

Un caso de mutismo selectivo

Manuela Muñoz Cancho y Francisco Cillán Cillán
Maestra de Audición y Lenguaje. Asesor de Formación del CPR

A comienzo del curso escolar 2001/02 fui destinada como Maestra de Audición y Lenguaje al C. P. “Las Américas” de Trujillo (Cáceres). Entre los alumnos diagnosticados para recibir tratamiento logopédico se encontraba una niña, B. M. R., de 12 años de edad, escolarizada en 6º curso de Educación Primaria, con diagnóstico de *mutismo selectivo*.

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

El Centro está formado por tres edificios diseminados y consta de 4 unidades de Educación Infantil y 2 líneas completas de Educación Primaria. Debido al elevado número de alumnos con necesidades educativas especiales, cuenta con dos profesores de Pedagogía Terapéutica, uno de Audición y Lenguaje y otro de Educación Compensatoria con jornada compartida con el I.E.S.

DATOS PERSONALES DE LA NIÑA

B. M. R. nace en Madrid, de parto a los 8 meses, según el informe médico. A los cuatro meses tuvo gastroenteritis con deshidratación, posteriormente intolerancia a la lactosa y repetidos episodios de gastroenteritis. A los 15 meses comienza a andar y articula bisílabos. A los dos años, frases simples. Ingresa a temprana edad en una guardería privada por motivos de trabajo de la madre. A los tres años inicia su Educación Infantil en el C.P. “El Madroño” de Vallecas-Madrid. A los seis años pasa a una unidad de Educación Primaria y la niña deja de hablar con los profesores y compañeros del centro y simultáneamente con familiares próximos sin motivos aparentes, aunque el hermano encuentra una posible causa en que “la profesora de primero la castigaba a la hora de comer y le obligaba a leer, y sus compañeros se metían con ella y la insultaban”. A partir de este momento asiste a una unidad de Audición y Lenguaje del Centro sin conseguir progreso alguno. Ante la persistencia de los trastornos graves de comunicación, en tercero de Educación Primaria la pediatra del Centro de Salud la manda a Psiquiatría Infantil. Los médicos diagnostican que no la encuentran nada que evite la comunicación. En 5º de Educación Primaria es revisada en el Hospital del Niño Jesús, el diagnóstico nuevamente es favorable. Durante este curso escolar se traslada a Trujillo y se incorpora al C. P. “Las Américas”, donde elude la comunicación oral con todos los profesores y

compañeros y continúa recibiendo tratamiento logopédico, aunque a las preguntas que se le formulaban sólo respondía con ladridos y saltos repetitivos, imitando al perro. Cada vez se mostraba más huidiza y rechazaba toda relación social.

ENTORNO FAMILIAR

La madre presenta alteraciones del lenguaje, tenía 31 años cuando nace la niña que es fruto de su segundo matrimonio.

El padre de 46 años no tiene anomalías aparentes y era soltero.

La niña al nacer tenía un hermano de madre de 8 años. El progenitor había muerto por sobredosis.

Durante la estancia en Madrid vivían hacinados en casa de la abuela materna. La problemática social al parecer era grave. En Trujillo poseen una casa en el barrio de las Huertas de Ánimas, donde viven el matrimonio y la niña, el hermano pasa la mayor parte del tiempo en Madrid con la abuela. El padre trabaja esporádicamente, o vive de la pesca, espárragos, criadillas... La madre se dedica a las labores de casa, y con cierta frecuencia se traslada a Madrid donde permanece algunos días, incluso meses, en ocasiones se lleva a la hija. Manifiesta que va a trabajar. Reciben ayudas constante de Cáritas y de algunas vecinas.

La niña tiene un trato amable y cariñoso por parte de ambos progenitores, pero presenta mayor integración con el padre.

TOMA DE CONCIENCIA E INDAGACIONES EFECTUADAS PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA

B.M.R. asistía una hora diaria a P.T y otra a A.L. En los primeros días de su incorporación a mi gabinete de logopedia presentaba un aspecto demacrado, con muy poca higiene que se manifestaba sobre todo en pelo, dientes y orejas. La boca estaba constantemente abierta, con la lengua entre los dientes, como si tuviese problemas de respiración nasal. Entraba corriendo sin decir nada y se metía en una casita que había en un rincón del aula para reforzar ciertos aprendizajes. Se pasaba todo el tiempo ladrando sin responder a mis reiteradas llamadas. Lo mismo sucedía con el resto del profesorado o personas adultas del Centro a quienes contestaba con sonidos onomatopéyicos de perro o gato o presentaba un mutismo total, mostrándose huidiza. Tenía un aspecto triste y desolador y jamás miraba al rostro de sus interlocutores. En los recreos ambulaba sola y raramente mostraba relación con algún alumno/a, sólo en ocasiones se la veía con un compañero de clase, A. M. G., con quien compartía el bocadillo o alimentos que el niño llevaba, e incluso en tiempo de frío le prestaba su chubasquero. Sin embargo, prefería pasar largos ratos mirando a unos caballos que había en un cercado continuo al patio escolar.

Ante esta situación pido informes a la Dirección del Centro y al gabinete psicopedagógico que me facilitan el dossier y la documentación que tenían en su poder, entre los que se encontraba una cinta de casete con una conversación de la niña en edad muy temprana, que se asemejaba muy poco a la que en la actualidad debería tener, y que en muchas ocasiones era incomprensible. La Asistente Social me proporcionó una entrevista con la madre, que se mostraba muy reacia a atender los reclamos del colegio, y, a pesar de su desgana a hablar en un primer momento, me confesó la situación económica tan lamentable en que se encontraban y el miedo que tenía a que le quitaran a su hija, pero manifestó que la niña en casa hablaba e incluso con su abuela por teléfono. Le prometí ayuda y le pedí colaboración para que pudiésemos resolver el problema de la alumna del que no tenía una total conciencia. En colaboración con el Asesor de Formación de Educación Especial e Integración del CPR de Cáceres, mi marido, elaboramos un plan de actuación con objetivos muy concretos de consecución inmediata y evaluación continua encaminado a desmutizar a la niña. Consciente de que el problema principal radicaba en su propio mutismo.

PLAN DE ACTUACIÓN

El primer objetivo que nos trazamos fue sacarla de la casita para conseguir el contacto necesario, al menos visual, para interactuar; con ese fin procuro ponerme a su nivel. Coloco un aro a la puerta y la invito a que salga como si en realidad se tratara de un número circense. Una vez conseguido, la niña salta a mi alrededor ladrando, dándome con las manos e intentando lamerme como si de verdad fuese un perro. A partir de este momento considero que el juego y los animales pueden ser puntos de apoyo para ganarme su confianza y conseguir los objetivos. Realizo un estudio logopédico dentro de lo que me es posible para comprobar que no hay trastornos en los órganos bucofonatorios y consigo nuevas entrevistas con los padres, quienes ya se muestran dispuestos a colaborar; aunque no aportan nueva información, sí el compromiso de cuidar la higiene y la alimentación de la niña. Pido además colaboración al resto de los compañeros del centro, principalmente al tutor y al maestro de P.T., quienes creen que en ocasiones habla en los recreos con su compañero A. M. G., pero nadie lo aseguraba con certeza. Mientras tanto pasamos varias sesiones las dos sentadas en el suelo jugando con diferentes animales de peluche sin conseguir que articulase palabras, sólo ladridos; pero mi segundo objetivo que era ganarme su confianza se estaba cumpliendo.

En las siguientes sesiones incorporo a los juegos marionetas, globos y bolitas de papel y la invito a que participe en algunas actividades con el ordenador. A finales de noviembre consigo que infle un globo, sople con fuerza las bolitas, suelte la risa y tire besos. En días sucesivos amplió el número de ejercicios y logro extraer nuevos sonidos onomatopéyicos de animales. A la vez realiza actividades de destreza manual sobre dibujos de animales que servirán para colgar en las paredes de la clase o para decorar la habitación de su casa. En diciembre iniciamos la comunicación por escrito, pues a pesar de su mutismo había aprendido a escribir, pero el miedo a que se riesen de ella, su timidez y su baja autoestima le impedían hacerlo de forma oral. En una hoja de papel le formulo preguntas a las que responde casi siempre con monosílabos, y llega a confesarme que le da “vergüenza hablar porque alguien que está de tras de la puerta la puede

oír”. La frase como otras muchas está llena de dislalias que a veces hay que interpretar, pero su insistencia en la misma excusa y el esfuerzo que hace para comunicarse oralmente denotan su imposibilidad para hacerlo. Sin embargo, en estos momentos ya tenía ganada plenamente su confianza y su aspecto físico había cambiado.

En un nuevo intento uso como reclamo un gatito de peluche que pretendo regalarle si me contesta oralmente a la pregunta: -¿Te gustaría que te lo dé para llevarlo a tu casa?-. Por escrito me responde que la encantaría. Hago un pacto de que se lo entregaría cuando me respondiese oralmente que “sí”, pero a pesar de que acepta su miedo a hablar se impone un día tras otro. Sin embargo mi insistencia y la presencia del peluche en la clase la empujaron a que desde el interior de la casita me respondiese un “sí” muy débil y tímido pero repetido. Aquel día se llevó el gatito a su casa dentro de su mochila como si fuese un verdadero tesoro y desde entonces lo lleva y lo trae y le ofrece toda clase de mimos. Había roto la barrera pero la timidez y el miedo que invade al mutista la impedía aún hablar en mi presencia. El reforzamiento positivo había dado fruto, pues a partir de ese momento la comunicación por escrito cada vez era más frecuente y el campo de conversación se ampliaba. Me cuenta que ha sido su cumpleaños, que ha hecho una tarta para invitar a sus vecinas y escribe con algunos detalles los regalos de mamá y de papá, pero sobre todo que ha venido su hermano a pasar las Navidades. Considero que es el momento de hablar con otro miembro de la familia que tal vez aporte más información sobre el caso, y le invito a que venga para conocerle.

TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Habíamos realizado ejercicios de control corporal, de respiración y de relajación diarios, la exigía que me mirase cuando la hablaba para romper la timidez, había corregido la excesiva afectividad que en ocasiones manifestaba, mostrándose muy pegajosa, había utilizado marionetas y juegos diversos como estímulo y provocación del lenguaje, había recibido tratamiento logopédico sola y acompañada de otros alumnos, había procurado recuperar su autoestima y reforzado positivamente los pequeños avances y, sin embargo, el objetivo principal no se había conseguido. Pero las evaluaciones constantes que realizábamos indicaban que no deberíamos estar muy lejos de alcanzarlo. Aproveché la estancia del hermano para tener varias entrevistas con él. Me contó que en un principio hablaba con casi toda la familia, pero que en la actualidad el círculo era muy reducido y que la notaba más retraída a pesar de que estaba muy contenta en el colegio. Me proporcionó una cinta de vídeo que recoge una excursión del padre con la niña por el campo, el cumpleaños y una conversación guiada por el hermano donde la invita a que felicite las Navidades a sus profesores del colegio. Comprendí que el mutismo se hacía cada vez más progresivo con el peligro que ello conlleva. En los diálogos mantenidos por la alumna predominan los monosílabos con ausencias frecuentes. Las frases son entrecortadas, con muchas dislalias, que se manifiestan en la alteración, sustitución y omisión de fonemas. Me corroboró también su gran amor por los animales. Aquel documento fue expuesto en la clase de Audición y Lenguaje en presencia de la alumna con el pretexto de que iba a comprobar el profesor de P. T. lo bien que hablaba, pero las invitaciones que la hicimos a que respondiese oralmente algunos comentarios no dieron frutos. El miedo a hablar que la invadía y que

claramente se reflejaba en su rostro era aún superior a sus fuerzas. En ciertos momentos pensamos introducir a la madre en la clase para que sirviese de enlace, pero su inestabilidad emocional creímos que podría perjudicarnos. Ahora pensábamos invitar al hermano con quien estaba plenamente identificado, pero las vacaciones de Navidad lo impidieron, y después de ellas regresó a Madrid.

En enero retomamos las técnicas de actuación. Refuerzo los ejercicios logopédicos, intercalando sonidos silábicos con onomatopeyas de animales, una vez comprobado que este es el mundo que más la atraía. En los recreo observo una estancia más continua con A. M. G. con quien por fin compruebo que habla. Obtengo permiso del Equipo Directivo y del Tutor del Centro para que este niño asista a clase de logopedia, consciente de que no la precisa, y formo un pequeño grupo. Intensifico la lectura de cuentos breves que tienen como protagonista el mundo animal y utilizo con mayor frecuencia el ordenador, invito a los alumnos a que participen, aclarando situaciones de los relatos o respondiendo a preguntas concretas, y en pocas sesiones los resultados fueron muy positivos.

La terapia grupal había surtido efecto. En un principio su voz era muy tenue e infantil, retraída y tímida y a penas pronunciaba algunos monosílabos, pero la barrera del miedo a hablar se había roto y el camino ya estaba abierto. La alumna tenía un nivel de conocimiento inferior en dos años a su edad cronológica, presentaba dislalias múltiples y escasa comprensión lectora, pero ya era cuestión de poco tiempo. En días sucesivos conseguimos elevar el tono de voz, corregir algunas dislalias y aumentar la comprensión lectora. En colaboración con el personal del Centro establecimos un plan de acción encaminado a que se comunicase oralmente con el resto de las personas. Elegimos primero a los que tenían relación más estrecha con la alumna: P. T., Tutor, Asistente Social... y escogíamos el momento oportuno en que ambas nos comunicábamos e invitábamos a participar al adulto. Así hasta que lograba la comunicación sin mi presencia. Establecimos como técnica la recompensa inmediata.

En marzo sufrió un nuevo retroceso. La madre se marcha a Madrid con la intención de no volver y se lleva a la niña, alude motivos de divorcio. De nada valen las reflexiones que le hago sobre el perjuicio que podía ocasionar a su hija. Tuvimos que trasladar el expediente al Colegio "El Madroño" de Vallecas y con él va un informe del estado comunicativo en que se encuentra. Por teléfono la logopeda me dio una evaluación negativa y poco esperanzadora por el absentismo escolar que la alumna tenía. Había vuelto a enmudecer. A finales de abril regresa a Trujillo. Los primeros días de asistencia al centro no fui capaz de que pronunciara palabra a pesar del esfuerzo que hacía por expresarse. En fechas sucesivas reanudamos el tratamiento en el gabinete y renovamos el plan de actuación con los demás. A finales de curso el tono de voz era normal, incluso gritaba como los otros niños, había adquirido cierta fluidez verbal, corregido bastantes dislalias, aunque quedaban otras que considero era cuestión de tiempo, había aumentado la comprensión lectora, hablaba con todos los profesionales del centro y con los niños que habían aprendido a respetarla y a quererla. Se la veía alegre, participativa y aseada. La desmutización se había conseguido. En la actualidad está ingresada en el Hogar Infantil de Trujillo y recibe enseñanza con normalidad en el Instituto de Educación Secundaria.

CONCLUSIONES

El miedo en el niño es un hecho natural y podríamos afirmar que cada edad tiene sus propios miedos. Los más pequeños: a lo desconocido, a los animales, a los ruidos estrepitosos, a la oscuridad, a separarse de los padres, etc. A partir de los seis años se teme al ridículo, al escaso rendimiento escolar, a las enfermedades, al daño físico... En la pubertad provoca pánico el rechazo de los compañeros, el cómo expresarse, el cómo comportarse... son temores relacionados con la autoestima. El miedo en sí es un recurso de autoprotección, pero cuando es excesivo se convierte en fobia y puede hacerse patológico. Un estado de estrés que puede provocar aversión es la incorporación al ámbito escolar o el paso de una etapa a otra. De todos es conocida la situación estresante que el niño sufre al ingresar en la escuela, cuando la interacción no se produce gradualmente; en ocasiones provoca rechazo al contacto con los demás, lloriqueos, rabieta, micciones frecuentes... que desaparecen a los pocos días. En otros momentos el niño se niega a hablar o reacciona de distinta manera ante una regañina, un castigo, un susto... Son comportamientos adaptativos pasajeros provocados por situaciones aversivas estresantes, pero cuando estos se prolongan más de lo normal se transforman en algo desadaptativo, que en lugar de ayudar al sujeto a prevenir y superar con éxito las dificultades empiezan a creárselas. Entonces se convierten en trastornos de conducta difíciles de tratar, con repercusiones que afectan a las relaciones sociales, al rendimiento escolar y a la propia salud del individuo. Si el trastorno consiste en “dar la callada por respuesta” estaremos ante el *mutismo* que puede ser *selectivo* o *electivo* cuando se deja de hablar a determinadas personas y en circunstancias concretas, originando problemas de personalidad, y se hace *progresivo* o *total* cuando se pierde el contacto oral con las personas de su ámbito íntimo.

El mutismo electivo es el miedo excesivo a hablar, provocado por una respuesta desproporcionada de ansiedad, que conlleva el sufrimiento del sujeto por la aversión e incapacidad para comunicarse. No es un caso frecuente entre la población escolar de nuestra Región, pero cuando se da provoca alteraciones en el ámbito educativo que afectan a profesores y alumnos. El mutista sufre un deterioro progresivo de las relaciones interpersonales que le llevan a un aislamiento cada vez mayor que él mismo se va produciendo. Se le ha confundido con el deficiente mental y en ocasiones ha ingresado en centros específicos de educación especial, al no verse aceptado, querido o reforzado en su interacción social, tanto verbal como físicamente. Puede darse en el autismo y en la psicosis infantil como un síntoma más, pero no hay porque identificar ambos problemas puesto que son completamente distintos. Al parecer no existe lesión orgánica y algunos lo consideran un trastorno neurótico de tipo obsesivo-compulsivo y otros un trastorno psicótico o prepsicótico. En los sujetos que lo padecen se dan una serie de variables propicias tales como la herencia genética, la educación familiar, los acontecimientos vitales vividos, el medio social y físico, los hábitos aprendidos... Puede producir trastornos físicos como cefaleas, dolores de estómago, vómitos, mareos, diarreas, sensación de ahogo y asfixia, palpitaciones... Otros, por lo contrario, afectan a la conducta como pesadillas relacionadas con el problema, reducción significativa del apetito, cansancio excesivo, tristeza, enuresis...

Una vez que el sujeto ha aprendido a dar respuestas fóbicas lo importante no es saber cómo se originaron, sino cómo podemos eliminarlas. Consideramos que el castigo, que debería ser la última medida a tomar ante cualquier conducta no deseada, en el mutismo resulta inútil para corregirlo, pero sí podemos contar con una serie de procedimientos que ayudarán a modificar la conducta. En el caso que nos ocupa fue decisivo encontrar un enlace o persona con la que la niña aún hablaba dentro del recinto escolar y aplicar técnicas grupales con reforzamiento positivo y con recompensa inmediata; si bien estuvo precedido de ejercicios de respiración y relajación para combatir la ansiedad, o de habilidades sociales para romper su aislamiento social. Otras técnicas como el modelado no dieron resultado inmediato pero abonaron el terreno. La comunicación escrita permitió acercarnos al mutista y conocer sus intereses y sus inquietudes, aunque se usa principalmente en el mutismo progresivo, donde el proceso se complica extraordinariamente porque éstos evitan todo contacto oral incluso con sus progenitores y amigos íntimos.

BIBLIOGRAFÍA

Coll, C. (y otros): *Desarrollo psicológico y Educación, II. Psicología de la Educación*, Alianza Psicología, Madrid, 1990.

Deval, J.: *El desarrollo humano*, Siglo veintiuno editores, S. A., Madrid, 1995.

Corredera Sánchez, T.: *Defectos en la dicción infantil*, Kapelusz, Buenos Aires (Argentina), 1949.

Diccionario de Psicología, Plaza y Janés, S. A., Barcelona, 1969.

Gallardo Ruiz, J. R. (y otro): *Manual de Logopedia escolar*, Ediciones Aljibe, Madrid, 1993.

Echeburúa, E. (y otro): "Tratamiento en el ambiente natural de un caso de mutismo electivo" en *Modificación de conducta con niños y adolescentes*, de F. Méndez y D. Macía, (págs, 425-440), Pirámide, Madrid, 1990.

Gran Enciclopedia Larousse, Editorial Planeta, Barcelona, 1996.

Marchesi, A. (y otros): *Desarrollo psicológico y Educación, III. Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar*, Alianza Psicología, Madrid, 1995.

Olivares Rodríguez, J.: *El niño con miedo a hablar*, Pirámide, Madrid, 1999.

Palacio, J. (y otros) *Desarrollo psicológico y Educación, I. Psicología Evolutiva*, Alianza Psicología, Madrid, 1990.

Pascual García, P.: *Tratamiento de los defectos de Articulación en el lenguaje del niño*, Editorial Escuela Española, Madrid, 1995.

RESUMEN

Se trata de una niña escolarizada en sexto curso de Educación Primaria que desde primero padece un *mutismo electivo* sin causas científicamente comprobadas. Nace en el seno de una familia con problemas sociales graves, pero recibe un trato amable y cariñoso por parte de sus progenitores. En un principio presentaba aspecto demacrado y poco higiénico, con problemas aparentes de respiración nasal. Se mostraba huidiza y respondía con ladridos ante sus interlocutores, cuando no daba la callada por respuesta. Sólo mantenía comunicación oral con los familiares más allegado, si bien cada vez iba cerrando más el círculo de los elegidos. En el recreo estaba sola y en ocasiones mantenía cierta relación con un alumno, pero la mayor parte del tiempo se pasaba contemplando unos animales que había en un cercado contiguo al recinto escolar. Asistía diariamente al gabinete de logopedia, donde tras una evaluación inicial lo más exhaustiva posible se inicia el tratamiento de desmutización. Los pasos que se han seguido son:

- a) Lograr la confianza y afecto de la alumna, sin lo cual toda aproximación era rechazada.
- b) Buscar apoyo e información de su entorno: Colegio y familia.
- c) Reforzar y aumentar su autoestima.

A partir de aquí nos apoyamos en las siguientes técnicas psicopedagógicas: relajación básica-respiración, reforzamiento positivo con recompensa inmediata, técnicas de modificación de conducta, de grupos y desensibilización sistemática. Si bien alguna, como sucede con la última de las mencionada, sólo ha servido como guía para buscar el camino a seguir, al localizar un medio de comunicación, la escritura, que redujo el grado de ansiedad de la alumna. Otras como la recompensa inmediata y las de grupo pusieron fin al proceso.