

M^a JUANA ESTÉVEZ ILLESCAS



* 5 3 0 9 5 4 1 8 6 6 *
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**MUTISMO ELECTIVO. DISEÑO DE
UNA ESCALA CONDUCTUAL PARA
EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Director: CARLOS GALLEGO LÓPEZ

Profesor Titular de Ps. Básica

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología

**Departamento de Psicología Básica II
(Procesos cognitivos)**

Mayo, 1995

Mi más sincero agradecimiento a todos los
Organismos y Centros Colaboradores, por
su cooperación desinteresada.

Gracias también al Director de Tesis, por
su ayuda y orientación en todo momento.

Índice:

INTRODUCCIÓN	1
<u>I PARTE</u>	5
1) EL MUTISMO ELECTIVO	6
1. NOSOLOGÍA DEL MUTISMO ELECTIVO	7
1.1. El problema de la denominación	8
1.2. El problema de la clasificación y del diagnóstico diferencial	13
2. CONCEPTO ACTUAL DE MUTISMO ELECTIVO	17
2.1. Descripción conductual	21
2.1.1. El comportamiento del mudo electivo	21
2.1.2. Trastornos asociados al mutismo electivo	25
2.2. Modelos explicativos	29
2.2.1. Modelo psicodinámico	33
2.2.2. Modelo conductual	37
2.3. Epidemiología	40
2.3.1. Frecuencia	40
2.3.2. Incidencia según sexo	45
2.3.3. Edad de comienzo y duración	46
2.4. Contexto ambiental y familiar	48
2.4.1. Ambiente	48

2.4.1.1. Adaptación escolar	49
2.4.1.2. Entorno social	50
2.4.1.3. Bilingüismo e inmigración . .	51
2.4.2. Familia	52
2.4.2.1. Características familiares .	52
2.4.2.2. Patologías familiares	59

II) LA EVALUACIÓN DEL MUTISMO

ELECTIVO	61
1. PROBLEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DEL LENGUAJE	62
2. PROBLEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DEL MUTISMO ELECTIVO	65
2.1. Dificultades de evaluación	65
2.1.1. Procedimiento de evaluación y definición operativa del mutismo electivo	66
2.2. El diagnóstico diferencial	78
2.3. Conclusiones	82

III) LA INTERVENCIÓN EN EL

MUTISMO ELECTIVO	84
1. PROBLEMÁTICA DE LA INTERVENCIÓN EN EL MUTISMO ELECTIVO	85

	III
2. MODELOS	88
2.1. Orientación psicodinámica	89
2.2. Tratamiento conductual del mutismo electivo	91
2.2.1. Estrategias, procedimientos y técnicas conductuales en el tratamiento del mutismo electivo y trastornos relacionados	95
2.2.1.1. Aplicaciones específicas en el mutismo electivo	102
2.2.2.1.1. Ejemplos de diseños experimentales de caso único empleando técnicas conductuales	108
2.2.1.2. Aplicaciones específicas en el mutismo electivo vs habla reluctante	116
2.2.1.2.1. Ejemplo de un procedimiento de refuerzo en el tratamiento del habla reluctante	116
2.2.1.3. Aplicaciones específicas en el mutismo electivo vs mutismo progresivo	118
2.3. Propuesta de estrategias de tratamiento	120

II PARTE 125

**I) ELABORACIÓN DE UNA ESCALA
CONDUCTUAL PARA EL
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DEL MUTISMO ELECTIVO** 126

1. DISEÑO 127

	IV
1.1. Planteamiento	127
1.2. Construcción de la escala	129
1.2.1. Desarrollo	129
1.2.2. Objetivos	147
2. APLICACIÓN	149
2.1. Procedimiento	149
2.1.1. Selección de la muestra	149
2.1.2. Administración y criterios de corrección	153
2.1.3. Recogida de datos	155
2.2. Análisis de resultados y discusión	157
3. ELABORACIÓN FINAL DE LA ESCALA	192
3.1. Escala completa, en su formulación final, incluyendo normas de puntuación y corrección	197
<u>CONCLUSIÓN</u>	208
BIBLIOGRAFÍA	213
ANEXOS	244

Índice de tablas:

Tabla 1:	Frecuencia del mutismo electivo	42
Tabla 2:	Incidencia del mutismo electivo según su carácter transitorio o persistente	45
Tabla 3:	Edad de comienzo y duración del mutismo electivo (tomado de Wilkins (1985)	48
Tabla 4:	Registro de respuestas de evitación de hablar a personas extrañas (tomado de Olivares, 1994)	71
Tabla 5:	Registro de respuestas de evitación de hablar a personas conocidas en lugares extraños (tomado de Olivares, 1994)	72
Tabla 6:	Registro de respuestas de evitación de hablar a personas conocidas en presencia de extraños (tomado de Olivares, 1994)	72
Tabla 7:	Empleo de la técnica de Manejo de contingencias para el tratamiento del mutismo electivo (tomado de Labbe y Williamson, 1984)	99
Tabla 8:	Empleo de la técnica de Desvanecimiento de estímulo con refuerzo positivo (tomado de Labbe y Williamson, 1984)	100
Tabla 9:	Procedimientos para la iniciación de respuestas verbales (tomado de Labbe y Williamson, 1984)	101
Tabla 10:	Tratamiento del mutismo electivo mediante reforzamiento diferencial (a)	

	(tomado de Albert-Stewart, 1986)	109
Tabla 11:	Tratamiento del mutismo electivo mediante reforzamiento diferencial (b) (tomado de Albert-Stewart, 1986)	110
Tabla 12:	Tratamiento del mutismo electivo mediante automodelado (a) (elaborado a partir de Pigott y Gonzales, 1987)	113
Tabla 13:	Tratamiento del mutismo electivo mediante automodelado (b) (elaborado a partir de Pigott y Gonzales, 1987)	113
Tabla 14:	Evaluación de las expectativas de los compañeros de clase de los mudos electivos utilizando técnicas de automodelado (tomado a partir de Olivares, Méndez y Macià, 1993),	115
Tabla 15:	Tratamiento del habla reluctante, mediante reforzamientos (elaborado a partir de Morin, Ladoceur y Cloutier (1982)	118
Tabla 16:	Evaluación y estrategias terapéuticas para el tratamiento del mutismo electivo en los niños (tomado de Labbe y Williamson, 1984)	124
Tabla 17:	ANOVA sobre los resultados obtenidos en cada grupo	158
Tabla 18:	Significación de las diferencias entre medias para comparaciones binarias por grupos (Scheffé)	158
Tabla 19:	Significación de las diferencias entre	

	medias para todas las posibles combinaciones binarias por grupos (Scheffé)	158
Tabla 20:	Puntuación media de cada grupo	158
Tabla 21:	ANOVA sobre los resultados por items obtenidos en cada item por grupo	160
Tabla 22:	Significación de las diferencias por items entre el mutismo electivo y los demás grupos diagnósticos	162
Tabla 23:	Significación de las diferencias por items entre todas las posibles comparaciones binarias de los grupos (Scheffé)	164
Tabla 24:	Puntuación media de los resultados obtenidos en cada item, en cada uno de los grupos	166
Tabla 25:	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y AUTISMO	169
Tabla 26:	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y DEFICIENCIA MENTAL	170
Tabla 27:	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y NORMALES	171
Tabla 28:	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y RETRASO DEL LENGUAJE	173
Tabla 29:	Número y porcentaje de items significativos en la prueba, en función de las diferencias entre grupos	175
Tabla 30:	Items con diferencias significativas entre: AUTISMO y DEFICIENCIA MENTAL	175
Tabla 31:	Items con diferencias significativas entre:	

AUTISMO y NORMALES	176
Tabla 32: Items con diferencias significativas entre: NORMAL y RETRASO DEL LENGUAJE	177
Tabla 33: Items con diferencias significativas entre: DEFICIENCIA MENTAL y NORMAL	178
Tabla 34: Items con diferencias significativas entre: DEFICIENCIA MENTAL y RETRASO DEL LENGUAJE	178
Tabla 35: Items con diferencias significativas entre: AUTISMO y RETRASO DEL LENGUAJE	179
Tabla 36: Valor descriptivo del MUTISMO ELECTIVO de cada uno de los items	180
Tabla 37: Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y AUTISMO, de cada uno de los items	181
Tabla 38: Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y DEFICIENCIA MENTAL, de cada uno de los items	181
Tabla 39: Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y NORMALES, de cada uno de los items	182
Tabla 40: Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y RETRASO DEL LENGUAJE, de cada uno de los items	182
Tabla 41: N° de sujetos de cada grupo, según datos seleccionados y categorías	184
Tabla 42: Porcentaje de datos complementarios, considerando el cómputo de las muestras .	183
Tabla 43: Significación estadística de las	

diferencias entre sexos halladas en los distintos grupos muestrales	189
Tabla 44: Trastornos asociados en los distintos grupos de sujetos	188
Tabla 45: Circunstancias familiares en los distintos grupos de sujetos	190
Tabla 46: Rango global de la escala	195
Tabla 47: Rango de ME-AU	196
Tabla 48: Rango de ME-DM	196
Tabla 49: Rango de ME-NO	196
Tabla 50: Rango de ME-RL	196

Índice de figuras:

Figura 1: Cuestionario estructurado de desarrollo personal y social (elaborado a partir de Cambra, 1988)	68
Figura 2: Registro general de las respuestas de miedo (tomado de Olivares, 1994)	74
Figura 3: Escala de registro de las respuestas motoras de ansiedad (tomado de Olivares, 1994)	75
Figura 4: Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar (tomado de Olivares, 1994)	76
Figura 5: Objetivos del tratamiento en el mutismo electivo (elaborado a partir de Paniagua y Saeed, 1988)	119
Figura 6: Objetivos del tratamiento en el mutismo progresivo (elaborado a partir de Paniagua y Saeed, 1988)	119
Figura 7: Puntuación media de cada grupo	159
Figura 8: Porcentajes de items significativos en la prueba en función de las diferencias entre grupos	174
Figura 9: Distribución de los sujetos por sexo en los distintos grupos	185
Figura 10: N° de orden de nacimiento de los sujetos en los distintos grupos	185

Figura 11:Número de hermanos por sujeto en los
distintos grupos muestrales 186

Figura 12:Nivel de estudios alcanzado por el PADRE
en los distintos grupos 186

Figura 13:Nivel de estudios alcanzado por la MADRE
en los distintos grupos 187

Figura 14:Diferencias entre sexos halladas
en los distintos grupos 187

Índice de ANEXOS:

ANEXO 1:	Escala inicial y resultados	245
ANEXO 2:	Descripción de la muestra	255
ANEXO 3:	Relación de los centros colaboradores . .	266
ANEXO 4:	Protocolo de los datos complementarios .	268
ANEXO 5:	Tablas con los resultados obtenidos . . .	270

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La conducta silenciosa y todo aquello relacionado con ella ha atraído siempre a los investigadores por el halo de misterio que incorpora, tanto por suponer una fuente de problemas de muy diversa índole, como por ser una manifestación de algún tipo de fracaso o dificultad del sujeto que así se comporta que permanece oculta.

Una forma de conducta silenciosa con la que los psicoterapeutas se encuentran con relativa frecuencia es el "mutismo selectivo". Este término se utiliza para describir el extraño comportamiento de algunos niños que aunque poseen la habilidad y capacidad necesaria para hablar, "eligen" permanecer en silencio, y no emitir ningún vocablo cuando se hallan apartados del reducido círculo de sus familiares y conocidos más íntimos.

Desde que se inició el estudio científico de este problema, hace ya más de un siglo, hasta el presente, numerosos autores han dejado constancia de que aplicando el tratamiento adecuado, y sobre todo interviniendo en el momento preciso puede conseguirse un grado elevado de eficacia en la corrección del silencio de estos niños. Sin embargo no resulta fácil distinguir las características distintivas de la conducta del mudo selectivo con respecto a las conductas manifestadas por otros sujetos que sufren trastornos emocionales, comportamentales o específicamente

lingüísticos, especialmente cuando en ellos se produce ausencia de habla.

La evaluación diagnóstica del mutismo selectivo se ha basado hasta ahora principalmente en los datos obtenidos a través de informes emitidos por los padres, maestros... y en algún caso extraídos de la observación directa de la conducta por los terapeutas, siguiendo la descripción y los criterios fijados por la DSM III y posteriores revisiones; no habiéndose abordado de forma sistemática el diagnóstico diferencial de tales sujetos.

El objeto de este trabajo es precisamente intentar diferenciar la conducta de los niños que presentan este tipo de trastorno de aquellos otros que también manifiestan un comportamiento silencioso pero que no deben ser diagnosticados como mudos selectivos.

Con este propósito se pretende elaborar una escala conductual para el diagnóstico diferencial del mutismo selectivo frente a otros mutismos (por ejemplo, el mutismo autista). El material utilizado en dicha escala se ha confeccionado a partir de los datos proporcionados por los distintos autores que han abordado esta problemática, independientemente de la escuela a la que pertenezcan. Asimismo se han incorporado aseveraciones extraídas de la reflexión conceptual realizada por dichos autores y algunos otros más desde una perspectiva clínica.

Para alcanzar el objetivo propuesto resulta imprescindible realizar un recorrido histórico hasta el momento presente, analizando la evolución del concepto de mutismo selectivo, la naturaleza del problema, la eficacia de los medios diagnósticos, su explicación etiológica según los distintos modelos y tendencias, su epidemiología e incidencia, etc., así como la descripción de las características y comportamientos de los niños que padecen este problema y las consideraciones relativas al contexto familiar y social en que se desarrolla.

Del mismo modo se analizarán los diferentes procedimientos de evaluación propuestos hasta ahora, valorando su relevancia y señalando la evidente necesidad de disponer no sólo de una definición operativa de mutismo selectivo, sino también de un instrumento válido y fiable que nos ayude a emitir con cierto rigor científico un diagnóstico diferencial sobre el problema. Se expondrán igualmente los diferentes procedimientos, estrategias y técnicas de tratamiento que se han ido utilizando desde distintos modelos y posiciones teóricas, y que es preciso conocer en cuanto que van ligados a la evaluación. El análisis y tratamiento de todas estas cuestiones y la reflexión sobre ellas se abordará desde una perspectiva cognitivo-conductual.

I PARTE

1) EL MUTISMO ELECTIVO

I) EL MUTISMO ELECTIVO

1. NOSOLOGÍA DEL MUTISMO ELECTIVO

El concepto diagnóstico de mutismo selectivo apareció por primera vez hace más de cien años por Kussmaul, en 1887. Este fué el primer autor en describir a niños físicamente normales que presentaban ausencia del lenguaje (i. e. mutismo) en algunas situaciones específicas. Kussmaul dió a los sujetos que manifestaban esta condición el nombre de "aphasic voluntary" (cf. Labbe y Williamson, 1984; Meyers, 1984; Wright et al., 1985; Lindblad-Golberg, 1986). Esta denominación se ha traducido al español como "afasia voluntaria" (cf. Olivares, Macià y Méndez, 1993). Mas tarde, en 1934, Tramer describió algunos casos similares empleando por primera vez el nombre de "Elektiver mutismus" manteniéndose esta denominación hasta el momento actual (cf. DSM III, versión española, 1983 y sucesivas revisiones). El concepto de mutismo selectivo implica que el niño "selecciona" ciertas situaciones específicas en las cuales habla sólo a determinadas personas. Por ejemplo, el niño habla habitualmente a sus familiares, en casa, pero se "niega" a hablar a los maestros y a otros niños, en la escuela u otros ambientes. El término hace referencia, por tanto, a un pequeño grupo de niños que presentan un patrón inusual de dificultades en la comunicación verbal, principalmente silencio inapropiado. Estos niños son

capaces de hablar normalmente, pero sólo lo harán en situaciones restringidas y dirigiéndose a determinadas personas (cf. p. ej. Kratochwill, Brody y Piersel, 1979; Kolvin y Fundudis, 1981; Olivares, Macià y Méndez, 1993). Aparentemente los niños no presentan problemas obvios que impidan su habla. No se presenta anormalidad durante los exámenes neurológicos, el C.I. se encuentra dentro de la media, o rango normal (cf. Rutter, 1977) y en aquellas situaciones en las que el niño habla, su conducta verbal es adecuada a su edad cronológica (cf. Sanok y Striefel, 1979).

1.1. El problema de la denominación

Sin embargo, a pesar de que los rasgos diagnósticos principales parecen a primera vista ser claros, como es común en el ámbito de la psicopatología la terminología aplicada para referirse al mutismo electivo ha sufrido muchas variaciones a lo largo del tiempo. El problema ha recibido denominaciones tales como "mutismo voluntario", "mutismo selectivo", "mutismo progresivo" o "habla reluctante", y no todas ellas refuerzan exitosamente el mismo concepto de mutismo electivo. Es necesario por tanto hacer algunas precisiones.

a) "Afasia voluntaria" o "mutismo voluntario"

Antes de 1930 son numerosas las referencias existentes

sobre "mutismo voluntario" o "afasia voluntaria" (cf. Atoynatan, 1986). Como se mencionó antes, Kussmaul en 1887 ya usó el término "Aphasic voluntary" en el curioso sentido de "voluntario de la afasia" para describir a niños físicamente normales que presentaban mutismo en situaciones concretas (cf. Browne, Wilson y Laybourne, 1963; Silver, 1980; Hesselman, 1983; Eldar, Bleich, Apter y Tiano, 1985; Lindblad-Golberg, 1986; Olivares, Macià y Méndez, 1993); aunque según Labbe y Williamson (1984) el autor llamó a esta condición tanto "aphasic voluntary" como "voluntary mutism", o según Schachter (1981) la formulación empleada por Kussmaul fué "mutitas sive aphrasia voluntaria" expresión más tarde retomada por otros autores, como "mutismo voluntario" (v. g. "mutisme volontaire" (Kummer, 1953)).

b) "Mutismo electivo"

Ya se dijo que Tramer en 1934 sustituyó el término "mutismo voluntario" por la denominación admitida por la mayoría de los paidopsiquiatras de "elektiver mutismus", con objeto de distinguir entre éste y el mutismo total (Tramer y Geiger-Marty, 1952). Tramer, describió el mutismo electivo como "una rareza en medio de la flora de síntomas de los niños psicológicamente perturbados" (Hesselman, 1983), refiriéndose al "extraño" grupo de niños que sólo hablaba con un reducido grupos de íntimos; padres, vecinos, maestros, en situaciones específicas, siendo la más común

el hogar (Monras, 1984; Labbe y Williamson, 1984; Wilkins, 1985; Antoyntatan, 1986). Es decir, este tipo de mutismo sería más propiamente "selectivo" (Meyers, 1984), mientras que por el contrario el mutismo genéricamente se referiría a la ausencia del lenguaje en cualquier situación (Schachter, 1981). El término de "mutismo electivo" excluiría igualmente otras formas orgánicas o funcionales de mutismo (DSM-III, 1980 y DSM-III-R, 1987).

c) "Mutismo selectivo"

Hesselman, en 1973, denominó al trastorno "selective mutism" ("mutismo selectivo"), ya que se interpreta que el niño selecciona las personas con las que habla así como las situaciones en las cuales emite comunicación verbal (Cambra, 1988). Otros autores también emplean este término para referirse a dicho trastorno (v.g. Williamson et al., 1977; Kratochwill, 1981; Morin y Ladouceur, 1984; Olivares, Macià y Méndez, 1993) llegándose con el tiempo a utilizar indistintamente "mutismo electivo" o "mutismo selectivo", aunque es razonable suponer que la elección de uno de estos términos tiene como objeto dar a entender sobre qué o quién se pone el acento en el control del problema. Si es sobre el sujeto, entonces se califica *mutismo electivo*, pero si el mantemiento del problema se supone en las consecuencias que siguen a la conducta, suele emplearse *mutismo selectivo* (Olivares, 1994).

d) "Mutismo progresivo" vs "mutismo electivo"

Paniagua y Saeed (1987) introdujeron el término "mutismo progresivo" para describir el comportamiento de un niño que aunque em principio presentaba los síntomas del mutismo electivo, con el paso del tiempo iba disminuyendo progresivamente la frecuencia de respuesta verbal dejando de hablar incluso a los miembros de la familia y personas cercanas (Straughan, 1968), a pesar de la ausencia de factores neurológicos y anatomofisiológicos, o de otras condiciones que pudieran haber afectado el deterioro progresivo del lenguaje. Así pues, cabría considerar el mutismo progresivo como una forma severa de mutismo electivo (Paniagua y Saeed, 1988), ya que la ausencia de habla se generalizaría a todas las personas y a todas las situaciones (Olivares, 1994).

e) "Habla reluctante" vs "mutismo electivo"

El problema del "habla reluctante" como tal ha recibido poca atención (v. Morin, Ladouceur y Clotier, 1982). Con este término se hace referencia a una clase de inhibición de la conducta verbal que resulta en una frecuencia de habla extremadamente baja; por ejemplo, niños que responden solo a una cuestión de cada diez. Williamson et al. (1977b) recomiendan que los niños con esta descripción se clasifiquen como casos de "habla reluctante". Sin embargo, no parece quedar claro si este habla reacia, o reluctante,

es un trastorno que puede considerarse idéntico a casos más genéricos de inhibición lingüística tales como el "laconismo" o por el contrario, es una entidad bien diferenciada. Williamson et al. intentan diferenciar el patrón conductual de habla reluctante del patrón de mutismo selectivo. En lugar de una ausencia completa del habla, aún situacional, los niños con "habla reluctante" presentan ocasionalmente conductas verbales en algunas situaciones sociales distintas a la de su medio familiar. Olivares (1994) considera que este habla reluctante o reacia es causada por "aversión a hablar", situando el trastorno dentro de un continuo, en los niveles más bajos del miedo desproporcionado a hablar. Otros autores, por ejemplo, Piersel y Kratochwill (1981), también han señalado la importancia de diferenciar con precisión entre estos dos tipos de inhibición, ya que el habla reluctante puede considerarse como una forma leve de mutismo selectivo (Labbe y Williamson, 1984).

Resumiendo, asumiendo un continuo conductual de inhibición del lenguaje, en los extremos se ubicarían las conductas de *habla reluctante* y *mutismo progresivo*, incluyendo como categoría intermedia el *mutismo selectivo* (Olivares, 1994). Esta distinción es muy importante porque la selección del concepto apropiado puede tener relevantes implicaciones para una adecuada aplicación de las estrategias de tratamiento que determinarían a su vez los resultados del mismo (Labbe y Williamson, 1984; Paniagua

y Saeed, 1988; Olivares, 1994).

1.2. El problema de las clasificaciones y del diagnóstico diferencial

El mutismo electivo es una forma de mutismo. Sin embargo el concepto de mutismo o ausencia de lenguaje entendido globalmente es demasiado amplio para ser útil. A través del tiempo han ido apareciendo diferentes clasificaciones referidas al mutismo, entendido éste genéricamente como ausencia de lenguaje. Así, Förster (1956), distinguió entre mutismo neurótico, esquizofrénico, mutismo por sordera, por debilidad psíquica o bien, con carácter más restringido, por un problema neuroorgánico cerebral (cf. Schachter, 1981; Cambra, 1988). Sin embargo, sería necesario hacer una primera distinción general entre el mutismo de origen psicopatológico y la ausencia de lenguaje originada por alteraciones neurológicas, déficits sensoriales o motores, o déficits cognitivos generales. Entre estos últimos casos puede mencionarse la ausencia de lenguaje presente en sujetos tales como deficientes mentales profundos, afásicos, sordos, autistas, etc. Frente a estos casos, el otro concepto de mutismo se refiere a aquél de origen emocional en el que se produce ausencia de lenguaje a pesar de conservarse intacta la capacidad de hablar por no existir limitaciones neurológicas, cognitivas, motoras o sensoriales que lo impidan. En la práctica clínica, a lo largo del tiempo, ha habido

distintos intentos de clasificar específicamente este último tipo de mutismo. Así, por ejemplo, Waterink y Vedder (1936) distinguieron entre mutismo histérico, neurótico y psicótico. Otras clasificaciones ponen el énfasis en el mutismo de origen psicopatológico al mismo tiempo que introducen otros casos de ausencia de lenguaje. Por ejemplo Cambra (1988) hace una clasificación sobre el mutismo dividiéndolo en cuatro tipos: a) mutismo neurótico, con dos manifestaciones: total, que implica desaparición total, súbita o progresiva del lenguaje; y parcial, que sería el mutismo selectivo, b) mutismo psicótico; c) mutismo timógeno, asociado a la depresión y d) mutismo acinético, de etiología orgánica, con lesión en el tronco cerebral, y que se manifiesta por la supresión de cualquier tentativa de expresión verbal, con una ausencia de respuestas a estímulos sensoriales, sensitivos o emocionales.

Dentro del propio concepto de mutismo selectivo, es pertinente mencionar algunas distinciones relevantes. Existen distintas controversias sobre su clasificación (Atlas, 1993) asociándolo con toda una gama de desórdenes infantiles. Por ej. se distingue entre el "mutismo traumático", de inicio repentino como consecuencia de un shock psicológico o físico, y que algunos autores (v.g Monras, 1984) consideran un fenómeno histérico y el mutismo selectivo, de aparición más gradual que no es directamente atribuible a un acontecimiento traumático ansiógeno (Myquel y Granon, 1982).

Por su parte, Williamson et al. (1977b), intentaron paliar la confusión derivada de la terminología referida al mutismo selectivo introduciendo la expresión "lenguaje selectivo" en lugar de "mutismo selectivo" puesto que la frecuencia del comportamiento verbal del niño difiere de cero. Desde esta misma perspectiva, Sanok y Ascione (1979) propusieron un esquema comparativo entre "mutismo selectivo", "lenguaje selectivo" y "lenguaje suprimido", y elaboraron una definición de estos conceptos. Sugirieron que sería preciso utilizar el término "mutismo selectivo" cuando el niño no emita ninguna verbalización en ninguna circunstancia específica, aún cuando tenga verbalizaciones normales en una segunda situación; "lenguaje selectivo", cuando manifieste una escasa o débil frecuencia de emisión de palabras en un medio dado, aunque hable normalmente en otros ambientes (en este caso sería habla reluctante); y "lenguaje suprimido", cuando el niño verbalice muy poco, sea cual sea el contexto en el que se encuentre (Morin, Ladouceur y Cloutier, 1982).

A su vez Hayden (1980) (cit. en Meyers, 1984) clasificó a sesenta y ocho mudos electivos, haciendo interpretaciones no siempre justificadas, sobre su conducta emocional, en cuatro tipos básicos:

- 1) *mutismo simbiótico*. El tipo más común. El niño presentaría una estrecha y fuerte relación

"simbiótica" con su cuidador, habitualmente la madre. Representa un 84% de los casos. A pesar de una ser exteriormente tímido y dependiente el niño es negativista e intenta manipular a los adultos y las situaciones.

2) *mutismo con fobia al habla*. Es el tipo menos común. Se caracteriza por un supuesto miedo a oírse a sí mismo. Hayden (1980) sugirió que el niño se sentiría ante su madre incapaz de controlarse al hablar, existiendo el riesgo de que los secretos familiares fueran revelados.

3) *mutismo reactivo*. En este caso el mutismo se origina por una serie de acontecimientos traumáticos que producen el silencio del niño. Por ejemplo, niños que han sufrido malos tratos, experimentado la muerte de un familiar, o viven en un ambiente familiar amenazante.

4) *mutismo pasivo-agresivo*. Los niños utilizan el silencio como un arma para expresar hostilidad, mediante un rechazo desafiante a hablar. A estos niños se les describe como enérgicos y su mutismo se considera una opción que el niño maneja y usa para manipular el entorno.

Otra posibilidad es considerar un criterio temporal de división del mutismo selectivo, clasificándolo en: "persistente" y "transitorio" (Wilkins, 1985). El mutismo selectivo persistente, es decir, el que se mantiene durante largo tiempo, se da con poca frecuencia en los niños. Por ejemplo, Morris (1953) solamente pudo hallar seis casos en dos años; Reed (1963) sólo encontró cuatro casos entre más de dos mil niños; Wright (1968) llegó a encontrar veintiocho casos en un periodo de siete años, aunque dicho autor incluyó en su muestra niños que sufrían lesiones neurológicas así como a deficientes mentales. Por el contrario, el mutismo selectivo transitorio es bastante habitual, especialmente cuando el niño comienza a ir a la escuela, sobre todo en ciertas condiciones, (por ej. hijos de emigrantes (Bradley y Sloman, 1975)), aunque la mayoría de estas reacciones se corrigen o mejoran espontáneamente durante el primer año escolar (Brown y Lloyd, 1975).

2. CONCEPTO ACTUAL DE MUTISMO ELECTIVO

Periódicamente el psicólogo escolar se encuentra con que tiene que evaluar y/o tratar a un niño que se niega hablar en la escuela. Como ya se dijo, el término diagnóstico apropiado para describir la conducta de rechazo a hablar en ciertas situaciones sociales, incluido el entorno escolar, a pesar de mantener la habilidad para hablar y comprender el lenguaje es "mutismo selectivo" (v. Silver,

1980; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Olivares, Macià y Méndez, 1993). Según el DSM-III, este rechazo a hablar no ha de deberse a insuficiencia de lenguaje ni a trastornos mentales, y debe ser independiente de la capacidad intelectual o estado neurológico del niño (Hinsie y Campbell, 1970). El DSM-III (1980) señala en sus criterios diagnósticos que el rasgo fundamental del mutismo selectivo es "una negativa persistente a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluido el colegio, a pesar de la capacidad de hablar y comprender el lenguaje hablado, y que todo ello no sea debido a otro trastorno somático o mental".

Sin embargo dentro de esta concepción existen distintos matices a los que los autores otorgan una mayor o menor relevancia al resaltar bien la negativa a hablar en algunas situaciones o bien la capacidad de producción y comprensión del lenguaje. Así, por ejemplo, Morin y Ladouceur (1984) indican que el "DSM III define el mutismo selectivo (313.23) como estado de negativa a hablar en ciertas situaciones *específicas*"; Pigott y González (1987) comentan por su parte que el rasgo predominante del desorden es "la constante negativa a hablar en *casi todas* las situaciones sociales". Por otro lado, Ollendick y Matson (1988) señalan como "rasgo fundamental del mutismo selectivo la negativa persistente a hablar en algunas situaciones sociales, a pesar de la *capacidad* de hablar y de comprender el lenguaje hablado".

De todo ello se deduce un problema, la definición que se da en el DSM III sobre el mutismo selectivo no aclara cuestiones como la persistencia del mutismo selectivo o el rango situacional que abarca. ¿Hasta qué duración temporal el mutismo transitorio puede considerarse mutismo selectivo? (Eldar y cols., 1985). ¿Qué rango exacto y tipo de situaciones debe abarcar para considerarse selectivo?.

De acuerdo con el planteamiento del DSM III Labbe y Williamson (1984) señalaron que son tres los criterios conductuales que pueden aplicarse para diagnosticar a un niño como mudo selectivo: a) rechazo continuo a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluido el colegio, b) capacidad de hablar y de comprender el lenguaje oral, y c) no padecer ningún otro trastorno mental o físico. Estos son los criterios que habitualmente sigue la mayor parte de los terapeutas (v. g. Monras, 1984; Bozigar y Aguilar Hansen, 1984). Sin embargo pueden manifestar ocasionalmente un retraso en el desarrollo así como anomalías o trastornos de articulación (cuando hay verbalización) (Monras, 1984).

No obstante, es importante señalar que a pesar de que la característica esencial es una negativa continua a hablar en "casi" todas las situaciones, esto no quiere decir que estos niños no comuniquen. Utilizan gestos, asentimientos con la cabeza, e incluso en algunos casos se vislumbra una tenue y corta verbalización si bien monótona

y monosilábica.

Desde la perspectiva de la psicología dinámica o comprensiva los rasgos de personalidad que se describen como propio de estos niños difieren; unos son agresivos y desobedientes, otros más dependientes, tímidos e inseguros. Pero en todo caso desde esta perspectiva sea personalidad de una u otra forma el mutismo se considera sólo un síntoma que les protege de una situación que no pueden controlar (Lesser-Katz, 1986).

En una línea más actual, desde una perspectiva psicológica conductual-cognitiva, el mutismo selectivo tiende a integrarse en el ámbito de los problemas conductuales que producen los estados emocionales de activación y más concretamente se pone en relación con el concepto de ansiedad. En este sentido, los mudos selectivos se describen como niños a los cuales el hablar les produce tanta ansiedad o miedo que "eligen" permanecer mudos.

Por ejemplo, Cambra (1988) entiende el mutismo selectivo como una respuesta de evitación o escape a situaciones ansiógenas; Olivares (1994) sitúa al mutismo selectivo en el punto medio del miedo desproporcionado a hablar, dentro de un continuo, cuyos extremos serían la aversión a hablar (leve) y el mutismo progresivo (grave). Desde esta perspectiva el mutismo selectivo puede ser considerado como el punto en el cual al sufrimiento subjetivo que conlleva

creer que es muy penoso y difícil hablar en determinadas ocasiones (aversión a hablar) se le suma la incapacidad para hacerlo.

Con una perspectiva más tradicional aunque dentro de este mismo enfoque general el mutismo selectivo se define en el marco de la conducta operante. Así, los niños usarían el rechazo a hablar como una forma coercitiva de manipular a las personas y al entorno. Es posible que ambas hipótesis sean ciertas y el mutismo selectivo se produzca bien como respuesta a la ansiedad (Reed, 1963; Friedman y Karagan, 1973; Cambra, 1988; Olivares, Macià y Méndez, 1993; Olivares, 1994) o bien para manipular la conducta de los otros, e incluso podrían combinarse simultáneamente ambos factores (Wright y Cuccaro, 1994). De esta forma el niño respondería a la ansiedad con un patrón específico de respuesta que a su vez le permitiría obtener beneficios del ambiente. Así el mutismo se vería reforzado a pesar de no reducir la activación del organismo. En todo caso, el objetivo debe ser describir la conducta del mutismo selectivo con la mayor precisión posible.

2.1. Descripción conductual

2.1.1. El comportamiento del mudo selectivo

El niño afectado por el mutismo selectivo se caracteriza por ausencia de comportamiento verbal en situaciones

comunicativas específicas, preferente en el contexto escolar y ante la presencia de extraños (Morin y Ladouceur, 1984) y no ante familiares cercanos (Tramer, 1934; Seefeld et al., 1950; Van der Kooy y Webster, 1975; Rosenberg y Lindblad, 1978; Kratochwill, Brody y Piersel, 1978; Goll, 1979; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Hoffman y Laub, 1986; Vidal y Ponce, 1988), o algunos amigos o compañeros de colegio que se relacionen con él. (Friedman y Karagan, 1973; Kratochwill, Brody y Piersel, 1978; Benedetti Gaddini et al., 1981; DSM III, 1983; Martínez González y cols., 1984; Albert-Stewart, 1986; Olivares, Méndez y Macià, 1993). Generalmente habla a alguno de los dos padres (con preferencia a la madre) o a ambos, a veces a parientes que conviven en el hogar. En estas situaciones concretas suele tener una tasa de habla elevada. Ocasionalmente también se han descrito algunos casos inversos, en los que el niño sólo habla a extraños, y no a los padres (Kaplan y Escoll, 1973; Hesselman, 1983; Lindblad-Golberg, 1986), aunque como se verá posteriormente no es seguro que estos últimos sean verdaderamente mudos electivos.

El desarrollo de los niños electivamente mudos es normal hasta la edad de dos o tres años. A partir de este periodo el comportamiento verbal del niño puede volverse selectivo; reduciéndose el entorno comunicativo. Entonces suprimen cualquier modo de comunicación verbal en presencia de personas no familiares (Cáceres, 1979; Nash et al. 1979; Hesselman, 1983; Lindblad-Golberg, 1986) aunque mantienen

la comunicación gestual cabeceando o moviendo la cabeza y, en algunos casos, con monosílabos o cortas interjecciones (Cáceres, 1979; Kupiezt y Schwartz, 1982; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Albert-Stewart, 1986; Echeburrúa y Espinet, 1990; Cunningham et al. 1993). Sin embargo el conocimiento del lenguaje se supone normal aunque algunos pueden presentar un retraso en el desarrollo del mismo así como dificultades de articulación. Esto se verifica en que las verbalizaciones emitidas por el niño en presencia de ciertas personas muestran un desarrollo normal de los procesos de comprensión y producción del lenguaje. Además el niño está funcionalmente capacitado para articular el lenguaje y recibirlo sensorialmente.

En lo que respecta a los procesos cognitivos, el mutismo selectivo no implica déficit a nivel de habilidades cognitivas o intelectuales (Sanok y Ascione, 1979). En muchos de los casos descritos, la capacidad intelectual es media, buena o muy buena; los tests de inteligencia y los resultados escolares así lo demuestran (Cáceres, 1979; Kolvin y Fundudis, 1982; DSM III, 1983; Wilkins, 1985; Paniagua y Saeed, 1988).

La conducta escolar presenta un marcado contraste con la conducta que manifiesta en casa. Como al no hablar en el colegio no son una fuente de perturbación en la clase, pocas veces se les remite para un tratamiento específico. En general, la conducta de mutismo forma parte de los

hábitos del niño y por tanto su comportamiento es más o menos aceptado por los que le rodean (Rosenberg y Lindblad, 1978; Hoffman y Laub, 1986).

Para finalizar, es habitual encontrar en la no muy abundante bibliografía sobre el tema descripciones generales de estos niños que mezclan aspectos físicos, rasgos de personalidad y a veces interpretaciones dinámicas no bien justificadas. A pesar de su dudosa fiabilidad puede ser sin embargo ilustrativo referir algunos aspectos esenciales de estas descripciones.

Los rasgos característicos del niño mudo selectivo según Mayer y Romanini (1973) son los siguientes: espina dorsal erguida, cabeza y hombros ligeramente inclinados hacia adelante, mirada baja y evasiva, resistencia pasiva en las extremidades, todo lo cual toma reminiscencia según estos autores, de la condición catatónica. Estos niños a menudo se describen como sensibles a los detalles, pero también emocionalmente inmaduros, egocéntricos, pasivos, y en cierto sentido agresivos. Heinze (1932), Spieler (1944), Tramer (1934) y Weber (1950), coinciden en la siguiente descripción: sensibles, ansiosos, obstinados, desconfiados y con dificultades para establecer relaciones. Otros autores añaden que son solitarios y apáticos (Hesselman, 1983). Para otros las características serían: timidez fuera de casa, agresión y hosquedad, obstinación, manipulación, negativismo, actitud caprichosa en el hogar, depresión,

inmadurez, ansiedad y una excesiva e inusual actividad motora (Wergeland, 1979; Lindblad-Golberg, 1986). Por tanto, no todos los mudos electivos son siempre rígidos y pasivos. Kurth y Schweigert (1972) detectan conductas agresivas en un estudio de veintinueve niños con mutismo electivo. Asimismo, Wright (1968) resalta la conducta diferencial los niños dentro y fuera de casa. Pueden mostrarse negativos, caprichosos y enérgicos en casa, pero fuera mostrarse muy tímidos. Para Spieler (1944) los mudos electivos tienen una intensa aunque a la vez escondida necesidad de autoafirmación positiva. Reed (1963) y Schepank (1960), contradicen la opinión común de que los niños mudos electivos poseen una personalidad pobre; al contrario, defienden que tales niños tienen una vida emocional muy intensa, aunque limitados por su incapacidad para expresarla. Así que su pasividad sería sólo aparente. Así pues, y resumiendo, en el niño mudo electivo se describe un comportamiento diferencial en función de la situación. En casa, la conducta del niño puede parecer caprichosa, obstinada, hosca, agresiva, manipulativa, e incluso manifestar cierta actividad motora. Fuera el niño muestra timidez, depresión, inmadurez, ansiedad, apatía, pasividad, negativismo y aislamiento.

2.1.2. Trastornos asociados al mutismo electivo

Dado el carácter secundario del mutismo electivo dependiente por lo que parece de conflictos emocionales

primarios sería razonable esperar que éstos provocaran la aparición de otras alteraciones en la conducta. Así por ejemplo, se encuentran con cierta frecuencia retrasos en el desarrollo, especialmente problemas en el control de esfínteres (Schachter, 1981). Otros trastornos conductuales aparecen asociados con cierta frecuencia al mutismo selectivo. Kolvin y Fundudis (1981) establecieron que el 71% de los mudos selectivos que estudiaron mostraban evidencia de problemas, tales como inmadurez o retrasos en el desarrollo, enuresis (v. tb. Lorand, 1960; Cáceres, 1979; Saloga, 1983; Bozigar y Aguilar Hansen, 1984; Barlow, Strother y Landreth, 1986), encopresis y trastornos del sueño (v. tb. Wright, 1968; Deliaert y Poort, 1969; Adams, 1970; Wilkins, 1985), gesticulaciones, tics nerviosos y estereotipias motrices (v. tb. Pangalilla-Ratulangia, 1959; Hill y Scull, 1985; Cambra, 1988). Asimismo se presentan casos de epilepsia (v. tb. Akhtar, 1977), respuestas de ansiedad (v. tb. Friedman y Karagan, 1973; Sluckin, 1977; Shreeve, 1991), manifestaciones de agresividad y temperamento caprichoso (v. tb. Rosenberg y Lindblad, 1978), inmovilidad pasiva (v. tb. Parker y cols., 1960), jactancia (v. tb. Saloga, 1983), e inhibición en las tareas escolares (v. tb. Scott, 1977; Kupietz y Schwartz, 1981; Olivares, Méndez y Macià, 1993). Otros autores mencionan trastornos de la alimentación (Cáceres, 1979), especialmente anorexia nerviosa (Bayley y Hirst, 1991), y trastornos de los hábitos de limpieza, de aparición posterior al mutismo selectivo (Launay et al. 1949; Cambra,

1988).

En lo que se refiere en particular a la esfera del lenguaje el mutismo selectivo también puede ir asociado a retrasos en el desarrollo del lenguaje especialmente en lo que respecta al control de los movimientos articulatorios pudiéndose generar dislalias evolutivas o farfulleos. Es que estos trastornos no pueden ser nunca tan importantes que hagan sospechar que el mutismo es consecuencia de ellos y no a la inversa. Es frecuente encontrar inhibición del lenguaje cuando están presentes trastornos que hacen que el niño se sienta ridículo cuando habla tales como dislalias.

Si se analiza la historia de los niños con mutismo selectivo se pueden encontrar en ocasiones algunos nacimientos en estado de anoxia (Kehrer y Tinkl-Damhorst, 1974), también algunas tosferinas precoces (antes de los tres años) complicadas o no con convulsiones; pero estas anamnesis no son demasiado significativas en la explicación del comportamiento mudo posterior (Schachter, 1981). Aunque no es muy frecuente existe algún caso en el que se ha presentado el mutismo selectivo asociado a un retraso mental (Olivares, Méndez y Macià, 1990; Klin y Volkmar, 1993). En cuanto a las posibles conexiones del mutismo selectivo con un trastorno psicótico, existe referencia de algún caso aislado en el que el niño selectivamente mudo presentaba el

síndrome de "lentegines"¹ (autosoma dominante heredado), que puede tener asociadas perturbaciones psiquiátricas (Nitelea y Dociu, 1974). Ahora bien, por otra parte se considera que si el mutismo es persistente puede constituir en sí mismo una forma incipiente de proceso psicótico. Abundando en el tema, Hayden (1980) creyó descubrir una conducta psicótica en un grupo de casos; no obstante su trabajo se presta a controversia ya que el criterio diagnóstico de mutismo selectivo que adoptó era extremadamente laxo incluyendo niños con mutismo total. En la misma línea se ha conectado el mutismo selectivo con trastornos esquizoides tempranos aunque no específicamente con la esquizofrenia (Wolf y Barlow, 1979). Sin embargo, aunque no pueda considerarse un antecedente de la misma, es posible suponer la coexistencia de ambos trastornos (Eldar y cols 1985). Tal condición puede ser corroborada por la descripción de Kenneth (1990) acerca de una paciente muda selectiva diagnosticada al mismo tiempo de esquizofrenia catatónica. Por otra parte, al considerarse preferentemente el mutismo selectivo un trastorno de tipo neurótico (Silver, 1980; Benedetti-Gardini, et al., 1981; Skoricova et al., 1987), es posible que aparezcan síntomas de depresión e intentos de suicidio (Kaplan y Scoll, 1973).

¹Este síndrome tiene una gran variabilidad de manifestaciones. En su forma completa, consiste en múltiples lentegines (manchas pigmentadas), anomalías en electrocardiograma, hipertelorismo ocular, estenosis pulmonar, anomalías en genitales, retraso en el crecimiento y sordera. Puede darse la deficiencia mental, como condición asociada (Nitelea y Dociu, 1974).

2.2. Modelos explicativos

Sobre la etiología del mutismo selectivo existen diversas teorías, o modelos explicativos, de los que se derivan diferentes formas de enfocar el tratamiento; unas se centran en el sujeto y en variables internas subjetivas, mientras que otras están más orientadas hacia una interpretación contextual y ecológica que aborda las relaciones del sujeto con su entorno. Sin embargo, en cualquier caso se sabe, y existe un cierto consenso al respecto, que la escuela y factores escolares, tales como la personalidad del maestro, suelen jugar un papel importante (Popella, 1960; Skoricova et al., 1987) y por lo tanto, la incorporación al colegio puede intervenir favoreciendo o dificultando la evolución del trastorno (Del Río y Bosch, 1988).

El análisis de las causas que producen el mutismo selectivo es bastante confuso, ya que se aducen como hipótesis explicativas aspectos del problema que en realidad podrían ser otros efectos de una causa común. Por lo general el mutismo selectivo se da en niños sobreprotegidos, muy unidos a su madre, o a un hermano, y que manifiestan signos de "infantilismo afectivo". Asimismo, se encuentra mayor incidencia del mutismo selectivo en los niños no primogénitos de grandes familias en las que a uno de los progenitores se le describe como tímido (Brown y Lloyd, 1975). Por otra parte, Bradley y

Sloman (1975), Brown y Lloyd (1975) y Rosenberg y Lindbland (1978) encontraron mayor incidencia del mutismo selectivo en los hijos de familias inmigrantes. En este sentido, Sluzki (1983) sugirió la posibilidad de que el bilingüismo pudiera tener algún efecto sobre el mutismo selectivo. Todo ello puede ir unido a otros problemas como inmadurez verbal o motora; que originarían una dislalia evolutiva que inhibiría la producción verbal del niño por temor a ser objeto de burlas. En la misma línea interpretativa se ha contemplado como conducta de rechazo hacia la escolaridad, mantenida por fantasías complejas, que pueden ir desde la creencia de que sus padres los abandonarán en la escuela y no volverán nunca, hasta llegar a creer que el profesor o profesora va a ser su nuevo padre o madre.

También a menudo se afirma que el mutismo selectivo ha sido provocado por traumas tales como cambio de residencia, enfermedades o catástrofes familiares (Slukin, 1977; Halpern, 1981; Myquel y Granon, 1982; Monras, Bozigar y Aguilar Hansen, 1984; Wright et al., 1985). Es sabido que un acontecimiento traumático puede originar alteraciones del lenguaje, por ejemplo la tartamudez (Schachter, 1967). Varias investigaciones hallaron algún acontecimiento traumático cuando el niño estaba en el periodo de desarrollo del lenguaje, tales como la muerte de un familiar cercano o la separación de la madre por hospitalización u otra causa. Puede incluirse también entre los acontecimientos traumáticos el nacimiento de un

hermano.

Monras (1984) ofrece un resumen sucinto de los factores que favorecen la conducta del mutismo selectivo. Estos serían: sobreprotección materna, trastornos del lenguaje, retraso mental, inmigración, hospitalización o traumas precoces previos a la escolarización. Queda por señalar que Halpern et al. (1981) mencionado por Bozigar y Aguilar-Hansen (1984) hizo un estudio pretendidamente exhaustivo sobre las posibles causas del mutismo selectivo, enumerando las siguientes: a) bajo autoconcepto y déficit de habilidades sociales, b) trauma durante el periodo crítico de desarrollo, c) vida familiar incierta o insegura, d) alteración emocional no atribuible a trastorno mental y e) conducta neurótica como resultado de desestructuración familiar. En general, se puede afirmar que tanto los acontecimientos traumáticos como un entorno familiar que propicie la inhibición pueden suprimir el habla y que estos factores se identifican frecuentemente como antecedentes probables del mutismo selectivo.

Por otro lado se ha hipotetizado con base en estudios sobre hermanos gemelos univitelinos que el mutismo selectivo prolongado pudiera tener alguna base biológica. Jaeger y Mezker (1968) presentan un caso en que ambos gemelos padecían mutismo selectivo. Asimismo, Mora, Devault y Schopler (1965) presentan otro, aunque señalan que cuando se separó a los gemelos homocigóticos poniéndolos en clases

diferentes tuvieron una notable mejoría. Igualmente Tachibana, et al. (1982) relatan un caso de mutismo selectivo en gemelos idénticos, los cuales también fueron separados para recibir tratamiento, lográndose así la desaparición del problema. Parece pues que los efectos en gemelos se deben más al aprendizaje y modelado que a factores genéticos. En la misma línea de búsqueda de factores biológicos se han detectado anomalías inespecíficas en los EEG, así como en algunos casos un bajo índice del CI (Cerny y Mecir, 1959), o retrasos en el desarrollo del lenguaje (Kolvin y Fundudis, 1981); que podrían avalar alteraciones orgánicas. En algunos casos se ha encontrado historia familiar de enfermedad psiquiátrica (Fish, 1977). También existen hallazgos relativos a factores de tipo anatomofisiológico, por ejemplo, la boca lesionada, (Myquel y Granon, (1982); hablan de un caso de "síndrome de Pierre Robin") e igualmente pueden aparecer problemas de audición (Parker y cols, 1960; Hesselman, 1973). Sin embargo ninguno de estos factores es la base ni la causa del mutismo selectivo.

En realidad, todos los datos llevan a matizar el trastorno como de origen ambiental más que de origen neurofisiológico.

El debate fundamental se plantea entre aquellos autores que consideran el mutismo selectivo sólo un síntoma de un trastorno emocional subyacente, por ejemplo, síntoma de

fobia social (Black y Uhde, 1992; Crumley,, 1993) y aquéllos que defienden que el mutismo electivo es en sí mismo el trastorno emocional que podría incluirse dentro de la clasificación del grupo de los trastornos emocionales (Wilkins, 1985). Este debate fundamental queda subsumido en dos grandes modelos: el enfoque psicodinámico y el enfoque conductual (Ollendick y Matson, 1988).

Desde el enfoque psicodinámico la ausencia de habla se ve como una expresión pasiva-agresiva de hostilidad, en niños muy dependientes, si se considera el mecanismo interno de la conducta de ausencia del lenguaje de los mudos electivos como una expresión externa de la psicopatología de la comunicación (Schachter, 1981).

Por otro lado, desde una perspectiva conductual, han considerado el no hablar una conducta aprendida, que se adquiere como un recurso para conseguir atención o bien, como una estrategia para reducir el miedo (Kupietz y Schwartz, 1982; Cambra, 1988; Olivares, 1994).

2.2.1. Modelo psicodinámico

Tradicionalmente, el mutismo electivo se ha considerado como una manifestación neurótica de una personalidad alterada (Youngerman, 1979; Ollendick y Matson, 1988). Se sostiene la idea de que las relaciones parentales del niño tienen una significación decisiva en la ocurrencia del

síntoma (Atoynatan, 1986). En concreto, en términos psicoanalíticos, se centra la atención sobre la relación madre-hijo. La madre aparecería como "sobreprotectora" y "dominante" mientras que al niño se le ve como "solitario" y "sobredependiente" (v.g. Von Misch, 1952; Parker et al. 1960; Pustrom y Speers, 1964; Meijer, 1979; Kolvin y Fundudis, 1982; Hill y Scull, 1985; Barlow, Strother y Landreth, 1986). Por otro lado el mutismo del niño podría ser una forma de expresar agresividad, en defensa de una madre excesivamente tímida, aunque también ésta podría llegar a ser el receptora de los impulsos destructivos agresivos del niño que se manifestarían atormentándola. Radford (1977) ve en ello una demostración de la ambivalencia del comportamiento del niño hacia su madre.

Dentro de la corriente psicodinámica, como no podía ser de otra forma, hay rumores y a veces contradictorias aproximaciones al trastorno. Por ejemplo, Browne et al. (1963) sostienen que la madre utiliza al niño para atraer al padre y que el silencio que el niño manifiesta hacia la mayoría de los adultos de su entorno sería un mensaje de hostilidad de una madre, solitaria, tímida y depresiva, hacia el resto del mundo. Para Launay y cols. (1949) el mutismo selectivo sería un "trastorno neurótico", un "mecanismo de defensa" contra un conflicto interno que llevarían aparejados retraso escolar y graves dificultades en la socialización del niño (v. Hesselman, 1983). Al contrario para Matsumoto (1975), el mutismo selectivo es un

problema psicossomático. Browne et al. (1963) lo considera una parte del "enfado anal", síndrome de mutismo, retención urinaria, retención voluntaria de excrementos. Pustrom y Speers (1964) también lo relacionan con dificultades en la etapa anal de desarrollo. Al contrario, Adams y Glasner (1954) así como Von Misch (1952) consideran el mutismo electivo una consecuencia de problemas relacionados con la etapa oral. Por su parte Wallis (1957) y Weber (1950) hablan de una inhibición oral-agresiva y creían que sólo los niños con muy poco espacio en las relaciones objetales desarrollarían mutismo. Lebovici et al. (1963) interpretan el síntoma como una negación de la agresividad oral, que se proyecta en la madre. Sin embargo, Wassing (1973) presenta un caso como ejemplo de que el mutismo electivo no siempre es un signo de un impulso oral-agresivo reprimido. Por su parte Radford (1977) afirma que se encontraron a la vez las etapas anal, fálica y edípica en un niño mudo como resultado de fijaciones. A pesar de estas contradicciones, la opinión más común es que los niños están fijados (Ambrosino y Alessi, 1979; Lesser-Katz, 1988) o han regresado al estadio anal de la libido con impulsos agresivos y destructivos, particularmente contra la madre. La ambivalencia se presenta con el deseo de controlar, asirse y atormentarla, pero como esos impulsos negativos están prohibidos, se vuelven contra las personas menos importantes emocionalmente. La dificultad principal de todas estas especulaciones es que ninguno de los mecanismos propuestos pueden hallarse en alguna forma concreta de

mutismo electivo.

No es extraño que las opiniones sean tan dispares cuando el modelo dinámico tan sólo es una explicación psicológica aceptable del desarrollo evolutivo; por tanto está sometido a especulación.

Este trauma no sería, sin embargo, general en todos los niños, sino que sería relativo e individual para cada uno de ellos. Un nuevo entorno, y de forma particular el comienzo de la escuela, podían ser para algunos niños como una gran experiencia de temor, como una caída desde gran altura (Wallis, 1957). Ser dejado en medio de extraños por primera vez en una guardería o en un colegio puede ser un trauma que enlaza con una ansiedad previamente contenida (Giliberti-Tincolini, 1964). El comienzo de la escuela a veces no se considera como el factor más importante, sino que pueden considerarse otras razones, tales como el nacimiento de un hermano, la muerte de un familiar cercano o la hospitalización de la madre a causa de una enfermedad. También un gran choque, por ejemplo: el ser mordido por un perro, la visión de una exposición sexual, etc. (Hesselman, 1983).

En general, la mayoría de los autores sostienen que el niño mudo electivo tiene bien un síntoma, que contiene un balance neurótico familiar, bien una patología individual (Hesselman, 1983). El síntoma puede haberse integrado en

la autoimagen del niño y, por consiguiente, hacerse altamente resistente a la psicoterapia (Mora, Devault y Schopler, 1962; Elson et al. 1965; Wrigth, 1968). Así pues, desde el paradigma psicodinámico existe una confluencia en considerar el mutismo selectivo como una "respuesta neurótica" (Cambra, 1988) que se debe a factores constitucionales y ambientales (falta de seguridad, sobreprotección...) y que comportaría la utilización del mutismo como una fijación, con el único objeto de disminuir el miedo y la angustia. De esta forma los modelos psicodinámicos se aproximan a interpretaciones más modernas de la Psicología conductual.

2.2.2. Modelo conductual

Los terapeutas de la conducta afirman por una parte que el mutismo selectivo es una respuesta aprendida, que se mantiene gracias a las consecuencias reforzantes que el niño obtiene cuando se niega a hablar en determinadas situaciones (Ollendick y Matson, 1988). Los patrones de habla de los niños que presentan mutismo selectivo están bajo un fuerte control estimular por parte de los padres y de otros miembros de la familia (Wulbert, Nyman, Snow y Owen; 1973). Esta es una hipótesis que en cierto modo se ve corroborada por el hecho de que estos niños presentan el mutismo en ambientes públicos, fuera del hogar, y no en éste (Labbe y Williamson, 1984; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Wilkins, 1985; Olivares, Macià y Méndez, 1993). Se

atribuye una especial importancia a los estímulos discriminativos, que son axiomáticos en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Así, el terapeuta conductual se refiere constantemente al control del estímulo como uno de los puntos principales del tratamiento.

Reed (1963) fué el primer autor que propuso que el mutismo selectivo podría ser una conducta aprendida de evitación, con multitud de factores precipitantes; estos factores, que producen ansiedad, llegan a causar un rechazo a hablar ante situaciones estimulares nuevas o no controladas, por lo que el niño, que es capaz de hablar adecuadamente, va a permanecer mudo y retraído fuera de su círculo más íntimo. Este autor sugiere que la mayoría de los niños mudos selectivos pueden incluirse en uno de dos tipos. El primero se caracteriza por ser inmaduro y manipulativo; se propone que el mutismo selectivo de estos niños está mantenido por reforzamiento social (por ejemplo la atención de los maestros y la de los padres). El segundo tipo de niño se describe como tenso y ansioso, y el autor propone que el mutismo selectivo de estos últimos se mantiene por la conducta de evitación de la ansiedad que se produce al hablar. Estos dos planteamientos propuestos por Reed (1963) son los que se han seguido en posteriores discusiones sobre el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno. Por ejemplo, Scott (1977) planteó el mutismo selectivo como una respuesta a la ansiedad que se produce al hablar ante situaciones nuevas no controladas; Rosenberg

y Lindblad (1978), como respuesta al estrés situacional ocasionado por el inicio de la escolarización. Desde la otra posición Williamson y cols. (1977a) lo describieron como una conducta aprendida en la cual pueden incurrir situaciones de condicionamiento operante, sometida a los procesos de reforzamiento. Echeburrúa y Espinet (1990) como una conducta de evitación mantenida por reforzadores negativos.

De acuerdo, por tanto, con la psicología conductual, el niño adquiere el mutismo selectivo como un mecanismo de reducción de la ansiedad y el miedo (Brown, Fuller y Gericke, 1975; Cambra, 1988; Olivares, 1994); así como para obtener atención y privilegios. Una conducta similar en los padres y familiares cercanos puede servir como modelo. Estos niños imitarían la conducta de sus padres negándose a hablar. La inhibición del habla se mantendría a través de unas interacciones familiares desordenadas. Esta sería una posible explicación de por qué los padres no buscan ayuda. También es probable que las guarderías infantiles y escuelas nieguen y pospongan estos problemas porque no consideren necesario abordarlos (Hesselman, 1983).

Atendiendo a lo principal de la conducta que manifiestan los niños electivamente mudos, Rosenberg y Lindblad (1978) hacen las siguientes observaciones: a) el niño tiende a mantenerse en dicha conducta porque de alguna manera tiene necesidad de controlar el entorno; b) esta conducta es una

maniobra del niño para despertar sentimientos contradictorios en los padres; c) la atmósfera de la casa no favorece las expresiones de cólera, y esto lleva al niño a una conducta silenciosa; por lo cual el mutismo selectivo continúa manteniéndose.

Así pues, desde una óptica conductual, el mutismo selectivo es una "respuesta aprendida" mantenida por reforzadores, proporcionados por la misma conducta, es decir, contingentes al cese o evitación de las demandas de habla, estableciéndose de esta manera un canal constante de feed-back, que va a seguir consolidando dicha conducta (Reed, 1963; Shaw, 1971; Halpern, Hammond y Cohen, 1971; Cambra, 1988; Echeburúa y Espinet, 1990; Olivares, Macià y Méndez, 1993). En su adquisición y mantenimiento pueden intervenir procesos de condicionamiento (clásico, operante y vicario) con independencia de que puedan tenerse en cuenta variables biológicas, variables de predisposición individual para condicionar respuesta de ansiedad, o bien otro tipo de condicionantes ambientales que actúen como facilitadores y/o modeladores del mantenimiento de la conducta (Olivares, Macià y Méndez, 1993).

2.3. Epidemiología

2.3.1. Frecuencia

La frecuencia del mutismo selectivo es muy discutida por

dos razones: porque aún se conoce relativamente poco y porque es un problema relativamente ambiguo. Según el DSM III el mutismo selectivo es poco frecuente, incluso raro y se da en menos del 1% de la población clínica infantil, es decir procedente del ámbito clínico, y de los servicios de orientación escolar (Martínez González y cols., 1984; Ollendick y Matson, 1988). Las sucesivas revisiones del DSM-III asumen esta frecuencia relativa (DSM-III-R, 1987). Según Ollendick y Matson (1988) la prensa popular británica añadió en su momento, un dato más a favor de este punto de vista ya que en 1961 publicó un artículo en primera página, objeto de mucha atención, en el que se refería un caso de mutismo selectivo en una escuela de educación primaria como un fenómeno único. Giliberti-Tincolini, en 1964, señalaron a su vez que hasta ese momento, sólo se habían descrito ochenta casos.

Los datos relativos a la frecuencia sobre el mutismo selectivo en general son pocos y varían según los distintos autores. Algunos de ellos no tienen suficiente apoyo como para garantizar las conclusiones. Morris (1953) refiere seis casos de mutismo selectivo en 600 niños, esto es, 1%. Seelfield et al. (1950) de dos casos en 500 niños; es decir, el 0,4%. Reed (1963) halló una frecuencia de sólo 0,2%, cuatro casos en 2.000 niños. Adams (1970) encontró dos casos, en mil niños examinados, 0,2%. Sanz Pons (1973) se refirió a diez casos en una población de 5.289 niños, es decir, el 1,8 por mil (= 0,18%). Schachter (1977)

encontró seis casos en una población de 3.000 niños, esto es, el 0,2%, confirmándose así los resultados hallados por otros autores anteriores. Haenel y Werder (1977) diagnosticaron como mudos electivos a dieciseis niños por cada 5.000 de los pacientes atendidos o sea, el 0,32% de los niños. Más recientemente, Cline y Kysel (1988) hallaron veintitrés niños mudos electivos, en una población de 8067; es decir, el 0,29% de los niños (v. tabla 1).

INCIDENCIA DEL MUTISMO ELECTIVO				
Fecha	Autor/es	%	n	N
1950	Seelfield et al.	0,4	2	500
1953	Morris	1,0	6	600
1963	Reed	0,2	4	2.000
1970	Adams	0,2	2	1.000
1973	Sanz Pons	0,18	10	5.289
1977	Schachter	0,2	6	3.000
1977	Haenel y Verder	0,32	16	5.000
1988	Cline y Kysel	0,29	23	8.067

Tabla 1: Frecuencia del mutismo electivo

No obstante si sólo se considera el ámbito clínico, Adams

(1970) estimó que la frecuencia del problema oscilaría entre el 1% y el 2% en una población procedente de psiquiatría infantil. Ahora bien, si únicamente se tienen en cuenta los niños que acuden a consulta por problemas de lenguaje, el porcentaje se elevaría al 4% (Cotte, 1973).

Resumiendo se puede concluir que existe cierta coincidencia sobre la frecuencia del mutismo selectivo en la población infantil: menos del 1% se ve afectada; oscila entre un mínimo de 0,2% (Reed, 1963; Schachter, 1977) y un máximo de 1% (Morris, 1953) aproximándose de entre una incidencia de entre al 0.2 y 0,3 %, manifestándose sobre todo al iniciar los niños la escolaridad (Cambra, 1988). Estos datos son acordes con lo indicado en el DSM III, corroborado por el DSM-III-R.

Por otra parte, los datos fluctúan si se considera la persistencia del trastorno. Casos transitorios de supuestos mutismos selectivos son bastante comunes en los niños al comenzar la escuela. Así Brown y Lloyd (1975) examinaron todas las escuelas primarias de Birmingham para descubrir el grado de incidencia de los niños que no hablaban al iniciarse en la escuela. Después de ocho semanas de comenzar el colegio, cuarenta y dos de los 6072 niños analizados no hablaban como los demás, es decir, el 7,2 por mil (=0,72%) de los niños de cinco años de edad (cf. Wright et al., 1985; Olivares, Macià y Méndez, 1993) pero con el tiempo este número menguó considerablemente, y al tras

sesenta y cuatro semanas tan sólo un niño permanecía mudo. (Kolvin y Fundudis, 1981). Sin embargo, cuando se utiliza una definición restringida de mutismo selectivo, es decir, estricta, que defiende como condición necesaria la persistencia hasta los siete años, (cf. Fundudis, Kolvin y Garside, 1979), de una muestra de 3.300 niños sólo se obtienen dos casos; esto es, un 0,8 por mil (=0,08%) (Kolvin y Fundudis, 1982; Monras, 1984; Lindblad-Golberg, 1986; Olivares, Macià y Méndez, 1993).

Teniendo en cuenta estos estudios, Morin y Ladouceur (1984) así como otros autores (Kolvin y Fundudis, 1982; Wright et al., 1985), concluyeron que la incidencia del mutismo selectivo en los niños cuando se consideran todos los casos variaría entre el 0,8 por mil (=0,08%) y el 7,2 por mil (=0,72%); niños cuyas edades estarían comprendidas entre los cinco y los siete años de edad, (Kolvin y Fundudis, 1982). Esto induce a afirmar que a pesar de tratarse de un trastorno relativamente poco frecuente, su incidencia es lo suficientemente alta como para considerarlo problemático y merecer atención (Ollendick y Matson, 1988).

Sin embargo, estos estudios presentan algunos errores. Revisando y corrigiendo sus porcentajes coinciden con los que presentan otros autores como Cuninghan, Cataldo, Mallion y Keyes (1983) (v. tabla 2).

TRANSITORIO / PERSISTENTE					
Año	Autor/es	%	% corregido	n	N
1975	Brown y	7,2 por mil	6,9 por mil	42	6.072
	Lloyd	(= 0,72 %)	(= 0,69 %)		
1979	Fundudis	0,8 por mil (= 0,08 %)	0,61 por mil (= 0,061 %)	2	3.300
	Kolvin y				
	Garside				

Tabla 2: Incidencia del mutismo electivo según su carácter transitorio o persistente

2.3.2. Incidencia según sexo

La incidencia en el trastorno no es igual en mujeres que en varones, como en la mayoría de los problemas del lenguaje, pero no hay consenso sobre esta desigualdad. Aunque para algunos autores existe una mayor incidencia de la alteración en los varones (Martínez González y cols., 1984; Olivares, Macià y Méndez, 1993; Olivares, 1994) hasta ahora lo publicado generalmente es que en el mutismo electivo hay una ligera predominancia de las mujeres (Wright, 1968; Monras, 1984; Ollendick y Matson, 1988; Lindblad-Golberg, 1986). Sin embargo esta predominancia no parece ser cierta, nada sostiene esta opinión (Haenel y Verder, 1977); ni tampoco ha sido suficientemente confirmada (Schachter, 1981), al contrario, algunos

trabajos sostienen que no hay diferencias significativas entre sexos en el mutismo selectivo (Bednar, 1974; Brown y LLOYD, 1975; Hesselman, 1983; Labbe y Williamson, 1984; Cline y Kysel, 1988). Como se verá posteriormente, nuestros datos confirman esta hipótesis. No obstante, a pesar de la igualdad en la distribución (Myquel y Granon, 1982) parece que la patología en las mujeres es más severa y duradera.

2.3.3. Edad de comienzo y duración

Generalmente los límites para la aparición de los síntomas de mutismo selectivo van desde los tres a los seis años. Estas edades se corresponden con la entrada en la guardería y en la educación primaria y se supone que representa más bien el momento en el cual el mutismo selectivo se hace patente más que el de su fecha de aparición real (Myquel y Granon, 1982), que sería muy anterior a la de consulta. En la práctica esta última siempre es motivada por la entrada en el colegio que "oficializa" los trastornos; en particular en aquellos niños que viven en el seno de una familia aislada socialmente o bien que son hijos de emigrantes o extranjeros (Bradley y Sloman, 1975).

Así pues, el inicio del mutismo selectivo se sitúa por norma general antes de los cinco años de edad, aunque a menudo sólo recibe atención clínica cuando el niño comienza a asistir a la escuela (Elson, Pearson, Jones y Schumacher,

1965; Halpern y cols., 1971; Sluckin, 1977; Pigott y González, 1987). En la mayoría de los casos se trata de mutismo transitorio y sólo dura unas cuantas semanas, a veces, meses, y sólo en algunos casos persiste durante varios años (Laybourne, 1979; Monras, 1984; Ollendick y Matson, 1988). Desde el punto de vista de la atención clínica la edad crítica se sitúa entre los cinco y los siete años (Kolvin y Fundudis, 1981; Morin y Ladouceur, 1984; Labbe y Williamson, 1984).

Aún dentro del mutismo persistente la duración es variable. Aunque rara vez dura más de dos años y generalmente desaparece en la pubertad (Hesselman, 1983) algunas formas de mutismo electivo pueden durar algunos años. Kolvin y Fundudis (1981) hacen una notable revisión de tales casos presentando una muestra de 24 niños con mutismo electivo a los que se hizo un seguimiento durante un periodo comprendido entre cinco y diez años, equivalente al tiempo que permanecieron en la escuela. Once de estos veinticuatro niños (lo que representa un 46%) mejoraron a la edad de diez años pero al resto se le consideró "una forma intratable de mutismo electivo".

También aparecen referencias sobre casos aislados de mutismo electivo en adolescentes, con edad de inicio posterior a los doce años. Aunque en uno de estos casos citados por Kaplan y Escoll (1973), el mutismo electivo era dirigido hacia los padres. Otro de estos casos es el

señalado por Subak et al. (1982) de una adolescente de quince años de edad, que no hablaba en su casa, y con absentismo escolar. Por último, existen referencias de mutismo electivo en una mujer de veintiseis años de edad (Zondlo y Scalan, 1983) que inicialmente fué diagnosticada de esquizofrenia.

Así pues, se encuentra una amplia variabilidad en cuanto a la edad del comienzo. En los casos referidos por Wilkins (1985) se presentó un rango que iba desde 3,7 años hasta 14 años, con una media de 6,1 años. Asimismo, la duración en estos casos tenía un rango comprendido entre 7 meses y 9 años, con una media de 5,1 años (v. tabla 3).

	Rango		
Edad de comienzo	3,7 años	6,1 años	14 años
Duración	7 meses	5,1 años	9 años

Tabla 3: Edad de comienzo y duración del mutismo electivo (tomado de Wilkins, 1985)

2.4. Contexto ambiental y familiar

2.4.1. Ambiente

En todos los casos tanto desde el punto de vista de la

psicología dinámica como desde el de la psicología conductual, se establece una estrecha conexión entre el mutismo selectivo y el ambiente psicológico del niño, bien entre el mutismo y el ambiente familiar bien entre el mutismo y el ambiente escolar (Hesselman, 1983).

2.4.1.1. Adaptación escolar

La importancia del lenguaje en el medio escolar hace que el mutismo selectivo se evidencie en el niño generalmente cuando entra en la guardería o en preescolar; es en ese momento cuando se observa el comportamiento socialmente reticente del niño y su incapacidad para progresar más allá de formas no verbales de comunicación (Elson et al., 1965; Hayes, 1971; Morin y Ladouceur, 1984). Es característico de los niños con este problema que pasen un curso completo sin dejar oír su voz una sola vez en la escuela mientras que hablan con normalidad en casa (Del Río y Bosch, 1988). Es más, el mutismo selectivo puede interpretarse como una conducta de rechazo a la escolarización y como desinterés por participar en las actividades de clase (Scott, 1977; Kupietz y Schwartz, 1982; Olivares, Méndez y Macià, 1993). En ocasiones el problema puede ser más concreto, por ejemplo problemas adaptativos al incorporarse a una educación escolar bilingüe (Cáceres, 1979).

El problema aparece debido al lugar privilegiado de socialización que ocupa el medio escolar (Morin y

Ladouceur, 1984), es decir las condiciones sociales peculiares de la escolarización serían determinantes en el desencadenamiento del fenómeno. Paradójicamente los padres al no comprender el aspecto selectivo del lenguaje se sorprenden frecuentemente e incluso desesperan al oír que su hijo no manifiesta ningún comportamiento verbal en el colegio, por el contraste con lo que ocurre en casa (Van der Kooy y Webster, 1975; Rosenberg y Lindblad, 1978; Schachter, 1981).

2.4.1.2. Entorno social

A menudo el mutismo electivo tiene graves consecuencias en la adaptación social. Los niños mudos electivos, habitualmente no son aceptados por sus compañeros (Hesselman, 1983), y son ignorados por todos, a excepción de uno o dos niños que funcionan como soportes e intérpretes (Landgarten, 1975). Por otra parte tratar a los niños mudos electivos suele ser muy discutido, y a veces también rechazado, al generar en los adultos y también en los terapeutas sentimientos de impotencia, frustración e incluso de cólera (Ruzicka y Sackin, 1974; Meijer, 1979).

Sin embargo la influencia de variables sociales sobre el mutismo electivo no parece clara, aunque Funke y cols. (1978) en un estudio sobre diecisiete casos de niños con mutismo electivo señalaron que a) 9 niños procedían de clases sociales medias o bajas; b) 14 niños eran hijos

"deseados" y c) 15 vivieron en un ambiente psicológico y social desfavorable. La mayoría estaban más o menos aislados en el campo aunque también existían algunos en las grandes ciudades, con bajo status socioeconómico.

2.4.1.3. Bilingüismo e inmigración

En la bibliografía aparecen varios ejemplos de niños bilingües con mutismo selectivo en familias de emigrantes (Bradley y Sloman, 1975; Brown y Lloyd, 1975; Sluzki, 1983; Beck y Hubbard, 1987), si bien los autores no dan a esta condición una importancia intrínseca. Por ejemplo, Brown y Lloyd (1975) hallaron más niños extranjeros que británicos con mutismo selectivo pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Bradley y Sloman (1975) encontraron una clara predominancia en hijos de inmigrantes. En una población de 6.865 niños escolarizados, encontraron 26 con mutismo selectivo. De ellos 23 eran hijos de familias emigrantes. En éstas se daba una relación típica de dependencia madre-hijo que se hacía aún más pronunciada a causa de los sentimientos de rechazo de la madre hacia los extranjeros y el mantenimiento de actitudes negativas hacia el nuevo pueblo y la nueva lengua. Para Bradley y Sloman (1975) la relación de dependencia madre-hijo se exacerbaba por la depresión de la madre y la soledad que sentía al desplazarse hacia un país extranjero. Se daban, pues, relaciones hostiles entre madre e hijo promovidas por la tendencia de la madre a permanecer

aislada e indiferente hacia la nueva lengua (Atoynatan, 1986). Se puede afirmar, entonces, que la circunstancia favorecedora del mutismo electivo en los niños no es específicamente el aislamiento de las familias emigrantes, frecuentemente citado en la bibliografía (Myquel y Granon, 1982; Meyers, 1984; Monras, 1984; Atoynatan, 1986) sino más bien las reacciones de los padres, y particularmente de la madre, a la situación de inmigrante que sí podrían llegar a ser un factor que contribuyera al trastorno (Hesselman, 1983).

2.4.2. Familia

2.4.2.1. Características familiares

La mayoría de las familias de los niños con mutismo electivo tienen una estructura biparental. Ocasionalmente el mutismo electivo se da en hijos únicos pero el tamaño de la familia o especificando el número de hijos no son factores diferenciadores. Tampoco el orden de nacimiento parece ser demasiado importante (Schachter, 1981).

Se ha descrito a las familias de los niños mudos electivos como socialmente incomunicadas, recelosas y suspicaces ante los demás (Meijer, 1979; Hesselman, 1983; Lindblad-Golberg, 1986; Shvarztman y cols, 1990). El patrón familiar se repite con ligeras variaciones. Con independencia al grupo social al que pertenezcan viven por

lo común socialmente aisladas, separadas, o en núcleos cerrados (Kroliam, 1988) o en constante desarmonía (Mayer y Romanini, 1973; Goll, 1980; Shvarztman y cols., 1990). Se describe a las esposas como ansiosas, miedosas, vergonzosas, desestimadas e incapaces de expresar ni siquiera enojo, mientras que a los maridos se les presenta como agresivos, temperamentamente fuertes o indiferentes. Con respecto al hijo, estas parejas tienden a estar divididas; las madres se muestran sobreprotectoras y miman con exceso al niño, y aunque algunas parecen indiferentes, lo más común es encontrarse una estrecha relación de dependencia (Goll, 1980; Benedetti-Gaddini et al., 1981), mientras que los padres dominan con severidad, o infligiendo un castigo corporal. También se ha descrito algún caso de alcoholismo en los padres (Hesselman, 1983). Aunque en estas familias frecuentemente exista dicha desarmonía y también una gran tensión no resuelta, no es habitual que se de en ellas la separación o el divorcio.

Uno de los padres, o bien ambos, presenta patrones de habla limitada, monosilábica; timidez y reserva e incluso reticencia social. Estas características también pueden darse en generaciones anteriores (Hesselman, 1983). En este sentido los niños están expuestos a un modelo de silencio y timidez así como a falta de estimulación para la comunicación verbal.

En ocasiones, los padres de los mudos electivos

consideran las características mencionadas como buenas y laudables. De ello se sigue que el límite de la unidad familiar sea a menudo rígido y cerrado, tendiendo a aislarse del mundo exterior.

En algunos casos se detectan "secretos de familia" sobre criminalidad, alcoholismo, enfermedad mental, relaciones extramaritales, hijos fuera del matrimonio, así como también conflictos y peleas entre los padres, de tal manera que queda prohibido divulgar fuera de la familia estos "secretos" familiares (Lindblad-Golberg, 1986; Hesselman, 1983). En otras ocasiones se encuentran algunas prohibiciones relativas por ejemplo a pronunciar "malas" palabras (Wergeland, 1979).

Meyers (1984) presenta un estudio en el que recopila las características principales de las familias que podrían generar niños electivamente mudos. En él hace una descripción de los diferentes patrones de conducta comunes a tales familias, identificando las siguientes características:

- *Simbiosis* (Mora et al., 1962; Pustrom y Speers, 1964; Goll, 1979; Hayden, 1980). El mudo electivo tiene una atadura intensa hacia otro miembro familiar, con frecuencia la madre. Esta relación cerrada refleja una interdependencia materno-filial. Ambos sienten que no pueden sobrevivir uno sin el

otro, y participan así en un proceso simbiótico que impide e interfiere el desarrollo individual y el crecimiento. Esta relación simbiótica se ve amenazada cuando el niño sale de casa por primera vez, cuando inicia la escolaridad. El silencio del mudo electivo se interpretaría así como el mantenimiento de la lealtad a la pareja simbiótica familiar. Un ejemplo se manifiesta en la resistencia a revelar los secretos familiares. No obstante en la psiquiatría dinámica se ha acuñado el término "efecto simbiótico", que se considera una clase de mutismo distinta al mudo electivo (Hayden, 1980).

- *Susplicacia hacia el mundo exterior* (Parker et al., 1960; Goll, 1979). Los mudos electivos han aprendido de su familia que el mundo exterior es un lugar peligroso y desagradable. Esta situación es la que prevalece en familias de emigrantes (Bradley y Sloman, 1975), cuyas diferencias de costumbre, de lenguaje y de estatus económico pueden generar celos hacia una cultura diferente. Los miembros de la familia pueden sentirse alienados y aislados. Además, la alta valoración de sus secretos familiares puede interferir con la aceptación del entorno exterior de forma confiada.

- *Miedo a los extraños* (Parker et al., 1960; Goll, 1979). Las familias de los mudos electivos consideran

a las personas externas al sistema familiar como una amenaza para su bienestar. Los padres y los abuelos han modelado con frecuencia el silencio como reacción hacia los extraños. El niño electivamente mudo estaría, en parte, imitando la conducta parental que observa. La consigna sería: "No es seguro ni leal hablar delante de extraños..."

- *Dificultades con el lenguaje* (Bradley y Sloman, 1975). El hecho de que sea más probable que se desarrolle el mutismo electivo en los hijos de las familias emigrantes puede deberse a que con frecuencia estas familias experimentan problemas de comunicación relacionados con el aprendizaje de la nueva lengua. Las distancias lingüísticas suelen representar barreras para la adaptación cultural.

- *Desarmonía marital* (Goll, 1979; Meijer, 1979; Pustrom y Speers, 1964). Los padres de los mudos electivos a menudo se sienten alienados uno con respecto al otro. Las experiencias de comunicación entre ambos suelen ser pobres y si previamente ha habido comunicación se ha deteriorado posteriormente. Se describe a las madres de los niños mudos electivos como resentidas hacia los padres (Meijer, 1979). Esta conflictiva relación divide al niño. Los padres y el niño forman coaliciones sirviendo los niños como válvula de escape a la insatisfacción marital.

- *Mutismo como modelo* (Goll, 1979). La conducta de mutismo es practicada con cierta frecuencia por uno de los padres, o por ambos, como una forma de aliviar el stress. El silencio se usa algunas veces como arma en las relaciones de pareja y sirve, además, como vía para anular las dificultades que pueda haber en el matrimonio. Esta conducta silenciosa se modela y refuerza en el sistema familiar. El niño aprende e imita esta forma de silencio.

- *Fuertes tensiones familiares* (Elson et al., 1965; Hayden, 1980). En las familias de los niños mudos electivos tanto la insatisfacción marital como la falta de comunicación familiar representan una gran tensión para las mismas. A pesar de que se da una completa negación de la existencia de tales problemas.

- *Timidez extrema* (Meijer, 1979). Las dificultades lingüísticas, las brechas culturales y la conducta silenciosa ante los problemas familiares agrava más los miedos de la familia a hacer amistades, a establecer interrelaciones verbales o expresar sentimientos.

El punto central y clave, en el que confluyen muchos autores, es la estrecha relación madre-hijo, que desencadenaría el mutismo electivo, y contribuiría al

mantenimiento del mismo (Weber, 1950), junto con factores ambientales (Von Misch, 1952) en un proceso recíproco (Lindblad-Golberg, 1986). Se supone que las madres tienen necesidad de escapar de una relación marital dificultosa poco gratificante para ellas y mimarían excesivamente al niño con una dependencia inusual (Wright, 1968; Barlow, Strother y Landreth, 1986).

A veces el resentimiento de la madre hacia el padre no es compartido por los niños pero al mismo tiempo temen separarse de ella (Meijer, 1979) miedo que se reduce con el síntoma de mutismo selectivo, y el niño deja de hablar a las personas que son objeto de cólera y frustración para su madre tratando así de asegurarse la continuación de la protección materna (Westman, 1985). Todo ello bajo un matiz depresivo (Hesselman, 1983; Atoynatan, 1986). Por contraste, las madres son de las pocas personas a las que estos niños hablan (Hill y Scull, 1985). Resumiendo, se podría decir que la madre se comporta como "sobreprotectora" y "dominante"; mientras que por el contrario el niño se manifiesta como "solitario" y "dependiente". (Von Misch, 1952; Parker et al., 1966; Meijer, 1979; Kolvin y Fundudis, 1981; Shvarztman y cols, 1990).

Finalmente Minuchin y cols. (1975), basándose en su modelo de descripción de enfermedades psicósomáticas infantiles señalan que se da un proceso de feed-back entre

el mudo electivo y el contexto. La organización de la familia y las relaciones de ésta con el contexto exterior estaría estrechamente relacionadas con el desarrollo y mantenimiento del mutismo electivo en los niños. El rechazo a hablar de los mudos electivos jugaría un rol importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

2.4.2.2. Patologías familiares

Los estudios anteriores sobre la estructura de las familias con casos de mutismo electivo pone de manifiesto no sólo la existencia de un trastorno individual sino la posible existencia de una psicopatología familiar (Browne et al., 1963; Kroliam, 1988). Una evidencia de esta patología más amplia es el hecho de que dos hermanos de una misma familia padezcan a la vez síntomas de mutismo electivo (Ehrcan y Heese, 1956). Desde este punto de vista el síntoma de mutismo electivo sería una manifestación de la patología familiar; una más de las manifestaciones del trastorno neurótico (Pustrom y Speers, 1964).

En este tipo especial de familia psicopatológica, específica del mutismo electivo, como se vió anteriormente la madre se siente sola, deprivada, abandonada, deprimida y resentida hacia el padre. A menudo hay hostilidad y frustración entre la madre y el padre, que se expresa por medio del rechazo de uno de ellos a hablar con el otro. Entonces la madre se alía con el niño pequeño, que es

altamente sensible y vulnerable, el cual en ese momento se siente inmerso en un conflicto. Por una parte lealtad hacia la madre, por otra el compromiso que supone la comunicación verbal con los otros adultos y como consecuencia de esta situación conflictiva se produce una respuesta emocional de miedo (Meijer, 1979; Lindblad-Golberg, 1986).

Así, el mutismo selectivo no podía considerarse sólo una patología individual sino que tras él subyace una familia con una patología neurótica. El insatisfactorio matrimonio de los padres y también la escasa habilidad de ambos para comunicarse mutuamente serían en último término los factores desencadenantes de una futura relación neurótica madre-hijo. Las mujeres compensarían sus desengaños, utilizando una cadena de cierre con uno de sus hijos (Ambrosino y Alessi, 1979) y de este modo le irían privando de un desarrollo independiente (Hesselman, 1983).

**II) LA EVALUACIÓN DEL MUTISMO
ELECTIVO**

II) LA EVALUACIÓN DEL MUTISMO ELECTIVO

1. PROBLEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

En general, la evaluación psicológica pretende objetivar el comportamiento humano, tanto individual como en grupo. Ahora bien esta evaluación puede tener muy distintos objetivos y puede emplear muy diversas técnicas de medida. Su importancia radica en el hecho de que el psicólogo ha de llevar a cabo irremisiblemente tareas de evaluación cualquiera que sea su trayectoria y su ámbito profesional (cf. Fernández Ballesteros, 1992).

En lo que respecta a la evaluación del lenguaje pueden adoptarse muy diversas estrategias,; por una parte, desde el punto de vista de los psicólogos del lenguaje debe atenderse como actividad humana, pero aún dentro de esta concepción también hay varias vertientes posibles, puede contemplarse el lenguaje como competencia, lingüística o cognitiva, o bien pueden subrayarse sus aspectos conductuales (cf. Mayor y Gallego, 1984).

En este trabajo se asume que el objeto de evaluación es la actividad lingüística entendida en sentido amplio (cf. Mayor, 1990). 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.

Objetivos concretos de la evaluación del lenguaje serán: por una parte clasificar a los sujetos de acuerdo con normas estadísticas y por otra, describir y medir la actividad lingüística de estos sujetos según criterios previamente establecidos.

Asimismo, todos los componentes del lenguaje habrán de ser evaluados: la actividad del sujeto, sus condicionamientos y funciones, el procesamiento de la información lingüística, el conocimiento del sistema lingüístico, sus componentes, el contexto en el que se da el lenguaje con sus diferentes ámbitos y niveles, y finalmente el texto, en sus distintas modalidades (v. Mayor, 1990).

Por otro lado al evaluar perturbaciones o trastornos del lenguaje es necesario no sólo asumir un concepto de lenguaje sino además optar por una estrategia de evaluación al definir lo que se entiende por conducta patológica. En este sentido puede optarse bien por centrarse en la etiología del trastorno - modelo médico - o bien en la

descripción de la conducta alterada o desviada - modelo conductual-cognitivo -.

Desde nuestro punto de vista el énfasis ha de ponerse necesariamente en la descripción de la actividad lingüística alterada, ya que en primer lugar la etiología de los trastornos es múltiple, compleja y a menudo confusa; en segundo lugar, se está tratando con una conducta que está regulada por el medio y regida por las leyes de la causalidad física. No obstante, ambos modelos se complementan mutuamente. Cuanto mejor consiga el médico describir la conducta de su paciente, y cuánto más sepa el psicólogo conductual acerca de la etiología mejor podrán hacerse las recomendaciones necesarias para el tratamiento (v. Crystal, 1983). Ambos modelos proporcionan dos tipos de información diferente acerca del paciente y los dos son necesarios si queremos obtener una comprensión completa de las capacidades y limitaciones de éste con vistas al tratamiento y la rehabilitación.

Problemas adicionales en la evaluación del lenguaje como actividad lingüística se deben sobre todo a la falta de normas claras y concretas sobre el desarrollo, amplitud y complejidad, de esta actividad. Asimismo, existen dificultades para obtener datos empíricos y analizarlos; por otra parte, es fácil que se introduzcan sesgos en éstos. También puede resultar deficiente la adaptación para una determinada población o para unos sujetos concretos (v.

Mayor y Gallego, 1987). También es evidente que existen dificultades para encontrar un adecuado sistema de evaluación, puesto que éste debería, si se dispusiera de un verdadero "sistema" de evaluación, abarcar todas las dimensiones y complejidad de la actividad lingüística desde todas las perspectivas; y al mismo tiempo también debería poder concentrarse en un sólo aspecto, dimensión o nivel, si las circunstancias lo requirieran (v. Mayor, 1990).

Sin embargo, en el caso del mutismo selectivo esta problemática no es tan acentuada por tratarse como veremos de un problema que afecta tan sólo a la actuación comunicativa del sujeto.

2. PROBLEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DEL MUTISMO SELECTIVO

2. 1. Dificultades de evaluación

En el mutismo selectivo 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 (Silver, 1980); tampoco el sistema de procesamiento lingüístico, tampoco está afectada el habla, es decir, la actuación motora del sujeto en sí misma (v. Gallego, 1990), sino selectivamente su actividad comunicativa global cuando habla en determinadas situaciones y/o debe dirigirse a personas concretas. Así pues, el mutismo selectivo es

claramente un problema de conducta en el que el lenguaje se ve afectado no tanto en sus forma y/o manifestaciones específicamente psicolingüísticas, sino precisamente en esta inhibición conductual.

Esta peculiaridad, lenguaje intacto-actividad alterada, requiere acudir a los planteamientos de la psicopatología general más que a planteamientos específicamente psicolingüísticos. Así, dada las características de este trastorno parece más pertinente centrarse en la descripción del comportamiento alterado, del contexto en que éste se produce, las condiciones que lo regulan y, en su caso, de las causas que lo han originado. Respecto a estas últimas podrían evaluarse posibles daños orgánicos subyacentes o más propiamente trastornos emocionales generales determinados por un ambiente inadecuado.

Por tanto, la evaluación del mutismo selectivo presenta más que las dificultades propias de la evaluación del lenguaje las dificultades que se derivan de evaluar la conducta patológica supuestamente originada o determinada por problemas emocionales.

2.1.1. Procedimiento de evaluación y definición operativa del mutismo selectivo

Hasta ahora no se han desarrollado procedimientos psicométricos estandarizados, formalizados, para evaluar

el mutismo selectivo. Los principales modos de evaluación que se citan en la bibliografía comprenden informes emitidos por los maestros, padres y/o otras personas significativas en la vida del niño, así como observaciones directas de la conducta y del habla del mudo selectivo (Ollendick y Matson, 1988).

Por ejemplo, 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 con el que se puede confeccionar una línea base de la frecuencia, la aparición de la conducta problema, la tasa y la duración de la misma. También se emplea un *Cuestionario estructurado de desarrollo personal y social* (v. figura 1), con objeto de analizar el patrón conductual del niño en el ambiente familiar y escolar. Por último una exploración psicopedagógica sobre el perfil psicomotor, el lenguaje del niño, la integración sensorial y el desarrollo cognitivo.

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO DE DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL			(pág 1)
autonomía personal	esfínteres	enuresis	
		encopresis	
		uso adecuado del WC	
		sonarse	
	aseo personal	lava	manos
			cara
			piernas
			dientes
			pelo
		seca	
	vestirse	se pone- quita	zapato
			jersey
			pantalón
			calcetín
			cazadora
		abrochar-desabrochar	
		subir-bajar (cremallera)	
		distingue derecho-revés	
	ata-desata		
	conciencia peligro	fuego	
altura			
otros			

Figura 1: Cuestionario estructurado de desarrollo personal y social (elaborado a partir de Cambra, 1988)

(sigue)

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO DE DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL						(pág 2)
rasgos persona.	mentiroso		inseguro		miedoso	
	"destrozón"		sensible		sincero	
	impulsivo		tranquilo		llorón	
	trabajador		"payaso"		atento	
	obediente		inquieto		terco	
	desobediente		infantil		alegre	
	introvertido		creativo		triste	
	extravertido		agresivo		lento	
	desordenado		apático		sucio	
hábitos de trabajo	trabaja a gusto					
	necesita llamar la atención					
	se esfuerza en aprender					
	es rápido		es lento			
	se concentra en la tarea					
	es perfeccionista					
	aseado en presentar trabajos					
	pide ayuda cuando la necesita					
	sabe trabajar en equipo					
hacia los compañe.	tiene muchos amigos					
	un solo amigo					
	siempre está solo					
	intenta integrarse en grupo					
	intenta dominar al grupo					
	compra el favor de los otros					
	ignora a los demás					
	es líder en trabajo de clase					
	es líder en el juego					
se deja dominar						
agresivo						

Figura 1: Cuestionario estructurado de desarrollo personal y social (elaborado a partir de Cambra, 1988)

(sigue)

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO DE DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL		(pág 3)	
compañeros hacia él	lo aprecian		
	lo esquivan		
	se burlan		
	lo sobreprotegen		
	lo buscan		
	lo ignoran		
con maestro/a	tímido		
	indiferente		
	agresivo		
	llama la atención		
	dependiente		
	cálido y afectuoso		
	sensible al	ridículo	
		diálogo	
aislamiento			
alabanza			
premio			
juego	juega solo		
	está integrado		
	es líder		

Figura 1: Cuestionario estructurado de desarrollo personal y social (elaborado a partir de Cambra, 1988)

Por su parte, Olivares, Méndez y Macià (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.

En primer lugar, se registran las respuestas de evitación según los siguientes modelos (v. tablas 4, 5 y 6).

Evita hablar a personas extrañas			
¿A quién?	Sólo si no se le insiste	Siempre aunque se le insista	Nº de veces que lo ha observado

Tabla 4: Registro de respuestas de evitación de hablar a personas extrañas (tomado de Olivares, 1994)

Evita hablar a personas conocidas en lugares extraños			
¿En dónde? ¿A quién?	Sólo si no se le insiste	Siempre aunque se le insista	Nº de veces que lo ha observado

Tabla 5: Registro de respuestas de evitación de hablar a personas conocidas en lugares extraños (tomado de Olivares, 1994)

Evita hablar a personas conocidas en presencia de extraños			
¿A quién? <small>¿En presencia de quién?</small>	Sólo si no se le insiste	Siempre aunque se le insista	Nº de veces que lo ha observado

Tabla 6: Registro de respuestas de evitación de hablar a personas conocidas en presencia de extraños (tomado de Olivares, 1994)

En segundo lugar, debe hacerse un *Registro general de las respuestas de miedo* (v. figura 2) que contenga una

información más completa y contextualizada, para lo cual los padres o las personas más cercanas al niño han de contestar un formulario que recoge tales conductas. Por último deben observarse y registrarse de forma más específica las respuestas motoras de ansiedad que puedan aparecer, siguiendo una *Escala de Registro de RR. Motoras de Ansiedad* (v. figura 3). Para que pueda calibrarse con más precisión la gravedad de la situación se presenta un *Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar* (v. figura 4). Si se contesta de forma afirmativa a la mayoría de estas cuestiones es bastante probable que el niño haya pasado la barrera que separa la aversión a hablar del mutismo selectivo o pueda estar a punto de hacerlo (Olivares, 1994).

Registro general de respuestas de miedo
<p>1. ¿Qué le ha ocurrido al niño/a la niña? Descríbalo:</p> <p>1.1. ¿Qué ha hecho exactamente el niño o la niña?</p> <ul style="list-style-type: none"> - No ha mirado a quien le hablaba. - Ha agachado la cabeza cuando le hablaban. - Se ha escondido mientras que le estaban hablando. - Ha fingido estar enfermo(a) cuando le hemos dicho que había que ir a visitar a alguien. - Ha dicho tener deberes urgentes que hacer cuando se le ha dicho que había que visitar a alguien o que habría que recibir alguna visita que estaba a punto de llegar a casa. - Se ha hecho pipí o caca encima. - Se ha metido en el aseo y no ha habido quien lo sacara de allí. - Otras.
<p>2. ¿Dónde se encontraban?</p>
<p>3. ¿Quién o quiénes estaban presente(s) en ese momento?</p>
<p>4. Según usted ¿qué ha ocurrido instantes antes de que reaccionara tan desproporcionadamente?</p> <p>4.1. ¿Le ha dicho usted o alguna de las personas presentes algo? ¿Quién? ¿Qué le ha dicho exactamente?</p> <p>4.2. ¿Ha visto él o ella algo o a alguien? ¿A quién? ¿Qué ha visto?</p> <p>4.3. Caso de ser otras las razones de tal reacción desproporcionada, descríbalas detalladamente a continuación:</p>

Registro general de respuestas de miedo	
5. ¿Tiene usted acceso a los pensamientos del niño o la niña?; es decir, ¿le contaría él o ella, oralmente o por escrito, en qué estaba pensando o qué ha pensado? Si es así, transcriba sus respuestas a los apartados que siguen:	
5.1. ¿En qué estaba pensando instantes antes de reaccionar como lo ha hecho?	
5.2. ¿Qué pensaba mientras se encontraba intentando evitar o escapar de la situación?	
6. Si el niño o la niña le pueden contar verbalmente o por escrito lo que piensa, también podrá hacerlo en relación con lo que sentía que ocurría en su cuerpo, tanto instantes antes como mientras se encontraba reaccionando desproporcionadamente. Transcribalo a los siguientes apartados:	
6.1. ¿Qué sentía en su interior instantes antes de reaccionar tan desproporcionadamente?	
<ul style="list-style-type: none"> - Angustia. - Un nudo en la boca del estómago, como una bola que le sube para arriba desde la boca del estómago. - Dolor en el pecho. - El corazón latiendo rápidamente como si se le fuese a salir. - Sudor frío. - Sofocos. - Como si no pudiera respirar. - Otras. 	
6.2. ¿Qué sentía en su interior mientras estaba reaccionando desproporcionadamente?	
<ul style="list-style-type: none"> - Angustia. - Un nudo en la boca del estómago, como una bola que le sube para arriba desde la boca del estómago. - Dolor en el pecho. - El corazón latiendo rápidamente como si se le fuese a salir. - Sudor frío. - Sofocos. - Como si no pudiera respirar. - Otras. 	
7. ¿Qué ha podido observar usted respecto de lo que ocurría en su cuerpo instantes antes de reaccionar desproporcionadamente o mientras que reaccionaba dando la respuesta de evitación o escape?	
7.1. Instantes antes de reaccionar:	
<ul style="list-style-type: none"> - Tics. - Movimientos raros. - Posturas extrañas. - Tensión muscular elevada. - Otras. 	
7.2. ¿Y mientras se encontraba reaccionando tan desproporcionadamente?	
<ul style="list-style-type: none"> - Tics. - Movimientos raros. - Posturas extrañas. - Tensión muscular elevada. - Otras. 	
8. ¿Qué ha hecho usted o las personas que estaban presente para que se le pasara ese estado de descontrol al niño o a la niña?	
<ul style="list-style-type: none"> - Le hemos dado lo que sabíamos que quería. - Le hemos dicho a los demás lo que sabíamos que quería decir. - Nada, le hemos dejado que se marchara. - Nada, lo le hemos insistido más que nos acompañara o para que estuviera presente cuando la visita llegara a casa. - Cobijarlo e intentar aliviar su sufrimiento con palabras de comprensión. - Castigarlo y obligarle a permanecer allí, pero razonándole por qué tenía que quedarse. - Justificarlo ante los demás y dejarlo en paz (¡que ya tiene bastante con lo que sufre!). - Otras. 	
9. Más o menos ¿cuánto tiempo ha transcurrido hasta que el niño se ha podido tranquilizar?	
10. Póngale una nota (entre 0 y 10) al grado de malestar y sufrimiento que, según usted, ha experimentado el niño o la niña.	
11. Al igual que en el apartado anterior, pero ahora en relación con usted, ¿qué nota le pondría al grado de sufrimiento que ha experimentado mientras que lo veía o la veía reaccionar tan desproporcionadamente? ¿Y a las personas presentes?	
12. Anote el lugar donde ha ocurrido, la hora en que ha ocurrido y la fecha:	
<ul style="list-style-type: none"> - Fecha: - Hora: - Lugar: 	

Figura 2: Registro general de respuestas de miedo (tomado de Olivares, 1994)

Escala de Registro de RR. Motoras de Ansiedad		
¿Ha observado que:	SI	Nº
1. Balancea los brazos?		
2. Se rasca alguna parte de su cuerpo?		
3. Aprieta fuertemente una mano contra la otra?		
4. Retiene sus manos en los bolsillos?		
5. Retiene sus manos detrás de la espalda?		
6. Retiene las manos entre las piernas y la silla cuando está sentado?		
7. Se desplaza y rota sobre el lugar donde se halla sentado?		
8. Tiene Tics?		
9. Hace muecas?		
10. Se muerde los labios?		
11. Se humedece los labios con la lengua?		
12. Cruza sus piernas y las balancea cuando está sentado?		
13. Se muerde las uñas?		
14. Introduce algún dedo entre sus labios?		
15. Cuando está sentado mantiene sus piernas rígidas y:		
a) fuertemente apoyadas contra el suelo?		
b) desplazadas hacia atrás en ángulo de unos 45° aproximadamente y apoyadas en la punta de los pies?		
c) desplazadas hacia atrás y trabados los pies a las patas delanteras de la silla?		

Figura 3: Escala de Registro de Respuestas Motoras de Ansiedad (tomado de Olivares, 1994)

Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar		
1. Al chico o la chica le preocupa mucho este problema y quiere darle solución como sea.	SI	NO
2. Tiene pensamientos (expectativas) en los que anticipa en qué situaciones le va a dar miedo hablar y cuánto miedo va a experimentar.	SI	NO
3. Evita hablar con algunas personas (a las que antes incluso podía haberles hablado...)	SI	NO
4. Les habla a unas personas en unas situaciones pero no en otras o no habla a nadie en determinadas situaciones.	SI	NO
5. En todas las ocasiones comentadas, se pone muy tenso cuando habla o cuando se le recuerdan las mismas. Para valorar éste apartado fíjese, por ejemplo, en la posición de sus manos:		
a) ¿Están fuertemente apretadas la una contra la otra?	SI	NO
b) ¿Juega constantemente con ellas o las aprieta una contra la otra?	SI	NO
c) ¿Le sudan en exceso? ¿necesita limpiar el sudor desplazando la palma de una mano sobre el dorso de la otra? ¿desplaza las palmas de las manos sobre la manga del jersey o sobre el pantalón o falda a la altura de los muslos?	SI	SI

Figura 4: Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar (tomado de Olivares, 1994)

En general, la gran mayoría de los casos reseñados en la bibliografía presentan el historial clínico del niño, en el que se incluye una descripción de su comportamiento en distintos contextos, especialmente en el colegio (v.g. Martínez González y cols., 1984; Olivares, Méndez y Macià, 1993). El problema es que tanto en estos casos como en

otros (por ejemplo Kupietz y Schwartz, 1982; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Bozigar y Aguilar Hansen, 1984; Lachenmeyer y Gibbs, 1985; Hoffman y Laub, 1986; Albert-Stewart, 1986; Pigott y Gonzáles, 1987; Louden, 1987), parece asumirse a priori por simple observación o convencimiento el diagnóstico del niño como mudo electivo y se inicia el programa de tratamiento, que varía en función del enfoque (principalmente psicodinámico o conductual) en el que se sitúan los terapeutas y no del diagnóstico específico. Es decir, para el diagnóstico del mutismo electivo basta con que los niños presenten una frecuencia cero de conducta verbal en situaciones determinadas según los criterios establecidos en el DSM-III: 1) negativa persistente a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluido el colegio; 2) capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado y 3) todo ello no debido a otro trastorno somático o mental.

Estos criterios del DSM-III son obviamente los criterios diagnósticos básicos pero para una evaluación dirigida al tratamiento deberían tenerse en cuenta los factores ambientales específicos, desencadenantes y mantenedores del problema. La categorización que realiza el DSM-III-R carece de funcionalidad al englobar junto con el mutismo electivo el mutismo progresivo y la aversión a hablar, ignorando las implicaciones que esta sobreinclusión puede generar (Olivares, Macià y Méndez, 1993). Por consiguiente, el problema más grave es la falta de una

definición operativa de mutismo selectivo (Monras, 1984; Olivares, Macià y Méndez, 1993). Sería conveniente la elaboración de una definición de este tipo que recoja datos sobre la frecuencia de la conducta verbal a través de un número de situaciones diferentes y con distintas personas: padres, maestros, compañeros...(Monras, 1984). Esta definición operativa debería incluir la constatación de un descenso generalizado, hasta su anulación, de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal (negativa persistente a hablar) en todas las situaciones sociales, e igualmente ante personas ajenas al ámbito íntimo del niño (Olivares, Macià y Méndez, 1993).

2.2. El diagnóstico diferencial

Para obtener un mejor pronóstico sería preciso que el mutismo selectivo fuera detectado lo antes posible (Haskell et al. 1964) así como que fuera correctamente diagnosticado (Hesselman, 1983; Baldwin y Cline, 1991; Olivares, Macià y Méndez, 1993). Por consiguiente sería necesario hacer un diagnóstico diferencial entre el mutismo selectivo y otros trastornos comportamentales. Por ejemplo, aversión a hablar (Williamson, et al., 1977b²; Olivares, 1994) o mutismo progresivo (Paniagua y Saeed, 1988). El diagnóstico diferencial es siempre difícil (Del Río y Bosch, 1988) porque el mutismo selectivo puede confundirse con fobia

²Al parecer, estos autores llaman "habla reluctante" a este trastorno.

escolar; con timidez y depresión, e incluso con problemas psicóticos. Sin embargo existen algunos indicadores para poder diagnosticarlo adecuadamente. Estos serían:

- exclusión de otros trastornos psicológicos, hipoacusias, retrasos de lenguaje o deficiencia mental.
- el lenguaje básico debe estar ya adquirido, edad de inicio no inferior a los cuatro años y medio o cinco.
- el niño habla con normalidad en determinadas circunstancias y no habla nunca en otras. El periodo mínimo de duración o persistencia es al menos de seis meses.
- la comprensión del lenguaje oral y la comunicación no se alteran. Es necesario aclarar que este último indicador se refiere a que el niño se hace comprender, entiende y se comunica en todos los contextos de la vida cotidiana. Sin embargo, esto es cuestionable, al quedar la comunicación verbal reducida. La comunicación se altera aunque el niño pueda comunicar por otro medio (por ejemplo, gestos) y esto mismo ya supone una limitación.

Por otra parte, si una condición para que haya mutismo selectivo es que el periodo mínimo de duración sea de seis meses, bastantes de los casos de mutismo selectivo no puede

considerarse tales (v. pgs. 42 y 45); la ausencia de lenguaje que presentan estos niños es transitoria y remite en un espacio breve de tiempo.

Por otra parte, la ausencia de habla no es exclusiva de problemas de inhibición, es necesario establecer un diagnóstico diferencial entre el mutismo selectivo y otros trastornos que pueden confundirse tales como: retraso mental grave o profundo, trastorno profundo de desarrollo, trastorno de desarrollo de lenguaje, depresión, negativismo, fobia social (Martínez González y cols., 1984), así como también diferenciar el mutismo selectivo de la timidez, de la sordera (Cantwell y Baker, 1985), y de trastornos emocionales. El DSM-III proporciona criterios generales para el diagnóstico diferencial con respecto a otros trastornos: "negativa a hablar en niños de familias que han emigrado a países con diferente idioma, retraso mental intenso o profundo, trastornos profundos de desarrollo, trastornos del desarrollo en el lenguaje, depresión mayor, trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia, trastorno por ansiedad excesiva, negativismo, fobia social" (Breviario DSM III, 1983; Ollendick y Matson, 1988). En el retraso grave o profundo, el trastorno de desarrollo, o los trastornos del desarrollo del lenguaje pueden existir dificultades generales para el lenguaje hablado. En la depresión mayor, el trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia, el trastorno por ansiedad excesiva, el negativismo y la fobia social,

también puede haber un rechazo general al lenguaje hablado. Sin embargo, la ausencia de lenguaje no aparece como alteración predominante en ninguno de estos trastornos. Los niños de familias emigrantes a un país de idioma diferente pueden negarse a hablar la nueva lengua. Cuando existe una adecuada comprensión del nuevo lenguaje pero persiste un rechazo a hablarlo, debería diagnosticarse mutismo selectivo (DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1987). Es decir, en el retraso mental y/o los trastornos del lenguaje pueda haber una insuficiencia general del habla; ésta puede ser consecuencia de un problema de articulación o de otras anomalías físicas o deberse a déficits cognitivos. Por otra parte, en la depresión, en la ansiedad excesiva, en las fobias y en el oposicionismo, también puede aparecer una negativa a hablar debida al estado emocional del niño más que a un efecto de algún estímulo discriminativo específico. Pero en ninguna de estas circunstancias, la alteración predominante será la ausencia de habla.

Sin embargo estos criterios son demasiado generales. Wilkins (1985) realizó un estudio comparativo entre niños que presentaban mutismo selectivo y otros con "trastornos emocionales". De este estudio concluyó que el mutismo selectivo es una condición separada que puede distinguirse de otros trastornos emocionales. Sin embargo, esta conclusión fue criticada por Bhide y Srinath (1985) quienes señalaron que en la muestra de control, Wilkins (1985)

incluyó pacientes de diversas categorías, alineando desde una enuresis hasta histeria, todas bajo el epígrafe de "trastornos emocionales", quedando por ello considerablemente diluido el argumento de que el mutismo es un síndrome específico. Por otra parte, para Wilkins (1985) la timidez, la ansiedad y la depresión serían las características más comunes dentro del grupo de los mudos electivos, mientras que para Bhide y Srinath (1985) en cambio, éstos son los rasgos generales de las diferentes subcategorías en las que se dividen los trastornos emocionales, al considerar el mutismo electivo tan solo un síntoma de un trastorno emocional (Bhide y Srinath, 1985).

2.3. Conclusiones

El diagnóstico se da a veces sin tener en cuenta la frecuencia de las verbalizaciones del niño, ni la naturaleza de las mismas, ni tampoco en qué situaciones concretas se producen aquéllas (Morin y Ladouceur, 1984). El proceso de evaluación debería superar el ámbito individual y contemplar el contexto (Olivares, Macià y Méndez, 1993). Sería deseable, por ejemplo, que se utilizaran varios criterios sobre el comportamiento verbal y evaluarlos en distintas situaciones para lograr así una descripción más exacta de la naturaleza y gravedad del mutismo electivo; es decir, tener en cuenta la interacción entre los distintos factores ambientales y las diferentes unidades de respuestas de la conducta verbal del niño. Así

pues, es necesario en primer lugar, una definición operativa del mutismo selectivo (Monras, 1984; Paniagua y Saeed, 1988), que debería incluir la constatación de un descenso generalizado de la frecuencia de la ocurrencia de la conducta verbal (Olivares, Macià y Méndez, 1993) hasta su total anulación.

Al mismo tiempo habría que distinguir cuales son las características diferenciadoras del mutismo selectivo con respecto a otros trastornos emocionales o comportamentales (Hesselman, 1983; Wilkins, 1985), sobre todo cuando estos últimos presentan como alteración la ausencia de habla. Por lo tanto también es preciso un diagnóstico diferencial del mutismo selectivo con respecto a otros trastornos (Ollendick y Matson, 1988).

Por último, señalar que este procedimiento deberá además incluir criterios específicos para poder clasificar a los sujetos mudos selectivos, así como diferenciarlos de otros sujetos, con otras características similares manifiestas. Por último el procedimiento de evaluación debería enmarcarse en un programa de intervención, el cual tendría por objeto la recuperación del mutismo selectivo, permitiendo al niño interactuar con todas las personas de su entorno y en todas las situaciones. Debería además atenerse a las normas y criterios del método científico (Mayor, 1990).

III) LA INTERVENCIÓN EN EL
MUTISMO ELECTIVO

III) LA INTERVENCIÓN EN EL MUTISMO ELECTIVO

1. PROBLEMÁTICA DE LA INTERVENCIÓN EN EL MUTISMO ELECTIVO

Al revisar la vasta relación de modalidades de intervención que se han empleado para persuadir a hablar al niño electivamente mudo, surgen toda clase de técnicas dispares, desde sugestión, hasta persuasión, musicoterapia, manipulación del entorno, hipnosis, etc. No obstante en la actualidad la discusión esencial debe centrarse en el empleo de técnicas de modificación de conducta vs. terapia psicoanalítica (Ruzicka y Sackin, 1974; Croghan y Craven, 1982).

Las terapias inespecíficas, como era de esperar, no obtienen resultados objetivos. Actualmente algunos autores concluyen que para tratar a los niños con mutismo electivo tanto los consejos superficiales, como la sugestión o la exhortación no tienen ningún efecto (Elson y cols., 1965); si bien, para la mayoría resulta eficaz situar la terapia en un contexto de juego (Conn, 1951; Chethik, 1973; Funai et al., 1982; Barlow y cols., 1986). Se destaca también la colaboración entre los distintos ambientes (Kass et al., 1967; Hooper y Linz, 1992).

Por otra parte, añade confusión al caos el hecho de que al revisar la bibliografía sobre el tratamiento del mutismo selectivo (v. g. Morris, 1953; Adams y Glasner, 1954; Smaling, 1959; Mora, Devault y Schopler, 1962; Browne et al., 1963; Pustrom y Speers, 1964; Arajarvi, 1965, Kosrobes, 1975; Kuyper et al., 1985) aparezcan referencias que indican mejoría, pero en casos que en muchas ocasiones no se evalúan detenidamente y por tanto es imposible distinguir los componentes esenciales del tratamiento dada la naturaleza incontrolada de los programas. Tampoco se realizan seguimientos de los sujetos a largo plazo (Ladouceur y Auger, 1980). En general, en la mayoría de los casos, los terapeutas intentaron primero una modificación de la personalidad, desde un punto de vista psicodinámico, y por tanto no muestran interés por el mutismo selectivo, al cual consideran un "simple síntoma".

En este contexto, quizás la más importante contribución de la terapia conductual en este área sea la denegación de esta orientación psicoanalítica. Después de 1966 se han publicado decenas de artículos que describen la utilización de intervenciones de carácter conductual para el tratamiento del mutismo selectivo. Algunos de estos estudios emplean un programa experimental o cuasi experimental de caso único. (Hersen y Barlow, 1976). Además, otros estudios utilizan observaciones conductuales para evaluar los resultados terapéuticos (v. g. Cambra, 1988; Olivares, 1994). Por todo ello, el uso de procedimientos objetivos

de valoración en combinación con la metodología experimental de caso único (Azrin, 1977) marcó un avance significativo en el establecimiento de estrategias de tratamiento con validez empírica (Agras y Berkowitz, 1980; Labbe y Williamson, 1984). El control experimental es necesario para validar las conclusiones sobre los resultados (Kazdin, 1981).

Actualmente se puede concluir que las técnicas conductuales son las utilizadas con mayor frecuencia (Norman y Broman, 1970; Porjes, 1992). El primer método empleado comúnmente fué *aproximaciones sucesivas con desvanecimiento de estímulo* (Conrad, Delk y Williams, 1974). Según este procedimiento, el programa de tratamiento se comienza en aquellos lugares en los cuales es más probable que el niño hable; después, el terapeuta y el niño combinan gradualmente la situación a través de aproximaciones sucesivas de modo que finalmente el niño responda verbalmente a las preguntas de los maestros en un contexto habitual de clase, con todos los compañeros presentes. Un segundo tratamiento representativo es la *desensibilización en vivo* (Scott, 1977), que se basa en la suposición de que la presencia de extraños despierta en el niño respuestas incompatibles con el habla; es decir, respuestas de ansiedad tales como retraimiento y/o inactividad. Otras técnicas empleadas más recientemente son: *reforzamiento positivo* (Albert-Stewart, 1986), *modelado* (Matson, Dawson y O'Donnell, 1979) y *automodelado*

(Pigott y Gonzales, 1987), aunque lo más frecuente es utilizar un "paquete" de técnicas, por ejemplo, la combinación de automodelado y desvanecimiento de estímulo (Holmbeck y Lavigne, 1992); inundación, mediante exposición en vivo a una jerarquía graduada de situaciones, y aproximaciones sucesivas con refuerzo social (Cambra, 1988); modelado y manejo de contingencias (Matson et al. (1992); manejo de contingencias con reforzamiento positivo y desvanecimiento de estímulo (Richburg y Cobia, 1994). En algún caso también se ha propuesto combinar las técnicas conductuales con tratamiento farmacológico (Boon, 1994).

2. MODELOS

Dos modelos o tendencias generales compiten en el momento actual en el tratamiento del mutismo selectivo. Por un lado la inercia de la tradición y la inseguridad científica en el campo de la Psicología hacen que el modelo psicodinámico sea aún hoy el más corrientemente empleado. Por otro lado, el desarrollo pujante de la Medicina conductual hace que se vaya incorporando progresivamente la aplicación de técnicas de Modificación de conducta. En este punto se revisarán estas dos orientaciones generales en el tratamiento del mutismo selectivo haciendo hincapié en los desarrollos actuales de la terapia conductual.

2.1. Orientación psicodinámica

Los tratamientos referidos en la bibliografía más antigua sobre el mutismo selectivo son de orientación analítica. Por ejemplo, Heuyer y Morgenstern (1927) describen el caso de un niño de nueve años de edad diagnosticado de mutismo selectivo al que trataron con psicoanálisis. Algunos años después Bally (1936) relató detalladamente el tratamiento psicoanalítico que aplicó a una niña de nueve años, con el mismo problema; de la misma manera Geiger-Marty (1950) y Seelfield et al. (1950) describieron sus respectivas terapias psicoanalíticas dirigidas a mudos selectivos. Asimismo Ehrsan y Hesse (1954) publicaron un caso sobre dos hermanos que padecían al mismo tiempo el referido trastorno. En todos estos últimos ejemplos el tratamiento que se aplicó fué principalmente un programa psicopedagógico de orientación analítica, aunque también se insistió en que un cambio ambiental podría resultar beneficioso para la reducción del síntoma. Recientemente también se ha dado algún caso en el que se ha incluido en el programa de tratamiento la ayuda de fármacos. Por ejemplo, Golwyn y Weinstok, (1990) administraron phenelzine a una niña muda selectiva, provocándole una conducta dopaminérgica de "charlatanería".

los autores psicodinámicos no apuntan al mutismo selectivo al considerarlo sólo un síntoma y dirigen su

tratamiento a la personalidad en general, pretendiendo no limitar la terapia del niño. Por ejemplo, para Schepank (1960) la psicoterapia con los niños electivamente mudos no es distinta de cualquier otra terapia infantil aunque requiere un mayor grado de paciencia ya que estos niños despiertan a su alrededor más sentimientos aversivos y de rechazo que los niños con otros problemas. Insiste en que es necesario que el terapeuta tenga una apreciación realista de las dificultades que conlleva la terapia y esté sobreaviso de la propia tolerancia al silencio del niño.

Insistiendo en la importancia que se da al desarrollo de la personalidad en el caso del mutismo electivo, puede situarse la posición de Wright (1968) que aunque no es partidario de la terapia psicoanalítica porque ésta ignora el tratamiento de los síntomas, hace una excepción en el caso del mutismo electivo y considera que lo más importante para estos niños es que se liberen cuanto antes de las consecuencias del trastorno que constituye un gran obstáculo para el desarrollo de la personalidad.

En general, la actitud que se encuentra en los psiquiatras y psicólogos con una formación psicodinámica es que pueden ayudar a los niños, tanto si éstos hablan como si no (Chethik, 1973). En este último caso intentan establecer contacto por otros medios, por ejemplo usando algún tipo de material no verbal, gráficos, gestos, etc. ya que presumen que en el silencio también existe alguna clase

de lenguaje o comunicación y estos niños captan cada movimiento y cambio de expresión o entonación del terapeuta (Hesselman, 1983).

Finalmente, un punto importante compartido con otras terapias es la participación de los padres. Para la terapia infantil psicodinámica la cooperación de los padres es una norma, y por tanto los terapeutas trabajan con el niño y ambos padres, sin descuidar tampoco las relaciones maritales de éstos; de esta manera se obtiene alguna ventaja sobre la situación (Hesselman, 1983).

2.2. Tratamiento conductual del mutismo selectivo.

La terapia conductual se ha desarrollado mucho durante los últimos años. Desde este enfoque, los terapeutas consideran que el mutismo selectivo es una conducta aprendida, adquirida, y por lo tanto puede cambiarse o modificarse. Esta modificación se basa fundamentalmente en la aplicación de los principios del reforzamiento y del modelado, y se han empleado en la intervención de diversos trastornos asociados a mutismos, y también en múltiples formas o modalidades con el mutismo selectivo. Por ejemplo, Munford et al. (1976) lo utilizaron para la intervención en un problema de tos histérica asociado con mutismo; Friedman y Karagan (1973) consideraron que el mutismo selectivo podría ser un problema de ansiedad, y dividieron

a varios niños que presentaban mutismo selectivo en dos grupos, niños que evitaban hablar como medio manipulador y niños a los que el hablar les producía ansiedad o angustia. En este segundo caso consideraron que la reducción de la ansiedad obtenida por "no hablar" actuaba como reforzador del mutismo y por tanto hacía que éste se mantuviera (Monras, 1984). El programa de tratamiento siguió los principios generales derivados de la intervención en trastornos de ansiedad empleando la *desensibilización en vivo*. En cambio, Williamson et al. (1977a) concibieron el mutismo selectivo en términos de conducta operante, mantenida por reforzadores; por ejemplo, atención y ayuda en las tareas escolares. En este caso se empleó como tratamiento *moldeamiento y condicionamiento de escape* que fueron efectivos para producir una mejoría a largo plazo. Varios estudios de caso único han utilizado simultáneamente ambas estrategias de tratamiento basándose tanto en los principios reguladores de la ansiedad como en los del condicionamiento operante ya que las dos fórmulas llevan a estrategias similares de tratamiento: *desensibilización sistemática, aproximaciones sucesivas y desvanecimiento de estímulo*.

Como complemento de todas estas estrategias de tratamiento habría que añadir las técnicas de *relajación*, para que los mudos selectivos reduzcan sus niveles de tensión y esto facilite el enfrentamiento con las situaciones y personas ante las que inhibe el habla así

como entrenamiento en *habilidades sociales* que permitan a los mismos aprender un conjunto de habilidades en las relaciones interpersonales que, precisamente como consecuencia del aislamiento social al que se someten, o bien no han aprendido nunca o bien el desuso ha terminado por generar su olvido (Olivares, 1994).

En la terapia conductual hay dos factores de especial importancia: la consideración del ambiente y el carácter económico de los programas. La terapia conductual es económicamente más favorable que la psicoterapia porque las horas dedicadas al tratamiento son relativamente pocas y mejor organizadas ya que los programas de tratamiento van dirigidos a objetivos bien especificados. A esta economía contribuye también el carácter ambiental (Ciottone y Madonna, 1984). La terapia conductual trata de implicar en lo posible a las personas más cercanas al niño para facilitar la generalización de los resultados (Wildman y Wildman, 1975; Furt, 1989). Por ejemplo algunos autores señalan la importancia de combinar la terapia con el trabajo dirigido a los padres. Sluckin (1977) ayudó a una madre y su hijo, planteando el problema como un caso social. Rosenberg y Lindblad (1978) se dirigieron a los padres refiriéndoles que el mutismo selectivo era un problema multifactorial, que concernía a toda la familia; por esto, la terapia con el niño solo sería inútil.

Por consiguiente, las madres y los compañeros de juego

a menudo toman parte en el tratamiento. Lowenstein (1979) describió una técnica de aprendizaje por la que, alguien con quien el niño habla fácilmente, tomaba parte como si fuera un "catalizador" en una atmósfera de cordialidad, confianza y estímulo. Las intervenciones se han llevado a cabo en diversos ambientes: por ejemplo, en clínicas (Reid et al., 1967), colegios (Colligan, Colligan y Dillard, 1977; Brown y Doll, 1988) y varios ambientes simultáneamente (Lachenmeyer y Gibbs, 1985).

La terapia conductual aplicada al mutismo selectivo ha sido fundamentalmente de carácter individual (Morris, 1953; Weinberger, Stander y Stearns, 1967) encontrándose poca referencia sobre el tratamiento grupal del mutismo selectivo (Chapin y Corcoran, 1947). No obstante Bozigar y Aguilar Hansen (1984) han propuesto que este tratamiento se realice de forma grupal, con varios niños simultáneamente; y en cooperación con la escuela, familia y organizaciones comunitarias.

Finalmente señalar que a veces la terapia conductual aparece vagamente mezclada con psicoterapia. Por ejemplo, Lowenstein (1978) defendió la terapia conductual, que clasificó en "varios tipos" incluyendo en ellos la psicoterapia y el condicionamiento operante.

2.2.1. Estrategias, procedimientos y técnicas conductuales en el tratamiento del mutismo selectivo y trastornos relacionados

Actualmente, las estrategias terapéuticas básicas empleadas en el tratamiento del mutismo selectivo pertenecen a la clínica conductual. Las técnicas de modificación de conducta aplicadas en este caso concreto no difieren de las generalmente incluidas en el tratamiento de problemas emocionales u otros semejantes.

Entre las estrategias más utilizadas se encuentran: el manejo de contingencias, el desvanecimiento de estímulos con reforzamiento positivo y algunos procedimientos para la iniciación de respuestas.

- a) *Manejo de contingencias.* La estrategia primaria es el manejo de contingencias; reforzamiento positivo de la conducta verbal y extinción de las respuestas no verbales y/o de las respuestas verbales inadecuadas tales como señalar o hablar lacónica o defectuosamente. En muchas intervenciones conductuales se utiliza esta estrategia como componente de un "paquete de tratamiento" aunque otros estudios lo emplean aisladamente por ejemplo (tomado de Labbe y Williamson, 1984), Straughan et al. (1965), Brison (1966), Calhoun y Koenig (1973),

Dmitriev y Hawkins (1973), Baurmeister y Jamail (1975), Griffith et al. (1975), Williamson et al. (1977a), Piersel y Kratochwill (1981) (v. tabla 7).

- b) *Desvanecimiento de estímulo con reforzamiento positivo.* La finalidad del tratamiento en el mutismo selectivo es conseguir que el niño hable en todas las situaciones y a todas las personas. El simple procedimiento de manejo de contingencias no es suficiente por tanto para producir la generalización del habla ya que en la mayoría de los casos el niño nunca emite la primera respuesta verbal y por consiguiente nunca va a poder ser reforzado por hablar. Esta limitación puede salvarse usando como procedimiento el desvanecimiento de estímulo, en combinación con el reforzamiento positivo. Este consiste en emplear personas cercanas al niño a las que habla y hacerlas desaparecer progresivamente del entorno. Por ejemplo (tomado de Labbe y Williamson, 1984), Strait (1958), Reid et al. (1967), Sluckin y Jehú (1969), Nolan y Spence (1970), Wulbert et al. (1973), Conrad et al. (1974), Rasbury (1974), Colligan et al. (1977), Scott (1977), Sluckin (1977), Richards y Hansen (1978), Rosenberg y Lindblad (1978), Lypton (1980) (v. tabla 8).

- c) *Procedimientos para la iniciación de respuestas.* Algunos casos de mutismo selectivo se complican por el

hecho de que las personas a quienes estos niños hablan no pueden participar en el programa de tratamiento. Si el niño no habla con ninguno de aquéllos que pueden participar en las fases tempranas del tratamiento, el uso del desvanecimiento de estímulo resulta imposible. Por consiguiente estos casos requieren técnicas especiales para iniciar el habla en presencia al menos de la más mínima persona que haya en el entorno. Para tales casos se usa algunos procedimientos para conseguir la iniciación de respuestas ³ con el fin de lograr que el niño hable en presencia del terapeuta o del maestro. Una vez que esto se haya logrado se utilizará el procedimiento de desvanecimiento de estímulo para obtener la generalización de esa respuesta, por ejemplo (tomado de Labbe y Williamson, 1984), Norman y Broman 1970), Hapern et al. (1971), Bednar (1974), Griffith et al. (1975), Van der Kooy y Webster (1975), Semenoff et al. (1976), Williamson et al. (1977a), Crema y Kerr (1978), Sanock y Striefel (1979), Austad et al. (1980), Piersel y Kratochwill (1981) (v. tabla 9).

Los procedimientos para la iniciación de respuestas que más se utilizan son: moldeamiento, costo de respuesta, escape o evitación y ensayo de reforzamiento.

³Los sucesos que ayudan a iniciar una respuesta se llaman incitadores (Craighead, Kazdin y Mahdney, 1984).

- El *moldeamiento* o aproximaciones sucesivas implica aprovechar las conductas que gradualmente se aproximen al habla normal, por ejemplo: gestos comunicativos o emisión de ruidos, como soplar o silbar. Las conductas se seleccionan reforzándolas gradualmente hasta que el niño llega a la conducta objetivo y dice al menos alguna palabra. Para conseguirlo el terapeuta puede modelar las conductas e incitar al niño a imitarlas. La conducta objetivo también puede reforzarse positivamente. (v.g. Norman y Broman, 1970; Halpern et al., 1971; Bednar, 1974; Semenoff et al., 1976; Austad et al., 1980; Vidal y Ponce, 1988).

- El *costo de respuesta*, se emplea en combinación con refuerzo positivo. Consiste en perder algún tipo de recompensa por no ejecutar la conducta. Por ejemplo, se utiliza dinero para reforzar la conducta y se pierde el mismo por no responder (v.g. Bednar, 1974; Sanock y Striefel, 1979).

- *Evitación /escape*. El procedimiento de escape implica pedirle al niño que emita una respuesta (palabra) antes de permitirle dejar una situación aversiva particular (v.g. Halpern et al., 1971; Williamson et al., 1977a; Crema y Kerr, 1978; Piersel y Kratochwill, 1981).

- *Ensayo de reforzamiento*. Esta técnica fué creada por

Ayllon y Azrin (1968). Mediante ella se incita al niño a "ensayar" o jugar con un refuerzo que se podrá obtener después con el habla.

MANEJO DE CONTIGENCIAS					
ESTUDIO	Número sexo y edad	Diseño	Técnicas específicas	Resultados Generalizaciones	Seguimien.
BAUERMEISTER y JAMAIL (1975)	1 niño 8 años	diseño cuasi experimental (A-B) con observaciones en algunas clases	reforzamiento positivo en la clase por dos maestros	Hablar en clase mejorar por grados. Responder a preguntas: 100% Lectura en alto: 100%	1 año mejora
BRISON (1966)	1 niño preesc.	estudio de un caso anecdótico	reforzamiento social en la clase	Hablando después de 4 semanas	3 años mantenida
CALBOUM y KOENIG (1973)	8 niños 5-8 años	grupo control resultado del estudio usando grupos tratamiento y no tratamiento	reforzamiento positivo y extinción en la clase	Post-experimental gana puntos ($p > 0.1$). mejoría en la frecuencia de palabras cada 30 min.	1 año -al margen significan ($p < 10$)
GRIFFITH et al. (1975)	1 niño 6 años	experimento de caso único A-B (reforzam.) C (coste de respuesta) A -Multiple-línea base a través de situaciones	Reforzamiento positivo para que aparezca habla inducida y habla espontánea	Aumento del 50% de aparición del habla inducida, aumento del 30%, habla espontánea	3 meses mejoría mantenida
STRAUGHAN et al. (1965)	1 niño 14 años	Diseño de caso único (A-B con seguimiento)	Reforzamiento positivo en la clase	Aumento post-experimental en respuesta verbal a maestros y aproximaciones verbales a sujetos ($p > 0.01$)	Inmediata después del tratamien. observada mejoría
PIERSEL Y KRATOCHWILL (1981)	1 niña 4 años	Diseño experimental de caso único (multiple línea base a través de sujetos con seguimien.)	Reforzamiento positivo para hablar en clase y extinción de comunicación no verbal	Sustancialmente aumento del habla en clase	3 meses mejoría mantenida
WILLIAMSON et al. (1977)	2 niños 7 -8 años	diseño cuasi-experimental de caso Único (A-B con seguimiento) para los dos casos	Reforzamiento positivo en la clase para sujeto 1 en la clínica para sujeto 2	sujeto 1 aumento en respuestas verbales a maestros y pares sujeto 2 habla inducida aumento 90% y aumento en habla espontánea	1 año mantenida y habla espontánea 2 meses 1 año mejoría
DMITRIEV y HAWKINS (1973)	1 niña 9 años	relato de caso único anecdótico	refuerzo social en la clase y extinción en la clase	Aumento de respuestas verbales desde 0 a 400 palabras por día	6 meses - mejoría habla espontánea 1 año - mejoría mantenida

Tabla 7: Empleo de la técnica de manejo de contingencias para el tratamiento del mutismo electivo (tomada de Labbe y Williamson, 1984)

DESVANECIMIENTO DE ESTÍMULO CON REFUERZO POSITIVO					
ESTUDIO	Número sexo y edad	Diseño	Técnicas específicas	Resultados Generalizaciones	Seguimiento
CONRAD et al. (1974)	1 niña 11 años	Relato sistemático de caso único	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo positivo	Responde a las cuestiones de la maestra pero rara vez pregunta espontáneamente	1 año mejoría
COLLIGAN et al. (1977)	1 niño 11 años	Relato anecdótico de caso único	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo social	Habla naturalmente a los niños y adultos en varias situaciones	1 año mejoría
LYPTON (1980)	1 niña 6 años	Relato sistemático de caso único	Desvanec.E E no-ambient. con refuerzo positivo	Alguna comunicación a amigos en casa, Habla espontánea en la escuela	6 meses, mantenida
NOLAN y SPENCE (1970)	1 niña 10 años	Relato anecdótico de caso único	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo social y material	Habla normal en clase y en la casa	1 año mejoría
RASBURY (1974)	1 niña 11 años	Relato sistemático de caso único	Desvanec.E ambient.nuevo y E con refuerzo posi (actividades especiales)	Habla con los maestros, otros adultos y compañeros en varias situaciones	No contado
REID et al. (1967)	1 niña 8 años	Relato sistemático de caso único	Desvanec.E person. nuev. y E ambiental con refuerzo positivo	Habla a clínicos, otros adultos y niños	2 semanas, 3 semanas, mejoría
RICHARDS y HANSEN (1978)	1 niña 8 años	Relato sistemático de caso único	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo positivo	Habla espontáneamente a pares y adult. en varias situaciones	15 meses, 5 años mejoría mantenida
ROSENBERG y LINDBLAD (1978)	1 niño 6 años y medio	Relato anecdótico de caso único	Desvanec.E person.nuevas con ref. posit en la clínica combinada con terap. famil.	Habla al terapeuta en la clínica y clase	1 año y medio, 6 años mejoría mantenida
SCOTT (1977)	1 niña 6 años y medio	Relato sistemático de caso único	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo positivo	Respuesta verbal a maestra, otros adultos y pares, también habla espontánea	3 meses mejoría mantenida
SLUCKIN (1977)	2 niños chico 5 años chica 6 años	Relatos de casos anecdóticos	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo positivo	Habla normal en clase y en casa (ambos)	6 meses mejoría mantenida 3 meses mejoría mantenida
SLUCKIN y JEHU (1969)	1 niña 4 años y medio	Relato anecdótico de caso único	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo positivo	Habla al terap. en casa y escuela, susurra a la directora del colegio	1 año mejoría Habla normal a maestras y pares
STRAIT (1958)	1 niño 2º grado	Relato anecdótico de caso único	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo positivo	Moderado aumento del habla en la clase	2 semanas mejoría mantenida
WULBERT et al. (1977)	1 niña 6 años	Caso único experimental A-B(Desvan.E) C(tiemp.fuer)	Desvanec.E person.nuevas y E ambiental con refuerzo positivo Tiempo-fuera con o sin desvanec.E	Desvanec de E componen neces tiempo-fuera facilitaba desvaneci de E pero ineficaz sin desvaneci de Estímulo	No contado

Tabla 8: Empleo de la técnica de desvanecimiento de estímulo con refuerzo positivo (tomada de Labbe y Williamson, 1984)

PROCEDIMIENTOS PARA LA INICIACIÓN DE RR. VERBALES					
ESTUDIO	Número sexo y edad	Diseño	Técnicas específicas	Resultados generalizaciones	Seguimiento
AUSTAD et al. (1980)	1 niña 7 años y medio	Relato sistemático de caso único	Moldeado con desvanecim. de E personas nuevas y E ambiental, combinado con refuerzo posit y ensayo de reforz	Hablar a todos los niños y adultos en la escuela, casa y en otras situaciones	3 meses mejoramien. mantenido
BEDNAR (1974)	1 niño 10 años	Estudio de caso anecdótico	Moldeado, refuerzo posit con costo de R combinada con desvanec de E	Hablar en la clase	2 años mejoría
CREMA y KERR (1978)	1 niño 7 años	Relato anecdótico de caso único	Se empleó primero escape en clase, a la vez tratami. en residencia con exposic. de imagen con desvanec. de E	Procedimi de escape sin éxito Tratami. en residen con éxito, modifíc. verbal en casa o escuela	4 semanas mejoramien. mantenido
GRIPPITH et al. (1975)	1 niño 6 años	caso unico experiment. A-B(refuer) C(coste R) A Base mult ambientes	Refuerzo positivo para pares -habla inducida y habla espontánea. Costo de respuesta para mutismo	Aumento 50 % habla inducida; aumento 30 % habla espontánea	3 meses mejoría
HALPERN et al. (1971)	1 niño 7 años 2 niñas gemelas 6 años y medio	Relatos anecdóticos de caso único	niño: moldeado y procedi escape con ref social gemelas: procedi escape en clase	Respuesta verbal y habla espontánea en la clase (para los tres)	6 meses mejoría
VAN DER KOOY y WEBSTER (1975)	1 niño 6 años	Relato anecdótico de caso único	Evitación con ref. positivo, molde.e instrucc. Desvanecimien. de pers. nuevas y E ambiental	Respuesta verbal normal en 11 situaciones y algún habla espontánea	6 meses mejoría
NORMAN y BRONAN (1970)	1 niño 12 años	Relato sistemático de caso único	Moldeado y feed back de volumen de voz con desvaneci. de E personas nuevas y E ambiental con refuerzo positivo	Respondió al 80% de las cuestiones del terapeuta; 54% de una persona nueva. Habla a otras personas fuera de casa	No contado
PIERSEL y KRATOCHWILL (1981)	1 niño 5 años	Caso unico Experimenta (mult.línea base a través de situaciones con seguimi.)	Fallo inicial de manejo de contig. Entonces se usó procedim. de escape en combinación con manejo de contingencia	No mejoría durante el manejo de contingencia. Aument. sustanc en el habla con adición del procedi. escape	3 meses mejoramien. mantenido
SANOK y STRIEFEL (1979)	1 niña 11 años	Caso unico Experiment. Mult. base a través de pers. situac y R verbal en clase	Refuerzo positivo con costo de R. Se usó un procedim. abreviado de desvanecim. de E. Generaliz. después	90 % de respuestas de simple palab, multi-palabras y de frases. No aumento de habla espontán	10 meses mejoramien. mantenido
SEMENOFF et al. (1976)	1 niño 6 años	Relato anecdótico de caso único	Moldeado y desvanecim. de E personas nuevas y E ambiental, con refuerzo positivo	Responde al 100% de las cuestion Habla espontán a adult y compañer	3 meses mejoramien. mantenido
WILLIAMSON et al. (1977a)	1 niño 8 años 1 niña 7 años	Diseño experimenta de caso unico	Procedim. de escape, refuer. y moldeado con desvanec de E pers. nuevas y E ambiental Moldeado, refor positiv y refor indución con desvanecim. de E pers nuevas y E ambiental	Moldeado inefic hasta esca. Moldeado con desvan. de E para general. del habla 100 % Moldeado inefic hasta introduc reforz inducido Desvan. de E para producir genera. del habla 100%	2 semanas mejoramien. mantenido 1 año mejoría 1 mes mejoría habla espontánea

Tabla 9: Procedimientos para la iniciación de RR. verbales (tomado de Labbe y Williamson, 1984)

2.2.1.1. Aplicaciones específicas en el mutismo selectivo

Una constante en la bibliografía es la afirmación de que el éxito en el tratamiento del mutismo selectivo es difícil. De hecho se han sucedido los fracasos desde la terapia orientada analíticamente. Sin embargo se constatan numerosos casos en los que ha sido positivo el efecto de la terapia conductual (cf. Brison, 1966; Kratochwill et al., 1979; Cunnigham et al., 1983; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Labbe y Williamson, 1984; Paniagua y Saeed, 1987; Cambra, 1988; Titting, 1989; Pecukonis y Pecukonis, 1991; Sluckin y cols., 1991; Olivares, Méndez y Macià, 1993; por poner sólo algunos ejemplos).

Una característica esencial de la terapia conductual en el tratamiento del mutismo selectivo se debe al carácter del problema de comunicación de éste por su aplicación en el contexto social. Esto ha llevado a algunos autores a considerar que la eficacia de la terapia conductual es máxima cuando se combina con terapia familiar (Rosenberg y Lindblad, 1978), es decir, combinando la teoría estructural familiar con la teoría conductual (Hoffman y Gafni, 1984; Hoffman y Laub, 1986; Afnan y Carr, 1989).

Un primer paso sería trabajar en el contexto familiar y escolar enfatizando la validez social de la intervención mediante una terapia interactiva grupal (Walker y Hops, 1976; Roe, 1993). En este contexto se aplican técnicas

conductuales. Los principios terapéuticos a aplicar combinarían principios conductuales, aproximaciones sucesivas, técnicas de reforzamiento y desvanecimiento de estímulo, en combinación con estrategias terapéuticas tales como terapia estructural familiar y juegos, tanto en la clínica, en el hogar como en el ambiente escolar (Barlow, Strother y Landreth, 1986). En la primera fase del tratamiento las metas terapéuticas serían: reunión, información de las causas, por las que el problema puede cambiar, redefinición del problema, objetivos del tratamiento y selección de las unidades de tratamiento familiar. En la segunda fase se introducirían las reglas de juego y técnicas de reforzamiento por aproximaciones sucesivas, en casa y en la clínica, desvanecimiento de estímulo en ambiente clínico e implantación de los mismos en la situación escolar. Los objetivos de la tercera fase del tratamiento serían: la resolución de conflictos interpersonales y el desvanecimiento de estímulo en la situación clínica, padres, terapeutas y maestro. En la fase final, se produciría el desvanecimiento de estímulo en el ámbito escolar y el reforzamiento de los cambios que se produzcan en la familia y en el niño, añadiéndose una valoración final de los resultados (Lindblad -Golberg, 1986).

Así pues, se destaca en estos casos la necesidad de combinar la terapia familiar (Rold Jensen, 1975) con el planteamiento conductual para corregir el mutismo selectivo

en los niños. Se supone que esta combinación mejoraría la conducta problema o síntoma al cambiar la dinámica que permitió el desarrollo del trastorno (Goll, 1980) al mismo tiempo que serviría para solidificar los cambios que produzcan en el niño mudo electivo; por ejemplo, la recompensa aumenta la internalización de la respuesta, lográndose así una mayor efectividad y generalización, aunque es importante evitar que la recompensa se perciba como un control externo (Beutler, 1979). Hay que distinguir entre atribución de responsabilidad en el problema y responsabilidad en las soluciones (Brickman, 1982). Puesto que los niños ven la habilidad y el refuerzo como positivamente correlacionados (Shaklee, 1976) se puede hipotetizar que la habilidad es la dimensión más importante, por lo que será más fácil que atribuyan los sucesos a este factor interno.

No obstante cabe pensar que en estos casos en los que se emplean estrategias psicoterapéuticas combinadas con procedimientos conductuales en el tratamiento del mutismo electivo el éxito pueda estar dependiendo más bien de estos componentes conductuales (Carr y Afnan, 1989).

Ahora bien, en la intervención en el mutismo electivo, sigue siendo necesario conseguir que el niño pueda comunicarse en distintas situaciones sociales y en presencia de diferentes personas, por lo que no es aconsejable que la intervención se realice exclusivamente

en un medio clínico y sólo con la presencia del terapeuta (Morin y Ladouceur, 1984; Hooper y Linz, 1992).

El corpus principal de las intervenciones conductuales en el mutismo selectivo se limita a aplicar propiamente técnicas conductuales para eliminar el problema en el entorno natural de cada niño. Entre éstas se subrayan los procedimientos basados en el reforzamiento positivo, el moldeamiento, y el desvanecimiento de estímulo (v. g. Cunningham et al., 1983; Morin y Ladouceur, 1984; Labbe y Williamson, 1984; Olivares, Macià y Méndez, 1993). También se aplican técnicas de modelado (Matson, Dawson y O'Donnell, 1979) y automodelado (Pigott y Gonzales, 1987; Kehle, Owen y Cressy, 1990; Olivares, Méndez y Macià, 1993).

Si bien en casi la totalidad de los estudios sobre el tratamiento del mutismo selectivo se hace uso del refuerzo positivo en un momento u otro de la intervención en algunos de ellos la presentación de un reforzador contingente a las verbalizaciones del niño constituye la única forma de tratamiento utilizado (Calhoun y Koenig, 1973; Griffith et al., 1975; Piersel y Kratochwill, 1981; Morin et al., 1982).

En otros casos el moldeamiento se ha utilizado para regular las interacciones verbales de los niños que presentan este problema (Blake y Moss, 1967; Bauermeister

y Jamail, 1975; Austad et al., 1980). Mediante este procedimiento se elabora una serie de etapas graduadas compuestas por elementos topográficos de la conducta objetivo. Estas etapas representan aproximaciones sucesivas al comportamiento verbal, por ejemplo, mover los labios, abrir la boca, emitir un sonido, verbalizar una vocal o consonante, verbalizar un fonema, verbalizar su propio nombre, verbalizar una frase, verbalizar espontáneamente, aumentar la intensidad de la voz (Austad et al., 1980). Al mismo tiempo el terapeuta actúa de modelo y refuerza selectivamente los comportamientos verbales del niño.

Por su parte el procedimiento de desvanecimiento de estímulo trata de generalizar a las situaciones en que aparece el problema (medio escolar, presencia de extraños) las habilidades verbales que ya son parte del repertorio comportamental del niño (Conrad, Delk y Williams, 1974; Lypton, 1980; Kupietz y Schwartz, 1982). Generalmente primero se anima al niño a que verbalice ante los padres estando solos; después se introduce una persona no familiar y gradualmente se procede a prescindir de la presencia de los padres en el contexto de intervención (desvanecimiento). Combinando este proceso con la aplicación de reforzadores materiales y/o sociales, se obtiene resultados positivos en la mayor parte de los estudios (v.g. Reid et al., 1967; Nolan y Spence, 1970; Wulbert et al., 1973; Rasbury, 1974). Esta combinación es el tratamiento más utilizado, representando la misma un

55,26% de los "paquetes" de intervención en el mutismo selectivo (Olivares, Macià y Méndez, 1993).

Un cierto número de estudios utilizan procedimientos múltiples empleando simultáneamente varias de estas técnicas, por ejemplo, reforzamiento, moldeamiento y desvanecimiento de estímulo. Numerosos estudios han utilizado estos procedimientos combinados. Sin embargo algunos de ellos, tanto informes anecdóticos como estudios sistemáticos de caso único, apoyan su empleo sin presentar evidencia empírica que confirme su eficacia (v.g. Friedman y Karagan, 1973; Rosebaum y Kellman, 1973; Rosenberg y Lindblad, 1978; Austad et al., 1980; Lypton 1980).

Existe también estudios experimentales de caso único que utilizan de forma simultánea estos procedimientos, y consiguen mejorías en un periodo corto de tiempo. No obstante, la generalización de los resultados de un medio a otro suele ser moderada (v.g. Williamson et al., 1977; Sanok y Striefel, 1979; Piersel y Kratochwill, 1981; Watson y Kramer, 1992), y no se suele disponer de datos cuantificados (Olivares, Méndez y Macià, 1993). Sería necesario poder evaluar la relativa eficacia de los diferentes procedimientos durante el curso del tratamiento (Barlow y Hayes, 1979).

2.2.2.1.1. Ejemplos de diseños experimentales de caso único aplicando técnicas conductuales

a) utilizando refuerzo positivo (Albert-Stewart, 1986)

El paciente es un niño de 13 años de edad, nacido en Méjico, que presenta ausencia de habla en ambiente escolar. Cuando tenía 15 meses, su familia emigró a los Estados Unidos y tuvieron que aprender el idioma, aprendizaje para el que la madre siempre se mostró reacia. Previamente había estado incluido en un grupo de orientación psicoanalítica, en el cual había sido aceptado precisamente en función de "quedarse mudo" por lo que se comportaba de acuerdo con esta expectativa; es decir, se había mantenido el mutismo electivo al ser reforzado negativamente (Halpern y cols., 1971; Sluckin, 1977; Goll, 1979).

Durante la sesión inicial hablaba solamente con frases cortas y de forma monótona. Su volumen de voz era tan débil que lo que decía apenas se oía. Cuando se le pedía que hablara de forma audible, reponía elevando el volumen pero su habla no resultaba inteligible. Cuando se le hizo notar al paciente este comportamiento respondió que él tenía la impresión de que su voz era alta y su hablar claro y comprensible.

En la segunda sesión se le instruyó para leer libros de ficción con un micrófono en el mismo pupitre del paciente

registrando su habla en una cinta magnetofónica. Se le dieron instrucciones para hablar alto durante la lectura y se le daba retroalimentación del volumen de voz mediante una luz parpadeante para que pudiese verificar que estaba manteniendo la voz de forma audible y con un volumen constante. Se le reforzó la tarea realizada correctamente con puntos canjeables por monedas y se ignoró el hablar inaudible.

En la tercera sesión el volumen de voz del sujeto encontró el nivel apropiado para ser audible, y la cinta magnetofónica se retiró a cinco pies de distancia. En la cuarta la cinta se colocó a diez pies (v. tabla 10).

Formación del volumen de voz			
Nº de palabras habladas audiblemente			
sesiones: (períodos de 50 minutos)			
1ª	2ª	3ª	4ª (a)
línea base	* reforzamiento diferencial *		
N = 8	N = 25	N = 40/27	N = 46
sin retroalimentación auditiva	con retroalimentación auditiva		
registro magnetofónico en el pupitre del paciente		5 pies de distancia	10 pies de distancia

Tabla 10: Tratamiento del mutismo electivo mediante reforzamiento diferencial (a)
(tomado de Albert-Stewart, 1986)

En posteriores sesiones el sujeto fué capaz de corregir las palabras mal pronunciadas o dejar de hablar accidentalmente, en medio de un párrafo, para continuar leyendo después. Mediante la aplicación de reforzadores de aprobación social, por parte de los compañeros y del terapeuta, se capacitó al paciente para poder alcanzar un buen nivel de comunicación hablada y mantenerlo en las sesiones siguientes (v. tabla 11).

Formación del volumen de voz y habla inteligible							
Nº de palabras habladas audible e inteligiblemente							
sesiones: (períodos de 50 minutos)							
4ª (b)	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
* reforzamiento diferencial *							
N = 38	55	50	67	84	93	91	102
con retroalimentación en todas las sesiones							
registro magnetofónico enfrente del sujeto							

Tabla 11: Tratamiento del mutismo electivo mediante reforzamiento diferencial (b) (tomado de Albert-Stewart, 1986)

b) Utilizando automodelado (Pigott y Gonzales, 1987)

Drwrick y Dove (1980) definieron el automodelado como un cambio de conducta que resulta de la repetida

observación de uno mismo en registro videográfico que muestra solamente la conducta deseada. Dado que la similitud con el modelo acrecienta el efecto del modelado (Rosekrans, 1967), no puede hallarse un modelo más similar que el propio sujeto. Este procedimiento se ha usado para tratar una gran variedad de déficits conductuales (cf. Dowrick y Raeburn, 1977; Dowrick, 1979; Dowrick y Dove, 1980; Dowrick, 1983).

En el caso que nos ocupa se empleó para modelar las conductas de responder a cuestiones planteadas directamente por el maestro al niño y respuestas voluntarias a cuestiones planteadas en general. El automodelado para contestar a las preguntas directas del maestro, las respuestas del paciente fueron seguidas por algún refuerzo social proporcionado por el maestro. Las interacciones positivas se registraron en vídeo y éste se le dió a los padres al mismo tiempo que se les instruía para hacer que el niño lo observara todos los días durante dos semanas. También recibieron instrucciones para alabarle levemente por la tarea que el sujeto iba realizando en el video.

El video automodelado para responder a las preguntas directas del maestro, aumentó el porcentaje promedio de respuesta desde el 0% hasta 79% durante las tres semanas siguientes a la intervención. Este aumento se mantuvo durante todo el estudio (v. tabla 12).

En el automodelado para responder voluntariamente a cuestiones del maestro, dirigidas en general, la cinta contenía escenas en las que éste planteaba varias preguntas a la clase y el paciente levantaba la mano para contestar a las mismas igual que otros estudiantes. Igual que en el caso anterior se le proporcionó la cinta a los padres con las mismas instrucciones.

El video automodelado para contribuir voluntariamente a responder las cuestiones del maestro, produjo en cambio un resultado equívoco. El paciente contribuyó de forma voluntaria seis veces el primer día, tres veces el segundo y cero veces en el tercero y cuarto. Por tanto este procedimiento no resultó eficaz para aumentar la conducta voluntaria sin embargo si tuvo un efecto positivo en las respuestas a cuestiones directas.

En la fase final de autocontrol para contribuir voluntariamente a responder las cuestiones del maestro, por cada día que el paciente tenía seis o más veces las manos levantadas, se le daba un punto como refuerzo, con el que podía obtener algo que previamente había elegido (excursión familiar a un parque de atracciones). Esta etapa produjo un claro aumento el primer día de la misma, respondiendo voluntariamente 16 veces, pero en los días siguientes, se mantuvo alrededor del umbral (v. tabla 13).

porcentaje de respuestas de los niños a las preguntas directas del maestro				
ETAPAS:	base	video	post-video	automodelado
RR. paciente (% medio)	0	73,30	16,60	79,00
RR. compañeros "hábilés" (% medio)				98,50

Tabla 12: Tratamiento del mutismo electivo mediante automodelado (a)
(elaborado a partir de Pigott y Gonzales, 1987)

Número de respuestas voluntarias de los niños a las cuestiones del maestro dirigidas en general																					
ETAPAS	línea base			video	post-video				automodelado				autocontrol								
DÍAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Compañeros "hábilés" (media)					rango: 55, a 12																
Paciente (N°)	0	0	0	7	1	0	0	0	0	6	3	0	0	0	0	0	16	6	7	6	6

Tabla 13: Tratamiento del mutismo electivo mediante automodelado (b)
(elaborado a partir de Pigott y Gonzales, 1987)

c) Utilizando automodelado, filmado y trucado (Olivares, Méndez y Macià, 1993)

Este procedimiento es una variante de la aplicación tradicional del modelado cuya eficacia ya ha sido refrendada por estudios sistemáticos en sujetos con mutismo selectivo (Kehle, Owen y Cressy, 1990).

Surge para resolver el problema cuando la conducta del sujeto no sea lo suficientemente adecuada como para actuar de modelo de sí mismo. En el procedimiento se expone a los sujetos a una jerarquía filmada de secuencias de automodelado (previamente trucado) que progresa a lo largo de cinco fases de cinco items cada una, que van desde la respuesta monosilábica hasta el comportamiento final deseado (habla espontánea del sujeto: realizar preguntas y contestar a preguntas dirigidas al conjunto de la clase).

Este procedimiento presenta la ventaja adicional de modificar las expectativas de los compañeros de clase de los mudos selectivos respecto de la capacidad de éstos últimos para hablar, mediante la proyección de secuencias de video en las que se puede ver y oír hablar al mudo selectivo.

Por una parte la exposición de los sujetos mudos selectivos a las secuencias de automodelado genera un cambio en las propias expectativas sobre su eficiencia

(autoeficacia percibida); por otra parte, el cambio en las expectativas de los compañeros influyen en el incremento verbal que ocurre en el mudo electivo (v. tabla 14).

En el seguimiento (1,6,12 meses) se mantienen los resultados alcanzados por efectos del tratamiento. No está bien documentada sin embargo la generalización de la conducta a situaciones distintas de aquéllas en las que se aplicaron el procedimiento.

Evolución de las expectativas de los compañeros de clase en relación con los mudos electivos.			
Porcentaje del N° de veces que los compañeros suponen que los mudos electivos no contestarán a las preguntas hechas en clase	SUJETOS		
	1	2	3
Pretest	97%	99%	98%
Dos días después de la primera audiovisualización	43%	27%	18%
Posttest	9%	7%	15%

Tabla 14: Evaluación de las expectativas de los compañeros de clase de los mudos electivos utilizando técnicas de automodelado (tomado de Olivares, Méndez y Macià, 1993)

2.2.1.2. Aplicaciones específicas en el mutismo selectivo vs habla reluctante

Los procedimientos conductuales aplicados al mutismo selectivo también se emplean en otros casos menores, como por ejemplo, en el habla reluctante. El refuerzo positivo, cuando se aplica contingentemente a las verbalizaciones de un niño con habla reluctante, también induce a un aumento significativo de la frecuencia de respuestas verbales. Estos resultados amplían los de estudios previos (Straughan et al., 1965; Williamson et al., 1977a) en que ya se habían usado estrategias de manejo de contingencias para modificar los patrones de conducta del habla reluctante (Morin, Ladouceur y Cloutier, 1982).

2.2.1.2.1. Ejemplo de un procedimiento de refuerzo en el tratamiento del habla reluctante (Morin, Ladouceur y Cloutier, 1982)

Consiste en un diseño experimental de caso único, dividido en cinco fases: (A B A B B').

FASE A para establecer la línea base de la conducta
objetivo

FASE B para introducir un reforzamiento diferencial
contingente (premio y refuerzo social)

FASE A retorno a la base con los mismos roles y condiciones

FASE B se restauró el procedimiento de reforzamiento hasta que la conducta objetivo alcanzó un nivel óptimo

FASE B' presentación del reforzamiento del mismo modo que en la segunda y cuarta fase pero con un programa intermitente de razón variable.

Durante la línea base (FASE A), la razón de respuestas fué del 20 %. Esta base se mantuvo estable antes de la introducción del procedimiento contingente de reforzamiento. Cuando se introdujo el refuerzo (FASE B), el porcentaje aumentó al 95,40 %. Con la retirada de esta contingencia (FASE A), la frecuencia de respuestas verbales bajó al 66,60 %. Durante la reintroducción del procedimiento de refuerzo (FASE B), se encontró un nivel óptimo del 100 % en todas las sesiones. Utilizando el programa de refuerzo de razón variable (FASE B'), los resultados obtenidos fueron similares a los encontrados durante la segunda fase. El paciente respondía verbalmente un 70,80%. Un año después el porcentaje de respuestas se mantuvo a nivel óptimo; es decir, que el niño ya no elegía cuando eludir hablar o contestar a las preguntas (v. tabla 15).

Porcentaje de respuestas verbales en las distintas condiciones experimentales						
FASES	A	B	A	B	B'	
%	base	ref+	base	ref+	intermi.	contin.
	20,00	95,40	66,60	100,00	70,80	100,00
días	5	9	13	17	22	un año

Tabla 15: Tratamiento del habla reluctante mediante reforzamientos (elaborado a partir de Morin, Ladoceur y Cloutier, 1982)

2.2.1.3. Aplicaciones específicas en el mutismo selectivo vs mutismo progresivo

Una forma de distinguir entre los procedimientos utilizados para el tratamiento del mutismo selectivo y los empleados para el mutismo progresivo sería considerar que los objetivos del tratamiento en el mutismo progresivo coinciden con la línea base del mutismo selectivo; por tanto la meta terapéutica en la primera fase del tratamiento sería preparar al niño para hablar a algunas personas (mutismo selectivo) y posteriormente se realizaría la intervención de la misma manera que si estuviera dirigida al mutismo selectivo (v. figuras 5 y 6).

	línea de base			tratamiento		
	mutismo	100	. _ . _ .		100	o _ o _ o
electivo	50			50		
(%)	0	* _ * _ *		0		
sesiones		1 2 3			4 5 6	

Figura 5: Objetivos del tratamiento en el mutismo electivo (elaborado a partir de Paniagua y Saeed, 1988)

	línea base		tratamiento I		tratamiento II	
	mutismo	100		100	. _ . _ .	100
progresivo	50		50		50	
(%)	0	o _ o _ o	0	* _ * _ *	0	
sesiones		1 2 3		4 5 6		7 8 9

Figura 6: Objetivos del tratamiento en el mutismo progresivo (elaborado a partir de Paniagua y Saeed, 1988)

interacciones verbales con los padres . _ . _ .

interacciones verbales con otras personas * _ * _ *

interacciones verbales con los padres y con o _ o _ o

otras personas

Puede notarse que la línea base para el mutismo electivo se parece al Tratamiento I para el mutismo progresivo y que el Tratamiento II para el mutismo progresivo se parece al tratamiento del mutismo electivo. En este sentido los datos presentados durante la introducción del Tratamiento I para el mutismo progresivo representa un caso de inicio de mutismo electivo (Ayllon y Kelly, 1974; Paniagua y Saeed, 1988). Esta interpretación apunta hacia la importancia de clasificar a cada niño como mudo electivo o bien como mudo progresivo, porque ello repercutiría en la elección del tratamiento y en la eficacia de los resultados.

2.3. Propuesta de estrategias de tratamiento

Para resumir el problema de la eficacia de las distintas técnicas terapéuticas posibles, quizás sería conveniente exponer el procedimiento diseñado por Labbe y Williamson (1984) en el que se expuso cuál sería el tratamiento más eficaz según las distintas áreas en función de los resultados de la evaluación.

Es claro que en la actualidad, el proceso de intervención no puede de ninguna manera desvincularse del proceso de evaluación. El inicio del tratamiento y quizás la etapa más crítica del mismo previamente sería la disposición de una evaluación conductual completa. Como se

ha señalado anteriormente y aunque esta evaluación no está todavía bien determinada, la evaluación debería incluir una observación directa del habla del niño en una diversidad de situaciones (por ejemplo: en el colegio, en casa, durante el juego, etc.) y ante la presencia de distintas personas (por ejemplo: los padres, maestros y compañeros) en cada una de esas situaciones. Los efectos de esta evaluación llevarían a uno de los cinco resultados posibles y a su vez, cada uno de estos resultados conducirá a una estrategia distinta de tratamiento (Labbe y Williamson, 1984) (v. tabla 16).

Resultado 1): El niño habla con muchas personas en todas las situaciones pero en la mayoría de éstas la frecuencia de habla es muy baja (habla reluctante). Estos casos se podrían tratar con éxito usando programas de manejo de contingencias en el ambiente apropiado. Una vez que se haya aumentado la frecuencia del habla, se podrían desvanecer los estímulos reforzadores manteniéndose la frecuencia del habla bajo control de reforzadores sociales.

Resultado 2): El niño sólo habla con algunas personas en todas las situaciones. El tratamiento iría dirigido a reforzar el habla en presencia de personas extrañas mientras se va desvaneciendo gradualmente la presencia de personas familiares a las que habla. Después del desvanecimiento de estímulo, se podría mantener el habla usando procedimientos de manejo de contingencia.

Resultado 3): El niño habla con muchas personas pero sólo en algunas situaciones. El tratamiento requiere desvanecimiento del contexto ambiental. Cuando el habla haya llegado a restablecerse en diversas situaciones, se podrían desvanecer los refuerzos para que la conducta fuera mantenida por medio de refuerzos sociales.

Resultado 4): El niño sólo habla con muy pocas personas y en un único entorno. El tratamiento requiere desvanecimiento de estímulos, tanto de las personas como del contexto ambiental. Cuando el habla haya llegado a restablecerse en varias situaciones y con diversas personas, se podrían desvanecer los refuerzos manteniéndose el habla mediante refuerzos sociales.

Resultado 5): El niño sólo habla con alguien que no puede participar en el programa de tratamiento. En estos casos es necesario utilizar procedimientos para la iniciación de respuestas con el fin de establecer el habla ante alguna otra persona. Cuando el habla se haya restablecido en presencia de ésta, se podrían usar estrategias de desvanecimiento de estímulo con el fin de obtener la generalización del habla en diferentes situaciones y con distintas personas.

Se espera que estas estrategias de tratamiento sirvan para dos objetivos: primero, presentar un formato para el establecimiento de programas de tratamiento, bien de

mutismo electivo, bien de habla reluctante. Segundo, estas estrategias de tratamiento servirían para hacer predicciones específicas sobre qué "paquete de técnicas" resultaría eficaz con cada clase distinta de trastorno.

Finalmente, en aquellos casos diagnosticados de mutismo progresivo, la meta fundamental de la terapia a corto plazo sería provocar verbalizaciones en el niño en presencia de algunas personas, (justamente el punto en el que se encuentra el mutismo electivo), en lugar de insistir en la generalización de la verbalización del niño hacia todas las personas (lo cual constituye la meta principal en el tratamiento del mutismo electivo). Una vez logrado el primer objetivo, la intervención se desarrollaría igual que si fuera para un niño mudo electivo.

Tabla 16: (tomada de Labbe y Williamson, 1984)

EVALUACIÓN Y ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL MUTISMO ELECTIVO EN LOS NIÑOS

EVALUACIÓN CONDUCTUAL	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO				
Observar el habla de los niños en una amplia variedad de situaciones y con distintas personas	1 Habla ocasionalmente con muchas personas en todas las situaciones (habla reluctante)	Manejo de contingencia en situaciones apropiadas	Reforzar el desvanecimiento	Mantenimiento del habla con refuerzos sociales		
	2 Habla sólo con algunas personas en todas las situaciones	Desvanecimiento de estímulo introduciendo personas nuevas en algunas situaciones	Manejo de contingencia en presencia de todas las personas	Reforzar el desvanecimiento	Mantenimiento del habla con refuerzos sociales	
	3 Habla con muchas personas sólo en algunas situaciones	Desvanecimiento de estímulo introduciendo situaciones	Manejo de contingencia en todas las situaciones	Reforzar el desvanecimiento	Mantenimiento del habla con refuerzos sociales	
	4 Habla sólo con muy pocas personas en sólo una situación	Desvanecimiento de estímulo introduciendo personas nuevas	Desvanecimiento de estímulo introduciendo situaciones	Manejo de contingencia en todas las situaciones y en presencia de todas las personas	Reforzar el desvanecimiento	Mantenimiento del habla con refuerzos sociales
	5 Habla sólo con alguna persona que no puede participar en el programa de tratamiento	PROCEDIMIENTOS PARA LA INICIACIÓN DE RESPUESTAS	Desvanecimiento de estímulo introduciendo personas nuevas y/o situaciones	Manejo de contingencia en todas las situaciones y en presencia de todas las personas	Reforzar el desvanecimiento	Mantenimiento del habla con refuerzos sociales
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Moldear el habla 2 Procedimiento de evitación 3 Procedimiento de escape 4 Reforzamiento inducido 5 Modelado 6 Costo de respuesta 					

II PARTE

**I) ELABORACIÓN DE UNA ESCALA
CONDUCTUAL PARA EL
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DEL MUTISMO ELECTIVO**

I) ELABORACIÓN DE UNA ESCALA CONDUCTUAL PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MUTISMO ELECTIVO

1. DISEÑO

1.1. Planteamiento

En la primera parte se han expuesto las dificultades que plantea el diagnóstico diferencial del mutismo electivo en relación con una gran diversidad de alteraciones del desarrollo del lenguaje originadas por trastornos emocionales, de mayor o menor gravedad; tales como laconismos, lenguajes regresivos, mutismo psicótico, deficiencia mental ligera, etc., o bien derivadas de otros trastornos del desarrollo como por ejemplo en la disfasia funcional de tipo expresivo. Una posible solución para este problema sería precisar si existen rasgos conductuales que permitan discriminar entre los niños mudos electivos y aquéllos que tengan alguna otra alteración del lenguaje.

Con este fin se ha seleccionado una serie de conductas relevantes al problema relacionadas con diversas áreas. Estas conductas se pretenden articular en una escala en la cual se tengan en cuenta como criterio los rasgos conductuales del niño mudo electivo así como también

observaciones relativas a su ambiente familiar, escolar y social. Al mismo tiempo, dada la importancia que tienen para el diagnóstico, se ha procurado reflejar en la elaboración de la misma algunos datos evolutivos correspondientes a los primeros años de la vida del niño. Los items de la escala pueden agruparse en seis categorías relativas a la conducta lingüística, comunicativa y social del niño mudo electivo, así como a distintos rasgos específicos del mismo y también sobre su entorno familiar.

Así pues, dicha escala contiene items relativos a:

- La conducta lingüística y comunicativa (expresiva y comprensiva)
- La conducta social
- Rasgos familiares
- Rasgos evolutivos
- Rasgos físicos y fisiológicos
- Rasgos de personalidad.

Casi todos los items de esta prueba (en total 75) están enunciados de forma afirmativa (tan sólo se exceptúa uno⁴ que en su forma negativa tiene mayor fuerza y expresividad) y corresponden a rasgos o conductas que de forma peculiar se hallan presentes o ausentes en el síndrome del mutismo electivo (v. ANEXO 1).

⁴"su familia no se relaciona socialmente mucho"

Para poder confeccionar dicha prueba se ha seguido un procedimiento paralelo al empleado por Riviere et al., (1988) en su escala para la evaluación del autismo infantil.

1.2. Construcción de la escala

1.2.1. Desarrollo

Para elaborar la escala conductual de desarrollo y seleccionar los items que habrían de componer la misma se ha considerado la opinión de diversos autores, así como la descripción conductual que éstos hacen sobre el comportamiento de los niños mudos electivos.

A continuación se presenta los items seleccionados, acompañados del consiguiente patrón conductual que habría de tener el sujeto mudo electivo, y la referencia de los autores cuya opinión se ha tenido en cuenta para la confección de los mismos. En todo caso la clasificación de los items es en cierta medida convencional, pragmática, puesto que las categorías no son inherentes, excluyentes.

- a) Items relativos a la conducta lingüística y comunicativa (expresiva y comprensiva) del niño mudo electivo:
(16 items).

Incluye items referidos a la comprensión del lenguaje y a temas que implican alto grado de comprensión. También contiene otras formas de expresión no verbal.

1. En la escuela sigue y cumple órdenes simples . . . SI

(Kupietz y Schwartz, 1982; Hill y Scull, 1985; Vidal y Ponce, 1988)

2. Comprende usualmente todo lo que se le dice . . . SI

(Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; DSM III, 1983; Labbe y Williamson, 1984; Cambra, 1988; Vidal y Ponce, 1988)

3. Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza SI

(Cáceres, 1979; Kupiezt y Schwartz, 1982; Cunningham et al., 1983; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Albert-Stewart, 1986; Echeburrúa y Espinet, 1990)

4. Cuando quiere algo señala con el dedo SI

(Cáceres, 1979; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Atoynatan, 1986; Ollendick y Matson, 1988)

5. Cuando se le habla mira al interlocutor NO

(Mayer y Romanini, 1973; Cáceres, 1979; Albert-Stewart, 1986)

6. Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás NO

(Albert-Stewart, 1986; Pigott y Gonzáles, 1987)

7. Gesticula con los brazos para expresarse SI

(Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Monras, 1984; Albert-Stewart, 1986)

8. Utiliza a la madre como intermediaria para hablar SI

(Browne, Wilson y Laybourne, 1963; Kupietz y Schwartz, 1982; Martínez González y colbs. 1984; Hill y Scull, 1985)

9. Generalmente el niño habla a los familiares cercanos SI

(Tramer, 1934; Seelfield, et al., 1950; Van der Kooy y Webster, 1975; Rosenberg y Lindblad, 1978; Kratochwill, Brody y Piersel, 1978; Goll,

1979; Schachter, 1981; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Hoffman y Laub, 1986; Vidal y Ponce, 1988)

10. El niño habla con los profesores NO

(Kupietz y Schwartz, 1982; DSM III, 1983; Morin y Ladouceur, 1984; Vidal y Ponce, 1988; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

11. El niño habla con los compañeros de clase NO

(Friedman y Karagan, 1973, Kratochwill, Brody y Piersel, 1987; Benedetti-Gaddini et al., 1981; DSM III, 1983; Martínez González y cols., 1984; Albert-Stewart, 1986; Vidal y Ponce, 1988; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

12. En el colegio responde a las preguntas de los profesores NO

(Kupietz y Schwartz, 1982; DSM III, 1983; Albert-Stewart, 1986; Vidal y Ponce, 1988; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

13. Tiene algún problema de pronunciación SI

(Goll, 1979; Kolvin y Fundudis, 1982; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Monras, 1984; Martínez

González y colbs., 1984; Albert-Stewart, 1986;
Vidal y Ponce, 1988)

14. En algunos casos habla con monosílabos SI

(Goll, 1979; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983;
Monras, 1984; Albert-Stewart, 1986)

15. A veces habla "murmurando" SI

(Brison, 1966; Monras, 1984; Cambra, 1988;
Ollendick y Matson, 1988)

16. Cuando habla, el volumen de la voz va cambiando
. SI

(Kupietz y Schwartz, 1982; Albert-Stewart,
1986; Cambra, 1988)

b) Items relativos a la conducta social: (10 items)

Contiene items referidos al comportamiento del niño en el colegio así como en otras situaciones sociales, excluyendo la conducta lingüística y comunicativa.

1. Sólo habla en algunas situaciones concretas SI

(Bauermeister y Jamail, 1975; Goll, 1979; Benedetti-Gaddini et al., 1981; Hesselman, 1983; DSM III, 1983; Albert-Stewart, 1986; Hoffman y Laub, 1986)

2. Cuando comenzó a ir al colegio, pasados los primeros momentos, se mostraba contento NO

(Wallis, 1957; Cáceres, 1979; Monras, 1984; Wright et al., 1985; Albert-Stewart, 1986)

3. Es tímido en el colegio SI

(Wright, 1968; Hesselman, 1983; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Monras, 1984; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

4. Tiene dificultad para relacionarse con otros niños SI

(Tramer, 1934; Spieler, 1944; Weber, 1950; Hesselman, 1983; Martínez González y cols, 1984; Monras, 1984; Cambra, 1988; Ollendick y Matson, 1988)

5. Busca la compañía de los demás NO

(Cáceres, 1979; Hesselman, 1983; Cambra, 1984;

Martínez González y colbs. 1984; Monras, 1984;
Ollendick y Matson, 1988)

6. Participa en las actividades escolares NO

(Scott, 1977; Kupietz y Schwartz, 1982;
Olivares, Méndez y Macià, 1993)

7. Generalmente presenta tendencia a aislarse SI

(Hesselman, 1983; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983;
Monras, 1984; Wilkins, 1985; Hoffman y Laub,
1986; Cambra, 1988)

8. Le gusta jugar en grupo NO

(Hesselman, 1983; Martínez González y colbs.,
1984; Monras, 1984; Wilkins, 1985; Cambra, 1988;
Ollendick y Matson, 1988)

9. Los compañeros lo buscan NO

(Landgarten, 1975; Cáceres, 1979; Hesselman,
1983; Martínez González, y colbs., 1984;
Cambra, 1988; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

10. Es el líder de los juegos NO

(Landgarten, 1975; Cáceres, 1979; Hesselman, 1983; Martínez González y cols., 1984; Cambra, 1988; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

c) Items relativos a los rasgos familiares: (12 items)

Incluye items referidos a las relaciones entre los diversos miembros que componen la familia, actitudes y comportamientos.

1. Su familia no se relaciona socialmente mucho . . . SI

(Meijer, 1979; Hesselman, 1983; Lindblad-Golberg, 1986; Kroliam, 1988; Shvarztman y cols., 1990)

2. En general hay armonía en su familia NO

(Pustron y Speers, 1964; Mayer y Romanini, 1973; Meijer, 1979; Goll, 1980; Wergeland, 1980; Hesselman, 1983; Bozigar y Aguilar Hansen, 1984; Wilkins, 1985; Atoynatan, 1986; Shvarztman y cols., 1990)

3. La familia es tímida y reservada SI

(Meijer, 1979; Hesselman, 1983; Atoynatan, 1986;

Lindblad-Golberg, 1986)

4. Los padres dominan con castigos físicos SI

(Hesselman, 1983; Martínez González y colbs.,
1984; Atoynatan, 1986; Lindblad-Golberg, 1986)

5. Hay grandes desavenencias entre ambos padres SI

(Pustrom y Speers, 1964; Meijer, 1979; Goll,
1980; Subak, West y Carlin, 1982; Lazarus,
Gavilo y Moore, 1983; Atoynatan, 1986; Lindblad-
Golberg, 1986; Shvarztman y colbs., 1990)

6. La madre es vergonzosa y retraída SI

(Bradley y Sloman, 1975; Meijer, 1979;
Hesselman, 1983; Wilkins, 1985; Atoynatan, 1986;
Lindblad-Golberg, 1986)

7. La madre y el niño están muy apegados SI

(Weber, 1950; Von Misch, 1952; Mora et al.,
1962; Browne, Wilson y Laybourne, 1963; Pustrom
y Speers, 1964; Youngerman, 1976; Goll, 1980;
Hayden, 1980; Benedetti-Gaddini, 1981;
Hesselman, 1983; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983;
Atoynatan, 1986)

8. El niño se alia con la madre frente al padre SI

(Mora et al., 1962; Browne, Wilson y Laybourne, 1963; Pustrom y Speers, 1964, Meijer, 1979; Goll, 1980; Hayden, 1980; Hesselman, 1983; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Atoynatan, 1986)

9. El silencio del niño despierta cólera en los padres
 SI

(Ruzicka y Sackin, 1974; Hesselman, 1983)

10. La madre es ansiosa y sobreprotectora SI

(Ambrosino y Alessi, 1979; Hesselman, 1983; Wilkins, 1985; Atoynatan, 1986; Lindblad-Golberg, 1986)

11. En la familia hay antecedentes de dificultades con el
 lenguaje SI

(Mayer y Romanini, 1973; Bradley y Sloman, 1975; Meijer, 1979; Myquel y Granon, 1982; Hesselman, 1983; Meyers, 1984)

12. En la familia la comida transcurre de forma normal
 NO

(Cáceres, 1979; Hesselman, 1983; Bayley y Hirst, 1991)

d) Items relativos a los rasgos evolutivos: (8 items)

Incluye items con referencia psicomotora según niveles de edad.

1. Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"
 SI

(Nash et al., 1979; Cáceres, 1979; Hesselman, 1983; Lindblad-Golberg, 1986)

2. Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas SI

(Hill y Scull, 1985; Atoynatan, 1986)

3. En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz
 NO

(Wallis, 1957; Albert-Stewart, 1986; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

4. Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre SI

(Mora et al., 1962; Pustron y Speers, 1964; Hayden, 1980; Atoynatan, 1986)

5. Se le entendía mal después de los tres años . . . SI

(Cáceres, 1979; Kupietz y Schwartz, 1982; Hill y Scull, 1985; Atoynatan, 1986)

6. Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia NO

(Sluckin y Jehú, 1969; Friedman y Karagan, 1973; Bauermeister y Jamail, 1975; Rutter, 1977; Sanok y Ascione, 1979; DSM III, 1983)

7. El silencio comenzó antes de los cuatro años . . . NO

(Seelfield et al., 1950; Meyers, 1984; Wrigth et al., 1985)

8. Antes de los tres años tuvo alguna experiencia traumática (accidente, hospitalización...) SI

(Sluckin, 1977; Halpern, 1981; Myquel y Granon, 1982; Monras, 1984; Bozigar y Aguilar Hansen, 1984; Wright et al., 1985)

e) Items relativos a los rasgos físicos y fisiológicos:

(8 items)

Contiene items que describen distintas reacciones psicofisiológicas así como alusiones a alguna otra anomalía o trastorno físico.

1. Con frecuencia presenta rigidez muscular SI

(Reed, 1963; Cáceres, 1979; Cambra, 1988)

2 Presenta gesticulaciones y tics nerviosos SI

(Pangalilla-Ratulangia, 1959; Kolvin y Fundudis, 1982; Monras, 1984; Hill y Scull, 1985; Cambra, 1988)

3. Tiene problemas de enuresis SI

(Lorand, 1960; Cáceres, 1979; Schachter, 1981; Kolvin y Fundudis, 1982; Saloga, 1983; Bozigar y Aguilar Hansen, 1984; Martínez González y colbs., 1984; Monras, 1984; Hill y Scull, 1985; Wilkins, 1985; Barlow, Strother y Landreth, 1986)

4. Presenta sordera o algún otro trastorno auditivo

. NO

(Rutter, 1977; DSM III, 1983; Labbe y
Williamson, 1984; Cantwell y Baker, 1985)

5. Presenta sudoración palmar SI

(Cambra, 1988)

6. Habitualmente presenta la espina dorsal erguida
. SI

(Mayer y Romanini, 1973; Cambra, 1988)

7. La cabeza y los hombros están torcidos hacia delante
. SI

(Mayer y Romanini, 1973; Cáceres, 1979)

8. Presenta algunas veces encopresis SI

(Wright, 1968; Deliaert y Poort, 1969; Adams,
1970; Schachter, 1981; Kolvin y Fundudis, 1982;
Bozigar y Aguilar Hansen, 1984; Martínez
González y cols., 1984; Monras, 1984; Hill y
Scull, 1985; Wilkins, 1985; Barlow, Strother y
Landreth, 1986)

f) Items relativos a los rasgos de personalidad: (22 items)

En general contiene items relativos a actitudes, comportamientos y capacidades del niño.

1. Tiene miedo a los extraños SI

(Parker et al., 1960; Giliberti-Tincolini, 1964; Goll, 1980; Monras, 1984; Cambra, 1988; Shreeve, 1991)

2. Es un niño extremadamente tímido SI

(Meijer, 1979; Kupietz y Schwartz, 1982; Hesselman, 1983; Monras, 1984; Wilkins, 1985; Wright y colbs., 1985; Hoffman y Laub, 1986; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

3. Presenta temblores si se le pide algo SI

(Kolvin y Fundudis, 1982; Monras, 1984; Hill y Scull, 1985)

4. Tiene algún trastorno mental NO

(Rutter, 1977; Kolvin y Fundudis, 1982; DSM III, 1983)

5. Puede considerarse un niño activo y trabajador
. NO

(Parker y colbs, 1960; Scott, 1977; Cáceres, 1979; Hill y Scull, 1985; Olivares, Méndez y Macià, 1993)

6. Presenta con frecuencia una conducta agresiva . . . SI

(Kurth y Schweigert, 1972; Hesselman, 1983; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983)

7. Es un niño caprichoso SI

(Wright, 1968; Rosenberg y Lindblad, 1978; Wright y colbs., 1985; Wilkins, 1985)

8. Puede considerarse emocionalmente maduro NO

(Heinze, 1932, Tramer, 1934; Spieler, 1944; Weber, 1950; Reed, 1963; Kupietz y Schwartz, 1982; Hesselman, 1983)

9. Es un niño confiado NO

(Tramer, 1934; Weber, 1950; Cáceres, 1979; Hesselman, 1983)

10. Se muestra dependiente de la madre SI

(Von Misch, 1952; Parker, Olsen y Throckmorton,

1960; Pustrom y Speers, 1964; Rosenberg y Lindblad, 1978; Meijer, 1979; Youngerman, 1979; Kolvin y Fundudis, 1982; Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Martínez González y colbs., 1984; Monras, 1984; Westman, 1985; Wright y colbs., 1985; Hill y Scull, 1985; Barlow, Strother y Landreth, 1986)

11. Manipula a las personas para conseguir su objetivo
 SI

(Spieler, 1944; Reed, 1963; Friedman y Karagan, 1973; Wilkins, 1985; Atoynatan, 1986)

12. Siempre llora para conseguir lo que desea SI

(Friedman y Karagan, 1973; Atoynatan, 1986)

13. Consigue cualquier cosa de su madre SI

(Friedman y Karagan, 1973; Atoynatan, 1986)

14. En la casa se muestra dócil NO

(Wright, 1968; Wergeland, 1979; Hesselman, 1983; Monras, 1984; Lindblad-Golberg, 1986)

15. Tiene tendencia a imponer siempre su criterio
 SI

(Spieler, 1944; Friedman y Karagan, 1973;
 Monras, 1984; Atoynatan, 1986)

16. Necesita llamar la atención SI

(Spieler, 1944; Reed, 1963)

17. En la casa presenta excesiva actividad motora
 SI

((Wright, 1968; Wergeland, 1980; Lindblad-
 Golberg, 1986)

18. Presenta actividad motora fuera de la casa . . . NO

(Wright, 1968; Wergeland, 1980; Lindblad-
 Golberg, 1986)

19. Es dócil y moldeable para ser corregido NO

(Wright, 1968; Wergeland, 1979; Hesselman, 1983;
 Lindblad-Golberg, 1986)

20. Presenta una dependencia excesiva de los demás
 SI

(Parker, Olsen y Thokmorton, 1960; Meijer, 1979; Kolvin y Fundudis, 1982; Martínez González y colbs., 1984; Monras, 1984; Wright, y colbs., 1985; Hoffman y Laub, 1986)

21. En las pruebas de inteligencia da normal SI

(Rutter, 1977; Cáceres, 1979; Kolvin y Fundudis, 1982; DSM III, 1983; Monras, 1984; Wilkins, 1985; Paniagua y Saeed, 1988)

22. Tiene rabietas injustificadas SI

(Monras, 1984; Hoffman y Laub, 1986))

1.2.2. Objetivos

El propósito de esta escala sería:

1º) A partir de las puntuaciones obtenidas diferenciar entre sujetos mudos electivos y sujetos que no lo son.

La administración de esta prueba a tres grupos de sujetos; 1) a niños mudos electivos, 2) a niños que presenten otras alteraciones del lenguaje cuya

característica manifiesta principal sea alguna forma de mutismo, o bien, laconismos, lenguajes regresivos, etc., y 3) a sujetos normales; deberá permitir obtener puntuaciones globales significativamente diferentes para el grupo de mudos electivos frente a los otros dos grupos, lo cual nos llevaría con más exactitud hasta una distinción cualitativa de dicho trastorno, siendo esto de gran importancia para un ulterior tratamiento del problema.

2º) Dado que la escala recoge índices evolutivos y/o conductuales que se suponen representativos del mutismo electivo, también sería posible identificar un conjunto de rasgos que se dan en los mudos electivos y que diferencian a éstos de otros sujetos que no lo son.

El objetivo general de la prueba es que por medio de índices cuantitativos, obtenidos a partir de los informes facilitados por las personas más cercanas al niño, ayuden a la discriminación del mutismo electivo, y proporcionen, por tanto, una descripción conductual de estos niños, que conduzca hacia una intervención posterior. Es decir, en la medida en que la escala contenga ítems que discriminen con claridad a los sujetos mudos electivos sería posible definir también un criterio basado sólo en estas características.

La escala, en su forma final, deberá permitir establecer

critérios cuantitativos específicos para los niños mudos electivos, de tal modo que sea posible definir a partir de qué puntuación puede incluirse a un sujeto en este grupo; obteniéndose de este modo una descripción conductual que facilitaría el tratamiento del trastorno.

2. APLICACIÓN

2.1. Procedimiento

2.1.1. Selección de la muestra

Como lo que se pretende con esta prueba es disponer de un instrumento diagnóstico que permita diferenciar entre el mutismo electivo y otras alteraciones del lenguaje, cuya característica principal sea alguna forma de mutismo, a tal efecto, se han seleccionado distintos grupos para la aplicación de la escala entre aquellos sujetos que con mayor probabilidad se han confundido con los niños mudos electivos.

De esta forma se han seleccionado las siguientes entidades diagnósticas:

- *Autismo*: síndrome de autismo infantil primario de Kannner, sin lesiones neurológicas; preferentemente

con buen nivel de lenguaje formal pero déficit en las habilidades comunicativas, o mudos, pero con emisiones esporádicas.

- *Deficientes mentales*: con habla muy deficitaria o reducida.
- *Retraso en el lenguaje y disfasia funcional* de naturaleza expresiva. Niños que comprenden pero que tienen problemas en la producción del lenguaje.
- *Grupo control*, compuesto por sujetos normales.

En todos los grupos se registró el sexo y edad de los sujetos, número de hermanos, orden de nacimiento, estudios y profesión de los padres, siempre que los facilitaban los informadores.

De cada una de estas entidades diagnósticas se seleccionó una muestra inicial de número variable de sujetos, dependiendo de los grupos, que luego se redujo hasta quedar cada grupo formado por un total de 30 sujetos (v. ANEXO 2).

La muestra inicial del grupo *mutismo electivo* estaba formada por 31 sujetos ($N = 31$), la mayoría procedente de distintos Centros de Salud Mental de la Comunidad, aunque también algunos procedían de las sesiones psiquiátricas de

hospitales y colegios y Centros de Rehabilitación del Lenguaje, e incluso de Equipos de Orientación Psicopedagógica.

Esta muestra incluye dos gemelas afectadas al mismo tiempo por el trastorno y con el mismo comportamiento.⁵ (v. Mora, Devault y Schopler, 1965; Jaeger y Mezker, 1968; Tachibana et al., 1982). También se incluye un caso de una niña deficiente mental, circunstancia apuntada ya por otros investigadores (v. Olivares, Méndez y Macià, 1990; Klin y Volkmar, 1993) que pone en cuestión la normalidad mental del mutismo selectivo.

De esta muestra se excluyó uno por alejarse bastante de la edad del grupo, y al mismo tiempo, por ser deficiente mental media.

En la muestra inicial del grupo de *autismo* se incluye a sujetos autistas propiamente dichos; sujetos con T.G.D. y sujetos con rasgos autistas; es decir, considerando el autismo en sentido amplio como un continuo de gravedad que abarcaría todas estas categorías diagnósticas.

Inicialmente esta muestra inicial se componía de 36 sujetos (N = 36), la mayoría ubicados en los Centros específicos, tanto públicos como privados, aunque algunos procedían de las sesiones psiquiátricas de algunos

⁵E.V.X. y R.V.X. Salud mental de Fuenlabrada

hospitales.

Finalmente se excluyeron cinco sujetos: tres autistas, uno T.G.D. y uno con rasgos autistas, cuyas edades excedían de 16 años, y uno con rasgos autistas que aunque de 14 años, presentaba items sin responder.

En la muestra inicial del grupo *deficiencia mental* se encontraron sujetos límites, ligeros, moderados, severos, incluso un niño que por su corta edad sólo podía ser diagnosticado como retrasado general en la edad de desarrollo.

Esta muestra estaba compuesta inicialmente por 41 sujetos ($N = 41$), procedentes principalmente de Centros de Educación Especial, tanto públicos como privados.

Finalmente quedaron reducidos a 30 sujetos, eliminándose uno diagnosticado de retraso en la edad de desarrollo; ocho severos y dos que aún diagnosticados como ligeros, sus edades se alejaba bastante de la edad del grupo.

En la muestra inicial del grupo *retraso del lenguaje* se incluyen sujetos con Disfasias funcionales de tipo expresivo; sujetos diagnosticados de R.S.L., y de R.L., asociados a otros trastornos.

Esta muestra estaba compuesta por 32 sujetos ($N = 32$),

la mayoría procedentes de Centros de Rehabilitación del Lenguaje, algún caso en Centros de Salud Mental, en sesiones psiquiátricas de hospitales, y en Centros de Integración.

De este grupo se excluyeron dos por alejarse bastante de la media de edad y por existir posibilidad de que subyazca alguna base neurológica.

La muestra inicial del *grupo control* la formaron 36 sujetos ($N = 36$), procedentes de distintos colegios de E.G.B. elegidos al azar, de toda la Comunidad de Madrid, procurándose que estuvieran representadas distintas zonas sociogeográficas y distinguiendo la condición público o privado.

De este grupo se excluyeron seis, teniendo como criterio la ausencia de respuestas en la escala.

2.1.2. Administración y criterios de corrección

La escala va dirigida principalmente a terapeutas profesionales (psicólogos, psiquiatras, logopedas, pediatras, etc) y a profesionales de la enseñanza (profesores, pedagogos, educadores, etc) aunque también puede ser respondida por los padres, sobre todo cuando se aplica a niños normales del grupo control.

La escala se presenta a los profesionales o padres los cuales deben anotar la respuesta (SI, NO, NO SABE) en la casilla correspondiente. La persona que contesta la escala indica si la conducta expresada en el ítem se da de forma consistente en el niño, si por el contrario no se observa, o bien, en el caso de haber sido observada, se diera con una intensidad, frecuencia y/o duración tan escasa que llevara al informador a tener serias dudas acerca de la respuesta adecuada. En las instrucciones se pide que se intente eludir en lo posible esta tercera categoría, con el fin de evitar un alto porcentaje de respuestas ambiguas.

Se asigna un punto a todos aquellos ítems cuyas respuestas (SI ó NO) coincidan con las que daría un sujeto prototípico mudo electivo. Asimismo se valoran con cero puntos aquellos ítems cuyas respuestas indicarían que la conducta o los rasgos evaluados en el niño no siguen la misma dirección que la que tendrían los sujetos mudos electivos. (v. ANEXO 1). En el caso de que la respuesta a un determinado ítem, fuera NO SABE o bien no se contestase al mismo, se dicotomiza eligiéndose aquella respuesta que sea normal en el conjunto de la población infantil, es decir, aquélla que no implique sesgo.

De este modo, sumando las puntuaciones de todos los ítems se obtiene una puntuación global que designa el número de ítems que han sido respondidos tal y como se supone que se habría contestado en función de la conducta

prototípica del mudo electivo, obteniéndose con ello un índice que expresaría el grado de proximidad o similitud del sujeto evaluado al patrón de conducta característico del mutismo electivo.

2.1.3. Recogida de datos

Para obtener las muestras referidas se han visitado distintos Centros, y solicitado la colaboración de los mismos así como de Organismos competentes; cuyo ámbito territorial abarca potencialmente toda la Comunidad de Madrid. Entre ellos Centros de Salud Mental, Colegios de Educación Especial, Centros específico de Autismo, Equipos de Orientación, Educación y Psicología, Centros de Rehabilitación del Lenguaje, Gabinetes de Psicología, Hospitales, en las secciones de Psiquiatría, Foniatría, Psicología y Logopedia, así como Colegios de E.G.B. y E.I. (v. ANEXO 3).

Esta tarea fué ardúa y laboriosa. Por una parte, dada la escasa existencia de los distintos grupos patológicos, objetos de la investigación, sobre todo en lo que se refiere al mutismo electivo, no siempre se encontraban sujetos, por lo que el número de Centros fué mucho más elevado que aquéllos que colaboraron finalmente. Por otra parte, los Centros de Salud Mental de la Comunidad utilizan como criterio diagnóstico los incluidos en el ICD-9, y hubo de analizarse con detalle cuáles de los niños que han sido

diagnosticados y tratados en los mismos, incluyéndoseles en el epígrafe 313.2 "Perturbaciones de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social", se correspondían exactamente con mutismo electivo, contemplado en la DSM III como un trastorno específico.⁶ En cuanto al grupo control se procuró que los Centros fueran seleccionados al azar entre distintos colegios y diferentes zonas sociogeográficas.

Aunque la escala podía ser contestada, en principio, por los padres, se prefirió que fueran principalmente los profesionales (Psicólogos, Psiquiatras, Logopedas, Pediatras, Profesores, Educadores, etc.) los que contestaran a la misma, porque se supone que su objetividad en las respuestas sería más fiable para la investigación.

La escala además de los items específicos contiene una serie de datos de referencia personal así como un apartado para las observaciones que se consideren pertinentes. Además, en un protocolo aparte, se piden una serie de datos complementarios: número de hermanos, orden de nacimiento, estudio y profesiones de los padres, e incluso circunstancias especiales relacionadas con la familia (v. ANEXO 4).

⁶En DSM III: 313.2
Trastornos por timidez, hipersensibilidad y retraimiento social
313.21 trastornos por timidez en la niñez
313.22 trastornos por introversión en la niñez
313.23 mutismo electivo

2.2. Análisis de resultados y discusión

Sobre los datos obtenidos, se realizó un ANOVA de un sólo factor (grupo) con cinco tratamientos (*autismo, deficiencia mental, mutismo selectivo, retraso del lenguaje y normales*) de efectos fijos y muestras independientes para puntuaciones dicotómicas con objeto de verificar si la escala mostraba diferencias significativas entre los grupos.

Efectivamente estas diferencias resultaron ser muy significativas ($F = 36.17$, g.l. (4,145), $MC_e = 0.0148$, $p < .0001$) (v. tabla 17). Con objeto de verificar qué diferencias específicas entre grupos estaban produciendo esta significación, se realizaron pruebas de contraste de Scheffé, tomando las puntuaciones medias de cada grupo de dos en dos y resultado muy significativas las diferencias entre el grupo de mutismo selectivo y las restantes ($p < .01$) (v. tabla 18). Si bien algunas otras diferencias entre los otros grupos patológicos y los normales (i.e. AU-NO, DM-NO, NO-RL) resultan también significativas ($p < .05$, $p < .0.5$, $p < .01$) (v. tabla 19). El análisis de la diferencia entre medias pone de manifiesto que el foco principal de la significación se debió a las diferencias entre el mutismo selectivo y el resto de los grupos, resultando la puntuación directa media del mutismo selectivo la más alta y la más baja la del grupo normal (v. tabla 20 y figura 7).

ANOVA (grupos)				
Variable	g.l.	M.C. Error	F	Prob.
Grupo	4, 145	0.0148	36.17	P<.0001

Tabla 17: ANOVA sobre los resultados obtenidos en cada grupo

ME - AU	ME - DM	ME - NO	ME - RL
p<.01	p<.01	p<.01	p<.01

Tabla 18: Significación de las diferencias entre medias para comparaciones binarias por grupos (Scheffé)

ME-AU	ME-DM	ME-NO	ME-RL	AU-DM	AU-NO	AU-RL	DM-NO	DM-RL	NO-RL
p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	--	p<.05	--	p<.05	--	p<.01

Tabla 19: Significación de las diferencias entre medias para todas las posibles combinaciones binarias por grupos (Scheffé)

AUTISMO	D.MENTAL	M.ELECTIVO	NORMAL	R.LENGUAJE
0.364	0.364	0.615	0.254	0.439

Tabla 20: Puntuación media de cada grupo

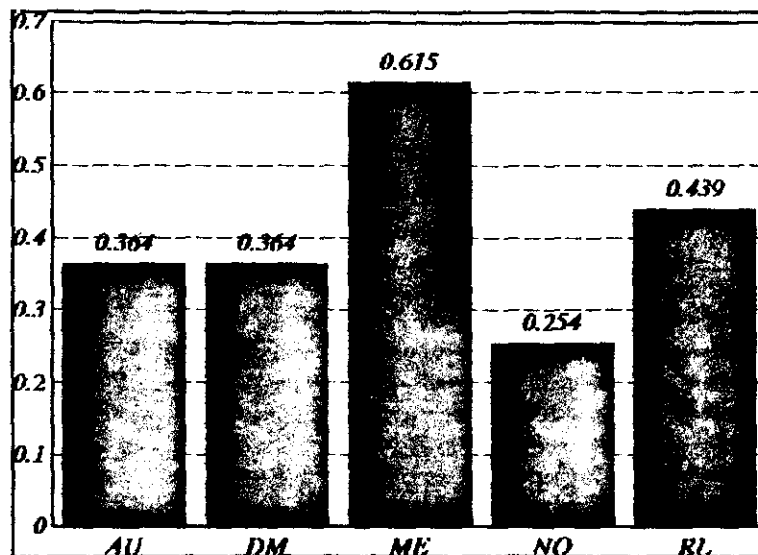


Figura 7: Puntuación media de cada grupo

Este análisis pone de manifiesto que efectivamente la escala globalmente considerada contribuye al diagnóstico diferencial del mutismo selectivo frente a los otros grupos patológicos y los normales.

Con objeto de verificar qué ítems de la escala produjeron estas diferencias entre el mutismo selectivo y las de otros grupos y en qué medida, se realizó un segundo ANOVA sobre los ítems.

Los resultados pueden verse en el ANEXO 5.

En el análisis el cómputo fue 58 de los 76 ítems discriminaban significativamente (v. tabla 21). Para ver exactamente qué ítems discriminaban entre mutismo selectivo y los restantes grupos se emplearon pruebas de Scheffé, resultando significativos 52 de los 58 ítems (v. tabla 22),

ANOVA				
Item	g.l.	M.C.Error	F	Prob.
2	4, 145	0.1598	21.38	p<.0001
3	4, 145	0.1998	3.17	p<.0157
4	4, 145	0.1446	18.21	p<.0001
5	4, 145	0.1437	6.54	p<.0001
6	4, 145	0.1501	25.80	p<.0001
7	4, 145	0.2134	3.41	p<.0107
8	4, 145	0.1641	6.97	p<.0001
9	4, 145	0.1782	5.56	p<.0003
11	4, 145	0.1577	13.04	p<.0001
14	4, 145	0.1487	24.59	p<.0001
15	4, 145	0.1692	8.43	p<.0001
17	4, 145	0.0933	60.18	p<.0001
18	4, 145	0.1520	15.57	p<.0001
20	4, 145	0.1993	10.49	p<.0001
21	4, 145	0.2400	2.25	p<.0665
24	4, 145	0.2007	9.27	p<.0001
25	4, 145	0.1432	6.68	p<.0001
26	4, 145	0.1986	10.94	p<.0001
27	4, 145	0.1979	8.39	p<.0001
28	4, 145	0.11177	3.62	p<.0076
29	4, 145	0.1669	18.23	p<.0001
31	4, 145	0.1975	4.61	p<.0016
32	4, 145	0.1699	13.28	p<.0001
33	4, 145	1.1745	17.48	p<.0001
35	4, 145	0.1347	6.01	p<.0002
36	4, 145	0.2193	6.43	p<.0001
37	4, 145	0.1260	6.40	p<.0001
38	4, 145	0.0789	82.31	p<.0001
40	4, 145	0.1260	3.76	p<.0061
42	4, 145	0.2057	7.73	p<.0001

ANOVA				
Item	g.l.	M.C.Error	F	Prob.
43	4, 145	0.1986	7.92	p<.0001
44	4, 145	0.1828	13.26	p<.0001
45	4, 145	0.1646	17.05	p<.0001
46	4, 145	0.1947	9.12	p<.0001
48	4, 145	0.1223	21.75	p<.0001
49	4, 145	0.2039	9.43	p<.0001
50	4, 145	0.1890	4.89	p<.0010
51	4, 145	0.1028	4.12	p<.0034
52	4, 145	0.1195	3.01	p<.0201
53	4, 145	0.1614	6.13	p<.0001
54	4, 145	0.2218	3.01	p<.0203
55	4, 145	0.0993	58.13	p<.0001
56	4, 145	0.1572	3.77	p<.0060
57	4, 145	0.1768	3.17	p<.0157
58	4, 145	0.1579	22.94	p<.0001
59	4, 145	0.1595	20.75	p<.0001
61	4, 145	0.2152	6.94	p<.0001
63	4, 145	0.1147	3.11	p<.0173
65	4, 145	0.1359	20.19	p<.0001
66	4, 145	0.2120	7.97	p<.0001
68	4, 145	0.1989	3.35	p<.0117
69	4, 145	0.1929	5.58	p<.0003
70	4, 145	0.1094	21.26	p<.0001
71	4, 145	0.2211	3.42	p<.0105
72	4, 145	0.1697	17.35	p<.0001
73	4, 145	0.0717	7.99	p<.0001
75	4, 145	0.1575	19.05	p<.0001
76	4, 145	0.0791	3.88	p<.0051

Tabla 21: ANOVA sobre los resultados por items obtenidos en cada grupo

Nº Item	ME-AU	ME-DM	ME-NO	ME-RL
2	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01
3	p<.05	--	--	--
4	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01
5	--	--	p<.01	p<.01
6	p<.01	p<.01	--	p<.01
8	p<.01	--	--	--
9	--	--	p<.01	--
11	p<.01	p<.01	p<.01	p<.10
14	p<.10	p<.05	p<.01	p<.01
15	--	--	p<.01	--
17	p<.01	p<.01	--	--
18	p<.01	p<.01	p<.01	p<.10
20	p<.01	--	p<.01	--
21	--	--	p<.10	--
24	--	p<.10	p<.01	--
25	p<.01	p<.01	p<.01	--
26	--	--	p<.01	--
27	p<.01	--	p<.01	--
29	p<.05	p<.10	--	p<.01
31	--	p<.05	p<.01	--
32	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01
33	--	p<.05	p<.01	--
35	p<.01	p<.05	p<.01	--
36	p<.01	--	p<.05	--
38	p<.01	p<.01	--	p<.05
40	p<.10	--	p<.05	--
42	p<.01	--	p<.01	--
43	--	p<.01	p<.01	--
44	--	--	p<.01	--
45	--	p<.01	p<.01	p<.01
46	p<.05	--	p<.01	--
48	p<.05	p<.01	p<.01	p<.01

Nº Item	ME-AU	ME-DM	ME-NO	ME-RL
49	--	--	p<.01	--
50	--	--	p<.01	--
51	p<.10	p<.05	p<.05	--
52	p<.05	--	--	--
53	--	p<.10	--	--
54	--	--	p<.10	--
55	p<.01	p<.01	--	p<.01
56	--	--	p<.05	--
58	p<.10	p<.01	p<.01	p<.01
59	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01
61	--	--	p<.01	--
63	p<.10	--	--	--
65	--	--	p<.01	--
66	p<.01	--	p<.01	--
68	--	--	p<.01	--
70	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01
71	--	--	p<.01	--
72	--	p<.01	p<.01	p<.01
73	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01
75	--	p<.01	p<.01	p<.01

Tabla 22: Significación de las diferencias por items entre el mutismo electivo y los demás grupos diagnósticos (Scheffé)

si bien aparecen otras significaciones, teniendo en cuenta todas las posibles comparaciones binarias entre los distintos grupos que componen el estudio (v. tabla 23).

N° Item	ME AU	ME DM	ME NO	ME RL	AU DM	AU NO	AU RL	DM NO	DM RL	NO RL
58	p<.10	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	--	--	--	p<.10
59	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	--	--	p<.05	--	p<.01	--
61	--	--	p<.01	--	--	p<.01	--	p<.01	--	p<.05
63	p<.10	--	--	--	--	--	--	--	--	--
65	--	--	p<.01	--	--	p<.01	--	p<.01	--	p<.01
66	p<.01	--	p<.01	--	p<.10	--	p<.05	p<.05	--	p<.05
68	--	--	p<.01	--	--	--	--	--	--	--
69	--	--	--	--	p<.05	p<.01	--	--	--	--
70	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	--	--	--	--	--	--
71	--	--	p<.05	--	--	--	--	p<.10	--	--
72	--	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	--	--	--
73	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	--	--	--	--	--	--
75	--	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	p<.01	--	--	--
76	--	--	--	--	p<.05	--	--	p<.05	p<.05	--

Tabla 23: Significación de las diferencias por items entre todas las posibles comparaciones binarias de los grupos (Scheffé)

Analizando las puntuaciones medias⁷ de todos los items se observa que cuando existen diferencias significativas entre los grupos, en cada item concreto, son más altas las correspondientes al mutismo electivo, mientras que las puntuaciones más bajas pertenecen al grupo control compuesto por niños normales (v. tabla 24).

⁷También se han hallado la desviación estándar y el error estándar para cada item (v. ANEXO 5)

MEDIA					
Nº Item	AU	DM	ME	NO	RL
1	0.900	0.933	0.867	0.967	0.967
2	0.367	0.233	1.000	0.133	0.433
3	0.133	0.267	0.533	0.267	0.300
4	0.133	0.167	0.800	0.067	0.333
5	0.267	0.200	0.467	0.000	0.100
6	0.067	0.267	0.733	0.933	0.300
7	0.500	0.300	0.433	0.167	0.167
8	0.467	0.700	0.933	0.933	0.700
9	0.400	0.200	0.500	0.033	0.233
10	0.233	0.200	0.233	0.033	0.167
11	0.200	0.067	0.700	0.100	0.400
12	0.067	0.167	0.100	0.033	0.000
13	0.167	0.133	0.333	0.067	0.200
14	0.700	0.767	0.400	0.100	1.000
15	0.533	0.200	0.467	0.000	0.200
16	0.067	0.100	0.267	0.067	0.100
17	0.067	0.200	0.900	1.000	0.833
18	0.200	0.167	0.733	0.000	0.400
19	0.200	0.433	0.500	0.300	0.467
20	0.167	0.600	0.767	0.200	0.567
21	0.500	0.433	0.600	0.233	0.433
22	0.400	0.267	0.333	0.300	0.267
23	0.167	0.367	0.233	0.100	0.167
24	0.333	0.733	0.400	0.933	0.500
25	0.133	0.133	0.500	0.033	0.233
26	0.667	0.500	0.567	0.033	0.700
27	0.267	0.467	0.700	0.067	0.400
28	0.967	0.700	0.867	0.767	0.967
29	0.767	0.700	0.400	0.133	0.933
30	0.133	0.433	0.300	0.300	0.367

MEDIA					
Nº Item	AU	DM	ME	NO	RL
31	0.367	0.167	0.567	0.133	0.333
32	0.367	0.200	0.800	0.100	0.233
33	0.900	0.333	0.733	0.100	0.433
34	0.233	0.200	0.233	0.100	0.033
35	0.033	0.133	0.433	0.067	0.267
36	0.267	0.500	0.800	0.367	0.667
37	0.067	0.100	0.233	0.033	0.433
38	0.033	0.033	0.933	0.967	0.667
39	0.133	0.267	0.267	0.033	0.233
40	0.100	0.133	0.367	0.033	0.167
41	0.200	0.433	0.300	0.500	0.367
42	0.167	0.400	0.700	0.200	0.567
43	0.567	0.200	0.633	0.100	0.367
44	0.800	0.500	0.767	0.133	0.767
45	0.767	0.133	0.633	0.100	0.233
46	0.233	0.300	0.600	0.100	0.667
47	0.767	0.933	0.767	0.933	0.967
48	0.233	0.167	0.767	0.033	0.067
49	0.800	0.367	0.633	0.167	0.333
50	0.200	0.433	0.500	0.067	0.267
51	0.067	0.033	0.300	0.033	0.200
52	0.000	0.167	0.300	0.167	0.100
53	0.200	0.533	0.233	0.033	0.200
54	0.267	0.467	0.533	0.167	0.400
55	0.000	0.067	0.933	0.867	0.600
56	0.267	0.300	0.367	0.033	0.100
57	0.200	0.200	0.367	0.067	0.400
58	0.667	0.233	0.967	0.100	0.400
59	0.200	0.100	0.933	0.300	0.533
60	0.100	0.200	0.267	0.100	0.267

Nº Item	MEDIA				
	AU	DM	ME	NO	RL
61	0.533	0.600	0.600	0.067	0.467
62	0.967	0.933	0.967	0.967	0.867
63	0.033	0.200	0.300	0.067	0.100
64	0.133	0.167	0.133	0.000	0.067
65	0.967	0.867	0.833	0.200	0.700
66	0.267	0.633	0.733	0.233	0.667
67	0.167	0.500	0.467	0.200	0.467
68	0.267	0.367	0.467	0.067	0.333
69	0.567	0.200	0.367	0.067	0.367
70	0.033	0.133	0.700	0.033	0.167
71	0.367	0.500	0.533	0.133	0.333
72	0.800	0.133	0.700	0.167	0.267
73	0.067	0.000	0.333	0.000	0.067
74	0.500	0.333	0.533	0.233	0.400
75	0.767	0.167	0.633	0.033	0.233
76	0.033	0.267	0.100	0.033	0.033

Tabla 24: Puntuación media de los resultados obtenidos en cada ítem, en cada uno de los grupos

Por último se han seleccionado los ítems que presentan diferencias significativas entre *mutismo selectivo* y *autismo* (v. tabla 25); los que diferencian entre *mutismo selectivo* y *deficiencia mental* (v. tabla 26); igualmente entre *mutismo selectivo* y *sujetos normales* (v. tabla 27) y de la misma manera entre *mutismo selectivo* y *retraso del lenguaje* (v. tabla 28), con los que finalmente se formará la escala para el diagnóstico diferencial del *mutismo selectivo*.

Tabla 25:

Nº	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y AUTISMO	Prob.
2	Sólo habla en algunas situaciones concretas	p<.01
3	Su familia no se relaciona socialmente mucho	p<.05
4	Tiene miedo a los extraños	p<.01
6	Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"	p<.01
8	Comprende usualmente todo lo que se le dice	p<.01
11	Es un niño extremadamente tímido	p<.01
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.10
17	Tiene algún trastorno mental	p<.01
18	Es un niño confiado	p<.01
20	Es dócil y moldeable para ser corregido	p<.01
25	Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre	p<.01
27	La madre es ansiosa y sobreprotectora	p<.01
29	Tiene algún problema de pronunciación	p<.05
32	El niño habla con los profesores	p<.01
35	La familia es tímida y reservada	p<.01
36	La madre y el niño están muy apegados	p<.01
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.01
40	Siempre llora para conseguir lo que desea	p<.10
42	Es un niño caprichoso	p<.01
46	Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza	p<.05
48	En el colegio responde a las preguntas de los profesores	p<.01
51	La madre es vergonzosa y retraída	p<.10
52	El niño se alia con la madre frente al padre	p<.01
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.01
58	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás	p<.10
59	Es tímido en el colegio	p<.01

Nº	Items con diferencias significativas entre:	Prob.
	MUTISMO ELECTIVO y AUTISMO	
63	La cabeza y los hombros están torcidos hacia delante	p<.10
66	Se muestra dependiente de la madre	p<.01
70	Utiliza a la madre como intermediaria para hablar	p<.01
73	El silencio del niño despierta cólera en los padres	p<.01

Tabla 26:

Nº	Items con diferencias significativas entre:	Prob.
	MUTISMO ELECTIVO y DEFICIENCIA MENTAL	
2	Sólo habla en algunas situaciones concretas	p<.01
4	Tiene miedo a los extraños	
6	Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"	p<.01
11	Es un niño extremadamente tímido	p<.01
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.05
17	Tiene algún trastorno mental	p<.01
18	Es un niño confiado	p<.01
24	El silencio comenzó antes de los cuatro años	p<.10
25	Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre	p<.01
29	Tiene algún problema de pronunciación	p<.10
31	Cuando se le habla mira al interlocutor	p<.05
32	El niño habla con los profesores	p<.01
33	Tiene dificultad para relacionarse con otros niños	p<.05
35	La familia es tímida y reservada	p<.05
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.01
43	Busca la compañía de los demás	p<.01
45	Le gusta jugar en grupo	p<.01

Nº	Items con diferencias significativas entre:	Prob.
	MUTISMO ELECTIVO y DEFICIENCIA MENTAL	
48	En el colegio responde a las preguntas de los profesores	p<.01
51	La madre es vergonzosa y retraída	p<.05
53	Presenta articulaciones y tics nerviosos	p<.10
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.01
58	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás	p<.01
59	Es tímido en el colegio	p<.01
70	Utiliza a la madre como intermediaria para hablar	p<.01
72	Generalmente presenta tendencia a aislarse	p<.01
73	El silencio del niño despierta cólera en los padres	p<.01
75	El niño habla con los compañeros de clase	p<.01

Tabla 27:

Nº	Items con diferencias significativas entre:	Prob.
	MUTISMO ELECTIVO y NORMALES	
2	Sólo habla en algunas situaciones concretas	p<.01
4	Tiene miedo a los extraños	p<.01
5	Con frecuencia presenta rigidez muscular	p<.01
9	Cuando comenzó a ir al colegio, pasados los primeros momentos, se mostraba contento	p<.01
11	Es un niño extremadamente tímido	p<.01
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.10
15	En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz	p<.01
18	Es un niño confiado	p<.01
20	Necesita llamar la atención	p<.01
21	Es dócil y moldeable para ser corregido	p<.10
24	El silencio comenzó antes de los cuatro años	p<.01
25	Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre	p<.01

Nº	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y NORMALES	Prob.
26	Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas	p<.01
27	La madre es ansiosa y sobreprotectora	p<.01
31	Cuando se le habla mira al interlocutor	p<.01
32	El niño habla con los profesores	p<.01
33	Tiene dificultad para relacionarse con otros niños	p<.01
35	La familia es tímida y reservada	p<.01
36	La madre y el niño están muy apegados	p<.05
40	Siempre llora para conseguir lo que desea	p<.05
42	Es un niño caprichoso	p<.01
43	Busca la compañía de los demás	p<.01
44	En algunos casos habla con monosílabos	p<.01
45	Le gusta jugar en grupo	p<.01
46	Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza	p<.01
48	En el colegio responde a las preguntas de los profesores	p<.01
49	Los compañeros lo buscan	p<.01
50	Cuando habla el volumen de la voz va cambiando	p<.01
51	La madre es vergonzosa y retraída	p<.01
54	Tiene tendencia a imponer siempre su criterio	p<.10
56	Hay grandes desavenencias entre ambos padres	p<.01
58	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás	p<.01
59	Es tímido en el colegio	p<.01
61	Habitualmente presenta la espina dorsal erguida	p<.01
65	Puede considerarse emocionalmente maduro	p<.01
66	Se muestra dependiente de la madre	p<.01
68	Presenta una dependencia excesiva de los demás	p<.01
70	Utiliza a la madre como intermediaria para hablar	p<.01

Nº	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y NORMALES	Prob.
71	A veces habla "murmurando"	p<.05
72	Generalmente presenta tendencia a aislarse	p<.01
73	El silencio del niño despierta cólera en los padres	p<.01
75	El niño habla con los compañeros de clase	p<.01

Tabla 28:

Nº	Items con diferencias significativas entre: MUTISMO ELECTIVO y RETRASO DEL LENGUAJE	Prob.
2	Sólo habla en algunas situaciones concretas	p<.01
4	Tiene miedo a los extraños	p<.01
5	Con frecuencia presenta rigidez muscular	p<.01
6	Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"	p<.01
11	Es un niño extremadamente tímido	p<.10
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.01
18	Es un niño confiado	p<.10
29	Tiene algún problema de pronunciación	p<.01
32	El niño habla con los profesores	p<.01
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.05
45	Le gusta jugar en grupo	p<.01
48	En el colegio responde a las preguntas de los profesores	p<.01
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.01
58	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás	p<.01
59	Es tímido en el colegio	p<.01
70	Utiliza a la madre como intermediaria para hablar	p<.01
72	Generalmente presenta tendencia a aislarse	p<.01
73	El silencio del niño despierta cólera en los padres	p<.01
75	El niño habla con los compañeros de clase	p<.01

Efectuando dichas comparaciones los números de items que han resultado con diferencias significativas entre los distintos pares binarios son: 42 para mutismo selectivo - normales (= 55,26 %); 30 para mutismo selectivo - autistas (=39,47 %); 27 para mutismo selectivo - deficiencia mental (= 35,52 %) y 19 para mutismo selectivo - retraso del lenguaje (= 25 %). Es importante señalar que se han encontrado 11 items (= 14,47 %) que de forma simultánea presentan diferencia significativa para los cuatro pares de comparaciones (v. tabla 29 y figura 8), por lo cual puede afirmarse que los mismos implican una mayor capacidad diferenciadora dentro de la escala.

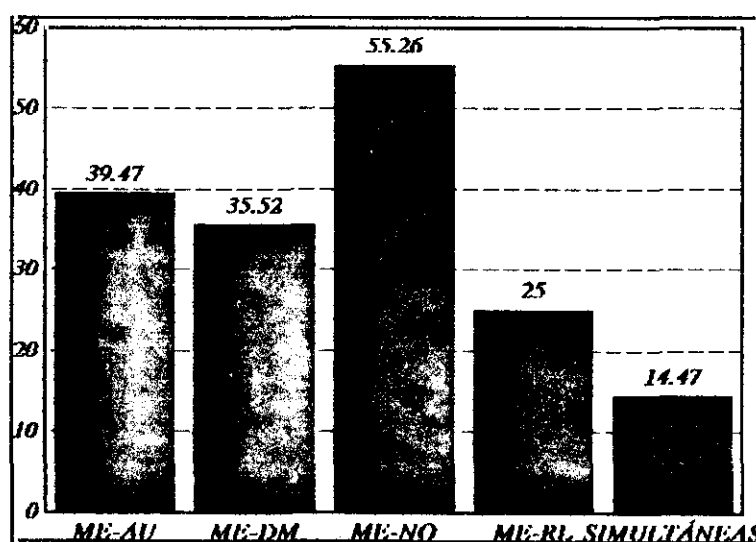


Figura 8: Porcentajes de items significativos en la prueba en función de las diferencias entre grupos

	ME-AU	ME-DM	ME-NO	ME-RL	SIMULTÁNEAS
Nº Items	30	27	42	19	11
% Items	39,47	35,52	55,26	25,00	14,47

Tabla 29: Número y porcentaje de items significativos en la prueba, en función de las diferencias entre grupos.

Por otra parte, también aparecen algunos items que presentan asimismo diferencias significativas entre las siguientes comparaciones binarias: *autismo y deficiencia mental* (v. tabla 30); *autismo y normales* (v. tabla 31); *autismo y retraso del lenguaje* (v. tabla 32); *deficiencia mental y normales* (v. tabla 33); *deficiencia mental y retraso del lenguaje* (v. tabla 34) y *normales y retraso del lenguaje* (v. tabla 35), que podrían igualmente emplearse en el estudio, evaluación o diagnóstico diferencial entre estos grupos.

Tabla 30:

Nº	Items con diferencias significativas entre: AUTISMO y DEFICIENCIA MENTAL	Prob.
15	En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz	p<.05
20	Necesita llamar la atención	p<.01
28	Es el líder de los juegos	p<.05
33	Tiene dificultad para relacionarse con otros niños	p<.10
43	Busca la compañía de los demás	p<.05
45	Le gusta jugar en grupo	p<.01
49	Los compañeros lo buscan	p<.01

53	Presenta articulaciones y tics nerviosos	p<.01
58	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás	p<.01
66	Se muestra dependiente de la madre	p<.10
69	Tiene rabieta injustificadas	p<.05
72	Generalmente presenta tendencia a aislarse	p<.01
75	El niño habla con los compañeros de clase	p<.01
76	Presenta con frecuencia una conducta agresiva	p<.05

Tabla 31:

Nº	Items con diferencias significativas entre: AUTISMO y NORMALES	Prob.
7	Puede considerarse un niño activo y trabajador	p<.10
9	Cuando comenzó a ir al colegio, pasados los primeros momentos, se mostraba contento	p<.05
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.01
15	En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz	p<.01
17	Tiene algún trastorno mental	p<.01
24	El silencio comenzó antes de los cuatro años	p<.01
26	Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas	p<.01
33	Tiene dificultad para relacionarse con otros niños	p<.01
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.01
43	Busca la compañía de los demás	p<.01
44	En algunos casos habla con monosílabos	p<.01
45	Le gusta jugar en grupo	p<.01
49	Los compañeros lo buscan	p<.01
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.01
58	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás	p<.01
61	Habitualmente presenta la espina dorsal erguida	p<.01

65	Puede considerarse emocionalmente maduro	p<.01
69	Tiene rabieta injustificadas	p<.01
72	Generalmente presenta tendencia a aislarse	p<.01
75	El niño habla con los compañeros de clase	p<.01

Tabla 32:

Nº	Items con diferencias significativas entre: NORMAL y RETRASO DEL LENGUAJE	Prob.
2	Sólo habla en algunas situaciones concretas	p<.10
11	Es un niño extremadamente tímido	p<.10
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.01
18	Es un niño confiado	p<.01
20	Necesita llamar la atención	p<.05
24	El silencio comenzó antes de los cuatro años	p<.01
26	Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas	p<.01
27	La madre es ansiosa y sobreprotectora	p<.10
29	Tiene algún problema de pronunciación	p<.01
33	Tiene dificultad para relacionarse con otros niños	p<.10
37	En la familia hay antecedentes de dificultades con el lenguaje	p<.01
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.01
42	Es un niño caprichoso	p<.05
44	En algunos casos habla con monosílabos	p<.01
46	Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza	p<.01
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.05
57	Cuando quiere algo señala con el dedo	p<.10
58	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás	p<.10
61	Habitualmente presenta la espina dorsal erguida	p<.05
65	Puede considerarse emocionalmente maduro	p<.01
66	Se muestra dependiente de la madre	p<.05

Tabla 33:

Nº	Items con diferencias significativas entre: DEFICIENCIA MENTAL y NORMAL	Prob.
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.01
17	Tiene algún trastorno mental	p<.01
20	Necesita llamar la atención	p<.05
26	Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas	p<.01
27	La madre es ansiosa y sobreprotectora	p<.05
29	Tiene algún problema de pronunciación	p<.01
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.01
44	En algunos casos habla con monosílabos	p<.05
50	Cuando habla el volumen de la voz va cambiando	p<.05
53	Presenta articulaciones y tics nerviosos	p<.01
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.01
61	Habitualmente presenta la espina dorsal erguida	p<.01
65	Puede considerarse emocionalmente maduro	p<.01
66	Se muestra dependiente de la madre	p<.05
72	Generalmente presenta tendencia a aislarse	p<.10
75	El niño habla con los compañeros de clase	p<.05

Tabla 34:

Nº	Items con diferencias significativas entre: DEFICIENCIA MENTAL y RETRASO DEL LENGUAJE	Prob.
11	Es un niño extremadamente tímido	p<.05
17	Tiene algún trastorno mental	p<.01
28	Es el líder de los juegos	p<.10
37	En la familia hay antecedentes de dificultades con el lenguaje	p<.05
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.01

46	Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza	p<.05
53	Presenta articulaciones y tics nerviosos	p<.05
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.01
59	Es tímido en el colegio	p<.01
76	Presenta con frecuencia una conducta agresiva	p<.05

Tabla 35:

Nº	Items con diferencias significativas entre: AUTISMO y RETRASO DEL LENGUAJE	Prob.
7	Puede considerarse un niño activo y trabajador	p<.10
14	Se le entendía mal después de los tres años	p<.10
15	En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz	p<.05
17	Tiene algún trastorno mental	p<.01
20	Necesita llamar la atención	p<.05
29	Tiene algún problema de pronunciación	p<.01
33	Tiene dificultad para relacionarse con otros niños	p<.01
36	La madre y el niño están muy apegados	p<.05
37	En la familia hay antecedentes de dificultades con el lenguaje	p<.01
38	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia	p<.01
42	Es un niño caprichoso	p<.05
45	Le gusta jugar en grupo	p<.01
46	Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza	p<.01
49	Los compañeros lo buscan	p<.01
55	En las pruebas de inteligencia da normal	p<.01
59	Es tímido en el colegio	p<.05
66	Se muestra dependiente de la madre	p<.05
72	Generalmente presenta tendencia a aislarse	p<.01
75	El niño habla con los compañeros de clase	p<.01

Atribuyendo una puntuación ^a a los items representantes de las conductas que caracterizan con mayor fuerza el mutismo electivo, resultan unos valores descriptivos en la escala general (v. tabla 36) y unos valores discriminativos entre mutismo electivo y autismo (v. tabla 37), mutismo electivo y deficiencia mental (v. tabla 38), mutismo electivo y normal (v. tabla 39) y mutismo electivo y retraso del lenguaje (v. tabla 40).

VALOR DESCRIPTIVO DEL MUTISMO ELECTIVO DE CADA UNO DE LOS ITEMS							
Items	punt.	Items	punt.	Items	punt.	Items	punt.
2	4	55	3	29	1.6	50	1
4	4	72	3	31	1.5	61	1
32	4	75	3	33	1.5	65	1
48	4	35	2.5	36	1.5	68	1
59	4	38	2.5	46	1.5	40	0.6
70	4	5	2	24	1.1	3	0.5
73	4	17	2	51	1.1	52	0.5
11	3.1	20	2	8	1	56	0.5
18	3.1	27	2	9	1	71	0.5
58	3.1	42	2	15	1	21	0.1
6	3	43	2	26	1	53	0.1
25	3	66	2	44	1	54	0.1
45	3	14	1.7	49	1	63	0.1

Tabla 36: Valor descriptivo del MUTISMO ELECTIVO de cada uno de los items

^aLos puntos han sido asignados en función del N.C. de cada item (1 punto al N.C. = 1%; 0.5 punto al N.C. = 5% y 0.1 punto al N.C. = 10%), según los distintos grupos diagnósticos y sumándose todos ellos en la escala general

VALOR DISCRIMINATIVO ENTRE ME-AU							
Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt
2	1	25	1	55	1	52	0.5
4	1	27	1	59	1	14	0.1
6	1	32	1	66	1	40	0.1
8	1	35	1	70	1	51	0.1
11	1	36	1	73	1	58	0.1
17	1	38	1	3	0.5	63	0.1
18	1	42	1	29	0.5		
20	1	48	1	46	0.5		

Tabla 37 : Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y AUTISMO, de cada uno de los items

VALOR DISCRIMINATIVO ENTRE ME-DM							
Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt
2	1	32	1	59	1	33	0.5
4	1	38	1	70	1	35	0.5
6	1	43	1	72	1	51	0.5
11	1	45	1	73	1	24	0.1
17	1	48	1	75	1	29	0.1
18	1	55	1	14	0.5	53	0.1
25	1	58	1	31	0.5		

Tabla 38: Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y DEFICIENCIA MENTAL, de cada uno de los items

VALOR DISCRIMINATIVO ENTRE ME-NO							
Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt
2	1	27	1	49	1	75	1
4	1	31	1	50	1	36	0.5
5	1	32	1	58	1	40	0.5
9	1	33	1	59	1	51	0.5
11	1	35	1	61	1	56	0.5
15	1	42	1	65	1	71	0.5
18	1	43	1	66	1	14	0.1
20	1	44	1	68	1	21	0.1
24	1	45	1	70	1	54	0.1
25	1	46	1	72	1		
26	1	48	1	73	1		

Tabla 39: Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y NORMALES, de cada uno de los items

VALOR DISCRIMINATIVO ENTRE ME-RL							
Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt.	Items	Punt
2	1	29	1	58	1	75	1
4	1	32	1	59	1	38	0.5
5	1	45	1	70	1	11	0.1
6	1	48	1	72	1	18	0.1
14	1	55	1	73	1		

Tabla 40: Valor discriminativo entre MUTISMO ELECTIVO y RETRASO DEL LENGUAJE, de cada uno de los items

Igualmente se van a considerar una serie de datos que pueden ser de importancia: diferencia de sexo de los niños en los distintos grupos (dato aportado por todos los informadores); orden de nacimiento de los mismos, número de hermanos que existen en la familia, nivel de estudios alcanzado por el padre y por la madre (cuando éstos fueron facilitados), catalogándose dicho nivel para ambos padres en cuatro categorías: carece, básico, medio y superior (v. tabla 41 y figuras 9, 10, 11, 12 y 13).

No todos los informadores aportaron estos datos complementarios, si bien el porcentaje de los que colaboraron es considerable, aunque varíe según se realice el cómputo partiendo de la muestra inicial o de la muestra finalmente seleccionada (v. tabla 42).

Aportación de datos complementarios			
MUESTRA	Nº	Nº	%
Inicial	176	152	86,36 %
Final	150	135	90,00 %

Tabla 42: Porcentaje de datos complementarios, considerando el cómputo de las muestras

DATOS SELECCIONADOS Y CATEGORÍAS		Nº sujetos/grupo				
		AU	DM	ME	NO	RL
SEXO	varón	24	20	13	15	24
	mujer	6	10	17	15	6
Nº de orden de nacimiento	1º	15	14	9	15	6
	2º	10	5	11	12	9
	3º	4	4	3	1	0
	4º	0	1	1	0	3
	5º	1	0	0	1	0
	SIN DATOS	0	6	6	1	2
Nº de hermanos	1	5	6	3	4	5
	2	18	9	11	16	15
	3	6	6	7	8	5
	4	0	2	3	0	2
	5	1	1	0	1	1
	SIN DATOS	0	6	6	1	2
Nivel estudios Padre	Carece	0	0	0	0	1
	Básico	8	10	15	4	4
	Medio	3	1	5	4	8
	Superior	6	2	1	14	7
	SIN DATOS	13	17	9	7	10
Nivel estudios Madre	Carece	0	1	1	0	1
	Básico	9	11	15	5	7
	Medio	4	1	3	3	8
	Superior	2	0	1	14	4
	SIN DATOS	15	17	10	8	10

Tabla 41: Nº de sujetos de cada grupo, según datos seleccionados y categorías

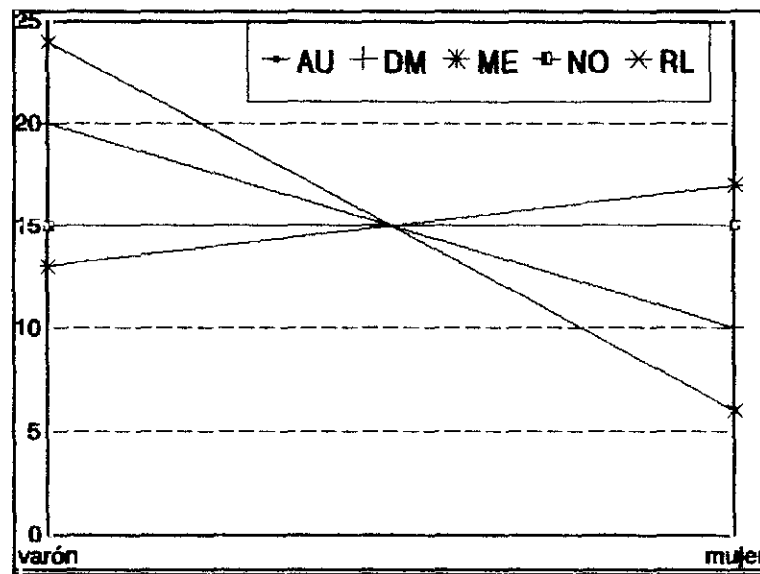


Figura 9: Distribución de los sujetos por sexo en los distintos grupos

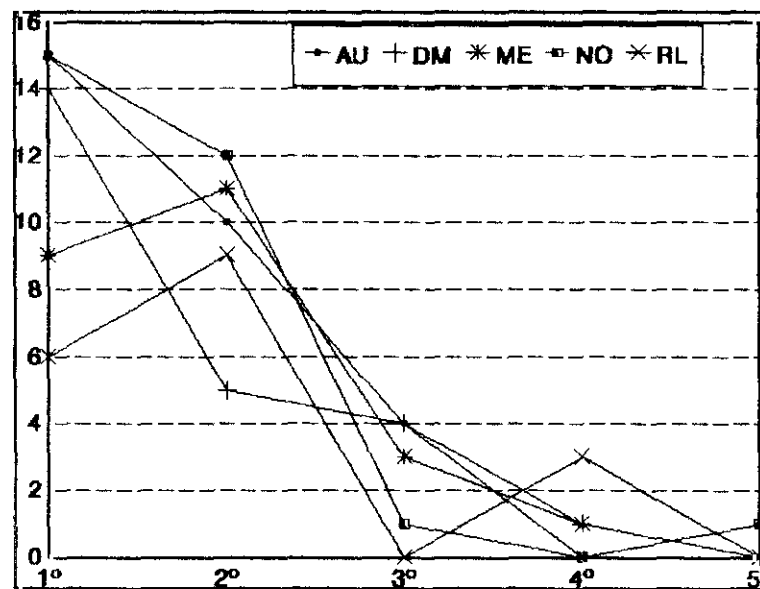


Figura 10: N° de orden de nacimiento de los sujetos en los distintos grupos

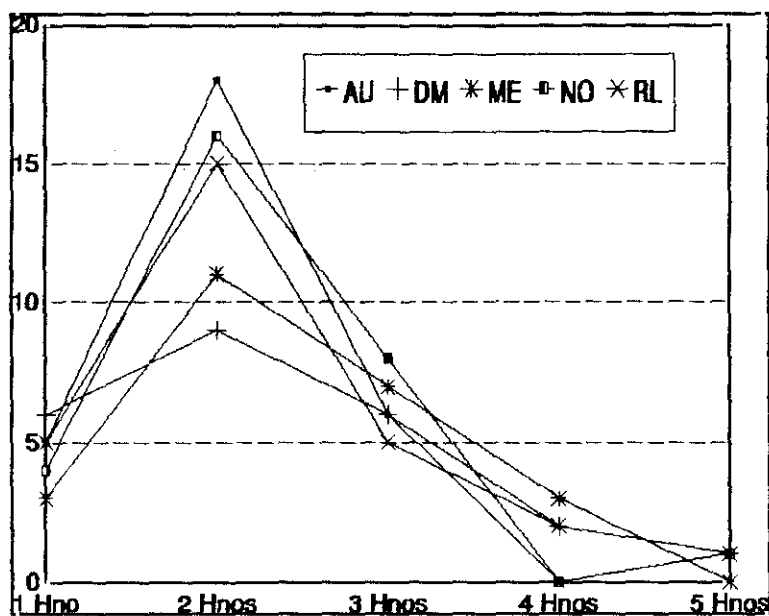


Figura 11: Número de hermanos por sujetos en los distintos grupos

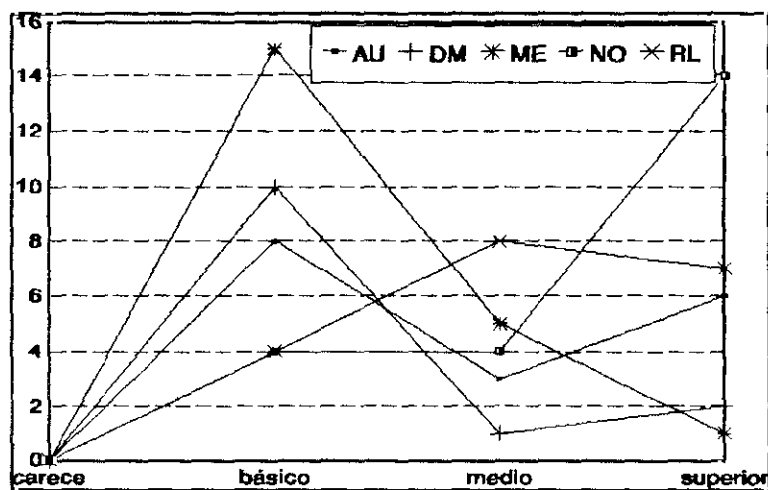


Figura 12: Nivel de estudios alcanzado por el PADRE en los distintos grupos

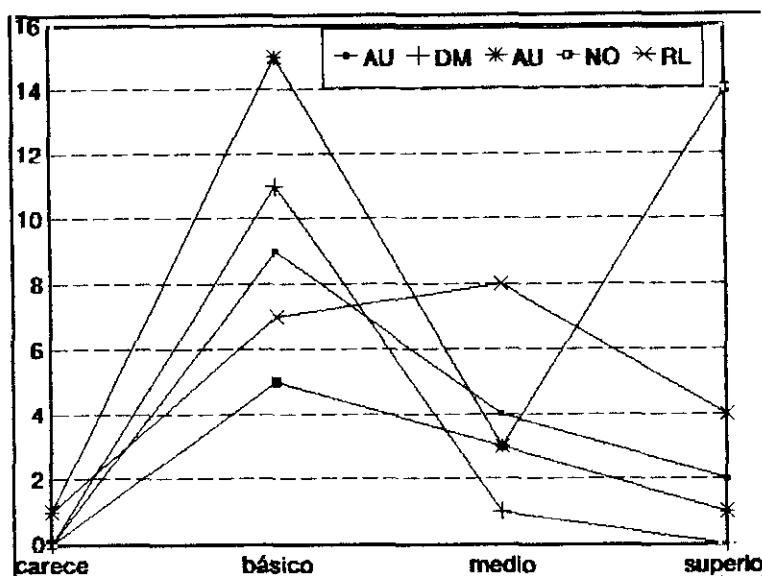


Figura 13: Nivel de estudios alcanzado por la MADRE en los distintos grupos

Del análisis estadístico (v. ANEXO 5) se deduce que no existen diferencias significativas en el mutismo selectivo con respecto a ninguno de estos datos complementarios pero no obstante los grupos son poco numerosos para hacer alguna afirmación de modo concluyente.

De la misma manera se estudia si la diferencia de sexo hallada en los distintos grupos muestrales es estadísticamente significativa y por tanto se puede hacer extensible a las poblaciones que representan (v. figura 14), resultando significativa en autismo ($Z= 3.28, p<.01$), deficiencia mental ($Z= 1.82, p<.05$) y retraso del lenguaje ($Z= 3.28, p<.01$) y no significativa en el mutismo selectivo ($Z= 0.73, p<.25$) (v. tabla 43).

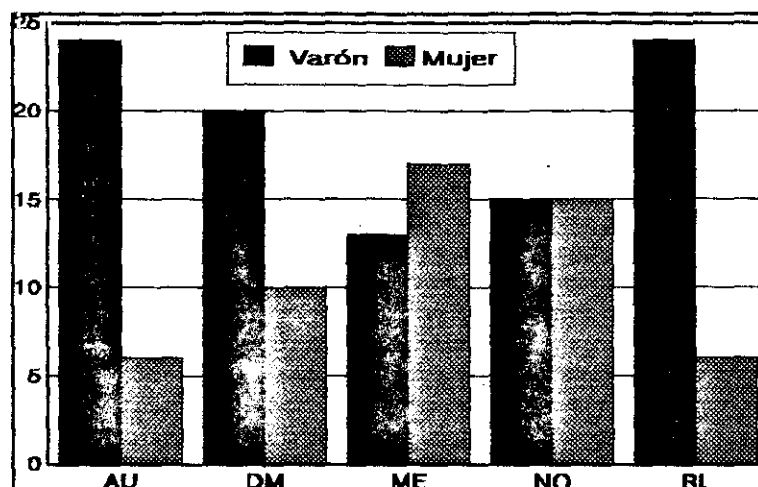


Figura 14: Diferencias entre sexos halladas en los distintos grupos

	Z	Prob.
AU	3.28	p<.01
DM	1.82	p<.05
ME	0.73	p<.25
RL	3.28	p<.01

Tabla 43: Significación estadística de las diferencias entre sexos halladas en los distintos grupos

Estos resultados coinciden con las proporciones ya observadas en otras investigaciones. Así en los grupos autismo y retraso del lenguaje se da una proporción de 4/1 y en el grupo deficiencia mental, una proporción de 2/1, ya que en estos grupos diagnósticos subyace una base biológica; en cambio, en el grupo mutismo electivo no

existe diferencia significativa entre varón o mujer porque el trastorno está sustentado por una base emocional y ambos pueden estar igualmente sometidos a trastornos emocionales.

Por último se alude a otra serie de datos complementarios relativos a trastornos asociados y a circunstancias familiares especiales que se han encontrado en los distintos grupos diagnósticos por si pudieran añadir un matiz esclarecedor en el diagnóstico diferencial de los sujetos mudos electivos.

Al analizar el conjunto de la muestra inicial de todos los grupos se han hallado, además de los expresados en los diferentes items de la escala, una relación de diversos trastornos asociados (v. tabla 44), siendo los grupos deficiencia mental y retraso del lenguaje los que destacan en número y variedad de alteraciones. Asimismo, aparecen una serie de circunstancias familiares especiales (v. tabla 45), en las que resalta entre otras la situación de aislamiento social en que viven las familias de los mudos electivos⁹.

⁹La transcripción se hace de forma literal, tal como la facilitaron los encuestados

TRASTORNOS ASOCIADOS	N° de sujetos/grupo				
	AU	DM	ME	NO	RL
Convulsiones febriles			1		
Síndrome de Down		1			
Síndrome de Down con múltiples malformaciones		1			
Lateralización poco definida		1			
Posible disfemia y problemas de deglución. Graves trastornos de comportamiento					1
Síndrome hipercinético		1			
Posible componente psicótico					1
Conducta disruptiva y posibles rasgos paranoides		1			
Hiperactividad aparente					1
Retraso en el crecimiento					1
Cardiopatía congénita e hiperactividad motora		1			
Posible mutismo electivo asociado	2				
Deficiencia mental asociada			1		
Parálisis cerebral infantil		1			
Retraso evolutivo y problemas de inhibición					1
Encefalopatía y déficit motor en la parte derecha (todo de origen natal)		1			
Inhibición					1
Pequeña lesión cerebral		1			
Crisis epilépticas		1			
Afásica					1
Retraso fonético, fonológico y dislalias					1
Ligera hipoacusia. Repetidas otitis los primeros años					1
Problemas de relación					1
Hipoacusia con componente disfásico					1

Tabla 44: Trastornos asociados en los distintos grupos de sujetos

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES ESPECIALES	N° sujetos/grupos				
	AU	DM	ME	NO	RL
Enfermedad mental en el padre y el abuelo				1	
Hermano tumor en la 5ª vértebra lumbar			1		
Separación padres	5	3	4	2	
Discrepancia entre los padres por la forma de tratar al niño		1			
Alcoholismo en el padre		1	1		
Traslados frecuentes de domicilio por temor a que el padre las agrede			1		
Emigrantes	1				
Drogadicción de un primo de la niña			1		
El niño vive con los abuelos y los padres en otra ciudad	1				
Hijo adoptado	1	1			
Padres primos hermanos		1			
Larga enfermedad y hospitalización de la madre	1	1	1		
Larga enfermedad y hospitalización del padre					1
Otra hermana también estuvo afectada de mutismo electivo y recibió tratamiento por ello			1		
Padres retraídos, salen pocos y no establecen relaciones con desconocidos			1		
Los padres viven muy alejados y no tienen transporte de ningún tipo, además no les gusta establecer relaciones y piensan que el niño es "como su padre"			1		
Padre muy tímido en la adolescencia			1		
Problemas de relación en la familia, por timidez			1		

Tabla 45: Circunstancias familiares en los distintos grupos de sujetos

3. ELABORACIÓN FINAL DE LA ESCALA

Para la elaboración de la escala final

- 1º) Se reestructuran las instrucciones solicitándose algunos datos complementarios adicionales a los que se pedían en la escala inicial, según las necesidades que se han ido viendo en la aplicación previa; por ejemplo: apellidos, fecha, localidad, sexo..
- 2º) Se seleccionan los items que van a componer la escala final, eligiendo los que han resultado discriminativos de la conducta del mudo electivo con respecto a los demás grupos diagnósticos, cambiándose la numeración primitiva por otra nueva para que resulten correlativos. La composición final por items de la escala y su respectiva numeración es la siguiente:

- 1 *Sólo habla en algunas situaciones concretas*
- 2 *Su familia no se relaciona socialmente mucho*
- 3 *Tiene miedo a los extraños*
- 4 *Con frecuencia presenta rigidez muscular*
- 5 *Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"*
- 6 *Comprende usualmente todo lo que se le dice*
- 7 *Cuando comenzó a ir al colegio, pasados los primeros*

- momentos, se mostraba contento*
- 8 *Es un niño extremadamente tímido*
- 9 *Se le entendía mal después de los tres años*
- 10 *En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz*
- 11 *Tiene algún trastorno mental*
- 12 *Es un niño confiado*
- 13 *Necesita llamar la atención*
- 14 *Es dócil y moldeable para ser corregido*
- 15 *El silencio comenzó antes de los cuatro años*
- 16 *Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre*
- 17 *Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas*
- 18 *La madre es ansiosa y sobreprotectora*
- 19 *Tiene algún problema de pronunciación*
- 20 *Cuando se le habla mira al interlocutor*
- 21 *El niño habla con los profesores*
- 22 *Tiene dificultad para relacionarse con otros niños*
- 23 *La familia es tímida y reservada*
- 24 *La madre y el niño están muy apegados*
- 25 *Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia*
- 26 *Siempre llora para conseguir lo que desea*
- 27 *Es un niño caprichoso*
- 28 *Busca la compañía de los demás*
- 29 *En algunos casos habla con monosílabos*
- 30 *Le gusta jugar en grupo*

- 31 *Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza*
- 32 *En el colegio responde a las preguntas de los profesores*
- 33 *Los compañeros lo buscan*
- 34 *Cuando habla el volumen de la voz va cambiando*
- 35 *La madre es vergonzosa y retraída*
- 36 *El niño se alía con la madre frente al padre*
- 37 *Presenta articulaciones y tics nerviosos*
- 38 *Tiene tendencia a imponer siempre su criterio*
- 39 *En las pruebas de inteligencia da normal*
- 40 *Hay grandes desavenencias entre ambos padres*
- 41 *Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás*
- 42 *Es tímido en el colegio*
- 43 *Habitualmente presenta la espina dorsal erguida*
- 44 *La cabeza y los hombros están torcidos hacia delante*
- 45 *Puede considerarse emocionalmente maduro*
- 46 *Se muestra dependiente de la madre*
- 47 *Presenta una dependencia excesiva de los demás*
- 48 *Utiliza a la madre como intermediaria para hablar*
- 49 *A veces habla "murmurando"*
- 50 *Generalmente presenta tendencia a aislarse*
- 51 *El silencio del niño despierta cólera en los padres*
- 52 *El niño habla con los compañeros de clase*

3º) Se establecen los criterios de puntuación para la escala asignando las puntuaciones en función del N.C. que presentan las distintas comparaciones binarias entre el mutismo electivo y el resto de los grupos que han resultado significativas y sumándose todas ellas para obtener la puntuación final de cada ítem. Si se suman asimismo todas las puntuaciones de los ítems se obtiene la puntuación global de la escala y el rango correspondiente (v. tabla 46).

GLOBAL			
N.C.	puntos	total N.C.	total puntos
1 %	1	90	90
5 %	0.5	15	7.5
10 %	0.1	13	1.3
SUMA			98.8

Tabla 46: Rango global de la escala

Para las comparaciones del mutismo electivo y los distintos grupos diagnósticos también se han asignado puntuaciones para cada ítem en función del N.C. que presenta la comparación binaria concreta, por tanto, si se suman todos los ítems de cada grupo comparativo se obtiene la puntuación global que discrimina el mutismo electivo de los otros grupos diagnósticos tomados uno a uno y asimismo el rango correspondiente (v. tablas 47, 48, 49 y 50).

MUTISMO ELECTIVO-AUTISMO			
N.C.	puntos	total N.C.	total puntos
1 %	1	21	21
5 %	0.5	4	2
10 %	0.1	5	0.5
SUMA			32.5

Tabla 47: Rango de ME-AU

MUTISMO ELECTIVO-DEFICIENCIA MENTAL			
N.C.	puntos	total N.C.	total puntos
1 %	1	19	19
5 %	0.5	5	2.5
10 %	0.1	3	0.3
SUMA			21.8

Tabla 48: Rango de ME-DM

MUTISMO ELECTIVO-NORMALES			
N.C.	puntos	total N.C.	total puntos
1 %	1	34	34
5 %	0.5	5	2.5
10 %	0.1	3	0.3
SUMA			36.8

Tabla 49: Rango de ME-NO

MUTISMO ELECTIVO-RETRASO DEL LENGUAJE			
N.C.	puntos	total N.C.	total puntos
1 %	1	16	16
5 %	0.5	5	0.5
10 %	0.1	2	0.2
SUMA			16.7

Tabla 50: Rango de ME-RL

Se ha establecido una correspondencia entre los diversos rangos y una escala decil, con cuyo contenido se ha elaborado un gráfico representativo de las puntuaciones (v. epígrafe 3.1.).

- 4º) Se indican los criterios de corrección de la escala. Cuando la respuesta de la escala coincida con el resultado se le atribuye la puntuación correspondiente, según sea la finalidad que se pretenda con la aplicación de la misma, siguiendo los pasos señalados (v. epígrafe 3.1.).

La puntuación global nos indicaría el grado en que el sujeto se asemeja al mudo electivo prototipo; las puntuaciones relativas a las distintas comparaciones binarias diferencian entre mutismo electivo y autismo; mutismo electivo y deficiencia mental y/o mutismo electivo y retraso del lenguaje (v. epígrafe 3.1.).

Estas puntuaciones se incluyen en un gráfico distribuido en deciles, indicador del lugar que ocupa el sujeto mudo electivo y el grado de diferenciación del mutismo electivo con los demás grupos diagnósticos.

- 3.1. Escala completa, en su formulación final,
incluyendo normas de puntuación y corrección

ESCALA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MUTISMO ELECTIVO

Apellidos: Nombre:
 Fecha de nacimiento: sexo: V ()
M ()
 Centro:
 Localidad:
 Fecha:

Relación de la persona que rellena el cuestionario con el niño.

padre() profesor () Logopeda () Psiquiatra ()
 madre() educador () Pediatra () Psicólogo ()
 otros

Señalar en cada caso si se cumplen o no las afirmaciones que se enuncian a continuación.

Se puntuará:

- "SI" en el caso que generalmente se produzca (o se haya producido) el comportamiento del niño o la circunstancia que se describe.
- "NO" cuando comúnmente no se presente (o no se haya presentado) en los términos que se formulan.
- "?" se intentará evitar, reservándola únicamente para aquellos casos que de ninguna manera puedan ser calificados como "SI" ó "NO".

Observaciones: (no es necesario, pero si tiene alguna dificultad con las preguntas, o quiere hacer alguna indicación hágalo en este espacio)

.

Ítem		SI	NO	?
1	Sólo habla en algunas situaciones concretas			
2	Su familia no se relaciona socialmente mucho			
3	Tiene miedo a los extraños			
4	Con frecuencia presenta rigidez muscular			
5	Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"			
6	Comprende usualmente todo lo que se le dice			
7	Cuando comenzó a ir al colegio, pasados los primeros momentos, se mostraba contento			
8	Es un niño extremadamente tímido			
9	Se le entendía mal después de los tres años			
10	En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz			
11	Tiene algún trastorno mental			
12	Es un niño confiado			
13	Necesita llamar la atención			
14	Es dócil y moldeable para ser corregido			
15	El silencio comenzó antes de los cuatro años			
16	Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre			
17	Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas			
18	La madre es ansiosa y sobreprotectora			
19	Tiene algún problema de pronunciación			
20	Cuando se le habla mira al interlocutor			
21	El niño habla con los profesores			

Item		SI	NO	?
22	Tiene dificultad para relacionarse con otros niños			
23	La familia es tímida y reservada			
24	La madre y el niño están muy apegados			
25	Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia			
26	Siempre llora para conseguir lo que desea			
27	Es un niño caprichoso			
28	Busca la compañía de los demás			
29	En algunos casos habla con monosílabos			
30	Le gusta jugar en grupo			
31	Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza			
32	En el colegio responde a las preguntas de los profesores			
33	Los compañeros lo buscan			
34	Cuando habla el volumen de la voz va cambiando			
35	La madre es vergonzosa y retraída			
36	El niño se alía con la madre frente al padre			
37	Presenta articulaciones y tics nerviosos			
38	Tiene tendencia a imponer siempre su criterio			
39	En las pruebas de inteligencia da normal			
40	Hay grandes desavenencias entre ambos padres			
41	Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás			
42	Es tímido en el colegio			
43	Habitualmente presenta la espina dorsal erguida			

Item		SI	NO	?
44	La cabeza y los hombros están torcidos hacia delante			
45	Puede considerarse emocionalmente maduro			
46	Se muestra dependiente de la madre			
47	Presenta una dependencia excesiva de los demás			
48	Utiliza a la madre como intermediaria para hablar			
49	A veces habla "murmurando"			
50	Generalmente presenta tendencia a aislarse			
51	El silencio del niño despierta cólera en los padres			
52	El niño habla con los compañeros de clase			

Pasos:**1) Puntuación**

- Atribuir la puntuación correspondiente
- Puntuar cero si el ítem se deja sin contestar o responde con interrogante.

2) Corrección

- Se suman las puntuaciones globales de cada ítem para obtener un baremo indicador del grado en que el sujeto se asemeja al mudo electivo.
- Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes para diferenciar entre ME-AU; ME-DM y ME-RL.
- Señalar en el gráfico de la escala decil la casilla que ocupa las puntuaciones obtenidas.

Súmese las puntuaciones correspondientes cuando la respuesta de cada ítem de la escala coincida con el resultado

PARA LA PUNTUACIÓN GLOBAL											
Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Result	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO
Puntos	4	0.5	4	2	3	1	1	3.1	1.7	1	2
Items	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Result	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI
Puntos	3.1	2	0.1	1.1	3	1	2	1.6	1.5	4	1.5
Items	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Result	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO
Puntos	2.5	1.5	2.5	0.6	2	2	1	3	1.5	4	1
Items	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
Result	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Puntos	1	1.1	0.5	0.1	0.1	3	0.5	3.1	4	1	0.1
Items	45	46	47	48	49	50	51	52	SUMA de puntos		
Result	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO			
Puntos	1	2	1	4	0.5	3	4	3			

Baremo de corrección para el psicodiagnóstico del *mutismo selectivo*.

Súmese las puntuaciones correspondientes cuando la respuesta de la escala coincida con el resultado

PARA DIFERENCIAR ENTRE ME-AU											
Item	1	2	3	5	6	8	9	11	12	13	16
Resu	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
Punt	1	0.5	1	1	1	1	0.1	1	1	1	1
Item	18	19	21	23	24	25	26	27	31	32	35
Resu	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI
Punt	1	0.5	1	1	1	1	0.1	1	0.5	1	0.1
Item	36	39	41	42	44	46	48	51	SUMA de puntos		
Resu	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI			
Punt	0.5	1	0.1	1	0.1	1	1	1			

Baremos de diferenciación entre *mutismo electivo* y *autismo*

Sútese las puntuaciones correspondientes cuando la respuesta de la escala coincida con el resultado

PARA DIFERENCIAR ENTRE ME-DM										
Items	2	3	5	8	9	11	12	15	16	19
Result	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI
Puntos	1	1	1	1	0.5	1	1	0.1	1	0.1
Items	20	21	22	23	25	28	30	32	35	37
Result	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI
Puntos	0.5	1	0.5	0.5	1	1	1	1	0.5	0.1
Items	39	41	42	49	50	51	52	SUMA de puntos		
Result	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO			
Puntos	1	1	1	1	1	1	1			

Baremos de diferenciación entre *mutismo selectivo* y *deficiencia mental*

súmesse las puntuaciones correspondientes cuando la respuesta de la escala coincida con el resultado

PARA DIFERENCIAR ENTRE ME-RL											
Item	1	3	4	5	8	9	12	19	21	25	30
Resu	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
Punt	1	1	1	1	0.1	1	1	0.5	1	1	1
Item	32	39	41	42	48	50	51	52	SUMA de puntos		
Resu	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO			
Punt	1	1	1	1	1	1	1	1			

Baremos de diferenciación entre *mutismo electivo* y *retraso del lenguaje*

ESCALA DECIL

TOTAL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
de	de	de	de	de	de	de	de	de	de
0	9.89	19.77	29.75	39.53	49.41	59.29	69.17	79.05	88.93
a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
9.88	19.76	29.74	39.52	49.40	59.28	69.16	79.04	88.92	98.80

ME-AU

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
de	de	de	de	de	de	de	de	de	de
0	2.36	4.71	7.06	9.41	11.76	14.11	16.46	18.81	21.16
a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
2.35	4.70	7.05	9.40	11.75	14.10	16.45	18.80	21.15	23.50

ME-DM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
de	de	de	de	de	de	de	de	de	de
0	2.19	4.37	6.55	8.73	10.91	13.09	15.27	17.45	19.63
a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
2.18	4.36	6.54	8.72	10.90	13.08	15.26	17.44	19.62	21.80

ME-RL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
de	de	de	de	de	de	de	de	de	de
0	1.68	3.35	5.02	6.69	8.36	10.03	11.70	13.37	15.04
a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
1.67	3.34	5.01	6.68	8.35	10.02	11.69	13.36	15.03	16.70

CONCLUSIÓN

CONCLUSIÓN

El objeto central de este estudio era elaborar una *escala conductual de desarrollo para el diagnóstico diferencial del mutismo selectivo* que permitiera clasificar y establecer las características diferenciadoras existentes entre éste y otros trastornos emocionales o comportamentales, cuya alteración o circunstancia manifiesta sea la ausencia y/o inhibición del habla en los niños.

A lo largo de la investigación se ha puesto de relieve la necesidad de disponer de una medida objetiva para la evaluación del *mutismo selectivo*, especialmente en lo que respecta al diagnóstico diferencial, ya que el requisito de una buena intervención es un diagnóstico correcto, por lo que cualquier procedimiento de intervención debe incorporar necesariamente un procedimiento de evaluación.

Después de recoger las respuestas a una escala inicial facilitadas por los diversos informadores, y tras el tratamiento estadístico adecuado, los datos obtenidos permiten elaborar algunas conclusiones.

En general los datos confirman las conductas atribuidas al mutismo selectivo por diversos autores y recogidas en la escala inicial.

Por una parte, los rasgos tradicionalmente considerados "criteriales" (Negativa persistente a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluido el colegio. Capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado. Todo ello no es debido a otro trastorno somático o mental.) para el diagnóstico del mutismo selectivo conservan su poder diferenciador frente a otros grupos diagnósticos (v. DSM III y sucesivas revisiones, refrendado también por otros autores. c. p. ej. Kratochwill, Brody y Piersel, 1979; Kolvin y Fundudis, 1981; Olivares, Macià y Méndez, 1993).

Sin embargo otras conductas descritas tradicionalmente como características del mutismo selectivo (v. Spielker, 1944; Reed, 1963; Friedman y Karagan, 1973; Kolvin y Fundudis, 1982, Lazarus, Gavilo y Moore, 1983; Monras, 1984; Hill y Scull, 1985; Wilkins, 1985; Atoynatan, 1986; Albert-Stewart, 1986) como, por ejemplo, "presenta temblores si se le pide algo", "consigue cualquier cosa de su madre", gesticula con los brazos para expresarse" "manipula a las personas para conseguir su objetivo", y que se incluyeron en la escala inicial se han mostrado no exclusivas del mutismo selectivo sino que aparecen también en otros grupos diagnósticos, por lo que han sido eliminadas en la elaboración final.

Por último, algunas conductas que se han descrito igualmente como características del mutismo selectivo con cierta frecuencia como "en la familia hay antecedentes de

dificultades con el lenguaje" o "tiene rabieta injustificadas" sólo resultan ser valederas para el diagnóstico diferencial entre otros grupos posibles (v. g. retraso de lenguaje vs. autismo, deficiencia mental vs. autismo) pero no discriminan respecto al mutismo selectivo.

Finalmente nuestra investigación ha puesto de manifiesto que es posible elaborar una escala conductual para el diagnóstico diferencial del mutismo selectivo frente a otros trastornos de inhibición del lenguaje confirmando la idea de que el *mutismo selectivo* es un síndrome identificable por un conjunto característico de rasgos conductuales que puede ser observado y evaluado clínicamente con relativa facilidad.

Los datos han permitido la elaboración de una escala conductual de desarrollo que, por una parte ofrece un baremo para catalogar a los sujetos mudos selectivos en función del grado en que se encuentren con respecto al mudo selectivo prototipo, y por otro ofrece subescalas específicas que permiten discriminar entre *mutismo selectivo* vs. *autismo*, *mutismo selectivo* vs. *deficiencia mental*, y *mutismo selectivo* vs. *retraso del lenguaje*. Secundariamente incorpora también una serie de ítems que discriminan entre otros grupos diagnósticos, permitiendo realizar comparaciones binarias entre *autismo* vs. *deficiencia mental*, *autismo* vs. *retraso del lenguaje*, *autismo* vs. *normal*, *normal* vs. *deficiencia mental*, *normal* vs.

retraso del lenguaje y deficiencia mental vs. retraso del lenguaje, y que por tanto puede ser utilizadas para detectar tales diferencias, dejando así un resquicio abierto para otros posibles estudios, análisis e investigaciones futuras.

Por último es necesario la idea de que el empleo de esta **escala** no sólo redundaría en un mayor y más puro diagnóstico, sino que ésta permitiría un mayor diseño y desarrollo de los programas conductuales de intervención de forma que pueda atenderse directamente el trastorno de aquellas conductas que presenten los mudos electivos.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Adams, M. S. y Glasner, D. (1954). Emotional involvements in some forms of mutism. *Journal of speech and hearing disorders*, 91, 59-69.
- Adams, M. S. (1970). A case of elective mutism. *Journal of the national medical association*, 62, 213-216.
- Afnan, Sh. y Carr, A. (1989). Intercisciplinary treatment of a case of elective mutism. *British Journal of occupational therapy*, 52(2), 61-66.
- Agras, W. S. y Berkowitz, R. (1980). Clinical research in behavior therap: Half-way there?. *Behavior therapy*, 11, 472-487.
- Akhtar, S. (1977). The differential diagnosis of mutism: A rewiew and a report of three unusual cases. *Diseases of the nervous system*, 38, 558-563.
- Albert-Stewart, Ph. L. (1986). Positive reinforcement in short-term treatment of an electively mute child: A case study. *Psichological reports*, 58(2), 571-576.
- Ambrosino, S. y Alessi, M. (1979). Elective mutism. Fixation and the double bind. *American Journal of psychoanalysis*, 39(3), 251-256.
- American Psychiatric Association (1980). *Breviario DSM III. Criterios diagnósticos* (versión española, 1983). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM III. Manual*

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (versión española, 1987). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1987). *DSM III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (versión española, 1989). Barcelona: Masson.

Arajarvi, J. (1965). Elective mutism in child. *Annals of clinical research of finnish medical society*, 11, 46-52.

Atoynatan, T.H. (1986). Elective mutism: Involment of the mother in the treatment of the child. *Child psychiatry and human development*, 17(1), 15-17.

Atlas, J. A. (1993). Symbol use in a case of elective mutism. *Perceptual a motor skills*, 76(3), 1079-1082.

Austad, C. S., Sininger, I. y Stricklin, A. (1980). Succesful treatment of a case of elective mutism. *Behavior therapist*, 3, 18-19.

Ayllon, T. y Azrin, N. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Corfts.

Ayllon, T. y Kelly, K. (1974). Reinstating verbal behavior in a functionally mute retardate Profess. *Psychol*, 5, 385-393.

Azrin, M. H. (1977). A strategy for applied researd: learning based but outcome oriented. *American psychologist*, 32,140-149.

- Baldwin, S. y Cline, T. (1991). Helpins children who are selectively mute. *Educational and child psychology*, 8(3), 72-83.
- Bally, G. (1936) Ein fall von traumatischem mutismus. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 3, 23-33.
- Barlow, D. H. y Hayes, S. S. (1979). Alternating treatment design: one strategy for comparing the effect of two treatments in a single subject. *Journal of applied behavior analysis*, 12, 199-210.
- Barlow, K., Strother, J. y Landreth, G.(1986). Sibling group play therapy: An efective alternative with an elective mute child. *School counselor*, 34 (1), 44-50.
- Bauermeister, J. M. y Jamail, J. A. (1975). Modification of "elective mutism" in the class room setting: a case study *Behavior therapy*, 6, 246-250.
- Bayley, S. y Hirst. S. (1991). A child who did not speak at school: the constructive use of a support worker for behaviour. *Maladjustment and therapeutie education*, 9(2), 104-110.
- Beck, J. R. y Hubbard. M. G. (1987). Elective mutism in a missionary family: A case study. *Journal of psichology and theology*, 15(4), 291-299.
- Bednar, R. A. (1974). A behavioral approach to treating an elective mute in the school. *Journal of school psychology*, 12, 326-336.
- Benedetti-Gaddini, R. et al. (1981). Mutismo electivo: considerazioni su tre casi clinici. *Psichiatria*

generale e dell'eta evolutiva, 19(4), 503-508.

- Beutler, L.E. (1979). Toward specific psychological therapies for especific conditions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(5), 882-897.
- Bhide. A. y Srinath, Sh. (1985). Elective mutism. *British Journal of psychiatry*, 147, 731.
- Black, B. y Vhde, T. W. (1992). Elective mutism as a varient of social phobia. *Journal of the American academy of child adolescent psychiatry*, 31(6), 1090-1094.
- Blake, P. y Moss, T. (1967). The development of socializati3n skills in an electively mute child. *Behavioral researsch and therapy*, 5, 349-356.
- Boon, F. (1994) The selective mutism controversy. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 33(2), 283.
- Bozigar. J. A. y Aguilar Hansen, R. (1984). Group treatment of elective mute children. *Social work*, 29 (5), 478-480.
- Bradley, W. y Sloman, L. (1975). Elective mutism in inmigrant families. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 14, 510-514.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Kazura, J., Coates, D., Cohm, E. y Kirdder, L. (1982). Models of helping and coping. *American psychologist*, 37(4), 368-384.
- Brison, D. W. (1966). A non-talking child in Kindergarten: an application of behavior therapy. *Journal of*

school psychology, 4, 65-69.

- Brown, B. y Doll, B. (1988). Case ilustration of class room intervention with an elective mute child. *Special services in the schools*, 5(1-2), 107-125.
- Brown, B. J. Fuller, J. y Gericke, C. (1975). Elective mutism: A review and a report of an unsuccessfully treated case. *Journal of the association of workers with maladjusted children*, 3, 27-37.
- Brown, B. J. y Lloyd, H. (1975). A controlled study of children no speaking at school. *Journal of the association of workers with maladjusted children*, 3, 49-63.
- Browne, E., Wilson, V. y Laybourne, P. C. (1963). Diagnosis and treatment of elective mutism in children. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 2, 605-617.
- Cáceres, J. (1979) Estudio de un caso problema de educación bilingüe. *Infancia y aprendizaje*, 7, 86-93.
- Calhoum, J. y Koenig, K. P. (1973). Classroom modification of elective mutism. *Behavior therapy*, 4, 700-702.
- Cambra, J. (1988). Mutismo electivo escolar: diagnóstico y estrategias de intervención. *Informació psicológica*, 3, 48-52.
- Cantwell, D. y Baker, L. (1985). Speech and lenguaje: developmental disorders. En M. Rutter y L. Herson (eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Blackwell.
- Carr, A. y Afnan, Sh. (1989). Courrent individual and

- family therapy in a case of elective mutism. *Journal of family therapy*, 11(1), 29-44.
- Cerny, L. y Mecir, J. (1959). Nicht psychotischer mutismus bei kindern. *Acta paedopsychiatrica*, 26, 54.
- Ciottone, R. A. y Madonna, J. M. (1984). The treatment of elective mutism: the economics of an integrated approach. *A Journal for remedial education and counseling*, 1(1), 23-30.
- Cline, T. y Kysel, F. (1988). Children who refuse to speak: Ethnic background of children with special educational needs described as elective mute. *Children and society*, 1(4), 327-334.
- Colligan, R. W., Colligan, R. C. y Dillard, M. K. (1977). Contingency management in the class room treatment of long-term elective mutism: A case report. *Journal of school psychology*, 15, 9-17.
- Conn, J. H. (1951). Play interview therapy of castration fears. *American Journal of orthopsychiatry*, 25, 747-754.
- Conrad, R. D., Delk, J. L. y Williams, C. (1974). Use of stimulus fading procedures in the treatment of situation specific mutism: A case study. *Journal of behavioral therapy and experimental psichiatry*, 5, 99-100.
- Cotte, M. P. (1973). Les troubles de la expresión verbale comme signal d'alarme chez l'enfant de moins de cinq ans. *Revista neuropsychiatr. infant*, 21, 618-628.

- Craighead, W. E., Kazdin, A. E. y Mahoney, M. J. (1984). *Modificación de conducta*. Barcelona: Omega.
- Crema, J. E. y Kerr, J. M. (1978). Elective mutism: A child care case study. *Child care quarterly*, 1, 215-226.
- Croghan, L. M. y Craven, R. (1982). Elective mutism: learning from the analysis of a successful case history. *Journal pediatrics psychology*, 7, 85-93.
- Crumley, F. E. (1993). Is elective mutism a social phobia?. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 32(5), 1081-1082.
- Crystal, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- Cunningham Ch. E., Cataldo, M. F., Mallion, C. y Keyes, J. B. (1983). A review and controlled single case evaluation of behavioral approaches to the management of elective mutism. *Child and family behavior therapy*, 5(49), 25-49.
- Chapin, A. B. y Corcoran, M. (1947). A program for the speech-inhibited child. *Journal of speech and hearing disorders*, 12, 373-376.
- Chethik, M. (1973). The intensive treatment on an elective mute. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 12, 482-498.
- Del Río, M. J. y Bosch, L. (1988). Logopedia y escuela. En J. Peña Casanova (ed), *Manual de logopedia*. Barcelona: Masson.
- Deliaert, R. y Poort, P. (1969). Contenus psychiques du dessin spontané an debut d'une psychotherapie chez

un jeune garçon mutique. *Revista neuropsychiatr. infant.* 17, 427-434.

Dmitriev, V. y Hawkins, J. (1973). Susie never used to say a word. *Teaching exceptional children*, 6, 68-76.

Dowrick, P. W. (1979). Single dose medication to crease a self model film. *Child behavior therapy*, 1, 193-198.

Dowrick, P. W. (1983). Video training of alternatives to cross-gender identity behaviors in a 4-year-old boy. *Child and family behavior therapy*, 5, 59-65.

Dowrick, P. W. y Dove, C. (1980). The uso of self modeling to improve the swinoming perfomance of spina bífida children. *Journal of applied behavior analysis*, 13, 51-56.

Dowrick, P. W. y Raeburn, J. M. (1977). Video editing and medication to produce a therapeutic self model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 45, 1156-1158.

Echeburrúa, E. y Espinet, A. (1990). Tratamiento en el ambiente natural de un caso de mutismo electivo. En F. X. Méndez y D, Maciá (eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Ehrsan, E. y Heese, G. (1954). Pädagogische betrachtungen zum elektivem mutismus. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 21, 12-18.

Ehrsan, E. y Heese, G. (1956). Educational considerations on elective mutism II. *Zeitschrift für Kinder*

psichiatrie, 23, 7-11.

- Eldar, J., Beich, A., Apter, A. y Tyano, S. (1985). Elective mutism an atypical antecedent of schizofrenia. *Journal of adolescence*, 8(3), 289-292.
- Elson, E., Pearson, C., Jones, C. D. y Schumacher, E. (1965). Follow-up study of child hood elective mutism. *Archives of general psychiatry*, 13, 192-197.
- Fernández Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fish, B. (1977). Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. *Archives of general psychiatry*, 34, 1297-1313.
- Förster, E. (1956). Zur Systematik des Kindl mutismus. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 23, 175-180.
- Friedman, R. y Karagan, N. (1973). Characteristics and management of elective mutism in children. *Psychology in the schools*, 10, 249-252.
- Funai, T., Oda, T. y Hazama, H. (1982). The values of therapeutic stagnation in sand play. *Kyushu neuropsychiatry*, 23(3-4), 260-267.
- Fundudis, Kolvin y Garside (1979). *Speech retarded and deaf children: Their psychological development*. Londres: Academic Press.
- Funke, P., Schlange, H. y Ulrich, I. (1978). Klinische Untersuch und therapie bei Kindern mit elektivem Mutismus. *Acta paedopsychiatrica*, 43, 47-55.

- Furt, A.L. (1989). Elective mutism: Report of a case successfully treated by a family doctor. *Israel Journal of chychiatry and related science*, 26(1-2), 96-102.
- Gallego, C. (1990). Psicología del lenguaje y trastornos del lenguaje. En II Congreso del COP (eds.), *Comunicaciones. Area 6: Psicología teórica*. Madrid: COP.
- Geiger-Marty, O. (1950). Zur Psychother bei selektivem mutismus. *Acta paedopsychiatrica*, 17, 169-174.
- Giliberti-Tincolini, V. (1964). Il mutismo elettivo. Contributo clinico di quattro casi. *Riv.Clin.Pediat.*, 74, 457-473.
- Golwyn, D. y Weinstock, R. C. (1990). Phemelzine treatment of elective mutism: A case report. *Journal of clinical psychiatry*, 51(9), 384-385.
- Goll, K. (1979). Role structure and subculture in families of elective mutists. *Family process*, 18, 55-68.
- Goll, K. (1980). Role structure and subculture in families of elective mutists. *Advances in family psychiatry*, 2, 141-161.
- Griffith, E.E., Schnelle, J.F., Mcnees, M.P., Bissinger, C. y Huff, T.M. (1975). Elective mutism in a first grader: The remedation of a complex behavioral problem. *Journal of abnormal child psychology*, 3, 127-134.
- Haenel, T. y Werder, H. (1977). Zur Problematik des psychogenen Mutismus im Kindes-und Sagent-alter.

- Schweiz. Arch. Neurol. Neurochiz. Psychiat. 12, 261-276.
- Halpern, W., Hammond, J. y Cohen, R. (1971). A Therapeutic approach to speech phobia: elective mutism re-examined. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 10, 94-97.
- Halpern, W., Hammond, J. y Cohen, R. (1981). A therapeutic approach to speech phobia. En H. B. Landgarten (ed.), *Clinical art therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Haskell, S., Renfrew, C. y Murphy, K. (1964). The child who does no talk. *Clinical Devlpm. Med*, 13, 150-154.
- Hayden, T. L. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 19, 118-133.
- Hayes, L. (1971). The use of some contingency management techniques with a case of elective mutism. *Schools applications of learning theory*, 4, 34-39.
- Heinze, H. (1932). Freiwillig, schweigende Kinder-2. *Kinderforsch*, 40, 235-256.
- Hersen y Barlow, D. (1976). *Single case experimental designs*. New York: Pergamon Press.
- Hesselman, S. (1973). Selective mutism hos barn. *Acta paedopsychiatria*, 40, 169-174.
- Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877-1981. A literary Sumary. *Acta paedopsychiatria*, 49(6), 297-310.
- Heuyer, G., Morgenstern, S. (1927). Un cas de mutisme chez

- un enfant myopathique, ancien convulsif; guérison par la psychanalyse. *Encéphale*, 22, 478-481.
- Hill, L. y Scull, J. (1985). Elective mutism associated with selective inactivity. *Journal of communication disorders*, 18(3), 161-167.
- Hinsie, L. E. y Campbell, R. S. (1970). *Psychiatric dictionary*. London: Oxford University Press.
- Hoffman, S. y Gafni, S. (1984). Active interactional cotherapy. *International Journal of family therapy*, 6, 53-58.
- Hoffman, S. y Laub, B. (1986). Paradoxical intervention using a polatization model of cotheraphy in the treatment of elective mutism: A case study. *Contemporary family therapy: an international Journal*, 8(2), 136-143.
- Holmbeck, G. y Lavigne, J. V. (1992). Combining self-modeling and fading in the treatment of an electively mute child. *Psychotherapy*, 29(4), 661-667.
- Hooper, S. R. y Linz, Th. D. (1992). Elective mutism. En S.R. Hooper, G. W. Hynd y R. E. Mattison (eds), *Child psychopathology: diagnostic criteria and clinical assement*. Hillsdale: Laurence Erbalum Associates.
- Jaeger, W., y Mezker, H. (1968). Mutismus bei eineiigen Zwillingen. *Acta paedopsychiatrica*, 35, 59-60.
- Kaplan, S. L. y Escoll, Ph. (1973). Treatment of two silents adolescent girls. *Journal of the American*

academy of child psychiatry, 12, 59-72.

- Kass, W., Gillman, A. E. y Mattis, (1967). Treatment of selective mutism in a blind child. School and clinic collaboration. *American Journal of orthopsychiatry, 37, 215-216.*
- Kazdin, A.E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 49, 183-192.*
- Kehle, Th. S. Owen, S. V. y Cressy, E. T. (1990). The use of self modeling as an intervention in school psychology: A case study of an elective mute. *School psychology Review 19(1) 115-121.*
- Kehrer, H. E. y Tinkl-Damhorst, N (1974) Wer halteurther bei elektivem mutismus. *Acta paedopsychiatrica, 41, 34-44.*
- Kenneth, A. (1990). Echoes of silence. *Music therapy, 9(1), 44-61.*
- Klin, A. y Volkmar, F. R. (1993). Elective mutism and mental retardation. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 32(4), 860-864.*
- Kolvin, I. y Fundudis, T., (1981). Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of child psychology and psychiatry, 22(3), 219-232.*
- Kolvin, I. y Fundudis, T. (1982). Elective mute children. Psychological development and background factors. *Annual progress in child psychiatry and child*

development, 484-501.

Kos-robles, M. (1975). Treatment of elective mutism said to be long with success uncertain. *Medical tribune world service*, 10, 13.

Kratochwill, T. R. (1981). *Selective mutism: Implications for research and treatment*. New York: Lawrence Erlbaum.

Kratochwill, T. R., Brody, G.H., y Piersel, W.C. (1978). Elective mutism in children. En B. Lahey y A. E. Kazdin (eds.), *Avances in clinical an child psychology*. New York: Plenun Press.

Kratochwill, T. R., Brody, G.H., y Piersel, W. C. (1979). Elective mutism in children. En B. Lahey y A. E. Kazdin (eds.), *Avances in clinical an child psychology*. Vol II. New York: Plenun Press.

Krohn, D. D., Weckstein, S. M. y Wright, H. C. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American academy of child y adolescent psychiatry*, 31(4), 711-718.

Kroliam, E.B. (1988). Speech in silvern, but silenc is golden: Day Hospital treatment of two electively mute children. *Clinical social work Journal*, 16(4), 355-377.

Kummer, R. M. (1953). Betrachtungen zum Problem des freiwilligen Schweigens. *Psychiat. Neurolg. y Med. Psychol.* 5, 79-83.

Kupietz, S. S. y Schwartz, I. (1982). Elective mutism.

- Evaluation and behavioral treatment of three cases. *New York state Journal of medicine*, 82(7), 1073-1076.
- Kurth, E. y Schweigert, K. (1972). Ursachen und Entwicklung-verläufe des Mutismus bei Kindern. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.* 24, 741-749.
- Kussmaul, A. (1877). *Die störungen der spache*. Bassell: Benno Schwabe.
- Kuyper, A. E., Gilsolf-Rühl, P. L. y Hirasing, R. A. (1985). The silent child, a case of elective mutism. *Ned tijdschs geneesskd*, 129 (41), 1953-1955.
- Labbe, E. y Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: A review of the literature. *Clinical psychology Review*, 4(3), 273-292.
- Lachenmeyer, J. R. y Gibbs, M. S. (1985). The social psychological functions of reward in the treatment of a case of elective mutism. *Journal of social and clinical psychology*, 3(4), 466-473.
- Ladouceur, R. y Auger, J. (1980). Where have all the follow-ups gone?. *Behavior therapist* 3, 10,11.
- Landgarten, H. (1975). Art Therapy or primary mode of treatment for an elective mute. *American Journal art-therapy*, 14, 121-125.
- Launay, C., Borel-Maisonny, S., Duchêne, H., Diatkine, R. (1949). *Les troubles du langage chez l'enfant*. En Rapport an XII Congrès des pédiatres de langue française. París: Expansión Scientifique Française

- Laybourne, P. C. (1979). Elective mutism en J. D. Noshpitz (ed.), *Basic hand book of child psychiatry*. New York: Basic Books.
- Lazarus, Ph. J. Gavilo, H. M. y Moore, J. W. (1983). The treatment of elective mutism inc children within the school setting: two case studies. *School psychology Review*, 12(4), 467-472.
- Lebovici, S., Diatkine, R. Klein, F., y Diatkine-Kalmanson, D. (1963). Le mutisme et les silences del'enfant. *Psychiat. Enfant*, 6, 79-138.
- Lesser-Katz, M. (1986). Stranger reaction and elective mutism in yours children. *American Journal of orthopsychiatry* 56(3) 458-469.
- Lesser-Katz, M. (1988). The treatment of elective mutism as stranger reaction. *Psychotherapy*, 25(2), 305-313.
- Lindblad-Golberg, M. (1986). Elective mutism in families with your children. *Family therapy colletions*, 18, 31-42.
- Lorand, B. (1960). Kakmanese elektive mutistis chez Kinder. *Acta paedopsychiatria*, 27, 273-289.
- Louden, D. M. (1987) Elective mutism: A case study of a disorder of childhood. *Journal of the national medical association*, 79(10), 1043-1048.
- Lowenstein, L. F. (1978). A summary of the research on elective mutism. *Acta paedopsychiatria*, 44, 17-22.
- Lowenstein, L. F. (1979). The results of 21 elective mute

- cases. *Acta paedopsychiatrica*, 45, 17-23.
- Lypton, H. (1980). Rapid reinstatement of speech using stimulus fading with a selectively mute child. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 11, 147-149.
- Martínez González, A. M., Sánchez Rissech, L., Casas Ros, M.T. y Company Llusar, R (1984) Sobre un caso de mutismo escolar. *Revista de logopedia y foniatria*, 4(1), 15-19.
- Matson, J. L., Dawson, R. E. y O'Donnell, D. (1979). Overcorrection modeling and reinforcement procedures for reinstating speech in a mute boy. *Child behavior therapy*, 1, 363-371.
- Matson, J. L., Box, M. L. y Francis, K. L. (1992). Treatment of elective mute behavior in two developmentally delayed children using modeling and contingency management. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 23(3), 221-229.
- Matsumoto, K. (1975). Private school activities and psychosomatic problems in japaneses children. *Child psychiatry and human development*, 5, 161-165.
- Mayer, R. y Romanini, M. t. (1973). Il mutismo elettivo. *Neuropsichiat. Infant*, 147, 717-727.
- Mayor, J. (1990). Hacia un sistema de evaluación del lenguaje. En II Congreso del COP (eds.), *Comunicaciones. Area 6: Psicología teórica.*

Madrid: COP.

- Mayor, J. y Gallego, C. (1984). En J. Mayor y F.J. Labrador (eds.), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alambra Universidad.
- Mayor, J. y Gallego, C. (1987). Retrasos y trastornos del lenguaje. En J. Mayor (ed.), *La psicología en la escuela infantil*. Madrid: Anaya.
- Meijer, A. (1979). Elective mutism in children. *Israel Annals of psychiatry and related disciplines*, 17(2), 93-100.
- Meyers, S. (1984). Elective mutism in children: A family systems. *American Journal of family therapy*, 12 (4), 39-45.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, C. y Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of general psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Monras, C. (1984). Consideraciones en torno al mutismo electivo. *Revista de logopedia y foniatria*, 3(4), 224-231.
- Mora, G., Devault, S. y Schopler, E. (1962). Elective mutism of identical twins: dynamics and psychotherapy. *Journal of child psychology and psychiatry*, 3, 41-52.
- Mora, G., Devault, S. y Schopler, E. (1965). Dynamics and psychotherapy of identical twins with elective mutism. *Archives of general psychiatry*, 13, 182-187.

- Morin, Ch. Ladouceur, R. y Cloutier, R. (1982). Reinforcement procedure in the treatment of reluctant speech. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 13(2) 145-147.
- Morin y Ladouceur, R. (1984). Le traitement behavioral du mutisme sélectif. *Tecnologie du comportement*, 8 (1), 19-32.
- Morris, J. V. (1953). Cases of elective mutism. *American Journal of mental deficiency*, 53, 661-668.
- Munford, P. R., Reardon, D., Liberman, R. P. y Allen, L. (1976). Behavioral treatment of hysterical coughing and mutism: a case study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 44, 1008-1014.
- Myquel y Granon, M. (1982). Le mutisme electif extrafamilial chez l'enfant, a propos de quatorze observations. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 30(6), 329-339.
- Nash, R. T., Thorpe, H. W., Andrews, M, M, y Davis, K. (1979). A management program for elective mutism. *Psychology in the schools*, 16(2), 246-252.
- Nitelea, O.C. y Dociu, I. (1974). Lentiginoses et anormalies de développement. Observation familiale de lentiginose avec dysraphisme et debilité mentale. *Dermatológica*, 148, 108.
- Nolan, J. D. y Spence, C. (1970). Operant conditianing principles in the treatment of a selectively mute child. *Journal of consulting and clinical psychology*, 35, 265-268.

- Norman, A. y Broman, H. J. (1970). Volumen feedback and generalization techniques in shaping speech of an electively mute boy: A case stude. *Perceptual and motor skills*, 31, 463-470.
- Olivares, J. (1994). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. J. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Análisis y modificación de conducta*, 19(68), 771-791.
- Olivares, J., Méndez, F. J. y Macià, D. (1990). Tratamiento conductual de un caso de mutismo electivo en un sujeto con retraso mental. *Anales de Psicología*, 6, 59-70.
- Olivares, J., Méndez, F. J. y Macià, D. (1993). Detección e intervención temprana en mutismo electivo. Una aplicación del automodelado gradual, filmado y trucado (AGFT). *Análisis y modificación de conducta*, 19(68), 793-817.
- Ollendick, D.G. y Matson, J.L. (1988). Estereotipias conductuales, tartamudez y mutismo electivo. En Th. Ollendick y M. Hersen (eds). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pangalilla-Ratulangia, E. A. (1959). Clinical treatment of a case of mutism: *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 26, 33-41.
- Paniagua, F. y Saeed, M.A. (1987) Labeling and functional lenguaje in a case of psychological mutism.

Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry, 18, 259-267.

Paniagua, F. y Saeed, M. A. (1988). A procedural distinction between elective and progressive mutism. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 19 (3), 207-210.

Parker, E. B., Olsen, T. F. Throckmorton, M. C. (1960). Social case work with elementary school children who do not talk in school. *Social work*, 5, 64-70.

Pecukonis, E. V. y Pecukonis, M. T. (1991). An adapted lenguaje training strategy in the treatment of an electively mute male child. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 22(1), 9-21.

Pigott, H. E. y Gonzales, F. (1987). Efficacy of video-tape self modelig in treating an electively mute child. *Journal of clinical child psychology*, 16(2), 106-110.

Piersel, W. C. y Kratochwill, T. R. (1981). A teacher implemented contigency management package to assess and treat selective mutism. *Behavioural assement* 3, 371-382.

Popella, E. (1960). Psychogener Mutismus bei Kindern. *Nervenarzt*, 31, 257-263.

Porjes, M. D. (1992). Intervention with the selectively mute child. *Psychology in the schools*, 29(4), 367-376.

Pustrom, E. y Speers, R. W. (1964). Elective mutism in children. *Journal of the American academy of child*

- psychiatry, 3, 287-297.*
- Radford, P. A. (1977). Psychoanalytically based therapy as the treatment of choice for a six-year-old elective mute. *Journal of child psychotherapy, 4, 49-65.*
- Rasbury, W. C. (1974). Behavioral treatment of selective mutism: A case report. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry, 5, 103-104.*
- Reed, G. H. (1963). Elective mutism in children: A re-appraisal. *Journal of child psychology and psychiatry, 4, 99-107.*
- Reid, J. B., Hawkins, N., Keutzer, C., Mcneal, S. A., Phelps, R. E., Reid, K. M. y Mees, M. L. (1967). A marathon behavior modification of a selectively mute child. *Journal of child psychology and psychiatry, 8, 27-30.*
- Richards, C. y Hansen, M. K. (1978). A further demonstration of the efficacy of stimulus fading treatment of elective mutism. *Journal of behavioral therapy and experimental psychology, 9, 57-60.*
- Richburg, M. L. y Cobia, D. C. (1994). Using behavioral techniques to treat elective mutism: A case study. *Elementary school guidance and counseling, 28(3), 214-220.*
- Riviere, A. y cols. (1988). *Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil.* Madrid: CIDE.
- Roe, V. (1993). An interactive therapy group. *Child language teaching and therapy, 9(2) 133-140.*

- Rold Jensen, O. (1975). Elektiv mutisme. *Medlemsblad for talepaedagogisk forening*, 11, 136-148.
- Rosekrans, M. A. (1967). Imitation in children as a function of perceived similarity to a social model and vicarius reinforcement. *Journal of personality and social psychology*, 7, 307-315.
- Rosembaum, E. y Kellman, M. (1973). Treatment of a selectively mute thirdgrade child. *Journal of school psychology*, 11, 26-29.
- Rosenberg, B. J. y Lindblad, M. (1978). Behavior therapy in a family context: treating elective mutism. *Family process*, 17, 77-82.
- Rutter, M. (1977). Speech delay. En M Rutter (ed.), *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Ruzicka, B. Y Sackin, H. D. (1974). Elective mutism. The impact of the patient's silent detachment upon the therapist. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 13, 551-561.
- Saloga, H. W. (1983). Problema des Elektivem mutismus bei jugendlichen. *Praxis dez Kinderpsychologia und Kinderpsychiatrie* 32(4), 128-132.
- Sanok, R. L. y Ascione, F. R. (1979). Behavioral interventions for childhood elective mutism: An evaluative review. *Child behavior therapy*, 1, 49-68.
- Sanok, R. L. y Striefel, J. (1979). Elective mutism: Generalization of verbal responding across people

- and setting. *Behavior therapy*, 10, 357-371.
- Sanz Pons, R. S. (1979). Mutismo infantil. *Actas luso-española de neuropsiquiatria y S.C. afines*, 2, 397-418.
- Scott, E. (1977). A desensitization programme for the treatment of mutism in a seven year old girl: A case report. *Journal of child psychology and psychiatry*, 18, 163-270.
- Schachter, M. (1967). Aphémie suivie de bégaiement d'origine psycho-traumatique chez une fillette de 4 ans; rééducation et guérison. *Acta paedopsychiatrica*, 34, 13-17.
- Schachter, M. (1977). Mutisme électif chez l'enfant d'âge pré-scolaire y scolaire. Contrib. à la psychopathol. de la communication. *Revue suisse de médecine*, 66, 1442-1449.
- Schachter, M. (1981). Mutisme électif ou refus électif de parler chez l'enfant. *Feuillets psychiatriques de Liège*, 14(4), 491-501.
- Schepank, H. (1960). Ein Fall von elektivem Mutismus in Kinderalter. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 4, 127-137.
- Schmidtke, A. y Schaller (1978). Lernen an modell als verhaltens-therapie strategie bei elektivem mutismus. *Acta paedopsychiatrica*, 43, 57-71.
- Seelfield, D. J., Lond, B. S. y Dusseldorf, M. D. (1950). Observations on elective mutism in children. *Journal of mental science*, 46, 1024-1032.

- Semenoff, B., Park, C. y Smith, E. (1976). Behavioral interventions with a six-year-old elective mute. En J. D. Krumboltz y C. E. Thoresen (eds.), *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Shaklee, H. (1976). Development in inferences of ability and task difficulty. *Child development*, 47, 1051-1057.
- Shaw, Wh. (1971). Aversive control in the treatment of elective mutism. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 10, 572-581.
- Shreeve, D. F. (1991). Elective mutism. Origins in stranger anxiety and selective attention. *Bulletin of the menniger clinic*, 55(4), 491-504.
- Shvarztman, P., Hornshtein, I., Kein, E. y Yechzkel, A. (1990). Elective mutism in family practice. *Journal of family practice*, 31(3), 319-320.
- Silver, L. B. (1980). Elective mutism. En H. I. Kaplan y A. M. Freedman (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams y Wilkins.
- Skoricova, M., Hrbalova, M. y Sulicova, E. (1987). Elective mutism on the preschool age (case raport). *CESK Psychiatr.* 83(2), 120-123.
- Sluckin, A. y Jehú, D. (1969). A behavioral approach in the treatment of elective mutism. *British Journal of psychiatric social work*, 10, 70-73.
- Sluckin, A. (1977). Children who do not talk in school. *Child: care health, and development*, 3, 69-79.

- Sluckin, A., Foreman, N. y Herbert, M. (1991). Behavioral Treatment Programs and Selectivity of Speaking at follow up in a sample of 25 selective mutes. *Australian psychologist*, 26, 132-138.
- Sluzki, C. E. (1983). The sounds of silence: two cases of elective mutism in bilingual families. *Family therapy colletions*, 6, 68-77.
- Smaling, L. M. (1959). Analysis of six cases of voluntary mutism. *Journal of speech and hearin disorders*, 24, 55-58.
- Spieler, J. (1944). *Schweigende und sprachschene Kinder*. Olten: Verlag Otto Walter.
- Strait, R. (1958). A child who vas speech less in school and social life. *Jounral of speech and hearing disorders*, 23, 253-254.
- Straughan, J. H. (1968). The application of conditionning to the treatment of elective mutes. En H. N. Sloan y B. D. Maculay (eds.) *Operant procedures in remedial speech and languaje training*. New York: Hanghton-Miffin Company.
- Straughan, J. H., potter, W. K. y Hamilton, S. H. (1965). The behavioral treatment of an elective mute. *Journal of child psychology and psychiatry*, 6, 125-130.
- Subak, M. E., West, M y Carlib, M. (1982). Elective mutism: An expression of family psychopathology. *International Journal of family psychiatry*, 3(3), 335-344.

- Tachibana, K., Nakamura, K., Cheduri, K. y Usuda, S. (1982). Elective mutism in identical twins. *Japanese Journal of child and adolescent psychiatry*, 23(5), 277-286.
- Tittinch, E. (1989) Clinical ilustration: Elective mutism. *Journal of children in contemporary society*, 21(1-2), 151-158.
- Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 1, 30-35.
- Tramer, M. y Geiger-Marty, O. (1952). Zur frage der Beziehung von elekt und totalem mutism bei Kindern. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 19, 88-91.
- Van der Kooy, D. y Webster, C. D. (1975). A rapidly efective behavior modification program for an electively mute child. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 6, 149-152.
- Vidal, J. G. y Ponce, M. M. (1988). *Manual para la confección de programas de desarrollo individual*. Madrid: EOS.
- Von Misch, A. (1952). Elektiver mutismus in Kindergalter. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 19, 49-87.
- Walker, H. M. y Hops, H. (1976). Use of normative peer data as a standard for evaluating classroom treatment effects. *Journal of applied behavior analysis*, 9, 159-168.
- Wallis, H. (1957). Zur Systematik desd mutismus in Kindersalter. *Zeitschrift für Kinder psichiatrie*,

24, 192-193.

- Wassing, H. E. (1973). A case of prolonged mutism in an adolescent boy. *Acta paedopsychiatrica*, 40, 75-96.
- Waterink, J. y Vedder, R. (1936). Quelques cas de mutisme thimogénique chez des enfants très jeunes et leur traitement. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 3, 101-112.
- Watson, T. S. y Kramer, J. J. (1992). Multimethed behavioral treatment of long-term selective mutism. *Psychology in the schools*, 29(4), 359-366.
- Weber, A. (1950). Zum elektivem mutismus der Kinder. *Zeitschrift für Kinder psychiatrie*, 17, 1-15.
- Weinberger, G., Stander, R. J. y Stearns, R. P. (1967). Therapeutic strategies with school phobies. *American Journal of orthopsychiatry*, 3, 64-70.
- Wergeland, H. (1979). Elective mutism. *Acta psychiatrica escandinavia*, 59, 218-228.
- Wergeland, H. (1980). Elective mutism. *Annual progress in child psychiatry and child development*, 373-385.
- Westman, J. C. (1985). Learning impotence and the peter pan fantasy. *Child psychiatry and human development*, 15, 160.
- Wildman, R, W. y Wildman, R. W. (1975). The generalization of behavior modification procedures: a case review with special emphasis on classroom application. *Psychology in the schools*, 12, 432-444.
- Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders inm children. *British Journal*

American academy of child psychiatry, 24(6), 739-746.

- Williamson, D. A., Sander, S., Haney, J. A. y White, D. (1977a). The behavioral treatment of elective mutism: two case studies. *Journal of behavioral therapy and experimental psychology*, 8, 143-149.
- Williamson, D. A., Sewell, W., Sander, S., Haney, J. A. y White, D. (1977b). The treatment of reluctant speech using contingency management procedures. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 8, 151-156.
- Wolf, S. y Barlow, A. (1979). Schizoid personality in childhood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 20, 29-46.
- Wright, H. (1968). A clinical study of children who refuse to talk in school. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 7, 603-617.
- Wright, H. y Cucarro, M. L. (1994). Selective mutism continued. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 33(4), 593-594.
- Wright, H., Miller, D., Cook, M. A. y Littman, J. (1985). Early identification and intervention with children who refuse to speak. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 24(6), 739-746.
- Wulbert, M., Nyman, B. A., Snow, D. y Owen, Y. (1973). The efficacy of stimulus fading and contingency management in the treatment of elective mutism: A

case study. *Journal of applied behavior analysis*,
6, 435-441.

Youngerman, J. (1979). The syntax of silence: Electively
mute therapy. *International Review of
psychoanalysis*, 6, 283-295.

Zondlo, F. y Scalan, J. (1983). Elective mutism in a 26
year old deaf female. *Canadian Journal of
psychiatry*, 28(1), 49-51.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala inicial y resultados

ESCALA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MUTISMO ELECTIVO

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Centro:

Relación de la persona que rellena el cuestionario con el niño.

padre() profesor/a () otros:
madre() educador/a ()

Señalar en cada caso si se cumplen o no las afirmaciones que se anuncian a continuación.

Se puntuará:

"SI" en el caso que generalmente se produzca (o se haya producido) el comportamiento del niño o la circunstancia que se describe.

"NO" cuando comúnmente no se presente (o no se haya presentado) en los términos que se formulan.

"?" se intentará evitar, reservándola únicamente para aquellos casos que de ninguna manera puedan ser calificados como "SI" ó "NO".

No escriba nada en la columna separada de la derecha

Observaciones: (no es necesario, pero si tiene alguna dificultad con las preguntas, o quiere hacer alguna indicación hágalo en este espacio)

.
.
.
.
.
.

	SI	NO	?
1. En la escuela sigue y cumple órdenes simples			
2. Sólo habla en algunas situaciones concretas			
3. Su familia no se relaciona socialmente mucho			
4. Tiene miedo a los extraños			
5. Con frecuencia presenta rigidez muscular			
6. Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"			
7. Puede considerarse un niño activo y trabajador			
8. Comprende usualmente todo lo que se le dice			
9. Cuando comenzó a ir al colegio, pasados los primeros momentos, se mostraba contento			
10. En general hay armonía en su familia			
11. Es un niño extremadamente tímido			
12. Los padres dominan con castigos físicos			
13. Tiene problema de enuresis			
14. Se le entendía mal después de los tres años			
15. En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz			
16. Presenta temblores si se le pide algo			
17. Tiene algún trastorno mental			
18. Es un niño confiado			
19. Consigue cualquier cosa de su madre			

	SI	NO	?
20. Necesita llamar la atención			
21. Es dócil y moldeable para ser corregido			
22. En la casa presenta excesiva actividad motora			
23. Presenta sudoración palmar			
24. El silencio comenzó antes de los cuatro años			
25. Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre			
26. Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas			
27. La madre es ansiosa y sobreprotectora			
28. Es el líder de los juegos			
29. Tiene algún problema de pronunciación			
30. Gesticula con los brazos para expresarse			
31. Cuando se le habla mira al interlocutor			
32. El niño habla con los profesores			
33. Tiene dificultad para relacionarse con otros niños			
34. Participa en las actividades escolares			
35. La familia es tímida y reservada			
36. La madre y el niño están muy apegados			
37. En la familia hay antecedentes de dificultades con el lenguaje			
38. Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia			

	SI	NO	?
39. Antes de los tres años tuvo alguna experiencia traumática			
40. Siempre llora para conseguir lo que desea			
41. Presenta actividad motora fuera de la casa			
42. Es un niño caprichoso			
43. Busca la compañía de los demás			
44. En algunos casos habla con monosílabos			
45. Le gusta jugar en grupo			
46. Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza			
47. Generalmente el niño habla a los familiares cercanos			
48. En el colegio responde a las preguntas de los profesores			
49. Los compañeros lo buscan			
50. Cuando habla el volumen de la voz va cambiando			
51. La madre es vergonzosa y retraída			
52. El niño se alía con la madre frente al padre			
53. Presenta articulaciones y tics nerviosos			
54. Tiene tendencia a imponer siempre su criterio			
55. En las pruebas de inteligencia da normal			
56. Hay grandes desavenencias entre ambos padres			
57. Cuando quiere algo señala con el dedo			
58. Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás			

	SI	NO	?
59. Es tímido en el colegio			
60. En la familia la comida transcurre de forma normal			
61. Habitualmente presenta la espina dorsal erguida			
62. Presenta sordera o algún trastorno auditivo			
63. La cabeza y los hombros están torcidos hacia delante			
64. Presenta algunas veces encopresis			
65. Puede considerarse emocionalmente maduro			
66. Se muestra dependiente de la madre			
67. Manipula a las personas para conseguir su objetivo			
68. Presenta una dependencia excesiva de los demás			
69. Tiene rabietas injustificadas			
70. Utiliza a la madre como intermediaria para hablar			
71. A veces habla "murmurando"			
72. Generalmente presenta tendencia a aislarse			
73. El silencio del niño despierta cólera en los padres			
74. En la casa se muestra dócil			
75. El niño habla con los compañeros de clase			
76. Presenta con frecuencia una conducta agresiva			

	SI	NO	?
1. En la escuela sigue y cumple órdenes simples	X		
2. Sólo habla en algunas situaciones concretas	X		
3. Su familia no se relaciona socialmente mucho	X		
4. Tiene miedo a los extraños	X		
5. Con frecuencia presenta rigidez muscular	X		
6. Hasta los tres años presentó un desarrollo "normal"	X		
7. Puede considerarse un niño activo y trabajador		X	
8. Comprende usualmente todo lo que se le dice	X		
9. Cuando comenzó a ir al colegio, pasados los primeros momentos, se mostraba contento		X	
10. En general hay armonía en su familia		X	
11. Es un niño extremadamente tímido	X		
12. Los padres dominan con castigos físicos	X		
13. Tiene problema de enuresis	X		
14. Se le entendía mal después de los tres años	X		
15. En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz		X	
16. Presenta temblores si se le pide algo	X		
17. Tiene algún trastorno mental		X	
18. Es un niño confiado		X	
19. Consigue cualquier cosa de su madre	X		

	SI	NO	?
20. Necesita llamar la atención	X		
21. Es dócil y moldeable para ser corregido		X	
22. En la casa presenta excesiva actividad motora	X		
23. Presenta sudoración palmar	X		
24. El silencio comenzó antes de los cuatro años		X	
25. Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación por separarse de su madre	X		
26. Después de los tres años hablaba sólo con palabras cortas	X		
27. La madre es ansiosa y sobreprotectora	X		
28. Es el líder de los juegos		X	
29. Tiene algún problema de pronunciación	X		
30. Gesticula con los brazos para expresarse	X		
31. Cuando se le habla mira al interlocutor		X	
32. El niño habla con los profesores		X	
33. Tiene dificultad para relacionarse con otros niños	X		
34. Participa en las actividades escolares		X	
35. La familia es tímida y reservada	X		
36. La madre y el niño están muy apegados	X		
37. En la familia hay antecedentes de dificultades con el lenguaje	X		
38. Presenta algún problema en el desarrollo de la inteligencia		X	

	SI	NO	?
39. Antes de los tres años tuvo alguna experiencia traumática	X		
40. Siempre llora para conseguir lo que desea	X		
41. Presenta actividad motora fuera de la casa		X	
42. Es un niño caprichoso	X		
43. Busca la compañía de los demás		X	
44. En algunos casos habla con monosílabos	X		
45. Le gusta jugar en grupo		X	
46. Expresa sus deseos con gestos o indicaciones con movimientos de la cabeza	X		
47. Generalmente el niño habla a los familiares cercanos	X		
48. En el colegio responde a las preguntas de los profesores		X	
49. Los compañeros lo buscan		X	
50. Cuando habla el volumen de la voz va cambiando	X		
51. La madre es vergonzosa y retraída	X		
52. El niño se alía con la madre frente al padre	X		
53. Presenta articulaciones y tics nerviosos	X		
54. Tiene tendencia a imponer siempre su criterio	X		
55. En las pruebas de inteligencia da normal	X		
56. Hay grandes desavenencias entre ambos padres	X		
57. Cuando quiere algo señala con el dedo	X		
58. Responde de forma espontánea a las preguntas de los demás		X	

	SI	NO	?
59. Es tímido en el colegio	X		
60. En la familia la comida transcurre de forma normal		X	
61. Habitualmente presenta la espina dorsal erguida	X		
62. Presenta sordera o algún trastorno auditivo		X	
63. La cabeza y los hombros están torcidos hacia delante	X		
64. Presenta algunas veces encopresis	X		
65. Puede considerarse emocionalmente maduro		X	
66. Se muestra dependiente de la madre	X		
67. Manipula a las personas para conseguir su objetivo	X		
68. Presenta una dependencia excesiva de los demás	X		
69. Tiene rabietas injustificadas	X		
70. Utiliza a la madre como intermediaria para hablar	X		
71. A veces habla "murmurando"	X		
72. Generalmente presenta tendencia a aislarse	X		
73. El silencio del niño despierta cólera en los padres	X		
74. En la casa se muestra dócil		X	
75. El niño habla con los compañeros de clase		X	
76. Presenta con frecuencia una conducta agresiva	X		

ANEXO 2

Descripción de la muestra

Descripción de la muestra inicial de sujetos con AUTISMO

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Características	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
A.X.X.	3.3	varón	C.I.S. Arganzuela Madrid	Psicólogo	(Rasgos autistas)	1º de 1 h.	Padres estudios Medios (Publicidad, Comercio)
D.M.P.	9.1	varón	Salud Mental Leganés	Psicólogo Infantil	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Camionero, Asistenta)
F.X.X.	5.7	varón	H.de Día Psiquiátrico Niño Jesús Madrid	Educador	(Autista)	1º de 2 h.	Padres: Hostelería y Ama de casa
U.M.P.	3.11	varón	H. Doce de octubre Madrid	Psicóloga	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios(Laborator, Aux.de clínica)
A.A.T.	14.10	varón	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	3º de 3 h.	Padres estudios Básicos (Oficial 2º Coca cola, S.L.)
M.R.N.	14.10	varón	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	2º de 2 h.	Padres estudios Básicos (Operario electrónica, S.L.)
R.C.R.	8.9	varón	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Autista)	1º de 2 h.	Padres: Dependiente comercio y S.L.
N.C.R.	13.11	mujer	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	2º de 3 h.	Madre:trabaja en Insero
T.P.V.	7.8	mujer	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	1º de 1 h.	Padres estudios Básicos (Conductor,S.L.)
M.A.L.	6.8	varón	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos (Camarero, S.L.)
H.R.M.	11.11	varón	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Rasgos autistas)	1º de 2 h.	Madre:Asistenta doméstica
R.G.X.	12.1	varón	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Autista)	3º de 3 h.	Padres estudios Superiores(Inspect.comerc,Profes.)
B.L.X.	7.1	mujer	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Rasgos autistas)	2º de 2 h.	Padres estudios Superiores(Economista,Secret.judic.)
G.M.O.	8.2	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	1º de 2 h.	Padres estudios Secundarios (Autónomo, Ama de casa)
A.R.G.	10.8	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Camarero, Ama de casa)
J.A.P.	12.0	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	1º de 3 h.	Padres estudios Primarios
C.G.X.	9.4	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios
V.N.X.	11.4	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	1º de 2 h.	Padres: Perito electricista y Administrativo
R.O.X.	12.7	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(Autista)	5º de 5 h.	Padres:Invalidez y S.L.
S.C.X.	12.9	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres: Técnico empresa aérea y S.L.
L.M.H.	10.5	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres: Ingeniero técnico y S.L.
C.C.H.	8.3	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres: Autónomo(transportes) y Ama de casa
R.T.X.	6.2	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(Autista)	1º de 1 h.	Padres: Militar y Ama de casa
L.M.F.	8.1	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	1º de 1 h.	Padres: Comercial y Administrativo
O.G.X.	8.5	mujer	C.C.E.E. Pauta Madrid	Psicóloga	(T.G.D.)	3º de 3 h.	Padres: Hostelería y S.L.
M.R.X.	11.8	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Psicóloga	(T.G.D.)	3º de 3 h.	Padres: Abogado y S.L.
A.V.X.	5.10	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Psicóloga	(Autista)	1º de 2 h.	Padres: Conductor y S.L.
P.A.X.	20.4	varón	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Huecograb,Admin)
J.B.X.	13.4	varón	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Super. y Bachiller(Ingen.Teleco,S.L.)
J.P.X.	13.8	mujer	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	1º de 2 h.	Padres estudios Bachiller y Primarios (Admón,S.L.)
L.A.X.	17.10	varón	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Ingeniero técn y EGB.(Prof.FP,S.L.)
M.O.X.	20.4	mujer	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores y Primarios (Abogado,S.L.)
A.R.X.	19.6	mujer	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(T.G.D.)	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Empleado Banca,S.L.)
C.A.X.	10.9	mujer	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores y COU(Biólogo, S.L.)
M.V.X.	13.8	varón	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	1º de 1 h.	Padres:Administrativo y S.L.
A.B.X.	18.10	varón	A.D.E.M.P.A. Parla	Psicólogo + madre	(Rasgos autistas)		

Descripción de la muestra final de sujetos con AUTISMO

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Características	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
A.X.X.	3.3	varón	C.I.S. Arganzuela Madrid	Psicólogo	(Rasgos autistas)	1º de 1 h.	Padres estudios Medios (Publicidad, Comercio)
D.M.P.	9.1	varón	Salud Mental Leganés	Psicólogo Infantil	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Camionero, Asistentia)
F.X.X.	5.7	varón	H.de Día Psiquiátrico Niño Jesús Madrid	Educador	(Autista)	1º de 2 h.	Padres: Hostelería y Ama de casa
U.M.P.	3.11	varón	H. Doce de octubre Madrid	Psicóloga	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios(Laborator, Aux.de clínica)
A.A.T.	14.10	varón	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	3º de 3 h.	Padres estudios Básicos (Oficial 2º Coca cola, S.L.)
R.C.R.	8.9	varón	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Autista)	1º de 2 h.	Padres: Dependiente comercio y S.L.
N.C.R.	13.11	mujer	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	2º de 3 h.	Madre:trabaja en Inverso
T.P.V.	7.8	mujer	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	1º de 1 h.	Padres estudios Básicos (Conductor,S.L.)
M.A.L.	6.8	varón	C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés	Profesora	(Rasgos autistas)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos (Camarero, S.L.)
H.R.M.	11.11	varón	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Rasgos autistas)	1º de 2 h.	Madre:Asistentia doméstica
R.G.X.	12.1	varón	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Autista)	3º de 3 h.	Padres estudios Superiores(Inspect.comerc,Profes.)
B.L.X.	7.1	mujer	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Rasgos autistas)	2º de 2 h.	Padres estudios Superiores(Economista,Secret.judic.)
G.M.O.	8.2	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	1º de 2 h.	Padres estudios Secundarios (Autónomo, Ama de casa)
A.R.G.	10.8	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Camarero, Ama de casa)
J.A.P.	12.0	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	1º de 3 h.	Padres estudios Primarios
C.G.X.	9.4	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios
V.N.X.	11.4	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	1º de 2 h.	Padres: Perito electricista y Administrativo
R.O.X.	12.7	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(Autista)	5º de 5 h.	Padres:Invalidez y S.L.
S.C.X.	12.9	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres: Técnico empresa aérea y S.L.
L.M.H.	10.5	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres: Ingeniero técnico y S.L.
C.C.H.	8.3	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	2º de 2 h.	Padres: Autónomo(transportes) y Ama de casa
R.T.X.	6.2	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(Autista)	1º de 1 h.	Padres: Militar y Ama de casa
L.M.F.	8.1	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Logopeda	(T.G.D.)	1º de 1 h.	Padres: Comercial y Administrativo
O.G.X.	8.5	mujer	C.C.E.E. Pauta Madrid	Psicóloga	(T.G.D.)	3º de 3 h.	Padres: Hostelería y S.L.
M.R.X.	11.8	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Psicóloga	(T.G.D.)	3º de 3 h.	Padres: Abogado y S.L.
A.V.X.	5.10	varón	C.C.E.E. Pauta Madrid	Psicóloga	(Autista)	1º de 2 h.	Padres: Conductor y S.L.
J.B.X.	13.4	varón	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	2º de 2 h.	Padres estudios Super. y Bachiller(Ingen.Teleco,S.L.)
J.P.X.	13.8	mujer	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	1º de 2 h.	Padres estudios Bachiller y Primarios (Admón,S.L.)
C.A.X.	10.9	mujer	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores y COU(Biólogo, S.L.)
M.V.X.	13.8	varón	C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid	Profesor	(Autista)	1º de 1 h.	Padres:Administrativo y S.L.

Descripción de la muestra inicial de sujetos con DEFICIENCIA MENTAL

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Características	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
Y.X.X.	14.11	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesor	(Moderada)	1º de 2 h.	Padres estudios Grado Medio y PREU(Comerc,Administ.)
S.R.R.	16.3	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Fisioterapeuta	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios
H.A.D.	15.10	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesor	(Moderada)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos
D.C.O.	10.5	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Pedagoga	(Moderada)	1º de 1 h.	Madre: S.L.
L.L.R.	10.11	mujer	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres estudios EGB y Primarios.(Carpintero,limpieza)
Z.X.X.	13.0	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesora	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos (Reponedor, Dependienta)
F.X.X.	8.11	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesor	(Ligera)	1º de 1 h.	Padres: Profesor autoescuela y S.L.
A.C.X.	6.5	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesor	(Ligera)	3º de 3 h.	Padres: Electricista y S.L.
J.L.X.	10.8	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesora	(Moderada)	2º de 2 h.	Padres estudios Básicos
J.I.V.	14.4	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesora	(Ligera)	2º de 5 h.	Padres estudios Primarios y carece(Vendedor,S.L.)
I.S.S.	14.8	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesor	(Ligera)	1º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Vende Cupones, S.L.)
L.X.X.	10.10	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesora	(Moderada)	1º de 2 h.	Padres: Electrónico y S.L.
D.R.X.	6.0	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesor	(Ligera)	3º de 3 h.	Madre: Estudios Básicos (Cocinera)
P.D.X.	14.10	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profesora	(Ligera)		
M.J.G.	11.11	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	(Límite)	3º de 4 h.	Padres:Mecánico y S.L.
S.G.A.	7.3	mujer	Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid	Logopeda	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres: Instalador y S.L.
C.A.L.	8.11	varón	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Ligera)	2º de 3 h.	Padres: Médico y S.L.
P.R.X.	8.6	varón	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Ligera)	2º de 2 h.	Padres: Empleado de banca y S.L.
R.D.A.	10.7	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Ligera)		
D.P.G.	14.6	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Ligera)	1º de 1 h.	Madre:camarera
I.O.M.	7.3	varón	Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid	Logopeda	(Retr ed desarr)	1º de 1 h.	Padres estudios Superiores(Ingeniero, Ingeniera)
A.S.I.	13.3	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesor	(Límite)	1º de 1 h.	Padres estudios Primarios (Frutero, Ama de casa)
M.B.C.	11.2	mujer	Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid	Logopeda	(Moderada)	3º de 3 h.	Padres: Telefónica/paro y S.L.
A.M.X.	10.5	varón	C.C.E.E. TAO Madrid	Profesor	(Moderada)	1º de 1 h.	Padres: D. Comercial y Auxiliar de clínica
S.X.X.	10.9	mujer	O.R.T.S. - V.A.L.T. Getafe	Profesora	(Severa)	2º de 2 h.	Padres: Conductor y S.L.
J.C.X.	10.8	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Severa)		
J.P.X.	12.11	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Severa)		
A.H.X.	9.6	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Severa)		
A.O.X.	6.10	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Severa)		
C.G.X.	6.0	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Severa)		
C.H.H.	15.6	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Severa)		
V.H.P.	14.6	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Severa)		
A.C.M.	16.7	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Ligera)		
N.F.M.	16.10	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Ligera)		
M.S.M.	16.7	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Ligera)		
E.M.N.	17.9	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Ligera)		
M.P.C.	15.1	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Ligera)		
D.G.M.	15.8	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe	Profesora	(Ligera)		
I.L.G.	10.8	mujer	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	(Ligera)	1º de 1 h.	Padres estudios Bachiller y carece(Vendedor,vendedora)
F.X.X.	14.10	varón	Equipo de Orient.Educ.y Pedagog.Leganés	Profesor	(Ligera)	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Jubilado, Limpiadora)
J.P.P.	10.9	varón	C.P. Andrés Segovia Leganés	Profesor	(Ligera)	4º de 4 h.	Padres: Vigilante y Limpiadora

Descripción de la muestra final de sujetos con DEFICIENCIA MENTAL

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo	colaborador	Informador	Características	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
Y.X.X.	14.11	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesor	(Moderada)	1º de 2 h.	Padres estudios Grado Medio y PREU(Comerc,Administ.)
S.R.R.	16.3	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Fisioterapeuta	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios
M.A.D.	15.10	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesor	(Moderada)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos
D.C.O.	10.5	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe		Pedagoga	(Moderada)	1º de 1 h.	Madre: S.L.
L.L.R.	10.11	mujer	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada		Profesora	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres estudios EGB y Primarios.(Carpintero,limpieza)
Z.X.X.	13.0	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesora	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos (Reponedor, Dependienta)
F.X.X.	8.11	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesor	(Ligera)	1º de 1 h.	Padres: Profesor autoescuela y S.L.
A.C.X.	6.5	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesor	(Ligera)	3º de 3 h.	Padres: Electricista y S.L.
J.L.X.	10.8	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesora	(Moderada)	2º de 2 h.	Padres estudios Básicos
J.I.V.	14.4	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesora	(Ligera)	2º de 5 h.	Padres estudios Primarios y carece(Vendedor,S.L.)
I.S.S.	14.8	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesor	(Ligera)	1º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Vende Cupones, S.L.)
L.X.X.	10.10	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesora	(Moderada)	1º de 2 h.	Padres: Electrónico y S.L.
D.R.X.	6.0	varón	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesor	(Ligera)	3º de 3 h.	Madre: Estudios Básicos (Cocinera)
P.D.X.	14.10	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada		Profesora	(Ligera)		
M.J.G.	11.11	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada		Profesora	(Límite)	3º de 4 h.	Padres:Mecánico y S.L.
S.G.A.	7.3	mujer	Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid		Logopeda	(Ligera)	1º de 2 h.	Padres: Instalador y S.L.
C.A.L.	8.11	varón	C.C.E.E. TAO Madrid		Profesor	(Ligera)	2º de 3 h.	Padres: Médico y S.L.
P.R.X.	8.6	varón	C.C.E.E. TAO Madrid		Profesor	(Ligera)	2º de 2 h.	Padres: Empleado de banca y S.L.
R.D.A.	10.7	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid		Orientador	(Ligera)		
D.P.G.	14.6	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid		Orientador	(Ligera)	1º de 1 h.	Madre:camarera
I.O.M.	13.3	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada		Profesor	(Límite)	1º de 1 h.	Padres estudios Primarios (Frutero, Ama de casa)
M.B.C.	11.2	mujer	Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid		Logopeda	(Moderada)	3º de 3 h.	Padres: Telefónica/paro y S.L.
A.M.X.	10.5	varón	C.C.E.E. TAO Madrid		Profesor	(Moderada)	1º de 1 h.	Padres: D. Comercial y Auxiliar de clínica
S.X.X.	16.7	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe		Profesora	(Ligera)		
M.S.M.	16.7	mujer	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe		Profesora	(Ligera)		
M.P.C.	15.1	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe		Profesora	(Ligera)		
D.G.M.	15.8	varón	C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe		Profesora	(Ligera)		
I.L.G.	10.8	mujer	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada		Logopeda	(Ligera)	1º de 1 h.	Padres estudios Bachiller y carece(Vendedor,vendedora)
F.X.X.	14.10	varón	Equipo de Orient.Educ.y Pedagog.Leganés		Profesor	(Ligera)	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Jubilado, Limpiadora)
J.P.P.	10.9	varón	C.P. Andrés Segovia Leganés		Profesor	(Ligera)	4º de 4 h.	Padres: Vigilante y Limpiadora

Descripción de la muestra inicial de sujetos con MUTISMO ELECTIVO

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
J.H.X.	9.10	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesor	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (mecánico, Limpieza)
L.R.A.	4.0	mujer	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda		
L.S.G.	6.8	mujer	Salud Mental Alcorcón	Psicóloga		
T.D.C.	8.4	mujer	Salud Mental Alcorcón	Psicóloga		
A.L.G.	7.8	varón	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + madre		
C.V.A.	8.9	varón	Salud Mental Leganés	Psicólogo	1º de 2 h.	Padres estudios Medios y Básicos (Inspec.Policía, S.L.)
J.M.R.	4.0	varón	Salud Mental Retiro Madrid	Psiquiatra Infant	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Conductor, S.L.)
M.P.G.	8.2	mujer	Salud Mental Leganés	Psicólogo Infantil	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Construcción, Ama de casa)
L.X.X.	4.9	mujer	H.de Día Psiquiátrico Niño Jesús Madrid	Educador	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero Indust, Químicas)
J.X.X.	6.10	mujer	Salud Mental Salamanca Madrid	Psicólogo + padre	3º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Pastelero, S.L.)
I.X.X.	7.11	varón	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Camarero, S.L.)
C.X.X.	9.8	varón	H.de Día Psiquiátrico Niño Jesús Madrid	Profesor	3º de 3 h.	Padres: Funcionario y S.L.
X.X.X.	7.7	varón	Salud Mental Salamanca Madrid	Psicóloga		
N.P.F.	8.10	mujer	Salud Mental Leganés	Terapeuta Psiquiat		
M.A.R.	10.0	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Profesora	2º de 2 h.	Padres Estudios Primarios y carece (Panadero, S.L.)
R.C.X.	11.0	mujer	Salud Mental Getafe	Psicóloga	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (trabajadores ocasionales)
J.H.X.	5.4	varón	Equipo de Orient. Educ. y Pedagog. Getafe	Profesor	4º de 4 h.	Padres estudios Básicos (Metalúrgico, S.L.)
C.C.G.	9.5	varón	Salud Mental Ciudad Lineal Madrid	Terapeuta	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Panadero, S.L.)
D.U.R.	5.3	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + padres	3º de 4 h.	Padres estudios Primarios y Grad.Esc. (Conductor, S.L.)
C.L.G.	5.2	mujer	Salud Mental Vallecas Madrid	Psicólogo	1º de 1 h.	Padres estudios Primarios (Conductor, Obrera)
D.R.L.	9.2	varón	Hospital Severo Ochoa Leganés	Pediatra + madre	1º de 1 h.	Padres estudios Primarios y Bach. (Carnicero, Ama casa)
L.X.X.	11.2	mujer	E.O.E.P. Específico de Autismo (M.E.C.)	Profesora apoyo	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Electricista, Ama casa)
R.R.L.	8.6	varón	E.O.E.P. Específico de Autismo (M.E.C.)	Profesor	1º de 4 h.	Padres: Pastor y S.L.
E.V.X.	7.3	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + madre	2º de 3 h.	Padres estudios Bachiller (Hostelería, Ama de casa)
R.V.X.	7.3	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + madre	2º de 3 h.	Padres estudios Bachiller (Hostelería, Ama de casa)
M.R.X.	15.10	mujer	C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada	Profes + Psicóloga	1º de 2 h.	Padres: Telecomunicaciones y S.L.
L.B.S.	8.4	mujer	H. Doce de octubre Madrid	Psiquiatra	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Electricista, S.L.)
A.D.G.	6.5	mujer	H. Doce de octubre Madrid	Psiquiatra	1º de 1 h.	Padres: Albañil y S.L.
M.I.I.	4.8	mujer	Psicol. Pedagog. y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Industrial, S.L.)
D.R.G.	8.6	varón	Vigotsky Fuenlabrada	Logopeda	2º de 2 h.	Padres estudios Bachill y Grad (Cerrajero, Secretaria)
P.X.X.	10.8	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Terapeuta	1º de 3 h.	

Descripción de la muestra final de sujetos con MUTISMO ELECTIVO

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
J.H.X.	9.10	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesor	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (mecánico, Limpieza)
L.R.A.	4.0	mujer	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda		
L.S.G.	6.8	mujer	Salud Mental Alcorcón	Psicóloga		
T.D.C.	8.4	mujer	Salud Mental Alcorcón	Psicóloga		
A.L.G.	7.8	varón	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + madre		
C.V.A.	8.9	varón	Salud Mental Leganés	Psicólogo	1º de 2 h.	Padres estudios Medios y Básicos (Inspec.Policía, S.L.)
J.M.R.	4.0	varón	Salud Mental Retiro Madrid	Psiquiatra Infant	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Conductor, S.L.)
M.P.G.	8.2	mujer	Salud Mental Leganés	Psicólogo Infantil	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Construcción, Ama de casa)
L.X.X.	4.9	mujer	H.de Día Psiquiátrico Niño Jesús Madrid	Educador	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero Indust, Químicas)
J.X.X.	6.10	mujer	Salud Mental Salamanca Madrid	Psicólogo + padre	3º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Pastelero, S.L.)
I.X.X.	7.11	varón	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Camarero, S.L.)
C.X.X.	9.8	varón	H.de Día Psiquiátrico Niño Jesús Madrid	Profesor	3º de 3 h.	Padres: Funcionario y S.L.
X.X.X.	7.7	varón	Salud Mental Salamanca Madrid	Psicóloga		
N.P.F.	8.10	mujer	Salud Mental Leganés	Terapeuta Psiquiat		
M.A.R.	10.0	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Profesora	2º de 2 h.	Padres Estudios Primarios y carece (Panadero, S.L.)
R.C.X.	11.0	mujer	Salud Mental Getafe	Psicóloga	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (trabajadores ocasionales)
J.H.X.	5.4	varón	Equipo de Orient.Educ.y Pedagog.Getafe	Profesor	4º de 4 h.	Padres estudios Básicos (Metalúrgico, S.L.)
C.C.G.	9.5	varón	Salud Mental Ciudad Lineal Madrid	Terapeuta	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Panadero, S.L.)
D.U.R.	5.3	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + padres	3º de 4 h.	Padres estudios Primarios y Grad.Esc.(Conductor, S.L.)
C.L.G.	5.2	mujer	Salud Mental Vallecas Madrid	Psicólogo	1º de 1 h.	Padres estudios Primarios (Conductor, Obrero)
D.R.L.	9.2	varón	Hospital Severo Ochoa Leganés	Pediatra + madre	1º de 1 h.	Padres estudios Primarios y Bach.(Carnicero, Ama casa)
L.X.X.	11.2	mujer	E.O.E.P. Específico de Autismo (M.E.C.)	Profesora apoyo	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Electricista, Ama casa)
R.R.L.	8.6	varón	E.O.E.P. Específico de Autismo (M.E.C.)	Profesor	1º de 4 h.	Padres: Pastor y S.L.
E.V.X.	7.3	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + madre	2º de 3 h.	Padres estudios Bachiller (Hostelería, Ama de casa)
R.V.X.	7.3	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Psicóloga + madre	2º de 3 h.	Padres estudios Bachiller (Hostelería, Ama de casa)
L.B.S.	8.4	mujer	H. Doce de octubre Madrid	Psiquiatra	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Electricista, S.L.)
A.D.G.	6.5	mujer	H. Doce de octubre Madrid	Psiquiatra	1º de 1 h.	Padres: Albañil y S.L.
M.I.I.	4.8	mujer	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Industrial, S.L.)
D.R.G.	8.6	varón	Vigotsky Fuenlabrada	Logopeda	2º de 2 h.	Padres estudios Bachill y Grad (Cerrajero, Secretaria)
P.X.X.	10.8	mujer	Salud Mental Fuenlabrada	Terapeuta	1º de 3 h.	

Descripción de la muestra inicial de sujetos NORMALES

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Exámenes	Padres: estudios y profesiones
M.A.Y.	9.9	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	2º de 2 h.	Padres estudios FP y Primarios (Mecánico, S.L.)
C.P.G.	8.5	mujer	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Madre	1º de 1 h.	Padres estudios Universitarios (Periodista, Psicóloga)
C.T.X.	8.7	mujer	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Universitarios (Diplomático, Psicóloga)
P.N.H.	11.4	mujer	C.P. Artoyomolinos	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Bachiller y Reválida (Escaperatista, Aux. clínica)
R.G.G.	7.6	mujer	C.P. Juan Zaragueta Madrid	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores. Madre: Psicóloga
I.A.H.	6.4	mujer	C. Privado Nuevo Equipo Madrid	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (Abogado, Profesora)
B.U.X.	10.4	mujer	C.C. Santa Elisabeth Madrid	Madre	2º de 2 h.	Padres estudios Superiores (Psicólogo, Profesora)
A.X.X.	6.4	varón	C.P. Isaac Albéniz Madrid	Madre	1º de 1 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero Teleco, Pedagogía)
D.X.X.	7.6	varón	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Padre+madre	2º de 2 h.	Padres estudios Medico (Administrativo, Empleada)
C.A.O.	10.4	varón	C.C. San José Salesianos Coslada	Madre	2º de 2 h.	Padres estudios Bachillerato y Primarios (Hostelería, Cocinera)
P.R.P.	9.10	varón	C.C. Los Agustinos Madrid	Madre	1º de 1 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Profesora)
P.Z.G.	10.10	mujer	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Frutero, Limpieza)
X.X.X.	9.9	mujer	C.C. del Pilar Madrid	Profesor	5º de 5 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero químico, Farmacia)
A.M.Z.	7.4	varón	C.P.(en)"Santa María de la Cabeza" Madrid	Profesor	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Técnico telefónica, Profesora)
A.M.N.	7.5	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	1º de 2 h.	
I.L.A.	9.0	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Carnicero, S.L.)
P.S.L.	9.11	mujer	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Psicóloga + madre	1º de 3 h.	Padres estudios Superiores. Madres: Farmacéutica
M.A.R.	7.6	varón	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	1º de 2 h.	Padres: Perforista y Secretaria
G.S.R.	7.4	varón	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	3º de 3 h.	Padres: Cocinero y S.L.
T.B.A.	7.4	mujer	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	2º de 2 h.	Padres: Funcionario y S.L.
E.F.L.	7.0	mujer	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	1º de 1 h.	Padres: Administrativo y Ordenanza
D.F.N.	7.8	varón	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	1º de 2 h.	Padres: Funcionario y Jefe del Vestíbulo CMI
C.M.S.	11.10	mujer	C.P. Federico García Lorca Leganés	Profesor	2º de 2 h.	Padres estudios Universidad y BUP (Funcionario, Ama de casa)
L.P.Q.	11.2	varón	C.P. Federico García Lorca Leganés	Profesor	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Electricista, Ama de casa)
J.M.X.	5.4	mujer	C.P. Virgen Amor Hermoso Coslada	Profesora		
M.H.G.	7.11	varón	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Padre + madre	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (Profesor, Psicóloga)
R.G.U.	13.3	mujer	C.C. Divina Pastora Madrid	Profesora	1º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Profesor, Ingeniera)
C.R.N.	9.6	mujer	C.C. Divina Pastora Madrid	Profesora	1º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Ingeniera)
A.R.N.	6.10	varón	C.C. Divina Pastora Madrid	Profesora	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Ingeniera)
X.X.X.	11.0	varón	C.P. Andrés Segovia Leganés	Profesor	3º de 3 h.	Padres estudios Primarios
X.X.X.	9.11	mujer	C.P. Concepción Arenal Leganés	Profesor	2º de 2 h.	Padres: Representante y Ama de casa
X.X.X.	7.1	mujer	C.P. Andrés Segovia Leganés	Profesor	1º de 1 h.	Padres: Carpintero y Ama de casa
X.X.X.	10.6	varón	C.P. Andrés Segovia Leganés	Profesor	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios
E.H.T.	13.8	varón	C.P. Andrés Segovia Leganés	Profesor		
J.G.P.	10.5	varón	C.P. Concepción Arenal Leganés	Profesor	1º de 2 h.	Padres estudios E.C.B. (Carpintero, S.L.)
J.I.P.	6.1	varón	C.P.E.I. Verbena Leganés	Profesor	3º de 3 h.	Padres: Invalidez y S.L.

Descripción de la muestra final de sujetos NORMALES

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
M.A.Y.	9.9	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	2º de 2 h.	Padres estudios FP y Primarios (Mecánico,S.L.)
C.P.G.	8.5	mujer	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Madre	1º de 1 h.	Padres estudios Universitarios (Periodista, Psicóloga)
C.T.X.	8.7	mujer	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Universitarios (Diplomático, Psicóloga)
P.N.M.	11.4	mujer	C.P. Arroyomolinos	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Bachiller y Reválida(Escaparatista, Aux. clínica)
A.G.G.	7.6	mujer	C.P. Juan Zaragueta Madrid	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores. Madre:Psicóloga
I.A.M.	6.4	mujer	C. Privado Nuevo Equipo Madrid	Madre	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (Abogado, Profesora)
B.U.X.	10.4	mujer	C.C. Santa Elisabeth Madrid	Madre	2º de 2 h.	Padres estudios Superiores (Psicólogo, Profesora)
A.X.X.	6.4	varón	C.F. Isaac Albéniz Madrid	Madre	1º de 1 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero Teleco, Pedagogía)
D.X.X.	7.6	varón	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Padre+madre	2º de 2 h.	Padres estudios Medios (Administrativo, Empleada)
C.A.O.	10.4	varón	C.C. San José Salesianas Coslada	Madre	2º de 2 h.	Padres estudios Bachillerato y Primarios (Hostelería, Cocinera)
P.R.P.	9.10	varón	C.C. Los Agustinos Madrid	Madre	1º de 1 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Profesora)
P.Z.G.	10.10	mujer	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Frutero, Limpieza)
X.X.X.	9.9	mujer	C.C. del Pilar Madrid	Profesor	5º de 5 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero caminos, Farmacia)
A.M.Z.	7.4	varón	C.P.(en)"Santa María de la Cabeza"Madrid	Profesor	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Técnico telefónica,Profesora)
A.M.M.	7.5	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	1º de 2 h.	
I.L.A.	9.0	varón	C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada	Profesora	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Carnicero, S.L.)
P.S.L.	9.11	mujer	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Psicóloga + madre	1º de 3 h.	Padres estudios Superiores. Madres:Farmacéutica
M.A.R.	7.6	varón	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	1º de 2 h.	Padres:Perforista y Secretaria
G.S.R.	7.4	varón	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	3º de 3 h.	Padres: Cocinero y S.L.
T.B.A.	7.4	mujer	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	2º de 2 h.	Padres: Funcionario y S.L.
E.F.L.	7.0	mujer	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	1º de 1 h.	Padres: Administrativo y Ordenanza
D.F.M.	7.8	varón	C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid	Profesora	1º de 2 h.	Padres: Funcionario y Jefe del Vestibulo CMM
C.M.S.	11.10	mujer	C.P. Federico García Lorca Leganés	Profesor	2º de 2 h.	Padres estudios Universidad y BUP (Funcionario, Ama de casa)
L.P.Q.	11.2	varón	C.P. Federico García Lorca Leganés	Profesor	2º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Electricista, Ama de casa)
M.N.G.	7.11	varón	C.P. Arquitecto Gaudí Madrid	Padre + madre	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (Profesor, Psicóloga)
R.G.U.	13.3	mujer	C.C. Divina Pastora Madrid	Profesora	1º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Profesor, Ingeniera)
C.R.M.	9.6	mujer	C.C. Divina Pastora Madrid	Profesora	1º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Ingeniera)
A.R.M.	6.10	varón	C.C. Divina Pastora Madrid	Profesora	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Ingeniera)
X.X.X.	9.11	mujer	C.P. Concepción Arenal Leganés	Profesor	2º de 2 h.	Padres: Representante y Ama de casa
E.M.T.	13.8	varón	C.P. Andrés Segovia Leganés	Profesor		

Descripción de la muestra inicial de sujetos con RETRASO DEL LENGUAJE

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Características	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
C.A.G.	5.11	mujer	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda	(Disfasia)	2º de 2 h.	Padres: Chapista y S.L.
X.X.X.	6.3	varón	Gabin.Psic.Logop.P.J.Arranz Sáiz Madrid	Psicólogo-logopeda	(Disfasia)	4º de 4 h.	Padres: Contable y Ama de casa
X.Y.Z.	10.9	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Logopeda	(Disfasia)	2º de 2 h.	Padres: Portería y Limpieza
R.T.M.	10.1	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Profesor	(Disfasia)	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Mecánico, S.L.)
C.G.P.	15.0	mujer	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Logopeda	(Disfasia)	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Conductor, S.L.)
R.X.X.	5.1	mujer	C.I.S. Arganzuela Madrid	Psicólogo	(R.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores y Medico (Admón, Secretaria)
P.X.X.	6.1	varón	C.I.S. Arganzuela Madrid	Psicóloga	(R.L.)	2º de 2 h.	Padres estudios superiores (Médico, Profesora BUP)
A.X.X.	5.1	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Profesor	(R.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios Bachiller y Grad Escolar(Administ,S.L.)
R.L.V.	13.6	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Profesor	(R.L.)	2º de 2 h.	Padres estudios FP y COU(Técnico de televisores, S.L.)
F.V.V.	12.2	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Logopeda	(R.L.)	4º de 4 h.	Padres Semianalfabetos (Limpieza, S.L.)
R.C.V.	5.11	varón	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda	(R.L.)	1º de 3 h.	Padres: Camarero y S.L.
D.G.X.	4.0	varón	Salud Mental Getafe	Psicóloga	(R.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios BUP (Administrativo, Ama de casa)
D.P.S.	5.9	varón	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	(R.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos (Cristalero, S.L.)
D.M.G.	5.2	varón	Logopedía Hospital Niño Jesús Madrid	Logopeda	(Disfasia)	1º de 1 h.	Padres: Reparador máquinas y S.L.
Y.M.B.	5.1	varón	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios FP II y COU (Ajustador/montador, S.L.)
V.R.A.	4.10	varón	Logopedía Hospital Niño Jesús Madrid	Logopeda	(Disfasia)	1º de 2 h.	Padres: Camarero y Administrativo
V.A.O.	10.1	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Disfasia)	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Ama de casa)
A.X.X.	7.4	varón	C.I.S.E.N. Madrid	Logopeda	(R.S.L.)		
Y.X.X.	5.1	varón	C.I.S.E.N. Madrid	Logopeda	(R.L.)		
X.X.X.	6.4	varón	Gabin.Psic.Logop.P.J.Arranz Sáiz Madrid	Psicólogo-logopeda	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres: Transportista y Administrativo
X.X.X.	6.10	varón	C.de Psicol. y Logop. Pozuelo de Alarcón	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios BUP (Dueños Bar)
X.X.X.	3.9	varón	C.de Psicol. y Logop. Pozuelo de Alarcón	Logopeda	(R.S.L.)	2º de 2 h.	Padres: Banco y Seguros
C.F.D.	4.6	varón	H. Doce de octubre Madrid	Psiquiatra	(R.L.)	2º de 2 h.	Padres: Ingeniero técnico y ATS
R.S.T.	5.1	varón	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	(R.L.)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Taxista, S.L.)
A.A.C.	4.0	mujer	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (madre:Ama de casa)
S.N.X.	4.6	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	4º de 5 h.	Padres estudios BUP y Primarios (madre:Ama de casa)
A.R.X.	4.0	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores(Ingen.Indust, Prof.Instituto)
I.L.X.	4.4	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (madre: Ama de casa)
L.R.G.	6.0	mujer	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores y Primarios(Empres,Ama casa)
A.M.F.	5.0	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios BUP (Banca, Ama de casa)
B.L.V.	8.5	mujer	Vigotsky Fuenlabrada	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Transportista, Ama de casa)
N.M.X.	4.10	mujer	Vigotsky Fuenlabrada	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios Bachiller y Diplomada(Electricista,ATS)

Descripción de la muestra final de sujetos con RETRASO DEL LENGUAJE

Nombre	edad	sexo	Centro u Organismo colaborador	Informador	Características	Hermanos	Padres: estudios y profesiones
C.A.G.	6.11	mujer	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda	(Disfasia)	2º de 2 h.	Padres: Chapista y S.L.
X.X.X.	6.3	varón	Gabin.Psic.Logop.P.J.Arranz Sáiz Madrid	Psicólogo-logopeda	(Disfasia)	4º de 4 h.	Padres: Contable y Ama de casa
X.Y.Z.	10.9	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Logopeda	(Disfasia)	2º de 2 h.	Padres: Portería y Limpieza
R.T.M.	10.1	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Profesor	(Disfasia)	1º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Mecánico, S.L.)
R.X.X.	6.1	mujer	C.I.S. Arganzuela Madrid	Psicólogo	(R.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores y Medio (Admón, Secretaria)
P.X.X.	6.1	varón	C.I.S. Arganzuela Madrid	Psicóloga	(R.L.)	2º de 2 h.	Padres estudios superiores (Médico, Profesora BUP)
A.X.X.	5.1	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Profesor	(R.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios Bachiller y Grad Escolar(Administ,S.L.)
F.V.V.	12.2	varón	C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid	Logopeda	(R.L.)	4º de 4 h.	Padres Semianalfabetos (Limpieza, S.L.)
R.C.V.	5.11	varón	Policlínica Dalí Móstoles	Logopeda	(R.L.)	1º de 3 h.	Padres: Camarero y S.L.
D.G.X.	4.0	varón	Salud Mental Getsafe	Psicóloga	(R.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios BUP (Administrativo, Ama de casa)
D.P.S.	5.9	varón	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	(R.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Básicos (Cristalero, S.L.)
D.M.G.	5.2	varón	Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid	Logopeda	(Disfasia)	1º de 1 h.	Padres: Reparador máquinas y S.L.
Y.M.B.	5.1	varón	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios FP II y COU (Ajustador/montador, S.L.)
V.R.A.	4.10	varón	Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid	Logopeda	(Disfasia)	1º de 2 h.	Padres: Camarero y Administrativo
V.A.O.	10.1	varón	C.C.E.E. Buenafuente Madrid	Orientador	(Disfasia)	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores (Ingeniero, Ama de casa)
A.X.X.	7.4	varón	C.I.S.E.N. Madrid	Logopeda	(R.S.L.)		
Y.X.X.	5.1	varón	C.I.S.E.N. Madrid	Logopeda	(R.L.)		
X.X.X.	6.4	varón	Gabin.Psic.Logop.P.J.Arranz Sáiz Madrid	Psicólogo-logopeda	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres: Transportista y Administrativo
X.X.X.	6.10	varón	C.de Psicol. y Logop. Pozuelo de Alarcón	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios BUP (Dueños Bar)
X.X.X.	3.9	varón	C.de Psicol. y Logop. Pozuelo de Alarcón	Logopeda	(R.S.L.)	2º de 2 h.	Padres: Banco y Seguros
C.F.D.	4.6	varón	H. Doce de octubre Madrid	Psiquiatra	(R.L.)	2º de 2 h.	Padres: Ingeniero técnico y ATS
R.S.T.	5.1	varón	Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada	Logopeda	(R.L.)	2º de 2 h.	Padres estudios Primarios (Taxista, S.L.)
A.A.C.	4.0	mujer	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (madre:Ama de casa)
S.N.X.	4.6	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	4º de 5 h.	Padres estudios BUP y Primarios (madre:Ama de casa)
A.R.X.	4.0	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores(Ingen.Indust, Prof.Instituto)
I.L.X.	4.4	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	1º de 2 h.	Padres estudios Superiores (madre: Ama de casa)
L.R.G.	6.0	mujer	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	2º de 3 h.	Padres estudios Superiores y Primarios(Empres,Ama casa)
A.M.F.	5.0	varón	Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón	Educador	(R.S.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios BUP (Banca, Ama de casa)
B.L.V.	8.5	mujer	Vigotsky Fuenlabrada	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 3 h.	Padres estudios Primarios (Transportista, Ama de casa)
N.M.X.	4.10	mujer	Vigotsky Fuenlabrada	Logopeda	(R.S.L.)	1º de 1 h.	Padres estudios Bachiller y Diplomada(Electricista,ATS)

ANEXO 3

Relación de entros colaboradores

CENTROS COLABORADORES

A.D.E.M.P.A. Parla
 C. Privado Nuevo Equipo Madrid
 C.C. Divina Pastora Madrid
 C.C. La Presentación de Ntra Sra. Madrid
 C.C. Los Agustinos Madrid
 C.C. San José Salesianas Coslada
 C.C. Santa Elisabeth Madrid
 C.C. del Pilar Madrid
 C.C.E.E. Buenafuente Madrid
 C.C.E.E. CEPRI el Plantío Madrid
 C.C.E.E. Ntra Sra de la Esperanza Getafe
 C.C.E.E. Pauta Madrid
 C.C.E.E. TAO Madrid
 C.I.S. Arganzuela Madrid
 C.I.S.E.N. Madrid
 C.P. Andrés Segovia Leganés
 C.P. Arquitecto Gaudí Madrid
 C.P. Arroyomolinos
 C.P. Benito Pérez Galdós Fuenlabrada
 C.P. Concepción Arenal Leganés
 C.P. Federico García Lorca Leganés
 C.P. Isaac Albéniz Madrid
 C.P. Juan Zaragüeta Madrid
 C.P. Virgen Amor Hermoso Coslada
 C.P.E.E. Alfonso X Sabio Leganés
 C.P.E.E. Juan XXIII Fuenlabrada
 C.P.E.I. Verbena Leganés
 C.P.(en)"Santa María de la Cabeza"Madrid
 C.Rehabilitación Dionisia Plaza Madrid
 C.de Psicol. y Logop. Pozuelo de Alarcón
 Equipo de Orient.Educ.y Pedagog.Getafe
 Equipo de Orient.Educ.y Pedagog.Leganés
 E.O.E.P. Específico de Autismo (M.E.C.)
 Gabin.Psic.Logop.P.J.Arranz Sáiz Madrid
 Hospital Severo Ochoa Leganés
 H. Doce de octubre Madrid
 H.de Día Psiquiátrico Niño Jesús Madrid
 Logopedia Hospital Niño Jesús Madrid
 O.R.T.S. - V.A.L.T. Getafe
 Policlínica Dalí Móstoles
 Psicología y Lenguaje Pozuelo de Alarcón
 Psicol.Pedagog.y Logoped. Fuenlabrada
 Salud Mental Alcorcón
 Salud Mental Ciudad Lineal Madrid
 Salud Mental Fuenlabrada
 Salud Mental Getafe
 Salud Mental Leganés
 Salud Mental Retiro Madrid
 Salud Mental Salamanca Madrid
 Salud Mental Vallecas Madrid
 Vigotsky Fuenlabrada

ANEXO 4

Protocolo de los datos complementarios

SUJETOS QUE PRESENTAN ALGUNA FORMA DE MUTISMO

DATOS COMPLEMENTARIOS

Nº de hermanos

Nº de orden de nacimiento

Profesión del padre Estudios.....

Profesión de la madre Estudios.....

¿Hay alguna circunstancia familiar especial?

SEÑALAR

MIEMBRO FAMILIAR

- alcoholismo, drogadicción, delincuencia (.....)

- larga enfermedad, hospitalización (.....)

- separación, divorcio (.....)

- otras (.....)

.....

ANEXO 5

Tablas con los resultados obtenidos

ANOVA							
Item	Fuente	S.C.	g.l.	M.C.Error	F	Prob.	sig
1	Inter Intra	0.2267 9.9667	4 145	0.0567 0.0687	0.82	p<.5116	NO
2	Inter Intra	13.6667 23.1667	4 145	3.4167 0.1598	21.38	p<.0001	SI
3	Inter Intra	2.5333 28.9667	4 145	0.6333 0.1998	3.17	p<.0157	SI
4	Inter Intra	10.5333 20.9667	4 145	2.6333 0.1446	18.21	p<.0001	SI
5	Inter Intra	3.7600 20.8333	4 145	0.9400 0.1437	6.54	p<.0001	SI
6	Inter Intra	15.4933 21.7667	4 145	3.8733 0.1501	25.80	p<.0001	SI
7	Inter Intra	2.7333 29.5000	4 145	0.6933 0.2134	3.41	p<.0107	SI
8	Inter Intra	4.5733 23.8000	4 145	1.1433 0.1641	6.97	p<.0001	SI
9	Inter Intra	3.9600 25.8333	4 145	0.9900 0.1782	5.56	p<.0003	SI
10	Inter Intra	0.8267 20.6667	4 145	0.2067 0.1425	1.45	p<.2206	NO
11	Inter Intra	8.2267 22.8667	4 145	2.0567 0.1577	13.04	p<.0001	SI
12	Inter Intra	0.4933 9.7000	4 145	0.1233 0.0669	1.84	p<.1236	NO
13	Inter Intra	1.1733 20.9667	4 145	0.2933 0.1446	2.03	p<.0934	NO
14	Inter Intra	14.6267 21.5667	4 145	3.6567 0.1487	24.59	p<.0001	SI
15	Inter Intra	5.7067 24.5333	4 145	1.4267 0.1692	8.43	p<.0001	SI
16	Inter Intra	0.8400 15.0000	4 145	0.2100 0.1034	2.03	p<.0932	NO
17	Inter Intra	22.4667 13.5333	4 145	5.6167 0.0933	60.18	p<.0001	SI
18	Inter Intra	9.4667 22.0333	4 145	2.3667 0.1520	15.57	p<.0001	SI
19	Inter Intra	1.9067 33.4333	4 145	0.4767 0.2306	2.07	p<.0881	NO
20	Inter Intra	8.3600 28.9000	4 145	2.0900 0.1993	10.49	p<.0001	SI
21	Inter Intra	2.1600 34.8000	4 145	0.5400 0.2400	2.25	p<.0665	SI
22	Inter Intra	0.3733 31.9000	4 145	0.0933 0.2200	0.42	p<.7911	NO
23	Inter Intra	1.2267 23.3667	4 145	0.3067 0.1611	1.90	p<.1131	NO
24	Inter Intra	7.4400 29.1000	4 145	1.8600 0.2007	9.27	p<.0001	SI
25	Inter Intra	3.8267 20.7667	4 145	0.9567 0.1432	6.68	p<.0001	SI
26	Inter Intra	8.6933 28.8000	4 145	2.1733 0.1986	10.94	p<.0001	SI
27	Inter Intra	6.6400 28.7000	4 145	1.6600 0.1979	8.39	p<.0001	SI
28	Inter Intra	1.7067 17.0667	4 145	0.4267 0.11177	3.62	p<.0076	SI
29	Inter Intra	12.1733 24.2000	4 145	3.0433 0.1669	18.23	p<.0001	SI
30	Inter Intra	1.4933 30.4000	4 145	0.3733 0.2097	1.78	p<.1358	NO

ANOVA							
Item	Fuente	S.C.	g.l.	M.C.Error	F	Prob.	sig
31	Inter	3.6400	4	0.9100	4.61	p<.0016	SI
	Intra	28.6333	145	0.1975			
32	Inter	9.0267	4	2.2567	13.28	p<.0001	SI
	Intra	24.6333	145	0.1699			
33	Inter	12.2000	4	3.0500	17.48	p<.0001	SI
	Intra	25.3000	145	1.1745			
34	Inter	0.9600	4	0.2400	1.81	p<.1295	NO
	Intra	19.2000	145	0.1324			
35	Inter	3.2400	4	0.8100	6.01	p<.0002	SI
	Intra	19.5333	145	0.1347			
36	Inter	5.6400	4	1.4100	6.43	p<.0001	SI
	Intra	31.8000	145	0.2193			
37	Inter	3.2267	4	0.8067	6.40	p<.0001	SI
	Intra	18.2667	145	0.1260			
38	Inter	25.9600	4	6.4900	82.31	p<.0001	SI
	Intra	11.4333	145	0.0789			
39	Inter	1.2400	4	0.3100	2.09	p<.0854	NO
	Intra	21.5333	145	0.1485			
40	Inter	1.8933	4	0.4733	3.76	p<.0061	SI
	Intra	18.2667	145	0.1260			
41	Inter	1.6267	4	0.4067	1.79	p<.1339	NO
	Intra	32.9333	145	0.2271			
42	Inter	6.3600	4	1.5900	7.73	p<.0001	SI
	Intra	29.8333	145	0.2057			
43	Inter	6.2933	4	1.5733	7.92	p<.0001	SI
	Intra	28.8000	145	0.1986			
44	Inter	9.6933	4	2.4233	13.26	p<.0001	SI
	Intra	26.5000	145	0.1828			
45	Inter	11.2267	4	2.8067	17.05	p<.0001	SI
	Intra	23.8667	145	0.1646			
46	Inter	7.1067	4	1.7767	9.12	p<.0001	SI
	Intra	28.2333	145	0.1947			
47	Inter	1.1600	4	0.2900	2.72	p<.0317	NO
	Intra	15.4333	145	0.1064			
48	Inter	10.6400	4	2.6600	21.75	p<.0001	SI
	Intra	17.7333	145	0.1223			
49	Inter	7.6933	4	1.9233	9.43	p<.0001	SI
	Intra	29.5667	145	0.2039			
50	Inter	3.6933	4	0.9233	4.89	p<.0011	SI
	Intra	27.4000	145	0.1890			
51	Inter	1.6933	4	0.4233	4.12	p<.0034	SI
	Intra	14.9000	145	0.1028			
52	Inter	1.4400	4	0.3600	3.01	p<.0201	SI
	Intra	17.3333	145	0.1195			
53	Inter	3.9600	4	0.9900	6.13	p<.0001	SI
	Intra	23.4000	145	0.1614			
54	Inter	2.6667	4	0.6667	3.01	p<.0203	SI
	Intra	32.1667	145	0.2218			
55	Inter	23.0933	4	5.7733	58.13	p<.0001	SI
	Intra	14.4000	145	0.0993			
56	Inter	2.3733	4	0.5933	3.77	p<.0061	SI
	Intra	22.8000	145	0.1572			
57	Inter	2.2400	4	0.5600	3.17	p<.0157	SI
	Intra	25.6333	145	0.1768			
58	Inter	14.4933	4	3.6233	22.94	p<.0001	SI
	Intra	22.9000	145	0.1579			
59	Inter	13.2400	4	3.3100	20.75	p<.0001	SI
	Intra	23.1333	145	0.1595			
60	Inter	0.8400	4	0.2100	1.39	p<.2409	NO
	Intra	21.9333	145	0.1513			
61	Inter	5.9733	4	1.4933	6.94	p<.0001	SI
	Intra	31.2000	145	0.2152			

ANOVA							
Item	Fuente	S.C.	g.l.	M.C. Error	F	Prob.	sig
62	Inter	0.2267	4	0.0567	1.00	p<.4108	NO
	Intra	8.2333	145	0.0568			
63	Inter	1.4267	4	0.3567	3.11	p<.0173	SI
	Intra	16.6333	145	0.1147			
64	Inter	0.5333	4	0.1333	1.49	p<.2079	NO
	Intra	12.9667	145	0.0894			
65	Inter	10.9733	4	2.7433	20.19	p<.0001	SI
	Intra	19.7000	145	0.1359			
66	Inter	6.7600	4	1.6900	7.97	p<.0001	SI
	Intra	30.7333	145	0.2120			
67	Inter	3.1600	4	0.7900	3.65	p<.0073	NO
	Intra	31.4000	145	0.2116			
68	Inter	2.6667	4	0.6667	3.35	p<.0117	SI
	Intra	28.8333	145	0.1989			
69	Inter	4.3067	4	1.0767	5.58	p<.0003	SI
	Intra	27.9667	145	0.1929			
70	Inter	9.3067	4	2.3267	21.26	p<.0001	SI
	Intra	15.8667	145	0.1094			
71	Inter	3.0267	4	0.7567	3.42	p<.0105	SI
	Intra	32.0667	145	0.2211			
72	Inter	11.7733	4	2.9433	17.35	p<.0001	SI
	Intra	24.6000	145	0.1697			
73	Inter	2.2933	4	0.5733	7.99	p<.0001	SI
	Intra	10.4000	145	0.0717			
74	Inter	1.8000	4	0.4500	1.91	p<.1122	NO
	Intra	34.2000	145	0.2359			
75	Inter	12.0000	4	3.0000	19.05	p<.0001	SI
	Intra	22.8333	145	0.1575			
76	Inter	1.2267	4	0.3067	3.88	p<.0051	SI
	Intra	11.4667	145	0.0791			

ANOVA sobre los resultados obtenidos en cada ítem según los distintos grupos

Item		MEDIA / DESV ST /S.E.M.				
		AU	DM	ME	NO	RL
1	media desviación estándar error estándar	0.900 0.305 0.056	0.933 0.254 0.046	0.867 0.346 0.063	0.967 0.183 0.033	0.967 0.183 0.033
2	media desviación estándar error estándar	0.367 0.490 0.089	0.233 0.430 0.079	1.000 0.000 1.000	0.133 0.346 0.063	0.433 0.504 0.092
3	media desviación estándar error estándar	0.133 0.346 0.063	0.267 0.450 0.082	0.533 0.507 0.093	0.267 0.450 0.082	0.300 0.466 0.085
4	media desviación estándar error estándar	0.133 0.346 0.063	0.167 0.379 0.069	0.800 0.407 0.074	0.067 0.254 0.479	0.333 0.479 0.088
5	media desviación estándar error estándar	0.267 0.450 0.082	0.200 0.407 0.074	0.467 0.507 0.093	0.000 0.000 0.000	0.100 0.305 0.056
6	media desviación estándar error estándar	0.067 0.254 0.046	0.267 0.450 0.082	0.733 0.450 0.082	0.933 0.254 0.046	0.300 0.466 0.085
7	media desviación estándar error estándar	0.500 0.509 0.093	0.300 0.466 0.085	0.433 0.504 0.092	0.167 0.379 0.069	0.167 0.379 0.069
8	media desviación estándar error estándar	0.467 0.507 0.093	0.700 0.466 0.085	0.933 0.254 0.046	0.933 0.254 0.046	0.700 0.466 0.085
9	media desviación estándar error estándar	0.400 0.498 0.091	0.200 0.407 0.074	0.500 0.509 0.093	0.033 0.183 0.033	0.233 0.430 0.079
10	media desviación estándar error estándar	0.233 0.430 0.079	0.200 0.407 0.074	0.233 0.430 0.079	0.033 0.183 0.033	0.167 0.379 0.069
11	media desviación estándar error estándar	0.200 0.407 0.074	0.067 0.254 0.046	0.700 0.466 0.085	0.100 0.305 0.056	0.400 0.498 0.091
12	media desviación estándar error estándar	0.067 0.254 0.046	0.167 0.379 0.069	0.100 0.305 0.056	0.033 0.183 0.033	0.000 0.000 0.000
13	media desviación estándar error estándar	0.167 0.379 0.069	0.133 0.346 0.063	0.333 0.479 0.088	0.067 0.254 0.046	0.200 0.407 0.074
14	media desviación estándar error estándar	0.700 0.466 0.085	0.767 0.430 0.079	0.400 0.498 0.091	0.100 0.305 0.056	1.000 0.000 0.000
15	media desviación estándar error estándar	0.533 0.507 0.093	0.200 0.407 0.074	0.467 0.507 0.093	0.000 0.000 0.000	0.200 0.407 0.074
16	media desviación estándar error estándar	0.067 0.254 0.046	0.100 0.305 0.056	0.267 0.450 0.082	0.967 0.254 0.046	0.100 0.305 0.056
17	media desviación estándar error estándar	0.067 0.254 0.046	0.200 0.407 0.074	0.900 0.305 0.056	1.000 0.000 0.000	0.833 0.379 0.069
18	media desviación estándar error estándar	0.200 0.407 0.074	0.167 0.379 0.069	0.733 0.450 0.082	0.000 0.000 0.000	0.400 0.498 0.091
19	media desviación estándar error estándar	0.200 0.407 0.074	0.433 0.504 0.092	0.500 0.509 0.093	0.300 0.466 0.085	0.467 0.507 0.093
20	media desviación estándar error estándar	0.167 0.379 0.069	0.600 0.498 0.091	0.767 0.430 0.079	0.200 0.407 0.074	0.567 0.504 0.092
21	media desviación estándar error estándar	0.500 0.509 0.093	0.433 0.504 0.092	0.600 0.498 0.091	0.233 0.430 0.079	0.433 0.504 0.092
22	media desviación estándar error estándar	0.400 0.498 0.091	0.267 0.450 0.082	0.333 0.479 0.088	0.300 0.466 0.085	0.267 0.450 0.082
23	media desviación estándar error estándar	0.167 0.379 0.069	0.367 0.490 0.089	0.233 0.430 0.079	0.100 0.305 0.056	0.167 0.379 0.069

Item		MEDIA / DESV ST /S.E.M.				
		AU	DM	ME	NO	RL
24	media	0.333	0.733	0.400	0.933	0.500
	desviación estándar	0.479	0.450	0.498	0.254	0.509
	error estándar	0.088	0.082	0.091	0.046	0.093
25	media	0.133	0.133	0.500	0.033	0.233
	desviación estándar	0.346	0.346	0.509	0.183	0.430
	error estándar	0.063	0.063	0.093	0.033	0.079
26	media	0.667	0.500	0.567	0.033	0.700
	desviación estándar	0.479	0.509	0.504	0.183	0.466
	error estándar	0.088	0.093	0.092	0.033	0.085
27	media	0.267	0.467	0.700	0.067	0.400
	desviación estándar	0.450	0.507	0.466	0.254	0.498
	error estándar	0.082	0.093	0.085	0.046	0.091
28	media	0.967	0.700	0.867	0.767	0.967
	desviación estándar	0.183	0.466	0.346	0.430	0.183
	error estándar	0.033	0.085	0.063	0.079	0.033
29	media	0.767	0.700	0.400	0.133	0.933
	desviación estándar	0.430	0.466	0.498	0.346	0.254
	error estándar	0.079	0.085	0.091	0.063	0.046
30	media	0.133	0.433	0.300	0.300	0.367
	desviación estándar	0.346	0.504	0.466	0.466	0.490
	error estándar	0.063	0.092	0.085	0.085	0.089
31	media	0.367	0.167	0.567	0.133	0.333
	desviación estándar	0.490	0.379	0.504	0.346	0.479
	error estándar	0.089	0.069	0.092	0.063	0.088
32	media	0.367	0.200	0.800	0.100	0.233
	desviación estándar	0.490	0.407	0.407	0.305	0.430
	error estándar	0.089	0.074	0.074	0.056	0.079
33	media	0.900	0.333	0.733	0.100	0.433
	desviación estándar	0.305	0.479	0.450	0.305	0.504
	error estándar	0.056	0.088	0.082	0.056	0.092
34	media	0.233	0.200	0.233	0.100	0.033
	desviación estándar	0.430	0.407	0.430	0.305	0.183
	error estándar	0.079	0.074	0.079	0.056	0.033
35	media	0.033	0.133	0.433	0.067	0.267
	desviación estándar	0.183	0.346	0.504	0.254	0.450
	error estándar	0.033	0.063	0.092	0.046	0.082
36	media	0.267	0.500	0.800	0.367	0.667
	desviación estándar	0.450	0.509	0.407	0.490	0.479
	error estándar	0.082	0.093	0.074	0.089	0.088
37	media	0.067	0.100	0.233	0.033	0.433
	desviación estándar	0.254	0.305	0.430	0.183	0.504
	error estándar	0.046	0.056	0.079	0.033	0.092
38	media	0.033	0.033	0.933	0.967	0.667
	desviación estándar	0.183	0.183	0.254	0.183	0.479
	error estándar	0.033	0.033	0.046	0.033	0.088
39	media	0.133	0.267	0.267	0.033	0.233
	desviación estándar	0.346	0.450	0.450	0.183	0.430
	error estándar	0.063	0.082	0.082	0.033	0.079
40	media	0.100	0.133	0.367	0.033	0.167
	desviación estándar	0.305	0.346	0.490	0.183	0.379
	error estándar	0.056	0.063	0.089	0.033	0.069
41	media	0.200	0.433	0.300	0.500	0.367
	desviación estándar	0.407	0.504	0.466	0.509	0.490
	error estándar	0.074	0.092	0.085	0.093	0.089
42	media	0.167	0.400	0.700	0.200	0.567
	desviación estándar	0.379	0.498	0.466	0.407	0.504
	error estándar	0.069	0.091	0.085	0.074	0.092
43	media	0.567	0.200	0.633	0.100	0.367
	desviación estándar	0.504	0.407	0.490	0.305	0.490
	error estándar	0.092	0.074	0.089	0.056	0.089
44	media	0.800	0.500	0.767	0.133	0.767
	desviación estándar	0.407	0.509	0.430	0.346	0.430
	error estándar	0.074	0.093	0.079	0.063	0.079
45	media	0.767	0.133	0.633	0.100	0.233
	desviación estándar	0.430	0.346	0.490	0.305	0.430
	error estándar	0.079	0.063	0.089	0.056	0.079
46	media	0.233	0.300	0.600	0.100	0.667
	desviación estándar	0.430	0.466	0.498	0.305	0.479
	error estándar	0.079	0.085	0.091	0.056	0.088

Item		MEDIA / DESV ST /S.E.M.				
		AU	DM	ME	NO	RL
47	media	0.767	0.933	0.767	0.933	0.967
	desviación estándar	0.430	0.254	0.430	0.254	0.183
	error estándar	0.079	0.046	0.079	0.046	0.033
48	media	0.233	0.167	0.767	0.033	0.067
	desviación estándar	0.430	0.379	0.430	0.183	0.254
	error estándar	0.079	0.069	0.079	0.033	0.046
49	media	0.800	0.367	0.633	0.167	0.333
	desviación estándar	0.407	0.490	0.490	0.379	0.479
	error estándar	0.074	0.089	0.089	0.069	0.088
50	media	0.200	0.433	0.500	0.067	0.267
	desviación estándar	0.407	0.504	0.509	0.254	0.450
	error estándar	0.074	0.092	0.093	0.046	0.082
51	media	0.067	0.033	0.300	0.033	0.200
	desviación estándar	0.254	0.183	0.466	0.183	0.407
	error estándar	0.046	0.033	0.085	0.033	0.074
52	media	0.000	0.167	0.300	0.167	0.100
	desviación estándar	0.000	0.379	0.466	0.379	0.305
	error estándar	0.000	0.069	0.085	0.069	0.056
53	media	0.200	0.533	0.233	0.033	0.200
	desviación estándar	0.407	0.507	0.430	0.183	0.407
	error estándar	0.074	0.093	0.079	0.033	0.074
54	media	0.267	0.467	0.533	0.167	0.400
	desviación estándar	0.450	0.507	0.507	0.379	0.498
	error estándar	0.082	0.093	0.093	0.069	0.091
55	media	0.000	0.067	0.933	0.867	0.600
	desviación estándar	0.000	0.254	0.254	0.346	0.498
	error estándar	0.000	0.046	0.046	0.063	0.091
56	media	0.267	0.300	0.367	0.033	0.100
	desviación estándar	0.450	0.466	0.490	0.183	0.305
	error estándar	0.082	0.085	0.089	0.033	0.056
57	media	0.200	0.200	0.367	0.067	0.400
	desviación estándar	0.407	0.407	0.490	0.254	0.489
	error estándar	0.074	0.074	0.089	0.046	0.091
58	media	0.667	0.233	0.967	0.100	0.400
	desviación estándar	0.479	0.430	0.183	0.305	0.498
	error estándar	0.088	0.079	0.033	0.056	0.091
59	media	0.200	0.100	0.933	0.300	0.533
	desviación estándar	0.407	0.305	0.254	0.466	0.507
	error estándar	0.074	0.056	0.046	0.085	0.093
60	media	0.100	0.200	0.267	0.100	0.267
	desviación estándar	0.305	0.407	0.450	0.305	0.450
	error estándar	0.056	0.074	0.082	0.056	0.082
61	media	0.533	0.600	0.600	0.067	0.467
	desviación estándar	0.507	0.498	0.498	0.254	0.507
	error estándar	0.093	0.091	0.091	0.046	0.093
62	media	0.967	0.933	0.967	0.967	0.867
	desviación estándar	0.183	0.254	0.183	0.183	0.346
	error estándar	0.033	0.046	0.033	0.033	0.063
63	media	0.033	0.200	0.300	0.067	0.100
	desviación estándar	0.183	0.407	0.466	0.254	0.305
	error estándar	0.033	0.074	0.085	0.046	0.056
64	media	0.133	0.167	0.133	0.000	0.067
	desviación estándar	0.346	0.379	0.346	0.000	0.254
	error estándar	0.063	0.069	0.063	0.000	0.046
65	media	0.967	0.867	0.833	0.200	0.700
	desviación estándar	0.183	0.346	0.379	0.407	0.466
	error estándar	0.033	0.063	0.069	0.074	0.085
66	media	0.267	0.633	0.733	0.233	0.667
	desviación estándar	0.450	0.490	0.450	0.430	0.479
	error estándar	0.082	0.089	0.082	0.079	0.088
67	media	0.167	0.500	0.467	0.200	0.467
	desviación estándar	0.379	0.509	0.507	0.407	0.507
	error estándar	0.069	0.093	0.093	0.074	0.093
68	media	0.267	0.367	0.467	0.067	0.333
	desviación estándar	0.450	0.490	0.507	0.254	0.479
	error estándar	0.082	0.089	0.093	0.046	0.088
69	media	0.567	0.200	0.367	0.067	0.367
	desviación estándar	0.504	0.407	0.490	0.254	0.490
	error estándar	0.092	0.074	0.089	0.046	0.089

Item		MEDIA / DESV ST /S.E.M.				
		AU	DM	ME	NO	RL
70	media	0.033	0.133	0.700	0.033	0.167
	desviación estándar	0.183	0.346	0.466	0.183	0.379
	error estándar	0.033	0.063	0.085	0.033	0.069
71	media	0.367	0.500	0.533	0.133	0.333
	desviación estándar	0.490	0.509	0.507	0.346	0.479
	error estándar	0.089	0.093	0.093	0.063	0.088
72	media	0.800	0.133	0.700	0.167	0.267
	desviación estándar	0.407	0.346	0.466	0.379	0.450
	error estándar	0.074	0.063	0.085	0.069	0.082
73	media	0.067	0.000	0.333	0.000	0.067
	desviación estándar	0.254	0.000	0.479	0.000	0.254
	error estándar	0.046	0.000	0.088	0.000	0.046
74	media	0.500	0.333	0.533	0.233	0.400
	desviación estándar	0.509	0.479	0.507	0.430	0.498
	error estándar	0.093	0.088	0.093	0.079	0.091
75	media	0.767	0.167	0.633	0.033	0.233
	desviación estándar	0.430	0.379	0.490	0.183	0.430
	error estándar	0.079	0.069	0.089	0.033	0.079
76	media	0.033	0.267	0.100	0.033	0.033
	desviación estándar	0.183	0.450	0.305	0.183	0.183
	error estándar	0.033	0.082	0.056	0.033	0.033

Media, desviación estándar y error estándar de los resultados de los items hallados en los distintos grupos diagnósticos

		ANOVA						
		Fuente	S.C.	g.l.	M.C.Error	F	Prob.	sig
AUTISMO	sexo	Inter	0.0002	1	0.0002	0.01	p<.9242	NO
		Intra	0.5298	28	0.0189			
	orde naci	Inter	0.0422	1	0.0141	0.75	p<.5322	NO
		Intra	0.4877	28	0.0188			
	núm herm	Inter	0.0066	3	0.0022	0.11	p<.9537	NO
		Intra	0.5233	26	2.0201			
estu padr	Inter	0.0590	2	0.0295	1.34	p<.2931	NO	
	Intra	0.3077	14	0.0220				
estu madr	Inter	0.0428	2	0.0214	1.00	p<.3977	NO	
	Intra	0.2574	12	0.0215				
DIMENTAL	sexo	Inter	0.0299	1	0.0299	1.66	p<.2088	NO
		Intra	0.5062	28	0.0181			
	orde naci	Inter	0.0576	1	0.0192	1.06	p<.3878	NO
		Intra	0.3811	28	0.0181			
núm herm	Inter	0.2168	4	0.0542	4.89	p<.0065	SI	
	Intra	0.2219	20	0.0111				
estu padr	Inter	0.0797	2	0.0398	4.49	p<.0407	SI ¹⁰	
	Intra	0.0888	10	0.0089				
ELECTIVO	sexo	Inter	0.0288	1	0.0288	1.93	p<.1754	NO
		Intra	0.4178	18	0.0149			
	orde naci	Inter	0.1151	3	0.0384	3.43	p<.0367	NO
		Intra	0.2237	20	0.0112			
	núm herm	Inter	0.1033	3	0.0344	2.92	p<.0590	NO
		Intra	0.2356	20	0.0118			
estu padr	Inter	0.0254	2	0.0127	0.79	p<.4691	NO	
	Intra	0.2726	17	0.0160				
estu madr	Inter	0.0452	3	0.0151	0.95	p<.4384	NO	
	Intra	0.2528	16	0.0158				
NORMAL	sexo	Inter	0.0001	1	0.0001	0.01	p<.9143	NO
		Intra	0.2192	28	0.0078			
	orde naci	Inter	0.0894	3	0.0298	6.07	p<.0030	SI
		Intra	0.1227	25	0.0049			
	núm herm	Inter	0.0254	3	0.0085	1.13	p<.3555	NO
		Intra	0.1868	25	0.0075			
estu padr	Inter	0.0013	2	0.0007	0.12	p<.8904	NO	
	Intra	0.1078	19	0.0057				
estu madr	Inter	0.0260	2	0.0130	2.97	p<.0754	NO	
	Intra	0.0832	19	0.0044				
LENGUAJE	sexo	Inter	0.0112	1	0.0112	0.78	p<.3843	NO
		Intra	0.4004	28	0.0143			
	orde naci	Inter	0.0009	2	0.0005	0.03	p<.9692	NO
		Intra	0.3611	25	0.0144			
	núm herm	Inter	0.0294	4	0.0073	0.51	p<.7301	NO
		Intra	0.3326	23	0.0145			
estu padr	Inter	0.0382	3	0.0127	1.24	p<.3269	NO	
	Intra	0.1641	16	0.0103				
estu madr	Inter	0.0108	3	0.0036	0.30	p<.8244	NO	
	Intra	0.1915	16	0.0120				

ANOVA sobre los resultados obtenidos en cada grupo, según el sexo, orden de nacimiento, número de hermanos y niveles de estudios alcanzados por el padre y la madre

¹⁰ ESTUDIOS MADRE: no puede aplicarse un ANOVA porque sólo hay un grupo con varianza mayor que cero

			MEDIA / DESV ST / S.E.M.				
			AU	DM	ME	NO	RL
sexo	varón	media desviación estándar error estándar	0.362 0.140 0.029	0.385 0.128 0.028	0.582 0.120 0.032	0.253 0.099 0.025	0.430 0.114 0.023
	mujer	media desviación estándar error estándar	0.368 0.124 0.051	0.316 0.149 0.050	0.644 0.124 0.031	0.256 0.077 0.020	0.478 0.143 0.058
orden de nacimi.	1°	media desviación estándar error estándar	0.340 0.093 0.024	0.371 0.115 0.030	0.683 0.116 0.039	0.238 0.046 0.012	0.455 0.126 0.031
	2°	media desviación estándar error estándar	0.416 0.186 0.059	0.379 0.127 0.057	0.652 0.104 0.031	0.263 0.092 0.027	0.446 0.103 0.034
	3°	media desviación estándar error estándar	0.336 0.136 0.068	0.382 0.209 0.104	0.504 0.065 0.037	0.539 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000
	4°	media desviación estándar error estándar	0.000 0.000 0.000	0.618 0.000 0.000	0.434 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.439 0.139 0.081
	5°	media desviación estándar error estándar	0.303 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.197 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000
núm de herman	1	media desviación estándar error estándar	0.361 0.116 0.052	0.432 0.127 0.048	0.680 0.066 0.038	0.230 0.017 0.008	0.479 0.086 0.038
	2	media desviación estándar error estándar	0.373 0.156 0.037	0.344 0.112 0.037	0.689 0.131 0.040	0.245 0.080 0.020	0.445 0.131 0.034
	3	media desviación estándar error estándar	0.349 0.107 0.044	0.325 0.067 0.027	0.590 0.077 0.029	0.303 0.113 0.040	0.445 0.111 0.050
	4	media desviación estándar error estándar	0.000 0.000 0.000	0.651 0.047 0.033	0.504 0.100 0.058	0.000 0.000 0.000	0.375 0.121 0.086
	5	media desviación estándar error estándar	0.303 0.000 0.000	0.237 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.197 0.000 0.000	0.566 0.000 0.000
nivel estud. alcanz. por el padre	carece	media desviación estándar error estándar	0.000 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.461 0.000 0.000
	básico	media desviación estándar error estándar	0.470 0.167 0.059	0.363 0.084 0.027	0.636 0.138 0.036	0.237 0.114 0.066	0.359 0.111 0.055
	medio	media desviación estándar error estándar	0.399 0.075 0.058	0.632 0.000 0.000	0.678 0.050 0.025	0.237 0.060 0.030	0.462 0.094 0.033
	super.	media desviación estándar error estándar	0.340 0.143 0.058	0.296 0.158 0.112	0.500 0.000 0.000	0.254 0.071 0.018	0.474 0.104 0.039
nivel estud. alcanz. por la madre	carece	media desviación estándar error estándar	0.000 0.000 0.000	0.632 0.000 0.000	0.500 0.000 0.000	0.000 0.000 0.000	0.461 0.000 0.000
	básico	media desviación estándar error estándar	0.453 0.164 0.055	0.352 0.088 0.027	0.646 0.137 0.037	0.224 0.089 0.040	0.430 0.130 0.049
	medio	media desviación estándar error estándar	0.352 0.117 0.058	0.184 0.000 0.000	0.678 0.050 0.025	0.333 0.115 0.066	0.434 0.071 0.025
	super.	media desviación estándar error estándar	0.513 0.019 0.013	0.000 0.000 0.000	0.500 0.000 0.000	0.239 0.044 0.012	0.490 0.134 0.067

Media, desviación estándar y error estándar de los resultados hallados en los distintos grupos, según el sexo, orden de nacimiento, número de hermanos y niveles de estudios alcanzados por el padre y la madre

ANOVA					
Grupo	Variable	g.l.	M.C. Error	F	Prob.
DM	Nº hermanos	4,20	0.0111	4.89	p<.0065
	Estudios padre	2,10	0.0089	4.49	p<.0407
NO	Orden nacimiento	3,25	0.0049	6.07	p<.0030

ANOVA sobre los resultados obtenidos en cada grupo, según el sexo, orden de nacimiento, número de hermanos y niveles de estudios alcanzados por el padre y la madre.

Grupo	Datos complem.	Pares binarios	Prob.
DM	Número de hermanos	2 - 4	p<.05
		3 - 4	p<.05
		4 - 5	p<.10
	Estudios padre	medio - superior	p<.10
	Estudios madre	carece - básico	p<.10
		carece - medio	p<.05
NO	Orden de nacimiento	1º - 3º	p<.01
		2º - 3º	p<.01
		4º - 5º	p<.05

Significación de las diferencias entre media para todas las comparaciones binarias por grupos según el sexo, orden de nacimiento, número de hermanos y nivel de estudios alcanzados por el padre y la madre