



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Propuesta de tratamiento en caso único:  
Mutismo selectivo y estilo de crianza  
desadaptativo bajo un enfoque conductual.

Autor/a: Óscar Fuentes Banda

Director/a: Ginesa Ana López Crespo

Curso Académico 2024/2025

Teruel, a 5 de marzo de 2025



**Facultad de**  
**Ciencias Sociales**  
**y Humanas - Teruel**

**Universidad** Zaragoza

### **Resumen**

El mutismo selectivo es un trastorno infantil de ansiedad. Se caracteriza por la incapacidad del menor para hablar en ciertos contextos, aunque lo haga en otros. Su etiología es diversa y su prevalencia está en ascenso. Este trabajo presenta un estudio de caso único para analizar el impacto de un tratamiento específico. Se incluyen factores como el estilo de crianza, el entorno escolar y técnicas terapéuticas de modificación de conducta. El tratamiento combina la terapia de interacción padres-hijos y un enfoque conductual. Se trabajan los vínculos familiares y se modelan interacciones adaptativas. Se aplican técnicas conductuales para fomentar la comunicación y facilitar su generalización. La terapia de juego estructura la dinámica del tratamiento. Se busca observar el impacto de la correcta implicación de los tutores. La incidencia de cada factor incluido ha demostrado su eficacia individualmente, y se espera que su combinación en el enfoque propuesto tenga un impacto significativo en la conducta del menor.

*Palabras clave:* mutismo, tratamiento, estilo de crianza, conducta, juego.

### **Abstract**

Selective mutism is a childhood anxiety disorder. It is characterised by the child's inability to speak in certain contexts, although he/she does so in others. Its aetiology is diverse and its prevalence is increasing. This paper presents a single case study to analyse the impact of a specific treatment. Factors such as parenting style, school environment and therapeutic behaviour modification techniques are included. The treatment combines parent-child interaction therapy and a behavioural approach. Family bonding is addressed and adaptive interactions are modelled. Behavioural techniques are applied to encourage communication and facilitate its generalisation. Play therapy structures the dynamics of the treatment. We seek to observe the impact of the correct involvement of the tutors. The incidence of each factor included has been shown to be effective individually, and their combination in the proposed approach is expected to have a significant impact on the child's behaviour.

*Keywords:* mutism, treatment, parenting style, behaviour, play.

## **Introducción**

Según la Asociación Americana de Psicología (APA), las personas que sufren mutismo selectivo (MS) experimentan fracasos constantes para hablar en determinadas situaciones. Sin embargo, estas son capaces de comunicarse oralmente en otros contextos o con otras personas. La problemática de MS suele darse en niños y, normalmente, aparece antes de los cinco años. Aun así, esta situación no puede ser evaluada por profesionales hasta el ingreso del menor en la etapa escolar, dado que varios de los criterios diagnósticos se articulan en base a este contexto (American Psychiatric Association, 2013).

La conceptualización de MS se ha redefinido con el tiempo. En un principio, los investigadores exponían el MS bajo una naturaleza voluntaria (Williamson et al., 1977). De hecho, se llegó a nombrar como “mutismo electivo” (Tramer, 1934) o “afasia voluntaria” (Kussmaul, 1877). Sin embargo, actualmente se encuadrada como un trastorno de ansiedad social, donde se valora la implicación emocional del miedo o la aprensión al habla en ciertos contextos (Muris y Ollendick, 2021). La prevalencia del MS ha sufrido oscilaciones con el paso del tiempo, de hecho, está creciendo. En este sentido, la prevalencia ha variado del 0,7% en el 2002 (Bergman et al., 2002) al 2% en el 2023 (Rodrigues-Pereira et al., 2023). Aun con estos datos, no existe demasiada información sobre la prevalencia del trastorno (Busse y Downey, 2011), a lo que se suma que grandes estándares de la información, como el DSM-V, sólo incluyen en sus datos de prevalencia a muestras clínicas o escolares. Por su parte, la prevalencia no parece verse afectada por cuestiones de género o etnia, pero si afecta a niños más que a adolescentes y adultos (American Psychiatric Association, 2013).

Actualmente, los criterios establecidos por el DSM-V para el diagnóstico de MS son referentes al fracaso constante para hablar, la interferencia de ello en áreas escolares, laborales o interpersonales, la duración (cómo mínimo de un mes, sin que este sea el primer mes escolar), atribuciones alternativas al fracaso del habla o mejores explicaciones de la conducta problema por medio de trastornos de la comunicación (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto al impacto de la patología, el MS puede conllevar interferencias serias en la evolución de los menores, repercutiendo de un modo perjudicial e inmediato

académica, social, comportamental y emocionalmente (Steinhausen y Juzi, 1996; Kumpulainen et al., 1998; Kristensen 2001). Además, se ha observado tendencia a su aparición comórbida con trastornos como el TDAH, trastornos específicos del aprendizaje o del comportamiento (Capobianco y Costa, 2024). Así, estudios como los de Mercado (2024), Oerbeck et al., (2018) o Renschmidt et al. (2001) han mostrado que el problema incluso puede llegar a cronificarse, presentando un gran impacto en la adultez, aun de forma más grave.

La etiología del MS reúne diferentes variables, se han encontrado relevantes las referidas a la acomodación parental (Boneff, 2021), la inhibición conductual (Gensthaler et al., 2016), el estilo de crianza (Melfsen et al., 2006), el estrés postraumático (Kagan et al., 1990), la ansiedad por separación o la fobia social (Storgaard y Thomsen, 2003).

Ahora bien, en las diferentes investigaciones y de modo general, los autores han expuesto el MS como una consecuencia de un patrón de aprendizaje basado en el reforzamiento negativo (Leonard y Topol, 1993), explicando que el MS es reforzado por las contingencias entre el menor y su ambiente. Con más concreción, se ha observado que los patrones relacionales entre padres e hijos influyen en el comportamiento del menor (Baumrind, 1978). Es por ello que se da la necesidad de apuntar con mayor precisión e incidir en componentes ambientales específicos; como lo puede ser el estilo de crianza (Anstendig, 1998).

Dentro de las diferentes explicaciones etiológicas del MS, la que apoya la implicación del sistema familiar tiene amplia investigación y certeza, exponiendo que el estilo de crianza tiene influencia en el desarrollo y mantenimiento del MS (Rozenek et al., 2020; Slobodin et al., 2024; Siqueland et al., 1996; Alyanak et al., 2013).

En primer lugar, se pueden definir los diferentes estilos de crianza. Su autora, Baumrind (1978), los estructuró en tres: estilo autoritario, permisivo o democrático. El estilo autoritario es aquel que coloca al padre de modo supeditado al menor, incluyendo mecánicas de obediencia, castigo, inhibición, incomunicación y desafecto. Por su parte, el estilo permisivo se caracteriza por la ausencia de límites, la autonomía depositada y la respuesta afirmativa ante los impulsos y acciones del menor. En tercer lugar, el estilo democrático es aquel que integra la relación con bases de reciprocidad, aceptando que

ambas figuras tienen derechos y responsabilidades sobre el otro, funcionan con dinámicas de comunicación, negociación y razonamiento (Jorge y González, 2017). En estudios anexos como los de Oliva et al., (2008) se habla sobre un posible cuarto componente: el estilo negligente; basado en mecánicas de desamparo y maltrato.

En este sentido, Melfsen et al. (2006) o Manassis et al., (2003) hablan sobre que padres con un estilo de crianza autoritario pueden favorecer que sus hijos se instalen en una dinámica de vinculación desadaptativa. Dicha vinculación se define por un alto nivel de control y dependencia en el enlace paternofilial y, por ello, una dificultad por parte del menor para confiar y acceder a las interacciones sociales ajenas a ese vínculo, lo que podría actuar sobre esas ausencias comunicativas. Sin embargo, estilos de crianza que combinan formatos equilibrados de calidez y control se relacionan con una mejor salud física y mental en los niños (Kiefner-Burmeister y Hinman, 2020), también de modo específico con el MS (Slobodin et al., 2024). En estudios como los de Yeganeh et al., (2006) se reporta que los niños con MS perciben una menor calidez y aceptación por parte de sus progenitores que menores de un grupo control.

Aportando a dichos hallazgos, la literatura también habla sobre posibles explicaciones bidireccionales entre el estilo de crianza y la gravedad del MS (Edison et al., 2011). Así, se han hecho explicaciones inversas donde adoptar un estilo de crianza autoritario puede estar subordinado a la gravedad de la sintomatología del MS y, al mismo tiempo, que esta adopción mantenga la evitación del habla del menor (Shorer et al., 2023)

Por otra parte, en lo referente al tratamiento estándar para problemas de MS, el problema está altamente medicalizado, siendo mínimas las intervenciones no farmacológicas (Hipolito et al., 2023). De hecho, se hallan estudios recientes que hablan sobre que el mecanismo subyacente del MS es motivacional, y que el uso de psicofármacos dopaminérgicos es útil (Naguy, 2017). En este sentido, se vuelve a las nociones iniciales del MS donde se le atribuía una naturaleza voluntaria (Kussmaul, 1877: Tramer 1934). Los psicofármacos más comunes en la problemática son los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina (Ostergaard, 2018) o sertralina (Carlson et al., 1999).

En el estado del arte se ha detectado una escasez de estudios que investiguen un tratamiento combinado entre terapia y psicofármacos (Medeiro y Larraguibel, 2018), a pesar de haberse demostrado que este tipo de tratamiento es más eficaz que la intervención exclusiva de terapia o psicofarmacología (Kiresuk, 1982; Kaakeh y Stumpf, 2008).

La investigación revela que el tratamiento estándar para MS está basado principalmente en la terapia conductual o cognitivo conductual (Cohan et al., 2006). Sin embargo, estudios más recientes exponen la necesidad de incluir otro tipo de recursos, como la terapia de interacción padres-hijos (Furr et al., 2020; Sharkey et al., 2008). A lo largo de las últimas décadas, se han desarrollado tratamientos conductuales en el hogar y en la escuela y, posteriormente, el seguimiento de estos ha cerciorado su eficacia de manera individual. Es por ello que se determina la necesidad de intervención en ambos contextos: hogar y escuela (Oerbeck et al., 2015; Watson y Kramer, 1992). En los mismos, se han puesto en marcha técnicas de moldeamiento, consecución de reforzadores naturales o condicionamiento aversivo leve (Watson y Kramer, 1992) y se han contemplado factores de protección, entre ellos la atención temprana, la correcta implicación de los padres o la atención exhaustiva en el entorno escolar (Bergam, 2013; Ponzurick et al., 2012). De hecho, la atención temprana es una de los principales ámbitos de intervención, ya que, normalmente, los padres y tutores escolares dejan pasar la situación incluso hasta los tres años desde el inicio de la sintomatología (Kovac y Furr, 2019). Por otra parte, en relación con el tratamiento, también se ha encontrado que el tipo de intervención con más eficacia es aquella basada en el juego, sobre todo cuando se trata de niños (Huey et al., 2024; Furr et al., 2020). Se ha documentado como la terapia de juego combinada con la terapia familiar e intervenciones de corte conductual son efectivas para el tratamiento del MS (Busse y Downey, 2011).

Sin embargo, a pesar del conocimiento sobre qué tipo de implicación sería la idónea, el nivel de disponibilidad y accesibilidad de los padres en el tratamiento del MS suele ser una limitación (Webb, 2023). El nivel de implicación de los padres en el tratamiento de sus hijos es, en general, un factor decisivo (González y Gimeno, 2012; Díaz et al., 2016; Olivares-Olivares et al., 2019). En este sentido, terapias como la Terapia de Interacción Padres e Hijos (Eyberg, 1988) pueden ser útiles para generar un vínculo parental saludable y asertivo, donde se dé una comunicación clara y con límites (Ferro y Ascanio,

2014). Esta terapia se centra en la modificación de los patrones de interacción padres e hijos que funcionan como mantenedores de la conducta problemática (Carpenter et al., 2014). Este tipo de tratamiento se ha puesto en marcha en numerosas ocasiones con menores de entre tres y seis años y su eficacia ha quedado demostrada (Bagner y Eyberg, 2007), incidiendo en problemas de conducta (Roberts et al., 2006; McDiarmid y Bagner, 2005) como lo es el mutismo selectivo (Becerra et al., 2020; Catchpole et al., 2019).

En este sentido, se puede determinar que un tratamiento novedoso y eficaz para el MS podría componerse por: terapia de interacción padres e hijos (Becerra et al., 2020; Catchpole et al., 2019) con incidencia en el estilo de crianza (Slobodin et al., 2024; Yeganeh et al., 2006) y tratamiento conductual (Watson y Kramer, 1992). Estructurando dicho tratamiento de forma que se dote de la importancia requerida a todas las partes incluidas en el mismo.

Como cierre, se puede hablar sobre que el panorama actual cuenta con conocimientos sobre qué es lo que funciona y qué variables son pertinentes. Sin embargo, el trabajo terapéutico sobre las mismas se complica en la práctica. Por ello, se ha observado la necesidad de incidir sobre una propuesta de tratamiento que incluya de manera fija las diferentes variables mencionadas. Dando espacio en un mismo tratamiento a la familia, escuela y el propio menor con MS. De esta manera, el objetivo general de esta propuesta es: generar un tratamiento adaptado a un caso único de MS incluyendo variables familiares, escolares y conductuales del menor.

## **Metodología.**

Descripción del caso:

*Datos personales:* Hugo. Cinco años. Natural de Huelva, Huelva. Escolarizado en el CEIP 12 de Octubre. En 3º de infantil. Padres biológicos (Yolanda y José Miguel). Hermano mayor (Óscar). Convivencia en el domicilio familiar. Ambos padres trabajan hasta las 19.00 aproximadamente.

*Motivo de consulta:* Hugo acude a la consulta en derivación del equipo orientativo de su centro escolar. Desde este equipo han detectado que Hugo no se comunica

verbalmente. En el contexto escolar observan que Hugo no se dirige hacia compañeros ni profesores. Tampoco emite respuesta verbal cuando se dirigen hacia él. Notifican que las estrategias comunicativas de Hugo quedan limitadas a señales, expresiones y asentimientos. Por su parte, sus padres señalan que en casa mantiene una comunicación fluida y correcta, especialmente con su hermano mayor.

*Exploración inicial:* Hugo acude a la consulta acompañado de sus familiares (Yolanda, José Miguel y Óscar). El aspecto de los integrantes de la familia es acicalado y correcto. A nivel de lenguaje, Hugo se expresa mínimamente, usando monosílabos y recursos no verbales como asentir o negar con la cabeza. Se le observa cómodo con su familia, especialmente con su hermano Óscar, al que se dirige verbalmente en varias ocasiones. A priori, los padres se dirigen a Hugo de modo cariñoso, sin ejercer presiones sobre su no intención comunicativa. Hugo no accede a quedarse solo en consulta. Se mantiene contacto con la tutora escolar, quien de forma congruente informa de que Hugo presenta problemáticas de comunicación en el contexto escolar.

*Situación en evaluación primaria:* Hugo vive con sus padres biológicos, Yolanda (38 años) y José Miguel (40 años), y con su hermano mayor, Óscar (13 años). Yolanda describe a Hugo como un niño que requiere mucha atención, asume que como madre adopta una figura sobreprotectora y que, en ocasiones, anticipa las necesidades de Hugo. Explorando diferentes situaciones, Yolanda expone como responde por Hugo cuando este se queda callado, como es ella la que se acerca a otros niños para preguntarles si quieren jugar con Hugo. Por otra parte, José Miguel es mucho más autoritario, imponiendo reglas, censurando y castigando ciertas manifestaciones emocionales del menor. Este estilo se observa en las reprimendas que el padre da al menor por sus ausencias verbales. Además, confiesa que en varios momentos se ha quejado de la introversión de Hugo frente a él y que ha emitido juicios en muchas ocasiones sobre las aportaciones que hacía Hugo. A priori, se observa una cierta distribución de perfiles en la familia, siendo Yolanda la que ocupa el rol dirigido a la crianza y José Miguel el rol dirigido a la disciplina. En la primera sesión, se observa una relación positiva entre Hugo y Óscar, buscando el primero el apoyo físico de su hermano mayor en diferentes ocasiones (abrazándolo, dejando caer su cabeza sobre el hombro de Óscar o cogiéndole la mano). El rendimiento escolar de Hugo ha comenzado a verse afectado desde finales del curso pasado. Ha logrado alcanzar las competencias básicas, es decir, aprueba. No participa en actividades orales. Por parte del

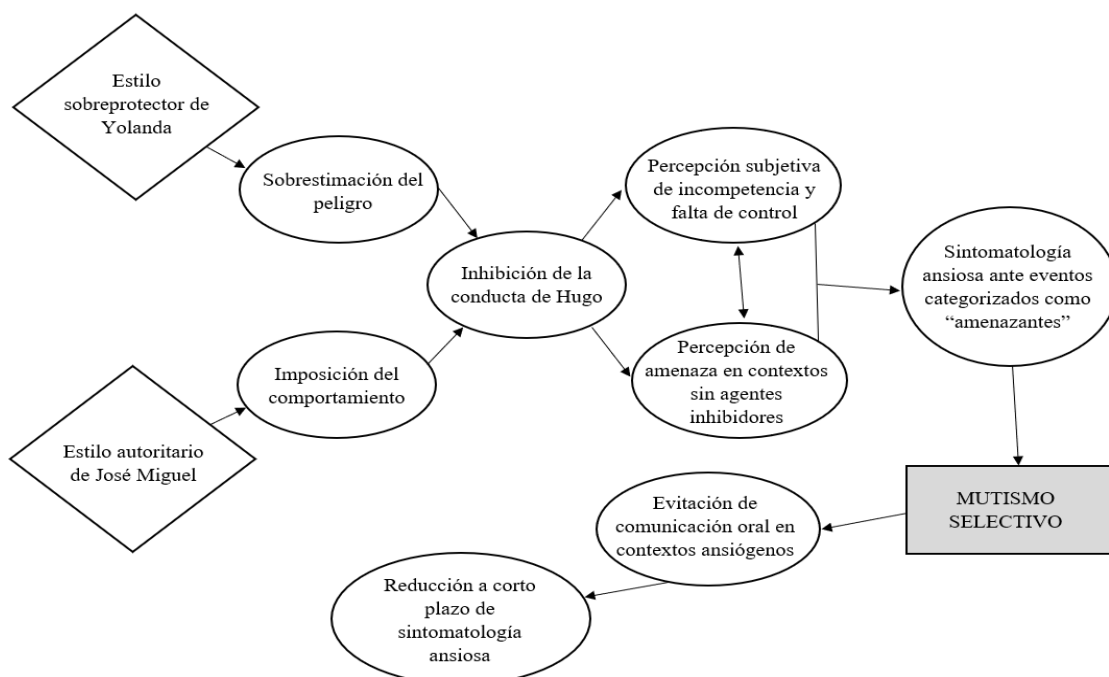
profesorado, se ha reportado que se encuentran dificultades en lo referente a evaluación académica de competencias orales y de comprensión.

*Aparición del problema:* Hugo comienza a mostrar signos de inhibición social en su primera infancia (guardería), su familia lo ha definido desde pequeño bajo la etiqueta de “tímido”. Al parecer, la sintomatología no se ha tornado tan grave hasta este último curso. Desde el colegio notifican que se percatan de un cambio en Hugo desde el inicio de este curso (2024/25). Al preguntar a sus padres si identifican algún evento precipitador de la sintomatología, refieren que no ha sucedido nada significativo. Según la definición de sus padres, Hugo ha comenzado a presentar un problema a nivel relacional fuera del domicilio. Han dejado de ir al parque porque Hugo dice que no se siente bien allí, no establece contactos con niños ni adultos que no pertenezcan a su núcleo familiar. Los meses de verano no han notado nada por que han pasado las vacaciones en familia, sin apenas contactos con familia extensa u otras personas. Han visto a Hugo cómodo en ese contexto, el problema ha comenzado al volver al colegio en septiembre y, además, solo allí, ya que en casa no muestra dicha problemática.

A continuación, se presenta una formulación clínica del caso en la Figura 1.

### Figura 1

*Formulación clínica del caso.*



## Instrumentos.

*Entrevista Semiestructurada para la Evaluación de Ansiedad, Miedos y Fobias en Población Infantil (Morales et al., 2015).* En ella se recoge información sobre la conducta problema (manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales), las conductas de seguridad y los antecedentes familiares. Aparece en el Anexo A.

*Guía de Entrevista Familiar para Mutismo Selectivo (Cortés et al., 2009).* Entrevista estructurada dirigida al núcleo familiar del menor. En ella, se recoge información relevante del mismo Recopila datos sobre delimitación del problema, conductas comunicativas, conductas de evitación y ansiedad, desarrollo personal, lingüístico y escolar, datos médicos y vivencia personal. Aparece en el Anexo B.

*Guía de Entrevista Centro Escolar para Mutismo Selectivo (Cortés et al., 2009).* Entrevista estructurada que acompaña a la anterior y dirigida al centro escolar del menor. Recoge información sobre la delimitación del problema, datos escolares y médicos, evolución del problema, conductas comunicativas, conductas de evitación y ansiedad, antecedentes, consecuentes, comportamiento social, reforzadores y vivencia del problema. Aparece en el Anexo C.

*Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ) (Bergman et al., 2008).* La utilidad de este instrumento es la de cuantificar la frecuencia del habla del menor. Es realizado por los tutores del mismo. Se compone de 17 ítems agrupados en hogar, escuela y situaciones sociales. Las respuestas de los ítems oscilan desde 0 hasta 3. (0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = Frecuentemente, 3 = Siempre). A menor puntuación, mayor gravedad del trastorno. Aparece en el Anexo D.

*Cuestionario Funcional de Estilos Parentales de Padres (FEPP) (Gómez et al., 2005).* Este instrumento recoge información relevante a los diferentes estilos de crianza (autoritario, democrático, permisivo o negligente). Consta de 20 ítems estructurados en preguntas dicotómicas, escala tipo Likert u varias opciones de respuesta. Aparece en el Anexo E.

*Entrevista de Miedos, Estrategias y Respuestas de los Hijos (Pelechano, 1981).* Este instrumento consta de 35 ítems referidos a elementos que puedan ser miedosos

para el menor, las estrategias implementadas y las respuestas a las mismas. Este instrumento es cumplimentado por los padres. Aparece en el Anexo F.

*Autorregistros y registros de observación.* Dichas herramientas se usan para evaluar de modo operativo las modificaciones de conducta en consulta, colegio y domicilio. Aparecen en el Anexo G.

#### Procedimiento.

El procedimiento tras la recogida de información se inicia con el análisis funcional de la conducta problemática. En este caso, el análisis funcional se desarrolla como en la Tabla 1 y se acompaña de una hipótesis de origen y otra de mantenimiento. Ambas se exponen a continuación.

- *Hipótesis de origen:* Se observan posibles influencias de un estilo de crianza sobreprotector en Yolanda y un estilo autoritario de José Miguel. Este repertorio conductual incide directamente sobre el proceso inhibitorio que experimenta Hugo, en este caso en el habla. Ambos estilos han podido desarrollar en el menor una percepción subjetiva de incompetencia y falta de control, respectivamente. Ante dichas percepciones, Hugo se ha encuadrado en respuestas sintomatológicas de ansiedad ante eventos que no son realmente amenazantes, como por ejemplo el colegio. Este cuadro ansioso ha derivado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento disfuncionales, en este caso: el mutismo selectivo.
- *Hipótesis de mantenimiento:* El mantenimiento de ciertas dinámicas familiares y de crianza potencia el agravamiento del problema en el menor. Se puede observar en el repertorio de conducta familiar, donde se sobreprotege a Hugo incluso con la retirada de situaciones donde éste se siente incómodo, como el parque. Las ausencias comunicativas del menor son en varias ocasiones suplidas por la “traducción” de sus familiares, lo que alivia de forma inmediata el malestar del Hugo y refuerza el no uso del habla.

#### Tabla 1.

*Análisis Funcional de Conducta: Antecedentes, conducta y consecuentes.*

<b>Antecedentes.</b>	<b>Conducta.</b>	<b>Consecuencias.</b>
----------------------	------------------	-----------------------

---

<p><i>Próximos:</i> Cambio de curso escolar, vacaciones de verano con contacto exclusivo con familia nuclear, nuevos compañeros.</p> <p><i>Remotos:</i> Dificultad en HHSS, patrón introvertido, padre “autoritario” y madre “sobreprotectora”.</p>	<p><i>Fisiológica:</i> “Nudo en la garganta”, fatiga, dificultad para concentrarse, tensión muscular.</p> <p><i>Emocional:</i> Miedo, ansiedad, enfado, vergüenza.</p> <p><i>Cognitiva:</i> “No quiero hablar”, “Me voy a equivocar”, “Tengo miedo de hablar”</p> <p><i>Motora:</i> Mutismo, gestualidad desadaptativa, retraimiento social.</p>	<p><i>A corto plazo:</i> “Alivio” momentáneo de la ansiedad, dificultades sociales y académicas, baja estimulación, desregulación emocional.</p> <p><i>A largo plazo:</i> Aislamiento social, problemas de autoestima, cronificación del problema.</p>
---	--	--

---

En este apartado se desarrolla el programa de tratamiento. En él, se encuentran diferentes fases: Evaluación y orientación (1), comunicación de hipótesis diagnósticas y propuesta de tratamiento (2), tratamiento (3) y finalización del tratamiento (4).

### **1. Fase de evaluación y orientación.**

Dicha fase se inicia con la visita inicial de Hugo y su familia. En esta primera sesión se define el motivo de consulta por el que la familia acude (ya descrito anteriormente). A pesar de que, a priori, el diagnóstico es claro, se aplican entrevistas semiestructuradas de carácter más general en población infanto-juvenil. De este modo, se consigue una evaluación general que apoye la realización diagnósticos diferenciales en la próxima fase. La entrevista usada en esta primera sesión tiene base en la entrevista semiestructurada para la evaluación de ansiedad, miedos y fobias en población infantil (Morales et al., 2015). Además, se les solicita a los padres que cumplimenten la entrevista sobre miedos, estrategias y respuestas de los hijos (Pelechano, 1981). En esta primera sesión y de modo previo a la cumplimentación de los instrumentos, los tutores legales de Hugo rellenan el consentimiento informado, donde se aplica la política de uso de información.

En esta fase se presentan algunas limitaciones de cara a la recopilación de información directa de Hugo. Por una parte, su edad cronológica no facilita un habla fluida y basada en contenido bien fundamentado. Además de ello, el problema particular del menor es la ausencia de comunicación verbal con personas externas a su familia

nuclear. Por estos motivos, la gran mayoría de la información obtenida proviene de entrevistas y cuestionarios realizados por los tutores legales del menor y, además, el centro escolar.

Con fines preventivos de la fatiga mental, esta fase se estructura en tres sesiones que se detallan a continuación.

*Sesión 1.* Presentación formal y primera recogida de información. En este punto se especifica la demanda y se establecen los objetivos generales del caso. Se aplica la entrevista semiestructurada para la evaluación de ansiedad, miedos y fobias en población infantil (Morales et al., 2015). En esta primera sesión se recoge información sobre el contexto presente del menor (edad, curso escolar, salud, ocio, rutinas...). Junto con dicha entrevista, se administra la Entrevista de Miedos, Estrategias y Respuestas de los Hijos (Pelechano, 1981). En esta primera sesión se solicita a los padres que acudan sin el menor.

*Sesión 2.* En esta sesión se continúa recopilando información. El menor ya acude a consulta con sus padres. En la misma sala, Hugo permanece jugando con su hermano mientras se habla con los tutores. Se administra a los padres la “Entrevista Familiar para Mutismo Selectivo” (Cortés et al., 2009), además, se les solicita a los padres que cumplimenten el “Cuestionario de Mutismo Selectivo” (Bergman et al., 2008) y el Cuestionario Funcional de Estilos Parentales de Padres (FEEP) (Gómez et al., 2005).

*Sesión 3.* Tutoría con el centro escolar del menor. En esta tutoría, se aplica la “Entrevista de Centro Escolar para Mutismo Selectivo”. En esta fase se establece contacto con el tutor académico del menor.

De modo transversal a dichas sesiones, el profesional psicólogo va afinando sobre sus posibles hipótesis y, además, preparando sus posibles diagnósticos diferenciales.

## **2. Comunicación de hipótesis diagnósticas y propuesta de tratamiento.**

Esta fase se desarrolla en una sola sesión. Se realiza tras haber ejecutado las evaluaciones pertinentes. En la misma, se ofrece a los tutores de Hugo una explicación de qué es lo que ocurre, qué variables están implicadas y cómo se deben abordar en el trabajo terapéutico. En este punto, se ofrece a los padres de Hugo un análisis funcional para que puedan comprender las respuestas conductuales de Hugo dentro de un marco de variables relevantes. Se muestra el análisis funcional adaptado para la comprensión de los padres de Hugo en el Anexo H.

En esta fase, junto con una psicoeducación sobre las etiquetas diagnósticas, se ofrece a los padres de Hugo una hipótesis diagnóstica sobre la problemática de Hugo. En este caso; mutismo selectivo.

### **3. Tratamiento.**

En primer lugar y en coordinación con los tutores de Hugo, se establecen los objetivos terapéuticos. Los objetivos generales y específicos fijados en conjunto para este caso son:

- O1. - Aumentar la frecuencia de actos comunicativos de Hugo (verbales y no verbales).
  - O1.1. Entrenar en comunicación verbal por medio de técnicas en modificación de conducta.
  - O1.2. Generalizar conductas deseables en torno al habla.
- O2. - Disminuir sintomatología ansiosa del menor ante eventos sociales.
  - O2.1. Ejecutar episodios de exposición jerárquica y controlada.
  - O2.2. Ofrecer estrategias alternativas de tolerancia a la ansiedad.
  - O2.3. Educar en “cultura del error”
- O3. - Aportar estrategias de crianza adaptativas para la problemática y el desarrollo general del menor.
  - O3.1. Aumentar autonomía de Hugo en contextos sociales.
  - O3.2. Reducir presión comunicativa.
  - O3.3. Premiar (reforzar) los intentos sin éxito.
  - O3.4. Entrenar a tutores en la identificación de patrones de crianza desadaptativos.
  - O3.5. Reestructurar expectativas depositadas en el menor.
  - O3.6. Establecer normas y límites fijos y estructurados.

Con base en la literatura científica, el tratamiento se sostiene en cuatro nichos de trabajo: terapia de interacción padres-hijos, construcción de un estilo de crianza adaptativo, el tratamiento conductual específico para el mutismo selectivo y la intervención directa en el contexto escolar. A continuación, se presentan varias sesiones de modo estructurado. Esta planificación está sujeta a modificaciones según el progreso del menor y su entorno familiar.

## **Bloque A: Terapia de interacción padres-hijos y construcción de estilo de crianza adaptativo.**

*Sesión 1 y 2. Trabajo en vínculo padre-hijo:* En estas sesiones se procura realizar una psicoeducación intensiva sobre el mutismo selectivo, cuáles son sus bases y que conductas pueden funcionar como mantenedoras de la problemática. Para dicho objetivo, es necesario utilizar un lenguaje sencillo e informal donde los padres puedan entender correctamente cuál es la problemática y cómo se activa. Un ejemplo podría ser el que aparece en el Anexo I.

Durante estas dos primeras sesiones se realizan actividades de juego en la sala. Este juego se desarrolla entre padre e hijo. No tiene más finalidad que fortalecer el vínculo de Hugo con sus progenitores y, además, hacerlo en un contexto novedoso para Hugo como lo es la consulta. Hay juegos donde se puede reducir la presión comunicativa, ya que no se requiere hablar para poder disfrutar de la realización del juego. Algunas propuestas son: “El Frutal”, juego de mesa donde los jugadores colaboran para recoger la fruta antes de que el cuervo llegue al árbol; o “Rhino Hero”, juego de cartas para construir rascacielos de cartas sin que se derrumben.

*Sesiones 3 y 4. Modelado de interacciones adaptativas.* Como se ha observado en la fase de evaluación, Yolanda tiende a un patrón sobreprotector y José Miguel, por su parte, a un patrón más autoritario. En este sentido, es de vital importancia que Hugo establezca interacciones adaptativas que le alejen de la conducta problemática. Para llevar a cabo dicho entrenamiento, se ponen en marcha diferentes estrategias en consulta.

- *Juegos de Rol:* En esta actividad, Yolanda y José Miguel practican como interactuar de modo equilibrado con Hugo, tanto en momentos de separación o protección como en momentos donde se ha de ejecutar actos disciplinarios equilibrados.
- *Entrenamiento en comunicación asertiva* (para José Miguel): Toma de decisiones en equipo, reconocer errores y pedir perdón a Hugo si es necesario, generar expectativas hacia Hugo pequeñas y alcanzables.
- *Refuerzos positivos* (para Yolanda): Establecer recompensas para Hugo por realizar actividades de modo independiente (ir solo a la cama, vestirse solo, dormir sin Yolanda).

Hugo está en consulta en el desarrollo de estas sesiones, con objetivo de no convertir las sesiones en una terapia individualizada con los tutores, se implementan las diferentes técnicas por medio de gamificación. Por ejemplo, se puede trabajar la consecución de refuerzos positivos por medio de una economía de fichas. Se crea un tablero de recompensas donde Hugo pueda ganar "estrellas" o "pegatinas" por cada tarea que complete solo (por ejemplo, vestirse solo, ir a la cama sin ayuda de Yolanda). Después de acumular una cantidad de estrellas o pegatinas, Hugo puede escoger una recompensa pequeña (un rato extra de juego, una actividad especial, etc. De este modo, se refuerza la independencia de Hugo de una manera visual y divertida, y ayuda a Yolanda a gestionar su tendencia a sobreprotegerlo.

*Sesiones 5 y 6. Generalización*: En estas sesiones se trabajará el aplicar lo entrenado en consulta. Se aplican autorregistros donde los padres pueden cumplimentar qué han puesto en marcha. Se estructuran episodios de “exposición”, jerarquizados y controlados, donde la familia acude con Hugo al parque o reuniones familiares para activar nuevas conductas. En este punto, se evaluará la respuesta de Hugo y también de sus padres para ajustar las técnicas si fuese necesario. Esta evaluación se recoge por medio de autorregistros (Anexo G). Un ejemplo de una lista de exposición con algunas tareas para los padres aparece en el Anexo J.

*Sesión 7 y 8. Establecimiento de límites*: De cara a trabajar los estilos de crianza de Yolanda y José Miguel con Hugo, se generan de forma conjunta límites que equilibren los patrones mantenedores de conducta problemática de Hugo. Por ejemplo, se propone “Límites en casa”.

Para prepararlo, se divide la sesión en dos partes: la primera para establecer límites y la segunda para reforzarlos con un juego. Usa una pizarra o cartulinas para escribir los límites y representarlos con pictogramas para Hugo. Primero, los padres, con ayuda del terapeuta, elaboran una lista de límites claros, alcanzables y consistentes. Ambos deben estar de acuerdo, y Hugo debe entenderlos. Por ejemplo: "Hugo debe vestirse solo antes de ir a la escuela". Es clave crear acuerdos familiares y asociar cada límite con una acción clara (por ejemplo, si no se viste solo, se le da otra oportunidad; si insiste, pierde tiempo de juego). En la segunda parte, se simulan situaciones en las que Hugo pueda romper los

límites, como negarse a dormir o vestirse. Los padres actúan en conjunto y aplican los límites establecidos.

### **Bloque B: Tratamiento conductual.**

El tratamiento conductual se enfoca principalmente en el menor, Hugo. Este tratamiento también se extiende al contexto escolar, ya que resulta pertinente la intervención “in situ”.

Previamente al desarrollo de las sesiones es necesario hablar sobre el papel de los tutores de Hugo en este segundo bloque. Hugo y terapeuta han de empezar a quedarse solos en consulta. Por ello y para conseguir que el menor conciba el espacio como seguro, se realiza una desescalada progresiva de la estancia de los padres en consulta. Esta retirada de los padres funciona como técnica de desvanecimiento estimular (eliminando progresivamente un elemento facilitador del habla para Hugo, sus padres). Esta desescalada es planteada a Hugo de forma previa, de modo que conozca lo que va a suceder. En las sesiones 1, 2 y 3 los tutores están en consulta la mitad del tiempo (30 minutos). Desde entonces, los minutos de estancia se reducen de 6 en 6 por sesión.

*Sesión 1, 2 y 3: Evaluación inicial, alianza terapéutica y técnicas de relajación.* En este punto es necesario recoger los niveles de ansiedad que Hugo reporta en diferentes contextos. Para ello, usamos la técnica del termómetro emocional. En estas primeras sesiones individuales con Hugo es de vital importancia continuar generando un vínculo con el terapeuta. Hugo ya conoce el entorno y al terapeuta, además aún acude a consulta acompañado de sus padres.

Como en ocasiones previas, se continúa trabajando por medio de la gamificación. “El termómetro emocional” (Anexo K), en este caso, funciona junto con la visualización de imágenes. En esta sesión se le pide a Hugo que califique cuanto malestar experimenta ante la visualización de ciertas imágenes. Se le pide que señale con el dedo en el termómetro ese malestar. A continuación, aparecen diferentes imágenes asociadas al contexto escolar, el habla en el aula, en el parque, en su domicilio, con su padre, madre o hermano, con algún amigo del colegio y con el maestro del aula. A medida que van

pasando las imágenes, el terapeuta le va exponiendo situaciones asociadas a las imágenes para que se pueda obtener el máximo de información.

Tras la realización de dicha actividad, se introduce en modo juego una técnica de relajación para disminuir la sintomatología de ansiedad que se haya podido disparar en Hugo. La técnica formal que está tras el juego es la técnica de relajación progresiva de Jacobson. A Hugo se le explica que este es el Juego de los Gladiadores. En él, tendremos que colocarnos y quitarnos una armadura. La armadura será simbolizada por medio de la reproducción de una canción “heroica”. Cuando la canción esté reproduciéndose, Hugo deberá contraer el grupo muscular que se le indique mientras suene la canción. Durante la realización del ejercicio se dan las pautas sobre respiración guiada.

Se recomienda no usar las tres sesiones para recaudación información. En su lugar, en estas primeras sesiones es útil usar espacios de juego con Hugo, con la única finalidad de fortalecer el vínculo terapéutico. Estas interacciones deben tener una baja exigencia verbal, para que el menor continúe vinculando la consulta a un espacio de confort.

*Sesión 4, 5 y 6. Técnicas de introducción a la comunicación verbal.* En estas sesiones se trabaja con el menor en técnicas de modificación de conducta. En estas tres sesiones se desarrolla una técnica de desvanecimiento estimular mencionada anteriormente. Esta consiste en eliminar las ayudas que facilitan la comunicación de Hugo, en este caso, sus padres. Esta técnica no solo hace referencia al tiempo que los padres pasan en consulta, sino también su nivel de proximidad e interacción con Hugo. Como se ha explicado anteriormente, los padres abandonan la estancia en consulta de modo progresivo de seis en seis minutos. Además, cada sesión que pasa, los tutores se ubican más alejados de donde se sienta Hugo. Su permiso de interacción se desescala también a modo temporal, teniendo en el inicio una posibilidad del 60 % parar intervenir en consulta (18 minutos). Este porcentaje baja de 15% en 15% por cada sesión. Se proporciona a los padres la cantidad en minutos que pueden hablar desde el inicio de la sesión hasta que pase el tiempo indicado.

Es importante que a lo largo de estas sesiones se refuerce cualquier intento de comunicación por parte de Hugo, ya sea verbal o no verbal. Este reforzamiento puede ser a nivel de elogios, tiempo de juego seleccionado por Hugo o selección de juguetes de la sala para llevarse a casa en la semana.

*Sesión 7, 8 y 9. Técnicas de introducción a la comunicación verbal.* En las próximas sesiones, la técnica es el encadenamiento hacia adelante. Esta técnica consiste en jugar con el menor a que emita una serie de elementos verbales y no verbales. La emisión de dichos elementos conllevará un refuerzo inmediato. Es necesario adecuar el refuerzo a las individualidades de Hugo. Los reforzadores son más potentes según la aproximación a la conducta mayormente deseada. La secuencia “serie/estímulo” sería la siguiente: Responder con gestos (elogios); con sonidos (consigue sobre de estampas); con palabras (pegar las estampas conseguidas en el álbum); y con frases (tiempo extra de juego). El objetivo es que Hugo consiga ejecutar la cadena entera. Los reforzadores aparecerán según vaya completando la cadena en el orden establecido. Estos reforzadores continúan proporcionándose en la escuela, de modo que la generalización de la conducta se trabaje también fuera de consulta.

Ambas técnicas de modificación de conducta se ponen en marcha a lo largo de las sesiones mientras que se usan juegos y dinámicas divertidas para Hugo.

*Sesiones 10, 11 y 12. Preparación a intervención en contexto escolar.* El objetivo de estas sesiones es dotar de herramientas comunicativas a Hugo para el contexto escolar. Esta dotación de herramientas pretende disminuir la ansiedad provocada por el contexto condicionado negativamente y, con ello, disminuir la inhibición verbal del menor en dicho entorno. En estas sesiones se educa al menor en la experimentación de “retos” para que, con ellos, integre que no existe consecuencia negativa si no lo consigue a la primera. La adquisición de esta confianza debe ocurrir en un entorno controlado, propio para “ensayar” antes de extrapolar al contexto real.

Estos entrenamientos de Hugo con el terapeuta usan como apoyo la técnica del puente verbal y el apoyo con pictogramas. La primera de ellas hace referencia a un perfil “traductor” en la comunicación del menor. Por ejemplo, se podría aplicar en una actividad como la que aparece en el Anexo L.

A continuación, se hace uso de las dos herramientas de apoyo anteriormente mencionadas. El puente verbal se usa para hacer llegar al “entrevistador” las comunicaciones de Hugo si estas no son claras. Por ejemplo, si el “entrevistador” pregunta a Hugo: “¿Cuál ha sido tu misión más difícil como Hulk?”, puede que Hugo, en

voz baja y dirigiéndose a su terapeuta, responda: “hablar”. En este caso, su terapeuta emitirá en voz alta: “hablar”. Por otro lado, además del puente verbal, Hugo puede usar los pictogramas de acciones y palabras básicas para comunicarse.

Para educar al menor en esta “cultura del error”, se adjuntan juegos durante las sesiones donde se refuerzan los intentos, premiando el esfuerzo de participar en el juego y no la consecución de la victoria. Además de la actividad de la entrevista, las sesiones se combinan con la recuperación de técnicas anteriores como el encadenamiento, que se sigue usando de modo transversal al tratamiento.

*Sesión 13, 14, 15 y 16. Exposición del menor a la comunicación verbal.* En estas fases es el momento de poner en marcha las estrategias que previamente se han entrenado en consulta. En coordinación con la familia y la escuela, se elabora una lista jerarquizada de acciones comunicativas para la exposición. Un ejemplo podría ser el que aparece en el Anexo M.

*Sesiones de mantenimiento. Seguimiento y prevención de recaídas.* En estas sesiones se reducen progresivamente los encuentros con Hugo. Se hace un seguimiento donde se observe la generalización e impacto del tratamiento y se pone especial foco en la prevención de posibles recaídas. Para ello, se repasan las actividades trabajadas en consulta y se incide directamente sobre aquellos factores de riesgo que ya se conocen. La duración del seguimiento ha de extenderse entre 6 y 8 meses.

#### 4. Finalización del tratamiento.

*Sesión de cierre. Despedida.* Tras el seguimiento y la aseguración de adquisición de herramientas, es necesario cerrar el tratamiento. Esta sesión de cierre sirve como espacio para aclarar dudas, hablar sobre miedos futuros y agradecer el trabajo y tiempo invertido en la terapia.

### **Resultados esperados.**

Se espera que el tratamiento tenga impacto en la conducta problemática del menor. Específicamente, se estima que los objetivos específicos del programa sean el modo operativo de poder alcanzar los objetivos generales.

Los registros usados en la consulta, colegio y hogar son la herramienta principal para la observación de los resultados en lo referente al objetivo de aumentar la frecuencia de actos comunicativos de Hugo (verbales y no verbales) (O1). Además, los resultados se cercioran con la re administración del Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ) (Bergman et al., 2008) al final del tratamiento.

En lo referente al objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa del menor en eventos sociales (O2), se espera que los episodios de exposición controlada hayan establecido estrategias adaptativas de tolerancia a la ansiedad y, además, una mayor posición familiar e individual en la posibilidad de cometer errores sin que esto sea un factor altamente ansiógeno. Los autorregistros realizados por los familiares en torno a la sintomatología ansiosa de Hugo son el instrumento principal de cara a observar resultados del tratamiento. En definitiva, se espera que la sintomatología ansiosa del menor haya disminuido significativamente.

Por otra parte, haciendo alusión al objetivo de aportar estrategias de crianza adaptativas (O3), los resultados esperados son que el sistema familiar adquiera un aprendizaje integral en lo referente al método de crianza. En él, los tutores podrán establecer procedimientos que funcionen de modo adaptativo con las conductas deseables en el menor. Para observar resultados en este sentido, se cuenta con la re administración del Cuestionario Funcional de Estilos Parentales de Padres (FEPP) (Gómez et al., 2005). Se espera un cambio significativo en los estilos de crianza postratamiento.

### **Discusión y conclusiones.**

Los datos aportados por esta propuesta apoyan la literatura reciente sobre MS. En lo referente a la conceptualización del trastorno en sí, se espera que la aplicación de la propuesta encuadre la problemática en torno a la ansiedad, en línea con lo expuesto por Muris y Ollendick (2021). La puesta en marcha de la propuesta atiende a reforzar la literatura sobre la mecánica mantenedora del MS, donde se incluyen variables de aprendizaje e interacción con el ambiente (Leonard y Topol, 1993).

Al ser este un caso único, no se espera discutir sobre la ascendente prevalencia del problema, aunque distintos autores señalan la importancia de incidir en este problema que crece progresivamente (Rodrigues-Pereira et al., 2023) y en el que, además, la muestra representativa sigue siendo pequeña (Busse y Downey, 2011).

Etiológicamente, se espera que la administración del tratamiento confirme la relevancia de variables como el estilo de crianza en el MS. Se prevé que los cambios parentales ejecutados durante el tratamiento se correlacionen de modo positivo con la frecuencia de habla del menor, en línea con lo expuesto por Melfsen et al., (2006) y Manassis et al., (2003). En este sentido, se espera poder discutir sobre cómo el nivel de implicación parental en el tratamiento es un elemento de vital importancia (Webb, 2023) y, por ende, una terapia como la de interacción padres-hijos (Eyberg, 1988) es efectiva en su correcta aplicación (Becerra et al, 2020; Catchpole et al., 2019).

En lo que respecta al tratamiento, la puesta en marcha del tratamiento pretender dar pie a la discusión sobre las herramientas “Gold Standard” para el MS, como lo es la TCC (Cohan et al., 2006). En su lugar, se aplica la combinación de intervención familiar y familiar desde la psicología conductual y la terapia de juego (Furr et al., 2020; Huey et al., 2024). Se atiende a discutir sobre la eficacia de las técnicas conductuales como el moldeamiento o el reforzamiento natural (Watson y Kramer, 1992).

En contraste con la tendencia a la medicalización del MS (Hipolito et al., 2023), la aplicación de la propuesta de tratamiento espera demostrar la alta eficacia de la intervención conductual en el contexto familiar, escolar e individual. Se desea discutir sobre la aplicación de otros tratamientos basados en una perspectiva neurobiológica (Naguy, 2017).

En resumen, se espera que los resultados de esta propuesta refuercen gran parte de la literatura sobre MS y aporte novedades sobre la eficacia de tratamientos no convencionales. Se espera que se añada información significativa sobre el enfoque terapéutico conductual, la participación activa de los tutores y el tratamiento integral.

De cara a futuras investigaciones, se estima necesario indagar en estudios de investigación que comparen intervenciones con y sin tratamiento farmacológico. Además, se propone incluir en el tratamiento variables que trabajen con el grupo de iguales del menor afectado por MS.

La presente propuesta se ha encontrado con varias limitaciones; en primer lugar, la ausencia de estudios que no definan su tratamiento en bases de TCC y

psicofarmacología. Además, se ha observado una escasez importante de estudios sobre MS en formato experimental, ya que la mayoría de ellos hacían alusión a tratamientos de caso único, al igual que la presente propuesta. Por otra parte, ha sido ventajoso para la realización de la propuesta contar con acceso a la información del caso. Además, la atención temprana ha facilitado realizar el tratamiento, ya que se minimiza el impacto de haber sufrido síntomas un tiempo sin tratamiento.

El impacto de esta propuesta incide directamente sobre la creciente prevalencia del MS y, del mismo modo, sobre la aportación de herramientas y formatos alternativos al clásico. La investigación sobre trastornos menos frecuentes es dificultosa, pero tal hecho no exime de sufrimiento a quienes la padecen. Esta propuesta pretende impactar en ello.

## Referencias bibliográficas.

Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Sozen Harmanci, H., Karakoc Demirkaya, S., Yurtbay, T., y Ertem Vehid, H. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorder*, 27(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.001>

American Psychological Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.)  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anstendig, K. (1998). Mutismo selectivo: una revisión de la literatura sobre tratamiento por modalidad desde 1980 a 1996. *Psicoterapia: teoría, investigación, práctica, formación*, 35 (3), 381–391. <https://doi.org/10.1037/h0087851>

Bagner, D. M., y Eyberg, S. M. (2007). Parent-Child Interaction Therapy for Disruptive Behavior in Children with Mental Retardation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 418-429.  
<https://doi.org/10.1080/15374410701448448>

Baumrind, D. (1978). Reciprocal rights and responsibilities in parent-child relations. *Journal of Social Issues*, 34, 179–196.

Becerra, M. I. G., Sánchez J. P. E. y Méndez, J.H.M. (2020). Role of parenting styles in internalizing, externalizing, and adjustment problems in children. *Salud Mental*, 43(2), 73-84. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.011>

Bergman, L. R. (2013) Treatment for children with selective mutism. An integrative behavioral approach. *Child & Family Behavior Therapy* , 35 (4), 337–341.  
<https://doi.org/10.1080/07317107.2013.846733>

Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., y Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(2), 456–464. <https://doi.org/10.1080/15374410801955805>

Bergman, R. L., Piacentini, J., y McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00012>

Boneff, K. (2021). *Parental Influences in Selective Mutism: The Intergenerational Transmission of Anxiety Symptoms and Outcomes of a Parent-Focused Intervention*. Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: The Humanities and Social Sciences Collection. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/parental-influences-selective-mutism/docview/2585288749/se-2>

Busse, R. T., y Downey, J. (2011). Selective Mutism: A Three-Tiered Approach to Prevention and Intervention. *Contemporary School Psychology*, 15(1), 53-63. <https://doi.org/10.1007/BF03340963>

Capobianco, M., y Costa, A. (2024). Selective Mutism and Comorbidity with Specific Learning Disorders: Evaluation and Multimodal Intervention in a Clinical Case of a Female Child from 7 to 11 Years of Age. *Children*, 11(6), 746. <https://doi.org/10.3390/children11060746>

Carlson, J. S., Kratochwill, T. R., y Johnston, H. F. (1999). Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 9(4), 293–306. <https://doi.org/10.1089/cap.1999.9.293>

Carpenter, A. L., Puliafico, A. C., Kurtz, S. M., S., Pincus, D. B., y Comer, J. S. (2014). Extending Parent-Child Interaction Therapy for Early Childhood Internalizing Problems: New Advances for an Overlooked Population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4), 340-56. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0172-4>

Catchpole, R., Young, A., Baer, S. y Salih, T. (2019). Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102112>

Cohan, S. L., Chavira, D. A., y Stein, M. B. (2006). Practitioner Review: Psychosocial Interventions for Children with Selective Mutism. A Critical Evaluation of the Literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>

Cortés, C. U., Gallego, G. C. y Marco, G. P. (2009). El mutismo selectivo. Guía para la detección, evaluación e intervención precoz en la escuela. *Creena*. <https://11nq.com/lr2zP>

Díaz M, D. C., Nino P, A. C. N., Ramírez N, L. F., y Gómez J., J. F. (2016). Salud mental infantil: Una mirada desde la salud mental comunitaria. *Carta Comunitaria*, 24(140), 33–50. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n140.5>

Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., y Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(3), 270–290. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0214-1>

Ferro, G. R. y Ascanio, V. L. (2014). Parent Child Interaction Therapy (PCIT). *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 169-180. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2437.pdf>

Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N. y Comer, J. S. (2020). Chapter 6 - Exposure therapy for childhood selective mutism: principles, practices, and procedures, en Tara, S., Peris, Eris, A., Storch, J. F., McGuire (Ed.), *Exposure Therapy for Children with Anxiety and OCD* (Academic Press, 2020, pp. 113-142). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815915-6.00006-8>

Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N., y Comer, J. S. (2020). Exposure therapy for childhood selective mutism: Principles, practices, and procedures. In Exposure therapy for children with anxiety and OCD. *Academic Press*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815915-6.00006-8>

Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M. y Schwenck, C. (2016). Mutismo selectivo y temperamento: el silencio y la inhibición conductual ante lo desconocido. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25, 1113–1120. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0835-4>

González, S. F., y Gimeno, C. A. (2012). Perfil de salud y escolar en menores con medidas de protección y de programas sociales. *Escritos de Psicología*, 5(1), 17-24. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.0801>

Hipolito, G., Pagnamenta, E., Stacey, H., Wright, E., Joffe, V., Murayama, K., y Creswell, C. (2023). A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for children and adolescents with selective mutism. *JCPP Advances*, 3(3) <https://doi.org/10.1002/jcv2.12166>

Huey, L. S., Perveen, A., y Ramlee, F. (2024). Unlocking Voices: A Multifaceted Approach in Assessing and Managing a Preschooler with Selective Mutism. *Southeast Asia Early Childhood*, 13(1), 95-101. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/unlocking-voices-multifaceted-approach-assessing/docview/3099835902/se-2>

Jorge, E. y González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>

Kaakeh, Y., y Stumpf, J. L. (2008). Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy*, 28(2), 214–224.

<https://doi.org/10.1592/phco.28.2.214>

Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N. C., Johnson, M. O., Gibbons, J. T., Gersten, M., Biederman, J. J. y Rosenbaum, J. (1990). Orígenes del trastorno de pánico. *Frontiers of Clinical Neuroscience*, 8, 71-87.

Kiefner-Burmeister, A. y Hinman, N. (2020) The role of general parenting style in child diet and obesity risk. *Curr Nutr Rep*, 9(1), 14-30.

<https://doi.org/10.1007/s13668-020-00301-9>

Kiresuk, T. J., Lund, S. H., y Larsen, N. E. (1982). Measurement of goal attainment in clinical and health care programs. *Drug intelligence & clinical pharmacy*, 16(2), 145–153. <https://doi.org/10.1177/106002808201600210>

Kovac, L. M., y Furr, J. M. (2019). What Teachers Should Know about Selective Mutism in Early Childhood. *Early Childhood Education Journal*, 47(1), 107-114. <https://doi.org/10.1007/s10643-018-0905-y>

Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(2), 135–142.

<https://doi.org/10.1007/s007870170037>

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(1), 24–29. <https://doi.org/10.1007/s007870050041>

Kussmaul, A. (1877). *Die Störungen der Sprache*. Basel, Switzerland: Benno Schwabe.

Leonard., H. L. y Topol, D. A. (1993). Elective Mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2(4), 695-707. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30534-0](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30534-0)

Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., McIness, A. (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety?. *Depress Anxiety*, 18(3), 153–161. <https://doi.org/10.1002/da.10125>

Melfsen, S., Walitza, S., y Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(2), 111–117.

<https://doi.org/10.1007/s00787-006-0510-2>

Mercado, N. R. (2024). Can We Be Creative with Communication? Assessing Decision-Making Capacity in an Adult with Selective Mutism. *HEC Forum : An Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues*, <https://doi.org/10.1007/s10730-024-09523-8>

Muris, P., y Ollendick, T. H. (2021). Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychology research and behavior management*, 14, 159–167. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274538>

Naguy, A. (2017). Successful Treatment of a Child with Difficult-to-Treat Chronic Selective Mutism Using Pramipexole. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27(4), 393-394. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0210>

Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H. y Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 997-1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>

Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., y Kristensen, H. (2015). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 757-766. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0620-1>

Oliva, A., Parra, A., y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 93-106. <https://doi.org/10.1174/021037008783487093>

Ostergaard, K. R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy - a systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 72(4), 240–250. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1439530>

Pabis, J. M. (2023). *Parent Training Workshop for Children With Selective Mutism: A Randomized-Controlled Trial*. Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: The Humanities and Social Sciences Collection. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/parent-training-workshop-children-with-selective/docview/2864017785/se-2>

Ponzurick, J. M., BSN, CSN, RN (2012). Selective Mutism: A Team Approach to Assessment and Treatment in the School Setting. *The Journal of School Nursing*, 28(1), 31-7. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/selective-mutism-team-approach-assessment/docview/932095333/se-2>

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective

mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(6), 284-96.

<https://doi.org/10.1007/PL00007547>

Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., y Sanders, M. R. (2006). Behavioral Family Intervention for Children With Developmental Disabilities and Behavioral Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 180-193.

[https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502\\_2](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_2)

Rodrigues-Pereira, C., Ensink, J. B. M., Güldner, M.,G., Lindauer, R. J. L., De Jonge, M.,V., y Utens, E. M. W. J. (2023). Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 1821-1839. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01907-2>

Rozenek, E. B., Orlof, W., Nowicka, Z. M., Wilczyńska, K., y Waszkiewicz, N. (2020). Selective mutism - an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg?. *Psychiatria Polska*, 54(2), 333-349.

<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/108503>

Shorer, M., Ben-Haim, Z., Krispin, O., Ben-Ami, N., y Fennig, S. (2023). Parents' Social Anxiety, Authority Style and Accommodation are Associated with Symptom Severity in Children with Selective Mutism. *Journal of Child and Family Studies*, 32(9), 2748-2760. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02555-7>

Siqueland, L., Kendall, P. C., y Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 225. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/anxiety-children-perceived-family-environments/docview/194218591/se-2>

Slobodin, O., Shorer, M., Friedman Zeltzer, G., y Fennig, S. (2024). Interactions between parenting styles, child anxiety, and oppositionality in selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02484-w>

Steinhausen, H. C., y Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606–614. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015>

Storgaard, P. y Thomsen, P. H. (2003). Elective mutism: A disorder of social functioning or an emotional disorder?. *Ugeskrift for laeger*, 165(7), 678–681.

Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern. *Z Kinderpsychiatri*, 1, 30–35.

Watson, T. S., y Kramer, J. J. (1992). Multimethod Behavioral Treatment of Long-Term Selective Mutism. *Psychology in the Schools*, 29(4), 359-66.  
<https://www.proquest.com/scholarly-journals/multimethod-behavioral-treatment-long-term/docview/62846707/se-2>

Webb, L. (2023). *Evaluating Intensive Group Behavioral Treatment for Selective Mutism*. Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: The Humanities and Social Sciences Collection. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/evaluating-intensive-group-behavioral-treatment/docview/2667775401/se-2>

Williamson, D. A., Sewell, W. R., Sanders, S. H., Haney, J. N., y White D. (1977). The treatment of reluctant speech using contingency management procedures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 151-156.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., y Turner, S. M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety?. *Depression and anxiety*, 23(3), 117–123.  
<https://doi.org/10.1002/da.20139>

Sharkey, L., Mc Nicholas, F., Barry, E., Begley, M., y Ahern, S. (2008). Group therapy for selective mutism - a parents' and children's treatment group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 538-545.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.12.002>

Gómez, I., Hernández, M., Martín, M.J., y Gutiérrez, C. (2005). *Los problemas en la infancia y el papel de los estilos educativos de los padres*. Granada: Editorial CSV (ISBN: 84-689-3385-6).

McDiarmid, M. D., y Bagner, D. M. (2005). Parent Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behavior and Developmental Disabilities. *Education and Treatment of Children*, 28(2), 130-141. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/parent-child-interaction-therapy-children-with/docview/62143401/se-2>

Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.

Morales, P. C., García, T. M., Álvarez, O. C., Gervás, S. M., Pardo, C. R., Pérez, C. O., de la Torre, M. M. y Santacreu, I. M. (2015). Guía de intervención clínica infantil. *Centro de Psicología Aplicada (CPA) y Universidad Autónoma de Madrid (UAM)*. <https://www.uam.es/uam/media/doc/1606899110986/guia-infantil.pdf>

## ANSIEDAD, MIEDOS Y FOBIAS

### EVALUACIÓN

#### Entrevista

**1. Conducta problema.**

¿Cómo manifiesta miedo/ansiedad el niño?

- Nivel fisiológico: ¿Lo pasa mal? ¿Tiembla? ¿Suda en exceso? ¿Está más inquieto?
- Nivel cognitivo: ¿Piensa mucho acerca de lo que le da miedo o le produce ansiedad? ¿Intenta no pensar en aquello que le da miedo o le produce ansiedad? ¿Tiene más dificultad para concentrarse? ¿Pone excusas para no hacer determinadas cosas?
- Nivel motor: ¿Deja de hacer cosas? ¿Intenta estar lejos de lo que le da miedo? ¿Hace algo para asegurarse de que dejará de sentirse mal? ¿Qué dice sobre lo que le pasa? ¿Hace que le cueste dormir? ¿Está más irritable o le hace enfadarse más a menudo?

¿Se preocupa a menudo? ¿Por qué cuestiones? ¿El miedo/ansiedad está presente en todas las situaciones similares o sólo en algunas?

¿Creen que su miedo es infundado? ¿Lo justifica? ¿Creen que le gustaría dejar de sentir miedo/ansiedad?

**2. Conductas de seguridad.**

¿Hay algo que lo tranquiliza (objeto, situación, persona, lugar...)?

**3. Antecedentes familiares.**

¿Hay alguien de la familia que tenga o haya tenido problemas similares?

## MUTISMO SELECTIVO GUÍA DE ENTREVISTA FAMILIAR

### 1. Delimitación del problema

Personas pertenecientes al ámbito familiar con las que **HABLA** (madre, padre, primos, abuelos, tíos, familiar lejano...). Indica también la frecuencia (siempre, a veces, sólo en alguna ocasión); y los lugares en los que se produce.

Persona	Frecuencia	Lugar
1. ....	1. ....	1. ....
2. ....	2. ....	2. ....
3. ....	3. ....	3. ....
4. ....	4. ....	4. ....
5. ....	5. ....	5. ....
6. ....	6. ....	6. ....
7. ....	7. ....	7. ....
8. ....	8. ....	8. ....
9. ....	9. ....	9. ....

Personas pertenecientes al ámbito social (amigos, vecinos, médico, tenderos...) con las que **HABLA**. Indica también la frecuencia (siempre, a veces, sólo en ocasiones); y los lugares o espacios donde se produce.

Persona	Frecuencia	Lugar
1. ....	1. ....	1. ....
2. ....	2. ....	2. ....
3. ....	3. ....	3. ....
4. ....	4. ....	4. ....
5. ....	5. ....	5. ....
6. ....	6. ....	6. ....
7. ....	7. ....	7. ....
8. ....	8. ....	8. ....
9. ....	9. ....	9. ....

Señala las características del habla del niño (tono de voz, longitud de frase y estado emocional durante la emisión), con las personas a las que se ha hecho referencia en los apartados anteriores.

Persona	Tono de voz	Longitud de frase	Estado emocional
1. ....	1. ....	1. ....	1. ....
2. ....	2. ....	2. ....	2. ....
3. ....	3. ....	3. ....	3. ....
4. ....	4. ....	4. ....	4. ....
5. ....	5. ....	5. ....	5. ....
6. ....	6. ....	6. ....	6. ....
7. ....	7. ....	7. ....	7. ....
8. ....	8. ....	8. ....	8. ....
9. ....	9. ....	9. ....	9. ....

## 1. Delimitación del problema (continuación)

Personas pertenecientes al ámbito familiar con las que **NO HABLA NUNCA**. Señala el tipo de relación existe entre ellos.

Persona	
1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....
6.	.....
7.	.....
8.	.....
9.	.....

Personas pertenecientes al ámbito social con las que **NO HABLA NUNCA**. Señala el tipo de relación existe entre ellos.

Persona	
1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....
6.	.....
7.	.....
8.	.....
9.	.....

Señala los espacios o lugares donde habla siempre o habitualmente y en los que no habla casi nunca o nunca.

Espacios donde habla siempre	Espacios donde no habla
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## 2. Génesis y evolución del problema

Cuándo aparecen las primeras manifestaciones y cómo son éstas (edad, personas con las que hablaba y con las que no, síntomas psicofisiológicos y/o motores asociados, conductas de evitación...)

.....

.....

.....

.....

.....

Circunstancias o acontecimientos conocidos que han podido provocar el problema: hechos vividos como traumáticos (hospitalización, cambios en la situación familiar o escolar.....), retraso de habla y/o de lenguaje...

.....

.....

.....

¿Ha expresado el niño alguna vez la razón por la que no habla en el centro escolar? ¿Qué responde el niño cuando se le pregunta por qué no habla?

.....

.....

.....

¿Cómo ha ido evolucionando el problema a lo largo del tiempo?

.....

.....

El niño ha experimentado mejoría (habla a personas a las que no hablaba, habla en lugares en los que no hablaba, responde o saluda a desconocidos...)

.....

.....

.....

El niño ha experimentado retrocesos (deja de hablar con determinadas personas, en algunos lugares, se muestra más nervioso...)

.....

.....

.....

¿Las manifestaciones motoras y psicofisiológicas se han incrementado? ¿El niño se muestra más ansioso y preocupado?

.....

.....

.....

### 3. Conductas comunicativas

	Si	No
Habla con las personas de su entorno familiar y social cercano .....		
Habla en voz baja, susurra al oído o cuchichea con personas que no son de su círculo familiar y social cercano.....		
Emplea gestos para comunicarse con las personas a las que no habla ...		
Realiza aproximaciones físicas hacia los niños y niñas.....		
Realiza aproximaciones físicas hacia otros adultos menos cercanos .....		
Establece contacto físico con otros niños y con otros adultos menos conocidos.....		

#### 4. Conductas de evitación y de ansiedad

##### a) Conductas de evitación

	Sí	No
No responde a las preguntas que se le hacen.....		
No hace peticiones sencillas .....		
Falta a menudo a la escuela por síntomas como vómitos, dolor de tripa.....		
Evita mirar a los ojos cuando se le habla.....		
Agacha la cabeza cuando se le habla .....		
Se esconde intentando pasar desapercibido .....		
Demora su incorporación a las actividades (permaneciendo más tiempo del necesario en el baño, recogiendo los materiales, colgando abrigo.....)		
Rehúye el contacto físico de sus compañeros .....		
Rehúye el contacto físico y las muestras de afecto del profesor.....		
Otros ( especificar ).....		

##### b) Respuestas de ansiedad

	Sí	No
Muestra conductas de ansiedad (balancear hombros, apretar puños, hacer muecas, morderse los labios, morderse las uñas, tocarse el pelo constantemente.....)		
Muestra tensión muscular corporal (rigidez corporal, espalda recta, brazos estirados paralelos al cuerpo.....)		
Muestra tensión muscular facial (sonrisa estereotipada, labios apretados, ligeramente abiertos y estirados, inexpresividad.....)		
Sudoración excesiva (necesita limpiar el sudor desplazando la palma de una mano sobre el dorso de la otra, las manos, se seca las manos en el pantalón.....)		
Enrojecimiento de la cara.....		

#### 5. Desarrollo y competencia lingüística

¿Cuándo comenzó a hablar? (edad ; primeras palabras y frases)

.....

¿Ha presentado algún problema de lenguaje o habla: dislalias, disfluencias en la emisión, habla atropellada...?

.....

¿Cómo habla actualmente? (vocabulario, longitud frase, legibilidad de la expresión...)

.....

## 6. Desarrollo personal

**ALIMENTACIÓN:** grado de autonomía, presenta o no problemas con la comida (rechaza alimentos, exige comer de una manera determinada, coge rabinetas cuando no quiere algo...)

.....

.....

**SUEÑO:** número de horas, horario de sueño, presenta problemas de sueño (no se duerme, se despierta con frecuencia, tiene pesadillas, tiene que seguir un ritual...).

.....

.....

**VESTIDO:** grado de autonomía, presenta problema con el vestido (exige ponerse una ropa concreta, no colabora en el vestido, coge rabinetas si no le gusta la ropa que le ponen...).

.....

.....

**HIGIENE:** grado de autonomía, rutinas de higiene adquiridas...

.....

.....

**CONTROL DE ESFÍNTERES** (control diurno y nocturno).

.....

.....

### **DESPLAZAMIENTOS:**

Se desplaza sólo por el entorno próximo (escuela, parque...) .....

Realiza pequeños trayectos para recados concretos.....

Permanece en el parque jugando solo con los amigos con vigilancia de la madre.....

### **COMUNICACIÓN**

Muestra deseos de comunicarse .....

Cuenta las cosas que le pasan el colegio o en el parque.....

Expresa estados emocionales: dice si está contento, triste, nervioso.....

Manifiesta deseos (de realizar actividades tener objetos, recibir atención... ).....

Como reacciona a las caricias, halagos y mimos .....

### **OCIO Y JUEGO**

Actividades extraescolares que realiza. Descripción y horario.

.....

.....

¿A qué juega en casa? ¿Con quién/es?

.....

.....

¿A qué juega en la calle o en el parque? ¿Con quién juega? ¿Habla en esta situación?  
¿Disfruta jugando?

.....

.....

## 6. Desarrollo personal (continuación)

### SOCIALIZACIÓN

¿Juega habitualmente con los mismos niños? ¿Dónde juega con ellos (parque, en casa...)?

¿Disfruta jugando?

.....  
 .....

¿Establece fácilmente relaciones con otros niños o le cuesta hacerlo? ¿Tiene amigos habituales (compañeros, hijos de amigos de los padres...)? ¿Le gusta estar con otros? ¿Pide estar con otros niños?

.....  
 .....

Acude a espectáculos, celebraciones y eventos infantiles tales como cumpleaños, fiestas, teatro, cine, ludoteca...?

.....  
 .....

### CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

¿Cómo definirías a tu hijo? Destaca los aspectos que consideres más representativos.

.....  
 .....

Elige entre estos adjetivos, aquellos que correspondan mejor a la forma de ser de tu hijo.

- Triste / Alegre
- Tranquilo / Nervioso
- Impulsivo / Reflexivo
- Cariñoso / Arisco
- Terco / Dócil
- Introvertido / Extrovertido
- Confiado / Desconfiado
- Activo / Pasivo-inhibido
- Sociable / Aislado
- Integrado / Marginado
- Independiente / Dependiente
- Cordial / Agresivo
- Dominante / Sumiso

¿Manifiesta conductas desajustadas en el hogar o en los entornos sociales?. ¿Cuáles?

.....  
 .....

¿Qué comportamientos o aspectos son los que más te preocupan de su forma de ser y comportarse?

.....  
 .....

REFUERZOS: Puntúa del 1 al 10 en función de cuánto le gusta a la niña disponer o disfrutar de los siguientes reforzadores:

Juegos .....	Material deportivo.....
Televisión .....	Alimentos concretos.....
Jugar.....	Gestos afectivos (besos, caricias.....)
Salidas.....	Elogios y alabanzas.....
Comer fuera .....	Contactos con iguales.....
Comprar juguete .....	
Disponer de juguete.....	

## 7. Datos sobre la escolarización

¿Acudió a guardería o a escuela infantil? ¿Cómo fue su adaptación?

.....  
 .....

¿Cómo fue su adaptación a la escuela? ¿Cuánto tiempo le costó adaptarse?

.....  
 .....

¿Le gusta /le cuesta ir a la escuela?. ¿Alega dolores de cabeza o de tripa para no ir?

.....  
 .....

¿Comunica lo que hace en la escuela (cuenta los cuentos que aprende, canta las canciones...)?

.....  
 .....

¿Cómo es la relación con los niños y niñas de la escuela fuera de ella?

.....  
 .....

## 8. Datos médicos

Informes médicos, psicológicos, logopédicos...

.....  
 .....

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? ¿A qué edad? ¿Por qué motivo? ¿Durante cuánto tiempo?

.....  
 .....

¿Recibe atención especializada (psicólogo, psiquiatra...)? (profesionales, fecha de comienzo, calendario de visitas...)

.....  
 .....

## 9. Vivencia del problema

¿Cómo vive el niño el problema en la escuela ? (se muestra nervioso y angustiado, inventa motivos para no ir a la escuela, se muestra normal no dándole importancia, va contento, no parece afectarle ...)

.....  
 .....

## 9. Vivencia del problema (continuación)

¿Cómo viven los padres el problema? (con angustia y preocupación, no le dan importancia, .....

.....

¿Qué les preocupa fundamentalmente: que no hable, que no se relacione, que no tenga amigos, el posible retraso escolar...?

.....

.....

¿Qué consecuencias crees que puede tener para su hijo este problema?

.....

.....

¿El problema de su hijo crea en ustedes malestar y enfado? ¿Afecta esto a su relación con él?

.....

.....

¿Cómo suelen reaccionar los adultos (padres, abuelos, amigos de los padres...) cuando el/la niño/a no responde ante una pregunta o cuando se sabe que quiere algo pero no lo pide, o cuando es evidente que lo está pasando mal?:

	Si	No
Se le da lo que se sabe que quiere		
Se responde por él		
No se hace nada, se le deja que se vaya o que permanezca en silencio		
Se le acercan y le comunican comprensión por su situación		
Se le castiga por no responder.		
Se le insiste en que responda		
Se le justifica "Es muy tímido", "Tiene vergüenza"...		
Se le sugiere que responda con gestos o señale.		

¿Qué creen que consigue el niño por no hablar? (Mucha atención, preocupación de los padres, evitar realizar algunas tareas,...).

.....

.....

¿Cuál creen que es la causa u origen del problema? (antecedentes familiares, patrones de comportamiento familiares, rechazo a la escuela, problemas de pronunciación o de expresión...).

.....

.....

¿Qué decisiones han tomado para resolver el problema? Resultados de las mismas.

.....  
.....  
.....

¿Qué decisiones han tomado para resolver el problema? Resultados de las mismas.

.....  
.....  
.....

¿Qué consecuencias tiene el problema en el desarrollo personal, social y escolar de su hijo/a? ¿Le ha causado problemas en la escuela, el barrio o en casa? ¿Tiene dificultades académicas debido a que no habla? ¿Tiene amigos? ¿Acude a lugares de juego y encuentro con iguales? ¿Ha dejado de hacer cosas que le gustaría hacer?

.....  
.....  
.....

## MUTISMO SELECTIVO

### GUÍA DE ENTREVISTA CENTRO ESCOLAR

#### 1. Delimitación del problema

Personas pertenecientes al ámbito escolar (tutor/a, profesores especialistas, compañeros/as, niños/as de otras clases, conserje, personal administrativo...) con las que **NO HABLA NUNCA**.

Persona	
1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....
6.	.....
7.	.....
8.	.....
9.	.....

Personas pertenecientes al ámbito escolar (tutor/a, profesores especialistas, compañeros/as, niños/as de otras clases, conserje, personal administrativo...) con las que **HABLA**. Indica también la frecuencia (siempre, a veces, sólo en alguna ocasión); y los espacios y la actividad (actividad de clase, juego libre en clase, juego en el patio, comedor...).

Persona	Frecuencia	Actividad y espacios
1.	1. ....	1. ....
2.	2. ....	2. ....
3.	3. ....	3. ....
4.	4. ....	4. ....
5.	5. ....	5. ....
6.	6. ....	6. ....
7.	7. ....	7. ....
8.	8. ....	8. ....
9.	9. ....	9. ....

Señala las características del habla del niño (tono de voz, longitud de frase, estado emocional durante la emisión...) con las personas a las que se ha hecho referencia en el apartado anterior

Persona	Tono de voz	Longitud de frase	Estado emocional
1.	1. ....	1. ....	1. ....
2.	2. ....	2. ....	2. ....
3.	3. ....	3. ....	3. ....
4.	4. ....	4. ....	4. ....
5.	5. ....	5. ....	5. ....
6.	6. ....	6. ....	6. ....
7.	7. ....	7. ....	7. ....
8.	8. ....	8. ....	8. ....
9.	9. ....	9. ....	9. ....

## 2. Datos escolares

¿Había acudido a guardería o a escuela infantil? ¿Se tienen datos de su adaptación?

.....  
 .....

¿Cuándo comenzó la escolaridad? ¿Cómo fue su adaptación a la escuela? ¿Cuánto tiempo le costó adaptarse?

.....  
 .....

Aprendizaje. (se muestra interesado por los contenidos y actividad escolares, aprende, realiza las actividades...)

.....  
 .....

## 3. Datos médicos

Informes médicos, psicológicos, logopédicos

.....  
 .....

Hospitalizaciones: causas y duración.

.....  
 .....

Recibe atención especializada (psicólogo, psiquiatra...). Profesionales, fecha de comienzo, frecuencia de visitas...

.....  
 .....

## 4. Evolución del problema

Cuándo aparecen las primeras manifestaciones y cómo son éstas (edad, personas con las que hablaba y con las que no; síntomas psicofisiológicos y/o motores asociados, conductas de evitación...).

.....  
 .....

¿Cómo ha ido evolucionando el problema a lo largo del tiempo?

.....  
 .....

El niño ha experimentado mejoría (habla con más personas, habla en más lugares, responde o saluda a desconocidos...)

.....  
 .....

El niño ha experimentado retrocesos (deja de hablar con determinadas personas, en algunos lugares, se muestra más nervioso...)

.....  
 .....

¿Las manifestaciones motoras y psicofisiológicas se han incrementado o se han reducido?  
 ¿El/la niño/a se muestra más ansioso y preocupado o por el contrario más tranquilo y relajado?

.....  
 .....

## 5. Conductas comunicativas.

	Sí	No
Vocaliza sin producir sonido en actividades grupales (canciones, cuentos...)		
Habla en voz muy baja, susurra al oído o cuchichea		
Emplea gestos para comunicarse		
Realiza aproximaciones físicas hacia sus compañeros.		
Realiza aproximaciones físicas hacia sus profesores		
Establece contacto físico con iguales y/o con profesores		

## 6. Conductas de evitación y de ansiedad

### b) Conductas de evitación

	Sí	No
No responde a las preguntas que se le hacen .....		
No hace peticiones sencillas .....		
Falta a menudo a la escuela por síntomas como vómitos, dolor de tripa.....		
Evita mirar a los ojos cuando se le habla.....		
Agacha la cabeza cuando se le habla .....		
Se esconde intentando pasar desapercibido .....		
Demora su incorporación a las actividades (permaneciendo más tiempo del necesario en el baño, recogiendo los materiales, colgando abrigo...)....		
Rehúye el contacto físico de sus compañeros .....		
Rehúye el contacto físico y las muestras de afecto del profesor .....		
Otros ( ).....		

### b) Respuestas de ansiedad.

	Sí	No
Muestra conductas de ansiedad (balancear hombros, apretar puños, hacer muecas, morderse los labios, morderse las uñas, tocarse el pelo constantemente.....)		
Muestra tensión muscular corporal (rigidez corporal, espalda recta, brazos estirados paralelos al cuerpo.....)		

	Sí	No
Muestra tensión muscular facial (sonrisa estereotipada, labios apretados, ligeramente abiertos y estirados, inexpresividad...)		
Sudoración excesiva (necesita limpiar el sudor desplazando la palma de una mano sobre el dorso de la otra, las manos, se seca las manos en el pantalón...)		
Enrojecimiento de la cara		

**7. Antecedentes**

¿Que situaciones de exigencia de habla se le plantean? (Responder a alguna pregunta, cantar, contar lo que ha hecho el fin de semana...)

.....

.....

¿Se le evitan situaciones habituales o actividades en las que se exige respuesta oral?  
¿Cuáles?

.....

.....

¿Se le permite responder de formas alternativas? (asentir y negar con la cabeza, señalar con el dedo, levantar la mano...)

.....

.....

¿Por qué crees que no habla?

.....

.....

**8. Consecuentes.**

¿Cómo suelen reaccionar los profesores cuando el/la niño/a no responde ante una pregunta?

	Sí	No
Se responde por él		
Se le salta el turno		
Se manifiesta comprensión		
Se le insiste para que responda		
Se le justifica "Es muy tímido", "Tiene mucha vergüenza"...		
Se le sugiere que responda con gestos o señale.		

¿Cómo suelen reaccionar los profesores cuando se sabe que quiere algo pero no lo pide?

Se le da lo que se sabe que quiere		
Se le insiste para que lo pida		
Se le sugiere que utilice gestos para pedir		

¿Cómo reaccionan los compañeros/as en las situaciones en las que el niño no responde a las preguntas que los profesores o ellos le hacen?

.....

.....

¿Qué crees que consigue el alumno no hablando?

.....  
 .....  
 .....

## 9. Comportamiento social y funcionamiento personal

En el funcionamiento sociopersonal y escolar del niño, ¿Cómo lo caracterizarías? (rigidez/flexibilidad mental; perfeccionismo; timidez; dependencia/independencia; tendencia al aislamiento/sociabilidad...)

.....  
 .....

Relación con los adultos de la escuela.

.....  
 .....

Relación con los compañeros y compañeras del aula

.....  
 .....

¿Está integrado en clase?, ¿Tiene amigos?

.....  
 .....

## 10. Reforzadores

Señala los objetos, actividades... que pueden funcionar como reforzadores para el niño, indicando el "valor subjetivo" que tendrían para él (puntuación de 0 a 5)

- a) Refuerzos afectivos (sonrisas, caricias...)
- b) Elogios y alabanzas
- c) Objetos (pegatinas, cromos, dibujos para colorear, gomas, hojas de color...)
- d) Actividades (estar en el rincón de los cuentos leyendo, trabajar en el ordenador solo, dibujar y pintar, jugar en la casita...)
- e) Otros

.....  
 .....  
 .....

## 11. Vivencia del problema

¿Qué consecuencias tiene el problema en el desarrollo personal, social y escolar del niño? (dificultades académicas, aislamiento social, privación de experiencias gratificantes, sufrimiento y angustia...)

.....  
 .....  
 .....

¿Cuáles son las dificultades más importantes que tienen los profesores en la relación con el niño/a?

.....  
.....  
.....

¿Qué medidas se han adoptado para resolver el problema? ¿Qué resultado han tenido?

.....  
.....  
.....

## Anexo D. Cuestionario de Mutismo Selectivo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de mutismo selectivo

Por favor, considere el comportamiento y actividades de su hijo/a en el último mes y evalúe que frecuentemente es verdadera cada oración.

	Siempre (3)	A Menudo (2)	Rara Vez (1)	Nunca (0)
1. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con la mayoría de compañeros en la escuela.				
2. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con compañeros preferidos (sus amigos) en la escuela.				
3. Cuando su maestro/a le hace preguntas, mi hijo/a contesta.				
4. Cuando es apropiado, mi hijo/a hace preguntas a su maestro/a.				
5. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla a la mayoría de los maestros y personal en la escuela.				
6. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla en grupos pequeños o delante de la clase.				
¿Qué tanto el no hablar interfiere con la escuela para su hijo/a? Nada en absoluto Levemente Moderadamente Extremadamente				

	Siempre (3)	A Menudo (2)	Rara Vez (1)	Nunca (0)
1. Cuando está en casa, mi hijo/a habla cómodamente con otros miembros de la familia que viven ahí.				
2. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con miembros de la familia mientras está en lugares desconocidos.				
3. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con miembros de la familia que no viven con él/ella (p. ej., abuelo/a, primo/a).				
4. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla por teléfono con sus padres y hermanos.				
5. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con amigos de la familia.				
6. Mi hijo/a habla por lo menos con una cuidadora..				
¿Qué tanto el no hablar interfiere con relaciones familiares? Nada en absoluto Levemente Moderadamente Extremadamente				

	Siempre (3)	A Menudo (2)	Rara Vez (1)	Nunca (0)
1. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con otros niños que él/ella no conoce.				
2. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con amigos de la familia que él/ella no conoce.				
3. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con su doctor y/o dentista.				
4. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla con empleados de tiendas y/o meseros.				
5. Cuando es apropiado, mi hijo/a habla en clubs, equipos, o actividades organizadas afuera de la escuela.				
¿Qué tanto el no hablar interfiere con situaciones sociales para su hijo/a? N Nada en absoluto Levemente Moderadamente Extremadamente				
¿En general, que tal el no hablar le molesta a su hijo/a? Nada en absoluto Levemente Moderadamente Extremadamente				
¿En general, que tal el no hablar de su hijo/a le molesta a usted? Nada en absoluto Levemente Moderadamente Extremadamente				

## Anexo E. Cuestionario Funcional de Estilos Parentales de Padres (FEEP).

### CUESTIONARIO FUNCIONAL DE ESTILOS EDUCATIVOS DE PADRES (FEEP).

**Elaborado y reproducido en:** Gómez, I., Hernández, M., Martín, M.J., y Gutiérrez, C. (2005). *Los problemas en la infancia y el papel de los estilos educativos de los padres*. Granada: Editorial CSV (ISBN: 84-689-3385-6)  
**Revisión:** Gómez, I y García-Barranco, M.R. (2009).

CODE 

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del niño/a:.....  
 Edad (años y meses):.....  
 Sexo:  hombre       mujer  
 Número de hermanos/as:.....  
 Edades de los hermanos/as:.....  
 Persona que completa el cuestionario (grado de parentesco): .....  
 Edad:.....      Estado civil:.....  
 Nivel educativo:  
 Sin estudios  
 Estudios primarios  
 Bachiller o equivalente  
 Estudios universitarios

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con situaciones de la vida diaria, que pueden darse entre usted y su hijo/a. Por favor, **lea atentamente el cuestionario y conteste a todas las preguntas**. Tenga en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas.

Todos los datos que nos aporten son **confidenciales** y pueden ser muy útiles para conocer qué dificultades tiene con sus hijos y así poder ayudarle. Le rogamos que conteste con la mayor sinceridad y objetividad con el fin de proporcionarle un servicio más eficaz.

Además, estamos realizando un estudio acerca de las relaciones entre padres e hijos. Queremos conocer cual es el funcionamiento habitual de las familias hoy en día. Rogamos señale a continuación su consentimiento para que esta información sea usada de manera **anónima** y a nivel estadístico con fines de investigación y mejora del servicio:    SI    NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Por favor, devuelva el cuestionario una vez finalizado.

1- ¿Se comporta usted considerando que lo que hace o dice puede ser imitado por su hijo/a?  
 SI       NO       A VECES

2. En términos generales, diría que en su familia hay una disciplina:

- FLEXIBLE: (las normas pueden variar en función de las circunstancias)  
 RÍGIDA: (las normas no varían a pesar de las circunstancias)

3. Referido a circunstancias más concretas de la vida de su hijo/a señale en que medida se considera usted Flexible (F) ó Rígido (R), por ejemplo en las siguientes situaciones:

Hora de acostarse	R	F	Comidas	R	F
Tiempo jugando	R	F	Ropa con la que vestirse	R	F
Hora de levantarse	R	F	Realizar las tareas escolares	R	F
Salir con los amigos, ej. Horas de regreso, dónde y con quién va...	R	F	Cumplir sus obligaciones en la casa	R	F

4. Como norma general, cuando su hijo/a hace algo mal, ¿sabe claramente cuales son las consecuencias que usted le va a aplicar?, es decir, ¿suele usted reaccionar siempre igual ante el mismo comportamiento de su hijo/a?

- SI       NO       A VECES

5. Sitúe su manera de educar entre una de las siguientes opciones:

- Recompensar a mi hijo/a por todo aquello que hace correcto.  
 A veces lo recompensar sin prestar atención a lo que hace o deja de hacer, sino simplemente por darle cariño o aquellas cosas que desea.  
 No suelo recompensar a mi hijo/a, considero que hacer las cosas bien es su obligación.

6. ¿Cree que Ud. tiene autoridad sobre su hijo/a, o sea, su hijo/a le obedece con facilidad?

- Sí, fácilmente.  
 A veces, según qué días o en qué cosas.  
 No mucha, creo que tengo poca autoridad.

A continuación aparecen una serie de preguntas relativas a la frecuencia con la que usted hace ciertas cosas. Conteste a todas y cada una de las opciones de respuesta. Señale 0 si no lo hace nunca, 1 si sólo lo hace a veces y 2 si es un comportamiento frecuente en usted dada esa situación (es lo que más hace).

7. Para que su hijo/a siga una norma o pauta, ¿Qué hace y con qué frecuencia?:

0= CASI NUNCA      1= A VECES      2= FRECUENTEMENTE

Le digo lo que tiene que hacer solo una vez	0	1	2
Se lo tengo que repetir varias veces	0	1	2
Le ayudo a hacerlo	0	1	2
Le muestro cómo hay que hacerlo	0	1	2
Me desespero: le regaño, le grito, etc. para que lo haga	0	1	2
Me suelo desesperar y desisto	0	1	2

8. ¿Qué suele hacer Ud. cuando su hijo/a desobedece en algo importante y con qué frecuencia?

0= CASI NUNCA      1= A VECES      2= FRECUENTEMENTE

Nada porque es normal que un niño desobedezca	0	1	2
Le intento hacer razonar	0	1	2
Le echo una reprimenda	0	1	2
Le castigo privándole de algo de su agrado (postre, paga...)	0	1	2
Le doy un par de cachetes o azotes	0	1	2
Trato de tocarle la fibra sensible diciéndole «haces sufrir a papá o mamá»	0	1	2

9. ¿Qué suele hacer Ud. cuando su hijo/a, además de desobedecer, tiene una rabieta (llora, grita, patatea...) y con qué frecuencia?

0= CASI NUNCA      1= A VECES      2= FRECUENTEMENTE

Nunca se da ese extremo	0	1	2
Le dejo sin más hasta que se le pase	0	1	2
Le consuelo y le mimo pero sin ceder, es decir me mantengo en mi postura	0	1	2
Le privo de algo que le guste	0	1	2
Lo sujeto con fuerza	0	1	2
Le grito	0	1	2
Le pego	0	1	2
Cedo para que deje de «dar la lata»	0	1	2

10. Indique con que frecuencia utiliza los siguientes tipos de sugerencias o instrucciones con su hijo/a.

0= CASI NUNCA      1= A VECES      2= FRECUENTEMENTE

Le digo lo que se debe hacer	0	1	2	Le digo lo que no se debe hacer	0	1	2
Le doy instrucciones directas (ej. Dame, haz..)	0	1	2	Le doy instrucciones indirectas (ej. me encantan que los niños hagan X)	0	1	2
Le doy instrucciones claras y precisas	0	1	2	Le doy instrucciones que puede que mi hijo/a no entienda bien	0	1	2

11. Aproximadamente ¿con qué edad su hijo/a consiguió realizar las siguientes tareas sin ayuda (o con muy poca ayuda)? Indique hasta que edad cree que debería ayudarsele.

TAREAS	EDAD en la que consiguió hacerlo solo/a	EDAD que sería adecuada
Bañarse o ducharse		
Utilizar el WC		
Usar los cubiertos		
Vestirse		
Levantarse		

12. ¿Participa su hijo/a a la hora de tomar decisiones familiares?

- No, sería un disparate.
- Normalmente no, aunque a veces oye algo y se le deja «meter baza».
- Sí a veces, cuando la decisión le afecta especialmente a él/ella.
- Siempre, cada miembro de la familia se puede decir que tiene un voto.

13. ¿Cómo se reparten en su familia las tareas en casa?

- Mi hijo/a no tiene obligaciones porque creo que es muy pequeño.
- Mi hijo/a tiene unas tareas mínimas fijas, según su edad (tirar la basura, comprar el pan, poner/ quitar la mesa, etc.) y las cumple normalmente.
- Mi hijo/a tiene unas tareas mínimas fijas, según su edad (tirar la basura, comprar el pan, poner/quitar la mesa, etc.) y no las cumple normalmente.
- Mi hijo no tiene obligaciones pero a veces ayuda en casa.

14. ¿A la hora de implantar/seguir una norma en su hijo/a suele coincidir con el resto de la familia?

- Si, en mi familia hablamos e intentamos seguir todos los mismos criterios para que coincidan las normas, actuando todos de igual manera, aunque en circunstancias específicas opinemos diferente.
- Si, pero cuando hay diferencias de opiniones, es difícil que se llegue a un acuerdo y al final actuamos de forma diferente entre nosotros.
- No, cada uno educa a su manera.

15. ¿Qué tipo de actividades recreativas suele compartir con su hijo/a y con qué frecuencia?

0= NUNCA 1= EN OCASIONES ESPECIALES 2= APROX. UNA VEZ AL MES

3= TODAS LAS SEMANAS 4= TODOS LOS DÍAS

Actividades deportivas (montar en bici, baloncesto, natación...)	0	1	2	3	4
Ir al cine, conciertos, teatros infantiles...	0	1	2	3	4
Juegos de acción sin conflicto, ni violencia (escondite, pelota...).	0	1	2	3	4
Juegos de mesa (cartas, parchís, trivial, puzzles, legos...).	0	1	2	3	4
Ver la TV o el vídeo	0	1	2	3	4
Charlar sobre diferentes temas (acontecimientos cotidianos, infancia...)	0	1	2	3	4
Contar cuentos, adivinanzas...	0	1	2	3	4
Ir a cafeterías o comer fuera	0	1	2	3	4
Escuchar música.					
Pasear o ir al parque	0	1	2	3	4
Dibujar, pintar...	0	1	2	3	4
Otras:	0	1	2	3	4

16. Indique con qué frecuencia utiliza los siguientes castigos o correcciones con su hijo/a

0= NUNCA 1= POCAS VECES 2= ALGUNAS VECES 3= BASTANTES VECES 4= SIEMPRE

Le privo de algo que le guste (ej. ver la televisión, su postre preferido...)	0	1	2	3	4
Le pego un cachete o azote	0	1	2	3	4
Le regaño	0	1	2	3	4
Le mando deberes y/o lo pongo a estudiar	0	1	2	3	4
Le mando alguna tarea doméstica	0	1	2	3	4
Otros: .....	0	1	2	3	4

17. Indique con que frecuencia utiliza las siguientes recompensas o incentivos con su hijo/a

0= NUNCA 1= POCAS VECES 2= ALGUNAS VECES 3= BASTANTES VECES 4= SIEMPRE

Le doy alabanzas generales (ej. eres un campeón, que bien te portas...).	0	1	2	3	4
Le indico lo bien que ha hecho un comportamiento concreto (ej. que bien que has hecho la tarea, lo pronto que has terminado y lo bien).	0	1	2	3	4
Le doy premios materiales (ej. regalos, postres, dinero...).	0	1	2	3	4
Le permito privilegios que habitualmente no tiene (ej. ver un poco más la televisión, jugar media hora más a la consola...). de manera controlada.	0	1	2	3	4
Le doy este tipo de privilegios sin límites.	0	1	2	3	4
Le permito hacer alguna actividad que le tengo prohibida.	0	1	2	3	4
Le "perdono" alguna responsabilidad que le sea aburrida/molesta (ej. hoy no hace falta que recojas el cuarto)	0	1	2	3	4
Le hago promesas, las cumpla luego o no.	0	1	2	3	4

18. ¿Ha aguantado Ud. alguna situación en la que su hijo lo ha pasado muy mal, emocionalmente, y usted casi peor, pero consideraba que era fundamental en la educación de su hijo/a?

SI  NO

Indique su capacidad de aguante.

- Cedió en cuanto vi que mi hijo sufría (ej. lloraba, expresaba malestar...)
- Aguanté hasta que me sentí tan mal que no pude soportarlo, abandonando el objetivo que pretendía conseguir.
- Aguanté hasta que conseguí mi objetivo, pese a que lo pasé fatal.

19. ¿Suele cumplir su hijo las promesas que hace?, esto es ¿su hijo/a suele hacer lo que dice que va a hacer?

- Casi siempre cumple lo que promete.
- Pocas veces cumple lo que promete (depende del tema o de la tarea de la que se trate).
- No suele hacer promesas.

20. ¿Cómo actúa usted ante esas promesas?

- Le premio cuando cumple sus promesas.
- Le premio por lo que hace, esto es, por la tarea realizada, independientemente de que lo haya prometido previamente o no.
- Le premio cuando las cumple, indicando que es importante que cumpla lo que promete, que haga lo que se compromete a hacer.
- Me enfado y/o le castigo cuando no las cumple.
- No suelo fijarme en si hace y cumple sus promesas.



6. ¿A qué edad aprendió a permanecer seco durante la noche?
  - Antes del año.
  - Entre 1 y 2 años.
  - Entre 2 y 3 años.
  - Después de los 3 años.
  - Todavía no permanece seco.
7. ¿A qué edad comenzó a decir sus primeras frases?
  - Antes de los 2 años.
  - Entre los 2 y 3 años.
  - Entre los 3 y 4 años.
  - Después de los 4 años.
8. ¿Ha sufrido enfermedades graves?
  - No.
  - Sí, ¿cuáles?
9. ¿Tiene algún problema?
  - Visual, ¿cuál?
  - Auditivo, ¿cuál?
  - Motriz, ¿cuál?
  - Cerebral, ¿cuál?
  - Respiratorio, ¿cuál?
  - De lenguaje, ¿cuál?
  - Circulatorio, ¿cuál?
  - Digestivo, ¿cuál?
  - Alérgico, ¿cuál?
  - Otros problemas, ¿cuál?
10. ¿Cuál es su estado de salud actualmente?
  - Bueno.
  - Regular, ¿por qué?
  - Malo, por qué?
11. ¿Qué cosas le dan miedo a su hijo?
12. ¿Qué situaciones le dan miedo a su hijo?
13. ¿Qué personas le dan miedo a su hijo?
14. ¿Qué hace, cómo reacciona su hijo cuando se encuentra ante esas cosas que le dan miedo?

15. ¿Qué hace, cómo reacciona su hijo cuando se encuentra en esas situaciones que le dan miedo o le molestan?
16. ¿Qué hace, cómo reacciona su hijo cuando ve o está con personas que le dan miedo o le molestan?
17. ¿Esas reacciones cuanto duran?
- Más o menos unos minutos.
  - Más o menos ½ hora.
  - Más de ½ hora.
18. ¿Aparecen esas reacciones siempre que el niño se encuentra ante esas cosas, situaciones o personas que le dan miedo?
19. ¿Esas reacciones aparecen cuando el niño piensa o se acuerda de esas cosas, situaciones o personas que le dan miedo?
20. ¿Esas reacciones aparecen cuando él cree o ve la posibilidad de que esas cosas, situaciones o personas se presentes?
21. ¿Esas reacciones aparecen cuando el niño le habla de esas cosas, situaciones o personas que le dan miedo?
22. ¿Qué hace usted ante esas reacciones de su hijo?
- a) Lo acaricia o lo acoge en sus brazos:
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
  - b) Le da alguna cosa que le guste, algún capricho.
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
  - c) Le lee cuentos que hablen de niños que juegan, se ríen y se divierten con esas cosas y personas y en esas situaciones que él teme.
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
  - d) Lo lleva a ver películas donde se vean niños que juegan, se ríen y se divierten con esas cosas y personas y en esas situaciones que él teme.
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?

- e) Se acerca usted toca e incluso coge esas cosas que el niño teme para demostrarle que no hacen daño.
- No.
  - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
- f) Entra y participa usted en esas situaciones temidas por su hijo para demostrarle que no se pasa mal en ellas.
- No.
  - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
- g) Procura ofrecerle oportunidades en las que se encuentre con esas cosas, personas o situaciones temidas para que poco a poco se acostumbre a ellas.
- No.
  - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
- h) Intenta que poco a poco se vaya acercando a las cosas temidas, por ejemplo: un día que las vea de lejos, otro día un poco más cerca y así sucesivamente sin que se asuste, hasta lograr que esté a su lado y no tenga miedo.
- No.
  - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
- i) Intenta acercarlo a las situaciones que teme de forma lenta y poco a poco, por ejemplo: primera que las vea desde fuera y cómo los otros niños se divierten y participan en ellas, luego que entre en ellas aunque sólo sea para mirar, y así hasta que se integre y participe en la situación.
- No.
  - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
- j) Le obliga usted a que se acerque y toque esas cosas que teme inmediatamente y sin preparación para que se dé cuenta que son inofensivas.
- No.
  - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
- k) Le obliga a que vaya y esté en esas situaciones que teme.
- No.
  - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?

- l) Tratar de hablar con él para convencerlo de que no hay peligro.
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
  - m) Cuando el niño intenta acercarse a las cosas que teme o entrar y participar en las situaciones que le asustan, le da algún premio
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
  - n) Cuando habla con él para convencerle de que no hay peligro, intenta al mismo tiempo irle acercando poco a poco a las cosas, situaciones o personas que le dan miedo.
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
  - ñ) Si el niño intenta acercarse a las cosas, situaciones o personas que le dan miedo, le da algún castigo.
    - No.
    - Sí, ¿cómo reacciona el niño ante eso?
23. ¿Actúa usted siempre de la manera que ha dicho?
24. ¿Actúa siempre, después que la reacción de temor de su hijo ha terminado o al mismo tiempo que se está produciendo?
25. ¿Actúa usted cuando cree o ve la posibilidad de que puedan producirse esas reacciones?
26. ¿En reuniones con amigos, familiares y gente con la que tiene mucha confianza, sus reacciones ante lo temido son iguales de intensas y duran más o menos lo mismo que cuando está solo con los de casa?
27. ¿En reuniones con gente desconocida con la que tiene poca confianza, sus reacciones ante lo temido son iguales de intensas y duran más o menos lo mismo que cuando está solo con los de casa?
28. ¿Intenta su hijo, por iniciativa propia acercarse a las cosas y personas que teme consiguiendo poco a poco perder sus miedos?
29. ¿Cuándo se encuentra en una situación temida intenta mantenerse en ella?
30. ¿Intenta convencerse a sí mismo de que no tiene por qué tener miedo?

31. ¿Se propone no reaccionar de la forma que lo ha hecho hasta ahora, cuando se vuelva a encontrar ante esas cosas, personas y situaciones que teme?
32. ¿Cree usted que el hecho de que sus compañeros y amigos se rían de él cuando presenta sus reacciones de temor, le ayudará a superar sus miedos?
33. ¿Cree usted que lo que el niño piensa que dirán de él la gente con la que está, influirá para que el niño intente no manifestar sus reacciones de temor si se encuentra ante lo que le asusta?

**Formular sólo en caso de varones el siguiente ítem:**

34. ¿Cree usted que el sexo de su hijo influye en que ponga más interés en vencer sus miedos, por el hecho de que se dice que los hombres no deben tener miedo?

**Observaciones:**

## Anexo G. Registros de conducta en el contexto escolar y familiar.

Registros de conducta en el <b>contexto escolar.</b>					
	Contesta por gestos	Contesta por sonidos	Contesta con palabras	Contesta con frases	Refuerzo obtenido
Día X					
Día Y					
Día Z					
Día W					
Día S					

Registros de conducta en el <b>contexto escolar</b>						
	Interviene verbalmente		No interviene verbalmente		¿Quién estaba?	¿Dónde estaba?
	Palabra	Frase	Gesto	Sonido		
Pregunta directa						
Juego con iguales						
Solicitudes básicas (ir al baño)						
Intención comunicativa						

Registros de conducta en el <b>contexto escolar.</b>			
	Intervenciones verbales	¿Quién estaba?	¿Dónde estaba?
Entre 1 y 2 palabras			
Entre 2 y 6 palabras			
Entre 6 y 10 palabras			

	Registro de conducta en el <b>contexto domiciliario</b>		
	Marca con X	Fecha	¿Con quién?
Interviene verbalmente más de dos veces al día en el domicilio			
Interviene verbalmente acompañado del padre y en presencia de un adulto desconocido			
Interviene verbalmente acompañado de la madre y en presencia de un adulto desconocido			
Interviene verbalmente acompañado del hermano y en presencia de un adulto desconocido			
Interviene en el parque estando con familiar de la mano			
Interviene en el parque estando los padres estando lejos de él.			

## ANEXO H. Análisis Funcional de la Conducta Adaptado a los Padres.

¿QUÉ ESTA PASANDO CON HUGO?

- DIFICULTAD PARA HABLAR EN ALGUNOS ENTORNOS.
- NO ES QUE “NO QUIERA” HABLAR.
- RESPUESTA DE ANSIEDAD
- SILENCIO = ALIVIO DE LA ANSIEDAD = CREAR MÁS MIEDO AL HABLA

¿QUÉ INFLUYE EN EL PROBLEMA?

- CAMBIO DE CURSO
- VACACIONES EN FAMILIA (EXCLUSIVAMENTE)
- PATRÓN INTROVERTIDO.
- ESTILOS DE CRIANZA QUE, INVOLUNTARIAMENTE, REFUERZAN

¿QUÉ OCURRE CON EL ESTILO DE CRIANZA?

#### *SOBREPROTECCIÓN*

- Responde por él, evita que Hugo enfrente la ansiedad de hablar.
- “Mi madre habla por mí”
- Reforzamos miedo al habla

#### *AUTORIDAD*

- Impone lo que hacer o decir, no hay “independencia” lingüística.
- “Tengo miedo a equivocarme”
- Aumentamos la ansiedad de hablar y su evitación como alivio inmediato.

NO ES VUESTRA CULPA.

¿QUÉ PASA CUANDO HUGO NO HABLA?

- A corto plazo... principalmente ALIVIO.
- A largo plazo... principalmente PROBLEMAS PSICOLÓGICOS (Autoestima, habilidades sociales, fracaso escolar... etc.)

¿CÓMO LE AYUDAMOS?

FLEXIBILIDAD, REFUERZO A LOS INTENTOS, CREAR ESPACIOS SEGUROS, EVITAR ETIQUETAS

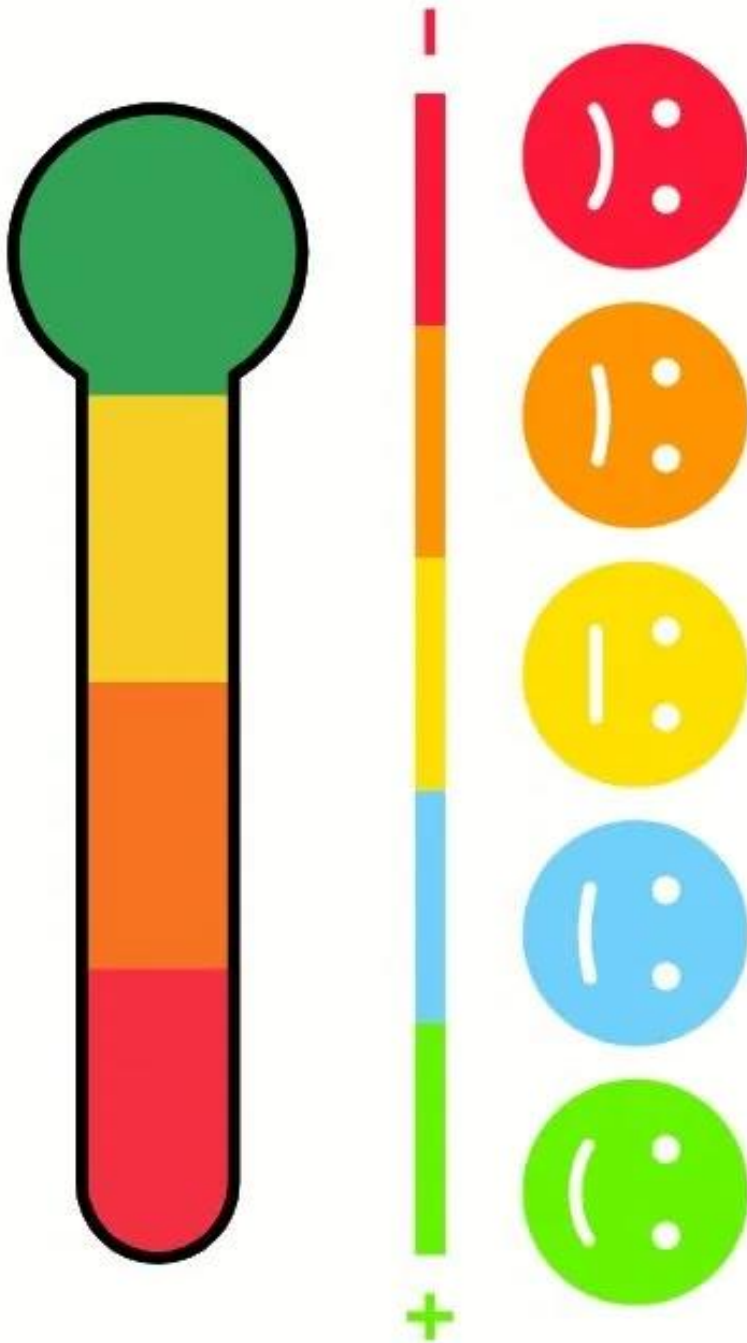
Anexo I. Ejemplo explicación adaptada a padres.

*"El mutismo selectivo no es una decisión que Hugo toma, sino un bloqueo que se genera en ciertos contextos. Imaginad la sensación de cuando estáis nerviosos o muy ansiosos, quizás sentís que se os hace un nudo en la garganta y no podéis decir ni "mí". Para Hugo, esa sensación se activa siempre que está en situaciones donde siente presión por hablar. Es como si tuviera un semáforo interno. En casa, la luz del semáforo es verde y le permite comunicarse, pero cuando está fuera o con otras personas, el semáforo se pone en rojo y se bloquea. Es muy importante no presionarle para que hable, eso sería como pitarle al semáforo para que cambie de color: sabemos que eso no hará que cambie de color. En lugar de eso, es de ayuda crear un ambiente de seguridad y comodidad donde, poco a poco, su semáforo pase de rojo a amarillo, y de este al verde".*

Anexo J. Lista de Jerarquía de exposición con los padres.

- *No contestar por Hugo ante personas que se dirijan a él.*
- *Felicitar a Hugo por intentar hablar, aunque no consiga éxito.*
- *Negociar con Hugo un acto disciplinario en lugar de imponerlo.*
- *Permanecer 10 minutos alejados de Hugo en el parque, aunque este no esté cómodo.*
- *Dejar a Hugo con su tía sin la presencia de Yolanda durante 20 minutos.*

ANEXO K. Termómetro emocional.



Anexo L. Ejemplo comunicación de juego.

- *Terapeuta: Hugo, ahora vamos a jugar a una cosa. Eres famoso y los periodistas vienen a verte y preguntarte cosas, ¿como ocurre con tu cantante favorito! Ahora, vamos a llamar a un compañero de la clínica y va a venir a hacerte una entrevista, porque en este juego eres súper famoso. ¿Vale?*
- *Hugo: Vale, quiero ser Hulk.*
- *Terapeuta: ¡Vale! Recuerda que esto es como un reto. Hay veces que Hulk se puede equivocar o no conseguir ganar una misión, ¿verdad? Pues esto es igual. No pasa nada si nos equivocamos, pero si te pones nervioso, puedes decirte a ti mismo: “¡Soy Hulk y yo puedo salvar el mundo!”*

Anexo M. Jerarquía de exposición.

- De la mano del terapeuta, ir al kiosco y pedir un paquete de Doritos.
- De la mano del terapeuta, preguntar a su maestra cómo esta.
- Preguntar a su tío (con el que no habla) el color de sus calcetines con su madre cerca de él pero sin la mano cogida.
- Preguntar su nombre a un niño del parque con sus padres a 5 metros de distancia.
- Contestar una pregunta de la maestra estando el terapeuta al final de la clase.
- Explicar cuáles son sus dibujos favoritos a dos personas durante 20 segundos con el terapeuta de la mano.
- Explicar donde fue de vacaciones a alguien durante 30 segundos con el terapeuta cerca, pero sin dar la mano.
- Explicar quién conforma su familia a alguien durante 50 segundos con el terapeuta a unos 5 metros.
- Establecer un diálogo con su maestra.