar. Un enfoque práctico*. Granada: Aljibe.
- Gallego (1999). *Calidad en la intervención logopédica*. Málaga: Aljibe.
- Garrido, Marín y Hervás (2015). Revisión de programas dirigidos a la intervención de mutismo selectivo en escolares. *Reidocrea*, 4. Art. 24. pp: 162-166.
- Gomar Herrera, Mª. D. (2011). Intervención en casos de mutismo en los niños-as. *Temas para la Educación. Revista electrónica para la formación del profesorado*. 16. (septiembre 2011).
- Juárez y Monfort (1996). *Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con dificultades*. Madrid: Aula XXI. Santillana.
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Olivares, J.; Méndez, F. X. y Macià, D. (1993a). Detección e intervención temprana en mutismo electivo. Una aplicación del automodelado gradual filmado y trucado (AGFT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 68, 793-817.
- Olivares, J.; Méndez, F. X. y Macià, D. (1993b). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 68, 771-793.
- Olivares, Méndez y Maciá (1996). Mutismo Selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, Vol. 4, Nº 2, 1996, pp. 169-192.
- Olivares, Piqueras y Rosa (2006). Tratamiento Multicomponente de un Caso de Mutismo Selectivo. *Terapia Psicológica*, vol. 24, núm. 2, diciembre, 2006, pp. 211-219 Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago, Chile.
- Olivares Rodríguez J. (1994) (1996 2ª Ed). *El niño con miedo a hablar*. Ed. Pirámide. Madrid.
- 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.
- Rodríguez Méndez, O. (2005). *Salud Infanto-Juvenil*. La Habana: Ciencias Médicas Edimed.

- 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.
- Rye (1999). The successful treatment of long-term selective mutism: a case study. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 30, 313-323.
- Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R., & Ramírez, S. Z. (1995). Assessment and treatment of selective mutism: Recommendations and a case Study. *Special Services in the Schools*, 10(1), 55-77.
- Tomás, J. Bassas, N. Casals, M. (eds). (2005). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos en pidiopsiquiatría. Barcelona: Laertes
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: University Press.

## 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.
- Gomar Herrera, M<sup>a</sup>. D. (2011). Intervención en casos de mutismo en los niños-as. *Temas para la Educación. Revista electrónica para la formación del profesorado*. 16. (septiembre 2011).
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2<sup>a</sup> 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.