



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN DE SEGOVIA

GRADO EN EDUCACIÓN INFANTIL

TRABAJO FIN DE GRADO

El mutismo selectivo en el aula de infantil



Autora: Olga López Riquelme

Tutor académico: Andrés Palacios Picos

RESUMEN

En la etapa de Educación Infantil se presentan grandes cambios, tanto físicos, como psicológicos, afectivos, sociales e intelectuales, y en ellos pueden surgir necesidades especiales y dificultades, las cuales debemos conocer para realizar una detección precoz y saber cómo actuar.

Nuestra labor como docentes será tener la mayor preparación posible para que en los casos que esto suceda, podamos dar una respuesta rápida, eficaz y satisfactoria. Por ello, se hace necesario conocer estas necesidades y la solución más acorde.

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo hacer un breve recorrido por los trastornos del lenguaje más comunes y profundizar, debido a una experiencia propia, en el mutismo selectivo y su intervención desde el ámbito escolar.

Palabras clave: Mutismo selectivo, intervención temprana, intervención escolar, trastorno del lenguaje.

ABSTRACT

In the Early Childhood Education stage children go through major changes, both physical, psychological, affective, social and intellectual. During this period, special needs and difficulties may arise, which we must know in order to carry out an early detection and decide how to proceed.

Our job as teachers will be to have the best possible preparation so that if this happens, we can give a quick, efficient and satisfactory response. Therefore, it is necessary to know these needs and the most appropriate solution for them.

The aim of this Final Degree Thesis is to take a brief tour of the most common language disorders and to explore in more detail, due to a personal experience, selective mutism and its intervention from the school environment.

Keywords

Selective mutism, early intervention, school intervention, language disorder.

Índice de contenido

1. Introducción	5
2. Objetivos	6
3. Justificación del tema	6
4. Fundamentación teórica	8
4.1 El lenguaje oral como medio de comunicación	8
4.2 Etapas de adquisición del lenguaje	10
4.3 Principales trastornos del lenguaje	13
4.4 Mutismo selectivo.....	16
4.4.1 Breve recorrido y definición actual	16
4.4.2 Origen y causas.....	18
4.4.3 Prevalencia.....	19
4.4.4 Características generales.....	20
4.4.5 Detección	22
4.4.6 Diagnóstico.....	24
4.4.7 Evaluación psicopedagógica	26
4.4.8 Intervención desde el ámbito escolar.....	26
4.4.9 Pronóstico y remisión	32
5. Consideraciones finales.....	33
6. Referencias bibliográficas	36

Índice de figuras

Figura 1: Etapas de adquisición del lenguaje	12
--	----

Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de las dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento académico	14
Tabla 2: Clasificación de los trastornos en la comunicación y el lenguaje	15
Tabla 3: Cuestionario para la detección precoz del mutismo selectivo.....	23
Tabla 4: Criterios para el diagnóstico del mutismo selectivo.....	25
Tabla 5: Pautas de trabajo con el niño con mutismo selectivo en el contexto escolar ...	30
Tabla 6: Pautas específicas sobre qué NO hacer ante un caso de mutismo selectivo	31

1. INTRODUCCIÓN

La Educación Infantil es una etapa con un gran valor educativo, ya que es un proceso multidimensional que incluye grandes cambios en el alumnado en un lapso de tiempo muy corto. En este periodo, los niños¹ se desarrollarán tanto física, mental y cognitivamente, adquiriendo progresivamente las capacidades de los adultos. Por esta razón, se hace necesario saber cuáles son las características específicas de cada etapa, los hitos de desarrollo que suceden en cada una de ellos, así como las necesidades que pueden surgir, para lograr una correcta respuesta e intervención educativa, acorde a las exigencias de la situación escolar de cada alumno.

En este desarrollo, juega un papel fundamental la socialización con el resto de personas de su entorno y la educación, tanto familiar como la escolar. Por este motivo, la escuela es uno de los entornos privilegiados en que, a partir de su escolaridad, los niños pasarán gran parte del tiempo y en el que se adquirirán muchos de sus conocimientos. Por ello, es importante crear un ambiente acogedor y familiar en el que los niños puedan desarrollar plenamente todas sus capacidades, sean estas las que fueren.

Asimismo, la escuela juega un papel fundamental en la detección temprana de posibles necesidades educativas, pues se trata de un lugar en el que trabajan especialistas del ámbito de la educación, la orientación o la Psicología; por lo tanto, la observación diaria nos puede ayudar a detectar de forma temprana aquellas. Para este propósito, se hace necesario tener la suficiente preparación y conocer los indicadores que nos pueden advertir sobre dichas necesidades.

El área en el que nos centraremos en este trabajo es el del Lenguaje, pues es uno de los mayores logros alcanzados en la etapa y cualquier dificultad en su desarrollo debe ser detectada con celeridad para su tratamiento y aminorar así las posibles consecuencias. Consideramos que es fundamental nuestra labor como docentes en este trabajo y por ello es necesario conocer todas las alteraciones que nos podemos encontrar para ponerlo en conocimiento de los profesionales y realizar una intervención temprana.

Dados los muchos conocimientos que se deben adquirir a lo largo de la carrera y el poco tiempo disponible, consideramos esencial una preparación posterior individual por parte de cada persona sobre las dificultades que podemos encontrar en el aula, ya que hemos podido detectar esta carencia al realizar las prácticas y sentirnos poco preparados para enfrentarnos a ciertas necesidades y características particulares de nuestros alumnos.

¹ En relación con la igualdad de género, usaré el género masculino plural para incluir tanto el género masculino como el femenino con el objetivo de hacer más fluida la escritura y la lectura del documento.

2. OBJETIVOS

Con el presente Trabajo de Fin de Grado pretendemos conocer de un modo más específico el mutismo selectivo, así como la adquisición del lenguaje oral en la etapa de Educación Infantil. Nos proponemos los siguientes objetivos:

- Ampliar mis conocimientos sobre el mutismo selectivo para lograr una mayor preparación ante esta dificultad del lenguaje oral.
- Ofrecer un esquema general del origen, causas y tratamiento en el ámbito escolar que sirva de ayuda a futuros docentes que se encuentren con este trastorno en sus aulas
- Recoger una lista de pautas de actuación por parte de los maestros dentro del aula para colaborar en la intervención del mutismo selectivo
- Adquirir un amplio conjunto de respuestas ante necesidades particulares y dificultades de aprendizaje.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Mi principal motivación para la elección del tema ha sido una experiencia que tuve en las prácticas del curso pasado con un niño de 3 años del aula.

El caso de este niño me llamó la atención desde el primer día pues, pese a no estar incluido en un programa de actuación por no tener el centro la certeza de que se trataba de mutismo selectivo, el niño apenas hablaba en clase y se mostraba muy tímido y reservado a la hora de comunicarse verbalmente con la maestra, el resto de adultos y conmigo. Solo ocasionalmente se comunicaba con otros niños, principalmente cuando no se encontraba presente un adulto.

Asimismo, la actuación de la profesora no parecía la correcta, ya que el niño apenas intentaba comunicarse con ella y su forma de actuar parecía afianzar ese comportamiento más que solucionarlo.

En ese momento comencé a ser consciente de la existencia de esta dificultad del habla y de la importancia de formarse en esta área para poder trabajar de forma correcta con este y otros casos que se puedan presentar en mi futura carrera como maestra de Educación Infantil, ya que considero que actualmente no tengo todavía las herramientas necesarias para enfrentarme a estos casos.

Pese a que no siempre podemos hablar de mutismo selectivo, es cierto que muchos niños tienen problemas de socialización cuando llegan a las aulas de Educación Infantil. Pasan de un entorno familiar, como es su casa, a un entorno en principio hostil, con muchos otros niños, un maestro desconocido y un espacio también desconocido. Por ello, además de ser necesario un periodo de adaptación, hay que tener en cuenta que se van a producir cambios en su conducta, comportamiento, capacidad de comunicación y aprendizaje, etc.

El lenguaje como medio de comunicación es uno de los contenidos esenciales en el currículo de la etapa y así lo recoge el DECRETO 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León:

El dominio en él alcanzado será un instrumento esencial y decisivo para expresar, comunicar, nombrar, interpretar, comprender y controlar los distintos sentimientos y emociones referidos a él mismo y a los demás. Generalmente el niño utiliza los diferentes lenguajes (verbal, gestual, musical, corporal...) como vehículos para expresar los aspectos descritos de esta área. (p.10)

Nos encontramos dentro de este currículo con una de las tres áreas que tiene como eje vertebrador el lenguaje. Así, la tercera área se denomina *Lenguajes: comunicación y representación*.

Se considera que “a través del lenguaje el niño estructura su pensamiento, amplía sus conocimientos sobre la realidad y establece relaciones con sus iguales y con el adulto, lo cual favorece su desarrollo afectivo y social” (p.13).

Igualmente, uno de los objetivos de dicha área es “utilizar la lengua como instrumento de comunicación, representación, aprendizaje, disfrute y relación social. Valorar la lengua oral como un medio de relación con los demás” (p.14).

Por lo tanto, se hace imprescindible el conocimiento de las dificultades que pudieran presentarse en la adquisición del lenguaje, tanto oral como escrito, para poder prevenir, intervenir y solucionar cualquier dificultad que aparezca en el transcurso de la etapa, pues el lenguaje es esencial para el correcto desarrollo e interacción social de los niños.

Este trabajo se presenta como resultado de cuatro años de formación universitaria, para hacer patentes las destrezas logradas y las competencias alcanzadas.

Consideramos que este trabajo confirma que a lo largo de este periodo se han logrado las competencias que se recogen en Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Asimismo, consideramos que las competencias que se han logrado al realizar este trabajo y que se encuentran recogidas en Orden ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil, son las que a continuación presentamos:

- “Conocer los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de la Educación Infantil” (p.1).
- “Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos” (p.2).
- “Conocer la evolución del lenguaje en la primera infancia, saber identificar posibles disfunciones y velar por su correcta evolución. Abordar con eficacia situaciones de aprendizaje de lenguas en contextos multiculturales y multilingües. Expresarse oralmente y por escrito y dominar el uso de diferentes técnicas de expresión” (p.2).

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1 El lenguaje oral como medio de comunicación

Todos los animales se comunican de alguna forma, pero solos los seres humanos disponemos de un código tan complejo como lo es el lenguaje articulado (Puyuelo y Rondal, 2003) y la capacidad para hablar es la característica que nos distingue de los demás seres vivos (Quintero, 2009). La comunicación es un proceso activo que cuenta con tres fases: codificar, transmitir y decodificar un mensaje (Owens, 2003).

Según Busto (1995) “comunicar es transmitir e intercambiar mensajes entre individuos” (p.25) y para que esta comunicación se produzca de forma efectiva es necesario que como mínimo haya dos interlocutores con una intención de comunicación. Estas dos personas serían el emisor o hablante y el receptor u oyente, con el fin de emitir y recibir un mensaje. Estas dos personas, además, deben tener en común el significado de los signos que

constituyen las palabras y el vocabulario de la lengua que hablan y, por otro lado, las reglas de las combinaciones y sus usos (Puyuelo y Rondal, 2003).

Un signo lingüístico está compuesto por el significante al que le corresponden uno o varios significados y este a su vez le corresponde un referente, es decir, una clase de objetos concretos o acontecimientos a los que nombra (Puyuelo y Rondal, 2003).

De aquí en adelante, se debe tener en cuenta que la edad de manifestación del habla, su desarrollo y los errores de articulación que puedan presentarse varían notoriamente de un niño a otro, ya que son muchos los factores que influyen en esta adquisición del lenguaje y en el desarrollo fonológico (Puyuelo y Rondal, 2003).

Para Celdrán y Zamorano (2009) el lenguaje en el desarrollo general del niño cumple las siguientes funciones:

- “Es el principal medio de comunicación.
- Es instrumento estructurante del pensamiento y de la acción.
- Actúa como factor regulador de la conducta.
- Es un medio de acceder a la información y a la cultura.
- Supone un medio de identificación con iguales” (p.2).

De este modo, debemos comprender la importancia que tiene en lenguaje en nuestro desarrollo y el papel que juega en la comunicación con el resto de la sociedad, para valorar especialmente esta área y hacer de ella uno de los objetivos principales y privilegiados de la etapa, sin olvidar que es una etapa globalizada en la que todos los contenidos deben estar integrados y trabajados de forma globalizadora.

Conocer los posibles trastornos que se pueden dar en el lenguaje hará que tengamos una mayor preparación como docentes y podamos dar una mejor y más rápida respuesta a los mismos.

Dominar un lenguaje no nos va a garantizar saber usarlo de forma apropiada ni tener realmente una correcta competencia comunicativa, que es el grado más elevado de adquirir un lenguaje o un código de comunicación.

La competencia comunicativa se define como la capacidad que tiene una persona para comunicarse de forma adecuada a una situación concreta, respetando las reglas de ese idioma, la gramática o el contexto en el que se encuentra (Canale, 1983)

Canale (1983) considera que la competencia comunicativa incluye cuatro competencias:

- Competencia lingüística
- Competencia sociolingüística
- Competencia discursiva
- Competencia estratégica

Por lo tanto, el alumno no solo deberá adquirir el lenguaje, sino además lograr la competencia comunicativa en todas sus vertientes. Esta aptitud se irá adquiriendo y mejorando a lo largo de toda la vida; no obstante, serán claves la educación desde la edad escolar y la detección e intervención sobre los posibles trastornos o deficiencias del lenguaje que pudieran dificultar esta adquisición.

4.2 Etapas de adquisición del lenguaje

En el ser humano, la adquisición del lenguaje oral es fundamental para el desarrollo mental y de los procesos de socialización (Quintero, 2009). En esta adquisición del lenguaje es necesario el correcto funcionamiento de tres mecanismos que deben ir interrelacionados: el neurológico, el psíquico y el sociocultural (Larzabal, 2013).

Resulta muy complejo diseñar una sola teoría general que explique por completo “la adquisición y el desarrollo del lenguaje, debido a la complejidad de las conductas lingüísticas y comunicativas” (Owens, 2003, p.32). Las etapas de la adquisición del lenguaje pueden ser diferentes según el criterio que se tenga para las mismas, pues se puede atender únicamente a un aspecto cronológico o hacer una división teniendo en cuenta criterios lingüísticos. Si se usa el criterio cronológico, se debe ser más flexible, ya que hay que tener en cuenta las diferencias individuales entre los sujetos y los diferentes ritmos madurativos (Navarro, 2003).

Por lo general, se habla de dos etapas en el desarrollo del lenguaje (Larzabal, 2013):

- 1) Etapa **preverbal o prelingüística**, que va desde el nacimiento hasta aproximadamente el primer año de vida. Es la etapa en la que el niño va ejercitando progresivamente sus órganos fonotarios que supondrán en un futuro la base para sus aprendizajes. En esta etapa el niño emite sonidos que no tienen significado y se comunica principalmente por gestos, sonidos aislados, risas, lloros o gimoteos. Dentro de ella, hay autores que diferencian otras etapas (Hernández, 1984):

- Neonato (0-6 meses)
- Balbuceo (6-12 meses)

El primer año de vida de un bebé es el más importante en la adquisición del lenguaje (Puyuelo y Rondal, 2003). Desde el comienzo, el niño tiene intención comunicativa con el medio que le rodea, aunque no lenguaje, por lo que sus esfuerzos se centran en imitar y reproducir los sonidos que escucha. Nos encontramos así con la etapa prelingüística, donde el bebé se comunica a través de gestos, movimientos o llanto para atraer la atención de las personas que le rodean (Quintero, 2009). Tras una primera etapa de balbuceo, sobre los 7 meses aparece la jerga, que son cadenas largas de sonido ininteligibles, “pero con patrones prosódicos y de entonación muy parecidos a los de la lengua natal” (Owens, 2003, p.88).

2) Etapa **lingüística**, comienza aproximadamente a partir del año con la emisión de la primera palabra. Progresivamente pasará de un vocabulario simple y limitado a un lenguaje más completo que dará lugar a las bases del lenguaje adulto ya formado. Se pueden diferenciar también varias etapas (Hernández, 1984):

- Etapa holofrástica o de palabra aislada (12-18 meses): pronuncias frases con una sola palabra, pero con significado completo, por ejemplo: *agua, perro*, etc.
- Etapa telegráfica o emisión de dos palabras (18-24 meses): elaboran mensajes de dos palabras con pleno significado y sin conjugar correctamente los verbos (casa rota).
- Etapa sintáctica (a partir de 24 meses): el lenguaje empieza a contar con reglas que van usando progresivamente y se produce la explosión léxica.

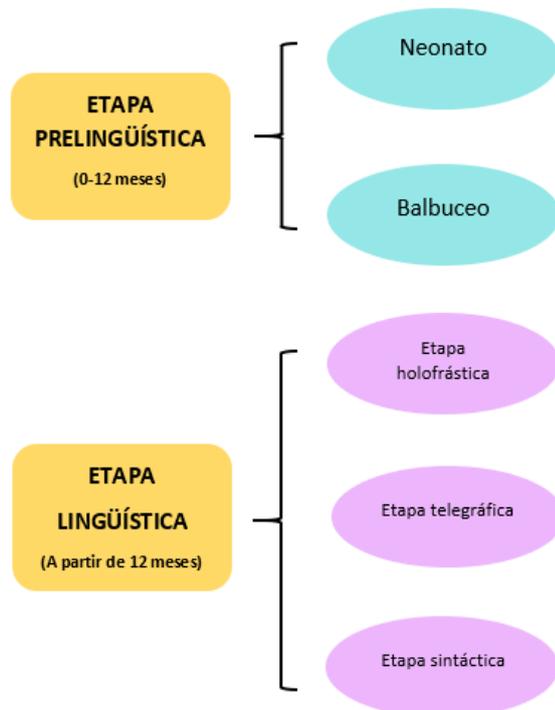
Es alrededor de los 12 meses cuando se considera que los bebés empiezan a hablar al articular sus primeras palabras. Sin embargo, la comunicación va mucho más allá de las palabras y, por tanto, comienza mucho antes, desde su nacimiento donde se inician las primeras formas de comunicación (Puyuelo y Rondal, 2003).

El comienzo del segundo año se caracteriza por palabras aisladas para nombrar objetos. Durante la segunda mitad, empiezan a combinar varias palabras y la adquisición de nuevo vocabulario se acelera (150-300 palabras) (Owens, 2003).

A los tres años, el niño comienza la escolaridad con el inicio del segundo ciclo de Educación Infantil y es donde el niño se encuentra con nuevos interlocutores lo que supone tener que esforzarse por mejorar la comprensibilidad de su habla (Busto, 1995) ya que, hasta el momento, es habitual que el niño se haya enfrentado de forma habitual solo a su núcleo más cercano donde hacen un mayor esfuerzo por entenderle. Así, los dos medios principales en la adquisición del lenguaje serán familia y escuela (Quintero, 2009). En este momento, ya son capaces de crear oraciones simples, con la estructura sujeto-verbo-objeto, en las que se omiten palabras cortas como preposiciones o conjunciones (Owens, 2003).

Con 4 años son capaces de contar historias sencillas, por lo tanto, hacen uso de oraciones más complejas. A los 5 años se ha alcanzado un gran progreso y su lenguaje ya tiene muchas características similares al de los adultos. Los años siguientes, este progreso será cada vez más lento (Owens, 2003).

Figura 1: Etapas de adquisición del lenguaje



Elaboración propia a partir de Larzabal (2013) y Hernández (1984).

4.3 Principales trastornos del lenguaje

La logopedia es la ciencia interdisciplinar que “estudia los procesos evolutivos del desarrollo de la comunicación para detectar y prevenir posibles retrasos o alteraciones del lenguaje” (Busto, 1995, p.27).

Existen muchos teóricos que consideran que hay un periodo crítico para la habilidad de aprender un lenguaje. El primero que propuso esta hipótesis fue Lenneberg. No obstante, en lo que no se ponen de acuerdo es en el límite de este periodo, pues unos lo sitúan a los 5 años y otros no lo consideran hasta la pubertad. Sea como fuere, esta habilidad va disminuyendo y cualquier déficit en el lenguaje puede suponer que no se recupere u ocasionar daños irreparables en el lenguaje (Galeote, 2002).

A partir de los cinco años es cuando padres y maestros comienzan a hacer comparaciones entre diferentes niños y su habla y se manifiesta la preocupación al observar posibles alteraciones del lenguaje oral. Es por este motivo por el que hay que prestar especial atención en la etapa de infantil al lenguaje oral y a comportamientos que puedan hacernos sospechar sobre un posible retraso del lenguaje (Busto, 1995).

Ante la existencia de posibles alteraciones del lenguaje oral, es necesario recurrir a una intervención temprana para que estas alteraciones no repercutan negativamente en el desarrollo del resto de procesos del niño y en el aprendizaje normal escolar (Busto, 1995).

Lo mismo que pasa con las etapas de adquisición del lenguaje, existen varias clasificaciones de las alteraciones del lenguaje, tanto oral como escrito, dependiendo de los criterios que se tengan en cuenta para su agrupamiento o el grupo de profesionales que las realicen, por ejemplo, psicólogos o educadores. Nosotros mismos, a lo largo de la carrera hemos estudiado en varias ocasiones este tema y tales clasificaciones han variado. En este caso, hemos optado por recoger dos de ellas, para ver diferentes formas de recoger esta clasificación que son las que siguen.

Dentro de la clasificación de CyL de Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE) nos encontramos con las dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento académico que se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1: Clasificación de las dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento académico

Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE): Dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento académico	
Trastorno de la comunicación y del lenguaje significativos	Mutismo selectivo
	Disartria
	Disglosia
	Disfemia o tartamudez
	Retraso simple del lenguaje
Trastorno de la comunicación y del lenguaje no significativos	Dislalia
	Disfonía
Dificultades específicas de aprendizaje	Dislexia o trastorno específico del aprendizaje de la lectura
	De escritura-disgrafía
	De matemáticas-discalculia
	De lectoescritura
Capacidad intelectual límite	

Elaboración a partir de la clasificación establecida por Cy L para los ACNEAE

En cambio, si consultamos otras fuentes nos encontramos con otra clasificación que detallamos en la Tabla 2:

Tabla 2: Clasificación de los trastornos en la comunicación y el lenguaje

TRASTORNOS DEL HABLA	Alteraciones que afectan a la articulación	Dislalias
		Trastorno Fonológico
		Disglosias
		Disartrias
	Alteraciones que afectan a la fluidez verbal y el ritmo en la expresión	Disfemia
		Taquilalia y farfullero
		Brabilalia
	Alteraciones de la voz	Disfonía
		Rinofonía
	TRASTORNOS DEL LENGUAJE	Retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje
Trastornos Específicos del lenguaje		
Afasias		
TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	Mutismo selectivo	
	Trastornos Pragmáticos: secundarios a otros trastornos o discapacidades, o como trastorno primario	

Elaboración propia a partir de Celdrán y Zamorano (2009).

De las dos clasificaciones anteriores, pasaremos a definir brevemente los trastornos de la comunicación más comunes presentes en Educación Infantil:

- Mutismo selectivo: Desarrollado de forma específica en el punto 4.4 Mutismo selectivo.
- Disglosia, es un trastorno en la articulación de fonemas debido a malformaciones de los órganos periféricos del habla como pueden ser los labios, el paladar, etc. (Ramírez, 2011)
- Disfemia o tartamudez: se considera un trastorno de la fluidez del habla. Comienza en la infancia, entre los 2 y los 4 años, en el comienzo del lenguaje

conectado, es decir, el uso de varias palabras que forman una frase. Se caracteriza por “la disrupción de la coarticulación, mayoritariamente al inicio de la frase, dando lugar a disfluencias diversas, repeticiones de parte de la sílaba, prolongaciones silenciosas o sonoras de sonidos verbales” (Sangorrín, 2005, p. 43).

- Retraso simple del lenguaje (RSL): Es la dificultad en la adquisición normal del lenguaje; se adquiere, pero se hace de forma más lenta. El retraso en esta adquisición debe ser inferior a dos años (Rivera, 2009).
- Disfasia: En este caso el retraso es severo y supera los dos años, al contrario que el RSL, no se recupera de forma espontánea, pero se puede mejorar con trabajo específico. No hay causa aparente asociada como podría ser: deficiencia auditiva, retraso mental, lesión cerebral o falta de estimulación (Rivera, 2009).
- Dislalia: “Es un error en la articulación específica para determinados sonidos de consonantes” (Artigas, Rigau y García-Nonell, 2008, p. 181). Se manifiesta como sustituciones, inserciones, distorsiones u omisiones (Ramírez, 2011).
- Dislexia o trastorno específico del aprendizaje de la lectura: Es la dificultad de aprender la lectura con normalidad. Se caracteriza por la dificultad en reconocer o memorizar letras o grupos de letras, cambiar el orden de las letras y la mala colocación de las palabras en la frase (Moreno-Flagge, 2013).
- Disgrafía (de escritura): Dificulta a la escritura.
- Discalculia (de matemáticas): Afecta a las operaciones y destrezas matemáticas en niños con inteligencia normal. Tiene una elevada incidencia, entre el 3% y el 6% (Álvarez y Brotóns, 2018).

4.4 Mutismo selectivo

Tras el recorrido por las diferentes etapas que se siguen en la adquisición del lenguaje, así como de la clasificación de los principales trastornos del lenguaje, pasaremos ahora a hablar más concretamente del mutismo selectivo, ya que es el tema vertebrador de nuestro TFG.

4.4.1 Breve recorrido y definición actual

La primera vez que se le da nombre y se cataloga como un trastorno concreto, que hoy conocemos como mutismo selectivo, fue gracias al médico alemán Adolf Kussmaul.

Dado que parecía ser un comportamiento voluntario de los niños en el que hablaban en determinados contextos y en otros no, lo denominó *afasia voluntaria*. Más tarde, el psiquiatra Moritz Tramer lo nombró *mutismo electivo*, lo que nuevamente ponía el énfasis en el carácter voluntario de esa falta de habla, al considerarse que usaban este mutismo como herramienta para lograr un fin (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

De este modo, el trastorno cambió del mutismo electivo a selectivo, dándose un cambio en su interpretación desde una perspectiva voluntaria del sujeto a una incapacidad involuntaria de hablar en situaciones específicas (Oerbeck, Manassis, Overgaard y Kristensen, 2018).

Desde que fuera descrito el trastorno por primera vez, ha habido diferentes enfoques en su estudio, así como diferentes diagnósticos y denominaciones, que han ido variando según la evolución de la Psicología y de los diferentes enfoques dentro de la misma. Por otro lado, debemos tener en cuenta que existe un gran desacuerdo a la hora de definir de forma precisa y homogénea la conducta que se deriva del mismo y su clasificación (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

Existen varias formas de catalogarlo. Tanto el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como el CIE-11 (Clasificación Internacionales de Enfermedades) lo clasifican dentro de los trastornos de la ansiedad, no obstante, este último especifica que está incluido “dentro de los Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, incluidos a su vez dentro de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo” (Poveda, Miralles y Pacheco, 2020, p.36). En suma, “a menudo se presenta con otros trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social, y con trastornos del neurodesarrollo, especialmente trastornos del lenguaje” (Oerbeck et al., 2018, p.3).

Así, tenemos que el mutismo selectivo es un trastorno de la conducta que tiene su inicio en la infancia siendo su característica principal la dificultad que presenta el niño para comunicarse verbalmente con personas y en situaciones concretas, como en entornos y situaciones sociales a los que están poco habituados o que incluyen personas desconocidas (Urban, Gallego y Gallo, 2004). Se le consideraba una logopatía, que son “las alteraciones que afectan a la recepción, significación y elaboración del lenguaje” (Busto, 1995, p. 100), y dentro de este grupo en concreto se trata de una alteración de la comunicación.

De este modo, “el mutismo selectivo es el rechazo persistente en una o más situaciones sociales, incluyendo la escuela, a hablar a pesar de la capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado” (Busto, 1995, p. 103). Por lo tanto, el niño mantiene inalterada su capacidad de hablar y comprender el lenguaje oral, sin embargo, en ciertos contextos y entornos no muestra su capacidad para hablar, manteniéndose en silencio.

Como es evidente, esta incapacidad para usar el lenguaje verbal interfiere en su comunicación social pese a que en ocasiones utilicen un lenguaje no verbal para comunicarse, como señalar o escribir. Pese a esta imposibilidad para hablar, es posible que este tipo de alumnos les guste participar en aquellas actividades que no requieran el lenguaje oral (DSM-5, 2013). Pese al estrés que supone para estos niños el entorno escolar, el rechazo a asistir al colegio es poco frecuente (Oerbeck et al., 2018).

Para Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares (2018) es un “descenso gradual de la frecuencia del uso del habla en situaciones sociales concretas que incluyan la presencia de personas ajenas al ámbito íntimo familiar” (p.32), ya que no es algo que suceda repentinamente.

4.4.2 Origen y causas

Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares (2018) afirman que “la psicopatología del desarrollo entiende el mutismo selectivo como una desviación de la trayectoria normal del desarrollo, como un proceso longitudinal integrado permanentemente por influencias personales y ambientales, intra y extraindividuales” (p.46).

Por este motivo, para comprender los procesos que dan como resultado final el mutismo selectivo se debe tener en cuenta el contexto concreto del individuo. Ningún factor de riesgo aislado y actuando por sí mismo puede predecir este trastorno, pues se trata “de la existencia de una interacción compleja y continua, entre las distintas variables y los procesos que participan” (p.46).

Todas las fuentes consultadas coinciden en el origen multicausal del mutismo selectivo, considerándose el “fruto de la interacción entre una serie de variables evolutivas propias del niño (vulnerabilidad, historia de aprendizaje, déficits instrumentales relacionados con el lenguaje oral...) y de variables ambientales relacionadas con el contexto familiar, escolar y social del mismo” (Urban et al., 2004, p.6).

Algunos estudios sugieren la existencia de una relación entre el estilo de crianza de los padres y la ansiedad infantil. En el caso del mutismo selectivo, estudios clínicos han revelado que pudiera verse inadvertidamente reforzado si los padres hablan por ellos o si estos los miran y les sonríen en las situaciones que no responden cuando alguien les habla (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

Para la explicación del desarrollo del mutismo selectivo, tienen un papel muy relevante las personas adultas que interactúan de forma habitual con el niño (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2019).

Una de las causas de mantenimiento del mutismo puede ser el uso de otro sistema de comunicación alternativo, como muecas, gestos o el lenguaje escrito, lo que disminuye progresivamente el uso del lenguaje oral. Puesto que la comunicación es funcional, permite que el niño se adapte a las situaciones que requieren una comunicación evitando el uso del lenguaje oral (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2019).

Otra causa la encontramos en los estilos de crianza inadecuados para hacer frente a esa falta de habla y el uso del castigo. El peor caso sería el de tipo autoritario, como el uso del castigo o el rechazo explícito pues aumenta la intensidad de sus efectos (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2019).

4.4.3 Prevalencia

Se considera el mutismo selectivo un trastorno relativamente raro y por ello no está incluido dentro de los trastornos infantiles habituales, ya que su prevalencia se sitúa entre el 0.03% y el 1%. Su incidencia es mayor en niños que en adolescentes o adultos, ya que es habitual que su comienzo se dé antes de los 5 años (DSM-5, 2013). La incidencia de casos depende de la muestra de individuos que se tome para el estudio, así como los criterios que se sigan para su diagnóstico (Oerbeck et al., 2018), ya que existen muchas diferencias dentro del trastorno y no todos los casos son diagnosticados ni tratados.

La prevalencia anteriormente citada depende de la muestra (clínica, escolar o comunitaria) y de las edades que se tengan en cuenta (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

Normalmente, este trastorno comienza entre los 2 y los 5 años: por tanto, como uno de los primeros lugares de socialización fuera del círculo familiar es la escuela, no es

detectado hasta que los niños entran a la misma, donde la comunicación verbal es un aspecto imprescindible para la relación, el aprendizaje y la socialización.

Se estima que el mutismo selectivo afecta a aproximadamente el 1% de la población infantil, con tasas que varían de un 0.1% a un 2.2%, dependiendo de la muestra y de los criterios diagnósticos utilizados (Oerbeck et al., 2018).

Los resultados en el estudio de la prevalencia del mutismo dependiendo del sexo no son concluyentes; nuevamente dependiendo del estudio y la muestra utilizada, la diferencia entre sexos no es significativa o se va hacia uno de los dos, indistintamente, por lo tanto, no se puede extraer una tendencia (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

4.4.4 Características generales

Lo que ocurre con este trastorno es que hay muchas características comunes que, sin embargo, otros niños no presentan, lo que hace pensar a los psicólogos que dentro del mutismo selectivo existan varios subtipos. Esto lleva a plantearse el uso de diagnósticos y, por lo tanto, también tratamientos diferentes dependiendo del caso particular (Oerbeck et al. 2018).

Se debe tener en cuenta que los niños que presentan mutismo selectivo tienen comportamientos como cualquier niño cuando no se encuentran en los entornos en los que se presenta su trastorno. Dentro de su hogar, tienen un comportamiento estándar y sus características personales propias: ser más o menos desobediente, inquieto, juguetón, avisado, tímido, despierto, etc. Estas peculiaridades individuales no interfieren en la presencia del mutismo selectivo en otros contextos concretos, ya que es en esas situaciones de peligro en las que su comportamiento cambia (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018), pudiendo parecer que se trata de dos niños diferentes.

A los niños que presentan este trastorno no les suele gustar ser el centro de atención; sin embargo, su mutismo y el tratar de ser menos visibles es parte de ese problema porque les pone precisamente sobre el foco de atención. Esto provoca que en las escasas ocasiones en las que sí hablan se les preste mayor atención e incluso haya cierta celebración a su alrededor, lo que les genera una mayor ansiedad, fomentándose así un círculo vicioso difícil de romper (Oerbeck et al., 2018).

Esta respuesta de ansiedad se ve incrementada principalmente en el momento que deben salir de su zona de confort y hacer frente a un mayor número de interacciones sociales, esto es, su incorporación a los centros educativos, donde se encuentran expuestos a nuevas relaciones, personas y la imposición de tener que hablar con desconocidos (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

Otra de las características generales es que no les gusta cometer errores (Oerbeck et al., 2018). Este hecho hace que sus interacciones en el aula se vean nuevamente mermadas ya que los errores son comunes en esta etapa de aprendizaje, lo que refuerza su resistencia a intervenir y hablar dentro del aula.

En las situaciones que consideran de peligro los niños con mutismo selectivo suelen aislarse, evitan comunicarse, procuran agarrarse a su progenitor y a menudo permanecen tensos, rígidos, nerviosos o con síntomas de vergüenza extrema (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

Educación Infantil es una etapa en la que los niños están comenzando su formación y desarrollo. Cada uno de ellos es diferente, con distintos ritmos de maduración y de adaptación.

Esto conlleva que sea precipitado poner etiquetas que más adelante podrían no ser correctas, debido simplemente a la edad, diferentes ritmos madurativos o situaciones externas que con el tiempo y un mayor apoyo se solucionan. En caso de existir alguna necesidad educativa especial, una de nuestras labores como docentes debe ser la detección precoz de la misma.

Debemos estar siempre atentos a los cambios y progresos de nuestros alumnos, puesto que uno de los puntos fundamentales para la detección de dificultades es la observación y la detección temprana, para que, de existir un diagnóstico cerrado, la intervención comience lo antes posible y las consecuencias sean minimizadas cuanto antes.

En el caso del mutismo selectivo, la detección precoz es especialmente sensible ya que es una etapa difícil para el alumnado, pues comienzan su primera etapa escolar y algunos no se habían separado hasta entonces su núcleo familiar. Además, a esa edad el lenguaje aún se está desarrollando, por lo que es difícil discernir entre lo que puede ser un verdadero trastorno y lo que es simple timidez o una personalidad más retraída.

Por ello, para distinguir este trastorno de otros diferentes o de otras alteraciones del lenguaje y la comunicación más propias de la edad será necesario “disponer de criterios e indicadores claros, de procedimientos de valoración eficaces y de instrumentos de medida fiables. Las fases para la valoración y diagnóstico del mutismo selectivo son: **Detección, Diagnóstico y Evaluación psicopedagógica**” (Urban et al., 2004, p.10).

En los siguientes tres epígrafes trataremos de reunir estos tres puntos claves para el diagnóstico de este trastorno; a pesar de ello, existe mucha bibliografía al respecto y no siempre coincide ya que es un trastorno realmente complejo, con muchas variables e incluso subtipos, lo que genera distancia entre unos casos y otros y más complicado su recopilación para el estudio.

4.4.5 Detección

Como hemos mencionado, el trastorno se manifiesta antes de los 5 años, coincidiendo con el inicio de la escolaridad, sin embargo, en muchas ocasiones no es detectado hasta que es muy evidente y no se solicita ayuda a los profesionales hasta que han pasado varios años desde que se empezaran a detectar problemas o comportamientos de comunicación.

Esta demora entre el inicio, su puesta en conocimiento de profesionales y la intervención real contribuye a consolidar más dificultades asociadas y un aumento de la oposición a las estrategias de intervención. Por esta razón, y aquí tenemos una gran labor los profesionales de la educación de esta etapa, son tan importantes una detección precoz y una intervención temprana, sin duda las medidas más eficaces con alumnado de estas características (Urban et al., 2004), pues la demora de un diagnóstico puede suponer un aumento de la resistencia del niño al tratamiento (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018).

El proceso para la detección se debe centrar en el análisis de dos aspectos fundamentales: “por una parte, las características, cualitativas y cuantitativas, de las interacciones verbales y no verbales del niño; y por otra la presencia de conductas de inhibición y/o ansiedad en las situaciones de interacción verbal con otros” (Urban et al., 2004, p.10).

Con este fin, estos autores han creado un cuestionario que exige observar rigurosamente los comportamientos que presenta el niño durante un tiempo prolongado, así como “un registro sistemático de los comportamientos verbales, comunicativos y de inhibición o

ansiedad que el alumno/a manifiesta en los ambientes habituales y con distintos interlocutores” (p.11).

Este cuestionario incluye ítems sobre la expresión verbal, la comunicación, el aprendizaje y otras conductas del sujeto (Tabla 3).

Tabla 3: Cuestionario para la detección precoz del mutismo selectivo

<p>Expresión verbal:</p> <ol style="list-style-type: none">1. No responde verbalmente a las preguntas que le hacen el profesor/a2. No hace nunca peticiones verbales al profesor3. No participa en las actividades orales en grupo4. Sólo en algunas ocasiones responde a algún profesor5. No interactúa verbalmente con los compañeros en clase6. No interactúa verbalmente con los compañeros en el patio7. Sólo en algunas ocasiones habla con los compañeros8. Los padres refieren que el niño habla en casa con normalidad
<p>Comunicación:</p> <ol style="list-style-type: none">1. El niño entiende las órdenes que el profesor/a le da2. Se muestra atento e interesado durante las actividades del aula (Narración de cuentos, explicaciones, intervenciones por turno...)3. Habitualmente establece contacto ocular con el profesor, pero cuando se le pregunta, evita la mirada (baja cabeza, mira otro lado...)4. Utiliza gestos con fines comunicativos (pedir, señalar, afirmar, negar...)5. Interactúa y juega con los niños
<p>Aprendizaje:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Realiza las actividades habituales que no implican expresión oral, (pintar, recortar, picar, repasar, ensartar, rodear, construir puzzles, ordenar secuencias, escribir letras y números)2. En casa cuenta lo que ha hecho y ha aprendido en la escuela (canciones, cuentos, números, letras...)
<p>Otras conductas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. En muchas ocasiones muestra rigidez corporal y facial2. En situaciones de interacción verbal y/o contacto corporal, manifiesta conductas de ansiedad (se mete los dedos en la boca, se remueve en su asiento, presenta tics, balancea los brazos, se toca el pelo constantemente, mantiene las manos dentro de los bolsillos)3. En situaciones de interacción con otros, muestra conductas de evitación (mira para otro lado, baja la cabeza, evita el contacto físico...)4. Evita situaciones que implican exponerse ante los demás, estar en el punto de mir5. Se demora en la realización de tareas o actividades escolares más de lo debido

Elaboración a partir de Urban, et al., 2004.

Podemos aludir a una razón económica para poner todo el empeño en la detección temprana, cuando no sea posible la prevención, de cualquier trastorno del comportamiento, ya que una intervención temprana reduce los costes de los tratamientos cuando se interviene en el mismo lugar en el que se presenta, en este caso los contextos educativos (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2019).

Esta intervención la trataremos en un apartado específico ya que al ser el lugar donde comienza o se pone de manifiesto, los expertos consideran que es también el mejor lugar desde donde abordarlo.

“El lenguaje se desarrolla merced a la interacción social. Este aprendizaje se realiza en el contexto familiar y escolar” (Busto, 1995, p.26); por ello, dado que el mutismo selectivo se caracteriza por la ausencia de habla en contextos específicos como puede ser el escolar, el niño estaría perdiendo la oportunidad de lograr un buen aprendizaje en uno de los contextos más adecuado para ello. La escuela supone un rico entorno en el que el lenguaje se amplía notablemente, así como los conocimientos del alumnado, favorecido en gran medida por la relación con iguales y por la amplia y rica variedad de conocimientos y experiencias de los diferentes alumnos.

4.4.6 Diagnóstico

Cabe mencionar, que este trastorno se da con una probabilidad más alta en niños bilingües y su diagnóstico es particularmente difícil en estos casos, puesto que en ocasiones no se les tiene en cuenta ya que se cree que su mutismo se debe a la falta de comprensión del nuevo lenguaje y no debido a este trastorno (Oerbeck et al., 2018).

Para el diagnóstico nos encontramos con diferentes criterios dependiendo de las fuentes consultadas. Urban et al. (2004) se basan en los criterios que recoge el DSM-5 TR y que nosotros recogemos en la Tabla 4. Es importante destacar que para el diagnóstico efectivo del mutismo selectivo se precisa la presencia de todos los criterios expuestos en dicho cuadro:

Tabla 4: Criterios para el diagnóstico del mutismo selectivo

1°. Incapacidad persistente a hablar en situaciones específicas (en la escuela y en general en situaciones en las que estén presentes personas desconocidas) a pesar de hacerlo en otras situaciones (con los padres y con personas muy familiares).
Se debe registrar: <ul style="list-style-type: none">- Con qué personas concretas habla y el tipo de relación que los une- En qué contextos y situaciones concretas habla
2°. La alteración interfiere en el rendimiento escolar o la comunicación social
La interferencia en la relación social se hace notoria desde el principio, siendo normalmente niños con pocos amigos y que tienden a aislarse. No obstante, la interferencia en el rendimiento escolar es menos notoria o se manifiesta tardíamente, pues son la falta de comunicación y el uso del lenguaje oral los que interfieren en el aprendizaje de contenidos complejos.
3°. La duración de la alteración es de al menos 1 mes
Este indicador puede ser conflictivo en el caso de niños que se han incorporado por primera vez a un nuevo centro o a la escuela, por lo que será necesario ampliar este periodo en algunos casos.
4°. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
Los niños con mutismo selectivo poseen, por lo general, la competencia lingüística y comunicativa propia de su edad cronológica. Se debe diferenciar entre el mutismo y la falta de competencia lingüística (bilingüismo).
5°. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación y no aparece exclusivamente en el transcurso de un TGD, esquizofrenia o un trastorno psiquiátrico.
Es necesario realizar un diagnóstico diferencial para descartar otro trastorno psiquiátrico y valorar si es o no un mutismo selectivo.

Elaboración propia a partir de Urban, et al., 2004.

4.4.7 Evaluación psicopedagógica

Una vez que se tiene el diagnóstico y la seguridad de que nos encontramos ante un caso de mutismo selectivo, será necesario llevar a cabo una evaluación psicopedagógica para definir cuáles son en ese caso los factores que influyen, precipitan y refuerzan el mutismo selectivo. Se deben considerar en esta evaluación tanto el ámbito personal, como el familiar y el escolar y así poder determinar las necesidades educativas pertinentes y el tipo de ayuda que será necesaria (Urban et al., 2004).

Una de las mayores dificultades que se han encontrado a lo largo de los casos registrados en esta evaluación es la negativa de los niños a participar en la evaluación pues no respondían ante instrucciones dadas (Balbuena, Rueda y López, 2012).

Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares (2019) incluyen en la evaluación diagnóstica varios pasos: Se comienza por entrevistas a los padres y otros adultos con los que se relaciona el niño en el ámbito educativo. Al tratarse del contexto escolar, también se realizan entrevistas con los órganos directivos del centro. En estas entrevistas también se les prepara e informa para que sepan cómo va a ser todo el proceso.

En esta fase también se incluyen registros anecdóticos, sobre la ocurrencia del habla del niño en cualquier situación en el centro, autoinformes y el test situacional.

4.4.8 Intervención desde el ámbito escolar

Si tenemos en cuenta lo dicho en los apartados anteriores, nos damos cuenta de la gran variedad de subtipos dentro del mutismo selectivo que pueden existir, así como de sus causas, dado que es el resultado de una interacción compleja entre múltiples variables.

Esto nos deja un amplio campo de posibilidades de actuación, así como un diagnóstico y estudio muy detallado de cada individuo para dar con una intervención acorde a sus necesidades.

Lo que pretendemos recoger en este apartado es una síntesis de las principales líneas de actuación que se pueden llevar a cabo dentro del aula de infantil como tutores de un curso para tratar de ayudar y no fomentar con nuestros actos la persistencia del mutismo.

No obstante, existen actividades concretas centradas en diferentes áreas de experiencia, pero consideramos que estas deben ser valoradas y llevadas a cabo en cada caso particular

por los expertos correspondientes y las personas con formación específica, como pueden ser Psicólogos, maestros de Audición y Lenguaje, maestros de Pedagogía Terapéutica, etc.

Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares (2019) son la referencia en España del estudio de este trastorno, ya que en lengua española no ha habido muchos otros investigadores que hayan puesto en práctica una evaluación y tratamiento con seguimiento a lo largo de los años.

La razón de la intervención psicológica desde el ámbito escolar se debe a su eficacia y a la reducción de coste que supone tratar el trastorno en el contexto en el que tiene lugar, normalmente, el educativo.

Los estudios de Khan, Parsonage y Stubbs (2015, citado por Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2018) aportan datos que sostienen esta idea. Tratar los trastornos de la conducta en el contexto educativo es 27 veces más rentable. Asimismo, también lo hace el entrenar a los padres para que actúen como paraprofesionales, o cualquier otro adulto como profesores, auxiliares, maestros, etc.

Cualquiera que sea el tratamiento que se lleve a cabo, se deberá de dirigir, no solo al propio niño, sino también a aquellos adultos con los que conviven o con los que mantiene una relación cercana, como profesores y familiares (Balbuena et al., 2012), ya que ellos suponen, en la mayoría de los casos, un refuerzo del propio mutismo, por lo tanto, su extinción pasa por conocer la forma concreta y correcta de afrontarlo.

Todas las investigaciones manifiestan que cuanto más tiempo transcurra sin haber abordado el problema, mayor será la gravedad que vaya adquiriendo. También aumenta paulatinamente el número de personas y las situaciones en las que no habla la persona afectada; por tanto, se hace necesario que la intervención educativa sea lo más prematura posible, aumentando también las posibilidades de éxito de la intervención (Urban et al., 2004).

Como objetivo final de dicha intervención, se plantea que el niño sea capaz de relacionarse de forma verbal espontáneamente con los niños y los adultos presentes tanto en la escuela, como en su familia o cualquier otro entorno social habitual. Estas respuestas verbales pueden ser peticiones espontáneas que él mismo haga o responder de forma

audible a peticiones o preguntas que le hagan otras personas (Urban et al., 2004; Alarcón, 2018).

La intervención desde el ámbito escolar se hace imprescindible ya que es uno de los entornos principales donde se pone de manifiesto la existencia de esta dificultad de habla y también por la cantidad de interacciones que se dan en él. Así, el ámbito escolar es el escenario idóneo para la estimulación del lenguaje y la comunicación oral (Urban et al., 2004).

Los tratamientos y entrenamientos más eficaces para el mutismo selectivo son los cognitivos-conductuales (Camposano, 2011). Esta terapia o entrenamiento psicológico ayuda a la persona a modificar sentimientos y pensamientos (cognitivo) y a actuar según esos pensamientos (conductual).

El entrenamiento psicológico es el “conjunto de estrategias mediante las que el psicólogo ayuda a que una o más personas cambien su forma de responder ante uno o más estímulos (situaciones), cuando estas últimas resultan problemáticas” (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2019, p.87). Este tratamiento psicológico incluye una parte de entrenamiento, en el que el psicólogo prepara al paciente pueda hacer frente a situaciones reales a partir de lo aprendido en un contexto clínico.

Siempre que se tenga que llevar a cabo una intervención, será necesario conocer todas las características individuales y peculiaridades del caso, así como del niño sobre el que se va actuar, para así buscar los recursos que mejor se adapten y se logre eficacia (Pulido, 2003).

Uno de los modelos de actuación que más hemos encontrado ha sido el sistema de “economía de fichas”. Lo que se pretende es un descondicionamiento, por lo tanto, se usan técnicas que refuercen la conducta a hablar en situaciones concretas. Este sistema se usa en conjunto con el moldeado. Se trata de un sistema de recompensas o premios, que sirven como reforzadores para potenciar la conducta deseada, en este caso, que el niño hable en contextos en los que habitualmente no lo haga (Pulido, 2003).

En otros tratamientos se han utilizado el reforzamiento, moldeamiento, refuerzo positivo, instigación o desvanecimiento estimular (Olivares-Rodríguez, Piqueras y Alcázar, 2006).

El desvanecimiento estimular consiste “en la transferencia del control estimular a través de la atenuación del estímulo discriminatorio” (Balbuena et al., 2012, p.77). Es decir, es

la introducción de una o varias personas, con las que el niño ya se comunica normalmente, en un contexto o situaciones en las que no se comunica de forma oral.

El automodelado en estos casos se usa ya que, al ser niños pequeños, se pueden trucar imágenes o audios para hacerles creer una realidad diferente. Por ejemplo, enseñarle un vídeo trucado en el que aparece hablando y respondiendo preguntas a su tutora (Balbuena et al., 2012).

A continuación, se presenta la Tabla 5 con una recopilación de las pautas que recogen varios autores que pueden ser efectivas para el tratamiento del mutismo selectivo en el contexto escolar, siempre basada en el tratamiento cognitivo-conductual ya que se entiende como el más efectivo.

Se trata de sencillas directrices con las que se puede empezar a trabajar en el aula; no obstante, se debe trabajar con especialistas y adaptar la intervención a cada niño, siendo los casos existentes muy diversos. Sin embargo, se puede comenzar por crear un ambiente apropiado en el aula para que el niño con mutismo selectivo se sienta lo menos inseguro posible y que nuestra forma de actuar no acentúe la situación.

Tabla 5: Pautas de trabajo con el niño con mutismo selectivo en el contexto escolar

INTERVENCIÓN EN CONTEXTO ESCOLAR
- Permitir la autonomía del niño y no sobreprotegerlo
- Tener en cuenta la participación del niño en tareas que se requiera de la participación del resto de sus compañeros pese a que no hable
- Emplear preguntas cortas y sencillas
- No incidir en la negativa del niño a hablar ni realizar comentarios negativos sobre ello
- Realizar actividades frecuentes de relajación en las que el niño no sea el protagonista y participe todo el grupo
- Propiciar un ambiente seguro, respeto, tolerancia, comprensión y aceptación dentro del aula y del centro
- Ampliar de forma progresiva el círculo de compañeros de clase con los que tiene interacción, tanto verbales como no verbales,
- Programar actividades y juegos de comunicación no verbal: movimiento corporal, producción de sonidos, etc.
- Utilizar actividades con habla enmascarada (títeres, disfraces, marionetas, hablar escondido, simulación de teléfono, etc.)
- Fomentar autonomía, adquisición de rutinas y ofrecer responsabilidades acordes a la edad
- Organizar el aula en pequeños grupos de trabajo para que se produzca intercambio verbal en grupos reducidos
- Comenzar por actividades y juegos que el alumno ya controla y aumentar la complejidad progresivamente
- Utilizar la relajación y la respiración. Técnica de la tortuga
- Evitar compararle con otros compañeros o personas

Elaboración propia a partir de: Alarcón, 2018; Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía, 2011; Díaz, 2001; Lahoza, 2013; Balbuena et al., 2012; Ramírez, 2011; Urban et al., 2004;

Dada la importancia que tienen en esta situación todos los contextos del niño y el comportamiento que hacia él tengan tanto los niños como los adultos de su entorno, y pese a que se entiende de la tabla anterior, nos parece importante resaltar explícitamente los comportamientos que no se deben hacer y que debemos evitar para no agravar el

problema. Consideramos que son acciones que se pueden tomar en consideración dentro del aula incluso si nos encontramos con la sospecha de un caso de mutismo selectivo y aún no tiene el diagnóstico final. Los resumiremos en la Tabla 6.

Tabla 6: Pautas específicas sobre qué NO hacer ante un caso de mutismo selectivo

NO	Realizar comentarios que hagan referencia a que no habla (preguntar si ha hablado en clase, si ha cantado en música...)
NO	Reñirle y anticiparle posibles consecuencias negativas (amenazarle con castigos, repetir curso, reprimendas...)
NO	Expresar comparaciones con hermanos, compañeros u otros niños. (señalar que otros niños hablan más y mejor, son más simpáticos...)
NO	Realizar comentarios que le sugieran cuándo puede empezar a hablar, cuándo es el momento idóneo, cómo puede hacerlo
NO	Forzarle a hablar en situaciones sociales en las que se observe ansiedad excesiva.
NO	Realizar comportamientos que puedan reforzar y mantener el mutismo del niño: adelantarse a sus deseos cuando el niño no los ha expresado, dar por válidas las respuestas gestuales, sugerirle que responda con los dedos o con gestos...
NO	Mostrar ansiedad, preocupación o enfado ante el comportamiento del niño.
NO	Justificar al niño ante otras personas cuando no responde a las preguntas de éstas (“Es muy tímido” ...)

Elaboración a partir de Urban et al., (2004, p.21).

La intervención con técnicas conductuales también se aplica mediante el uso de juegos dando resultados muy positivos, principalmente cuando se trata de niños (Rodríguez-Menchón y Saval-Manera, 2017). Se usa el juego para aumentar progresivamente las interacciones y la confianza.

- Utilizar juegos por los que el niño tenga especial preferencia para conectar con sus intereses y gustos y así llamar su atención.
- Aumentar progresivamente la cantidad de niños o personas que juegan e interactúan con el niño tras el logro de objetivos previos.

Algunos de los juegos (Alarcón, 2018, p.6) que pueden emplearse para estimular de forma progresiva el habla son:

- Juegos de producción sobre sonidos y comunicación corporal
 - Juegos de movimiento y expresión corporal (mímica para adivinar gestos, objetos, tareas, adivinar cosas con los ojos vendados).
 - Juegos de producción de sonidos corporales (empleando el cuerpo producimos palmadas, silbidos, golpes, soplidos, chasquidos).
 - Juegos basados en sonidos inarticulados y articulados (uniendo sonidos, gradación de sonidos, asociación de sonidos a movimientos y acciones).
- Juegos de habla en los que no se le vea la cara mientras habla (hablar por teléfono dentro de una casita u otro espacio, títeres, caretas, marionetas, disfraces, hablar al oído).
- Juegos de pareja con emisiones verbales sencillas.

4.4.9 Pronóstico y remisión

La dificultad para hablar de una cura radica en la existencia de pocos estudios de seguimiento de los pacientes con mutismo selectivo. Se conoce que los síntomas pueden disminuir y redimir con el tiempo; sin embargo, en algunos casos persisten, lo que provoca que al llegar a la edad adulta, continúen con problemas de comunicación, ansiedad social y un mayor riesgo a sufrir otros trastornos psiquiátricos. Pese a ello, se encuentran con una menor presión a hablar ya que se entiende que los adultos pueden elegir con mayor facilidad con quién establecen relaciones o comunicación (Oerbeck et al., 2018).

Se tienen los datos de los estudios realizados hasta el momento y los casos que se han seguido. La dificultad reside en que no existen muchos estudios longitudinales que revisen la evolución de los pacientes a lo largo de los años. Sin embargo, se sabe que los síntomas mejoran con el paso del tiempo y el tratamiento adecuado a cada caso (Medeiro y Larraguibel, 2018).

Las conclusiones tras los tratamientos cognitivo-conductuales, que como expresamos anteriormente parecen ser los más eficaces según los expertos, dan resultados positivos. Asimismo, se establece una relación clara entre la detección precoz del trastorno y su

pronto tratamiento, dando buenos resultados y una remisión más favorable. Cuanta más demora exista entre los primeros síntomas y el tratamiento, más complejo se volverá el caso y no siempre se logrará la remisión (Olivares, Maciá y Antón, 1993).

Tras los tratamientos se logra reducir el elevado nivel de estrés y ansiedad, ya que enfrentarse a situaciones y personas con las que no pueden hablar les supone una gran dificultad. Asimismo, se logra aumentar el número de intervenciones orales y aumenta el número de personas con las que tienen intercambios orales (Balbuena et al., 2012).

El criterio de logro que emplean algunos autores (Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares, 2019) es que se hayan conseguido todos los objetivos del protocolo y que se logre verificar que en dos días lectivos consecutivos el niño con mutismo selectivo responda a su interlocutor con un habla audible en al menos el 80% en las que se le requiere.

Lamentablemente, se ha evidenciado en los diferentes estudios que los niños con mutismo selectivo tienen una mayor probabilidad y un mayor riesgo de padecer otros trastornos psiquiátricos (Medeiro y Larraguibel, 2018).

5. CONSIDERACIONES FINALES

Como se comentó en la introducción, un caso que conocí en mis primeras prácticas, me hizo ser consciente de mi falta de formación ante dificultades específicas y la falta de preparación en general a la que podemos estar expuestos los maestros de educación infantil.

Considero que la respuesta que la tutora daba al niño era todo lo contrario de lo que se debería hacer, algo que me parecía evidente, aunque mi preparación no fuera la adecuada, ya que el niño la evitaba y esto hacía que su mutismo se afianzara aún más.

Esto lo fui reafirmando con el paso de las semanas al ver que, tras un trato diferente, más cuidadoso, atento y amoroso por mi parte, dicho niño comenzó a tomar confianza y a tener algunas interacciones orales conmigo, siendo en ocasiones él mismo quien tomaba la iniciativa y se dirigía a mí. Esto lo logré a través de la lectura, que parecía gustarle de forma especial.

Tras haber realizado este trabajo me doy cuenta que quizá no se tratara del mutismo selectivo ya que no era tan persistente y solo necesitaba un poco de atención individualizada y más cariño; sin embargo, conocer otros tipos de necesidades y la forma de trabajar y desarrollar el lenguaje oral hará que tenga más preparación para enfrentarme a múltiples situaciones y tenga una visión más amplia de la etapa.

Considero que se debe individualizar la educación y lograr una conexión particular con cada uno de nuestros alumnos, teniendo en cuenta su contexto y situaciones particulares que nos harán entender el porqué de muchos de sus comportamientos, carencias o dificultades de aprendizaje.

Tras la realización del TFG, puedo concluir que se han alcanzado los principales objetivos que me había propuesto, ya que, tras una búsqueda exhaustiva de información, puedo afirmar que he profundizado en el origen, las causas, y principales líneas de actuación dentro del aula ante un caso de mutismo selectivo.

Esto me facilitará una mayor preparación para el futuro por si me vuelvo a encontrar ante un caso similar, así como un mayor conocimiento general de otros trastornos del habla y de otras formas de proceder, teniendo siempre en cuenta las particularidades de cada alumno.

También hemos enumerado una serie de pautas de actuación que se pueden llevar a cabo dentro del aula y tratar de mitigar este trastorno.

A mi parecer, cuanto más preparados estemos, mayor será nuestra capacidad de respuesta ante posibles problemas o contratiempos dentro del aula, puesto que como he podido comprobar a lo largo de los dos periodos de prácticas, cada niño es diferente y existen muchas particularidades que deben ser tratadas y tenidas en cuenta para la programación dentro del aula.

Por tanto, deberemos saber cómo afrontar esas peculiaridades para ofrecer los mejores recursos a cada uno de nuestros alumnos. Solo así podremos garantizar una educación inclusiva y adaptada a todas las necesidades que se presenten.

A lo largo de mi investigación, he encontrado varias líneas de actuación que han desarrollado otros compañeros, que como yo realizaban un TFG. Por ejemplo, centrándose en la música, la educación corporal, las nuevas tecnologías o el arte. Sin embargo, dado que carezco de una preparación específica en trastornos del habla u otras

dificultades de aprendizaje, he considerado más apropiado evitar proponer actividades concretas que puedan no estar sustentadas por teoría específica.

Lo que sí me ha parecido apropiado ha sido trazar una línea de actuación general que incluso los padres puedan llevar a cabo para minimizar la ansiedad de los menores o los efectos que pueden generar nuestros comportamientos y actuaciones sobre estos niños.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, B. M. J. (2018). Valoración actual del mutismo selectivo. *Revista ventana abierta*. Recuperado de: <http://revistaventanaabierta.es/valoracion-actual-del-mutismo-selectivo/>
- Álvarez, C. D. L. P. y Brotóns, E. B. (2018). Dislexia y discalculia: una revisión sistemática actual desde la neurogenética. *Universitas psychologica*, 17 (3), 1-17.
- Artigas, J., Rigau, E. y García-Nonell, K. (2008). Trastornos del lenguaje. *AEP: Protocolos de actualización*, 24, 178-184.
- Balbuena, T. S., Rueda, L. I. y López, H. P. (2012). Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38, 71-88.
- Busto, B. M. C. (1995). *Manual de logopedia escolar: niños con alteraciones del lenguaje oral en Educación Infantil y primaria*. Madrid, España: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Canale, M. (1983). *De la competencia comunicativa a la pedagogía comunicativa del lenguaje*. Competencia comunicativa. Documentos básicos en la enseñanza de lenguas extranjeras. Madrid, España: Edelsa.
- Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *Professional Counselor*, 1 (1), 46-56.
- Celdrán, C. M. I. y Zamorano, B. Z. (2009). Trastornos de la comunicación y el lenguaje. *Logopedias en los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de Murcia*. Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38451167/conceptos-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1624902265&Signature=ZG1AghsEGgfkWWg2IdAbs9lrteFhLUJAYLAWdcO8Q9oMvYBcEHEPfkZj7GhHO~9~nhQ4j4FbPi7LK-W7tLVjpmAIfcL-waNyTQchUZQfb38Dg4NVk0D4ZMI4eg3h3jXcm5KmodvrcoevB7FWwWlsA0pEZfDqN1qxXdsK~5RbXmslrteWHMluqdqBxOjZOK-PFWCa0GDvUP6aMLuDgCa6TQWivIoxZv~PXE~oZpa0V7FwloJ-Dpy0SKECYE-Y3M7-PgAy8C4RTXtHjCS~M9oUVFupzUPXpK8TCZCiBuMchC0AV9qYJfK5aJRc3ARNI-Y1VVA3mX5GkrZCIjgWtDT66w_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- DECRETO 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León.

- DSM-5 (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: American Psychiatric Publishing.
- Díaz, A. J. (2001). Mutismo selectivo: fobia frente a negativismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1 (3), 1-6.
- Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía (2011). Intervención en casos de mutismo selectivo en los niños-as. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 16, 1-7.
- Galeote, M. M. (2002). *Adquisición del lenguaje: problemas, investigación y perspectivas*. Madrid, España: Pirámide.
- Hernández, P. F. (1984). *Teorías psicosociolingüísticas y su aplicación a la adquisición del español como lengua materna*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Lahoza, E. L. I. (2013). El mutismo selectivo: diagnóstico, factores y pautas de intervención. *Revista arista digital*, 38, 78-83.
- Larzabal, A. L. (2013). El desarrollo del lenguaje. *Revista arista digital*, 38, 72-77.
- Medeiro, M. y Larraguibel, M. (2018). Mutismo Selectivo: Revisión de la literatura. *Rev. Chil. Psiquiat. Neurol. Infanc. Adolesc*, 29 (2), 38-48.
- Moreno-Flagge, N. (2013). Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 57, 85-94.
- Navarro, P. M. (2003). Adquisición del lenguaje. El principio de la comunicación. *Cauce*, 26, 321-347.
- Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K. R. y Kristensen, H. (2018). Mutismo selectivo. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines*, 5, 1-25.
- Olivares-Rodríguez, J. y Olivares-Olivares, P. (2018). *Mutismo selectivo: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Olivares-Rodríguez, J. y Olivares-Olivares, P. (2019). *Programa para la intervención psicológica del mutismo selectivo en contextos educativos*. Madrid, España: Pirámide.

- Olivares-Rodríguez, J., Piqueras, J. A. R. y Alcázar, A. I. R. (2006). Tratamiento Multicomponente de un Caso de Mutismo Selectivo. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 211-219.
- Olivares, R. J., Maciá, A. D. y Méndez, C. F. X. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*, 68, 771-791.
- Orden ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil
- Owens, R. E. (2003). *Desarrollo del lenguaje*. Madrid, España: Pearson-Prentice Hall.
- Poveda, G. G., Miralles, I. G. y Pacheco, M. C. (2020). ¿Es sólo mutismo? A propósito de un caso. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 37(3), 35-43.
- Puyuelo, S. M. y Rondal, J. A. (2003). *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje: aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto*. Barcelona, España: Masson.
- Pulido, A. G. (2003). Mutismo electivo: Intervención escolar. *PULSO. Revista de Educación*, 26, 85-95.
- Quintero, M. D. (2009). El lenguaje oral en el desarrollo infantil. *Revista Innovación y experiencias educativas*, 6 (45), 11-15.
- Ramírez, S. D. M. (2011). Estrategias de intervención educativa con el alumno con trastornos del habla. *Innovación y experiencias educativas*, 48, 1-15.
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
- Rivera, P. C. (2009). Trastornos del lenguaje. *Innovación y experiencias educativas*, 24, 1-9.
- Rodríguez-Menchón, M. y Saval-Manera, J. J. (2017). Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 4 (1), 51-57.
- Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista de neurología*, 41 (1), 43-46.

Urban, C., Gallego, C. G. y Gallo, P. M. (2004). El mutismo selectivo: guía para su detección, evaluación e intervención precoz en la escuela. Recuperado de: https://www.educacion.navarra.es/documents/713364/714655/guia_mutismo.pdf/24d97030-ec36-44be-9216-2bab01f883b6