

DETECCION E INTERVENCION TEMPRANA EN MUTISMO ELECTIVO

Una aplicación del automodelado gradual filmado y trucado (AGFT)

José Olivares Rodríguez
Francisco Xavier Méndez Carrillo
Diego Macià Antón

Departamento de Metodología y Análisis del Comportamiento, Facultad de Psicología,
UNIVERSIDAD DE MURCIA

RESUMEN

El mutismo electivo es un problema de conducta cuyo inicio generalmente tiene lugar durante los años preescolares. Por contra, la literatura revela que el comienzo más frecuente de las intervenciones se produce por término medio por encima de los seis años. Este retraso de la aplicación del tratamiento parece jugar un papel importante en el hecho de que la respuesta al mismo se demore fuertemente y frecuentemente suele ser pobre.

El presente trabajo tiene por objeto dar a conocer los resultados de la aplicación del automodelado gradual filmado y trucado (AGFT) a tres sujetos mudos electivos, detectados tempranamente de entre una población de 2.400 sujetos preescolares.

Palabras clave: MUTISMO ELECTIVO, DETECCION E INTERVENCION TEMPRANA, AUTOMODELADO GRADUAL FILMADO Y TRUCADO.

SUMMARY

The elective mutism is a behavioural problem which normally begins during pre-school years. However, literature has shown that the most frequent onset of interventions occurs on average in children over six. This delay in the application of treatment seems to play an important role in the fact that the result of treatment is greatly delayed and frequently poor.

This paper shows the results of the application of faked symbolic gradual modelling whith three subjects who presented elective mutism, detected early among a population of 2. 400 pre-school subjects.

Key words: ELECTIVE MUTISM, EARLY DETECTION AND INTERVENTION, FAKED GRADUAL VIDEO SELF-MODELING.

1. INTRODUCCION

Guiados por las consideraciones de *Ollendick y Matson (1988)*, así como por un trabajo anterior en este campo (*Olivares, Méndez y Macià, 1990*) llevamos recientemente a cabo una revisión sobre el mutismo electivo en la que pudimos constatar:

1) La alta magnitud de los promedios de demora observados entre el inicio del problema y el de su tratamiento, los posibles efectos negativos del incremento de la demora sobre la eficacia de la intervención (c.f. *Labbe y Williamson, 1984*) y el hecho de que la demora en el inicio del tratamiento, además de los costos generados en términos de padecimiento subjetivo, también parece conllevar importantes problemas de adaptación. En este último sentido, *Mayer y Romanini (1973)* o *Wergeland (1979)* sitúan entre estos posibles problemas los rituales compulsivos mientras que, por ejemplo, *Kurth y Schweigert (1972)* subrayan los efectos de la demora de la aplicación del tratamiento sobre el comportamiento durante la adolescencia y *Kolvin y Fundudis (1981)* informan de una alta ratio de problemas de conducta (incluida la enuresis). Así mismo, en general, existe acuerdo respecto de la gravedad de las repercusiones del desaprovechamiento de la escolaridad y de la carencia de habilidades sociales básicas (tanto para la defensa de los propios derechos como para resistir la presión de grupo o iniciar/mantener una interacción social). En el caso concreto del estudio de *Cline y Kysel*

(1988) 19 de los 23 sujetos identificados como mudos electivos presentaban graves problemas de adaptación.

La gravedad de los problemas informados, unido a la amplitud de los déficit conductuales que los generan, parecen poner de manifiesto la necesidad y urgencia de intervenir lo más tempranamente posible en la detección y modificación de esta conducta problema (Hesselman, 1983; Balwin y Cline, 1991);

2) Cómo pese a la eficacia y validez mostrada reiteradamente por el tratamiento más ampliamente utilizado en el mutismo electivo (*desvanecimiento estimular + refuerzo positivo --DR, en adelante--*) parecía necesario indagar en la búsqueda de un tratamiento alternativo que (sin olvidar la necesaria evaluación de cada caso en particular, así como las posibles diferencias individuales de reacción al tratamiento) permitiera:

a) disminuir el elevado número de sesiones que, en general, las revisiones de los distintos estudios publicados ponen de manifiesto [v.g., en la revisión de Cunningham, Cataldo, Maillion y Keyes (1983) el DR presenta un promedio de 58 sesiones/caso tratado;

b) reducir, en lo posible, los prerequisites básicos mínimos que requiere la aplicación del DR;

c) resultar tanto menos artificial e intrusivo cuanto fuera posible.

Todo ello hizo que junto a la indagación en la búsqueda de estrategias de intervención alternativas al DR (Olivares, Méndez y Macià, 1993) nos planteáramos, así mismo, la necesidad de llevar a cabo una intervención (el presente trabajo) que pretendiera, intentado ser coherentes con el principio del modelo conductual-comunitario que implica el paso de una actitud pasivo-receptiva a otra activa o de búsqueda, la detección e intervención temprana en la modificación de esta conducta problema con el fin de prevenir (disminuir/eliminar) los problemas adaptativos y de padecimiento subjetivo que de la misma pudieran derivarse.

2. METODO

2.1. Sujetos

La selección de la muestra se llevó a cabo a través de dos fases: preselección y diagnóstico diferencial.

La preselección se realizó mediante llamada telefónica a los profesores de párvulos de 32 centros de E.G.B., cuya población de niños entre 4 y 6 años era de 2.400 sujetos. El resultado fue la detección de siete sujetos cuyos profesores informaron de una clara y persistente negativa a hablar en el colegio, al menos durante los últimos seis meses. De estos siete sujetos, una vez diagnosticados, tres presentaban retraso mental profundo, uno cumplía los criterios compilados en el DSM-III-R (APA, 1987) para el diagnóstico de autismo y tres los prerequisites conductuales para el diagnóstico de mutismo selectivo.

La muestra quedó definitivamente integrada por tres sujetos: Juan de 4 años y 8 meses, Pere de 4 años y 6 meses y Tere de 5 años y 1 mes.

Juan. Pertenece a una familia de clase media en la que trabajan el padre y la madre. El padre trabaja como contable y la madre es profesora de EGB. Es el menor de tres hermanos. No hubo problemas durante el embarazo, tampoco en el momento del parto. Su desarrollo psicomotor y del habla han sido normales. Presentó problemas con la alimentación y el sueño durante los dos primeros años, normalizándose el sueño a partir de esta edad, pero no la alimentación. Tampoco se conocen situaciones estresantes vividas por el niño a lo largo de su infancia. Previamente a su escolarización en párvulos asistió desde los dos años a un jardín de infancia donde reiteradamente su comportamiento es calificado de "retraído, tímido, muy vergonzoso y poco colaborador" en los informes de su tutora.

Pere. Pertenece a una familia de clase media baja. El padre es oficial de primera en la construcción y posee el graduado escolar. La madre se ocupa de las tareas domésticas en el hogar y obtuvo el certificado de estudios primarios. Ambos padres son catalanoparlantes y emplean sistemáticamente en la comunicación con sus hijos su lengua vernácula. Es el segundo de cuatro hermanos (tres chicos y una chica). Su historia evolutiva no presenta ningún dato de interés hasta el momento de su escolarización, la cual se produce por primera vez a los cuatro años de edad. Hasta este momento la madre informó que no había notado ninguna diferencia entre el desarrollo de Pere y el de sus hermanos, pero a partir de este momento la madre informa de alteraciones en la conducta de su hijo (aislamiento, reducción progresiva de la comunicación con extraños y vecinos, rechazo a la escuela, etc.). Pere asiste a una clase de niños catalanoparlantes perteneciente a un centro público.

Tere. Es hija de madre soltera que contrajo matrimonio un año después

de haber nacido la niña con un compañero distinto a su padre natural. En la actualidad es la única hija de la pareja. La familia se inscribe en un nivel medio en el contexto socioeconómico y bajo en el cultural. Ambos padres obtuvieron el certificado de estudios primarios durante su escolarización obligatoria. Siempre han trabajado los dos fuera de casa. La niña ha sido criada por la abuela materna, la cual informó de un curso evolutivo normal en el desarrollo, hasta el momento de su escolarización, por primera vez, a los 3 años y 7 meses. A partir de este momento se inician problemas de sueño, rechazo a la escuela, expresión triste, aislamiento social, problemas con la comida (se niega a comer en el centro escolar) y rechazo a hablar en el colegio (tanto a niños como a profesores). En la actualidad cursa su segundo año de párvulos con la misma profesora con la que estuvo en su primer año de escolaridad.

2.2. Procedimiento

2.2.1. Evaluación

Detectados los sujetos con posible mutismo selectivo procedimos a concretar una entrevista con los padres de estos niños y otra con sus profesores.

Con los padres esta primera entrevista tuvo por objetivo concretar aspectos de la historia evolutiva de los sujetos y de las modalidades de interacción familiar que pudieran resultar relevantes para la explicación de la génesis y evolución del problema.

Los instrumentos utilizados en la evaluación de los padres fueron la Guía Portage (*Bluma, Shearer, Frohman y Hilliard, 1978*), el Cuestionario de Áreas de Compatibilidad-incompatibilidad en la Pareja (*Serrat, 1980*), el CAR S-R de *Sandin y Chorot (1983)* para valorar el nivel de ansiedad social generado en el padre/madre por el hecho de tener que relacionarse con otras personas, una adaptación del Procedimiento Rápido para la Evaluación de Interacciones Madre-hijo en Situaciones Artificiales de *Toub (1978)*, la Pauta de Exploración de Refuerzos en el Ambiente Familiar de *Pelechano (Cidad, 1987)*. Finalmente les solicitamos la grabación del habla del/la niño/a en distintas situaciones de interacción social en el hogar (desayuno y la cena durante la semana, almuerzos durante el fin de semana).

El mutismo selectivo fue operacionalizado para su registro conductual

como "ausencia de respuesta verbal cuando un adulto, u otro niño, preguntaba, llamaba o informaba al sujeto". Su evaluación se realizó en los colegios a partir de grabación de vídeo. La grabación fue visualizada cada día, tras finalizar la jornada escolar, por dos observadores independientes, los cuales registraban la ocurrencia/ausencia de habla durante los períodos de observación [frecuencia y longitud (número de palabras) de la respuesta verbal del sujeto], así como si el habla se producía como: a) respuesta a la instigación previa a las preguntas que se le hacían, b) respuesta espontánea a preguntas que se dirigían al sujeto; c) respuesta a preguntas dirigidas al conjunto de la clase; d) respuesta espontánea a preguntas realizadas a otros cuando estos no las contestaban, o finalmente, e) a través de la formulación espontánea de preguntas por parte del propio sujeto. En todos los casos el habla era calificada de audible (el sujeto receptor situado a 50 o más centímetros podía escuchar el mensaje del emisor) o cuchicheo (el sujeto receptor había de situar su oreja al lado de la boca del emisor para escuchar su mensaje).

El nivel de interacción social se operacionalizó como "toda aproximación a menos de un metro de otra persona, hacia la que el sujeto se había desplazado o viceversa" (sin que en este último caso fuese evitada por el sujeto). El registro de esta conducta se llevó a cabo por dos observadores, de forma directa e independiente. Se contabilizaron el número y la duración de las interacciones.

Para la observación en clase se fijaron cuatro intervalos de 15 minutos de duración cada uno: entre las 9 horas y las 9 horas y 15 minutos; el cuarto de hora siguiente a la entrada del recreo (entre las 11 horas y las 11 horas y 15 minutos); el primer cuarto de hora de la entrada vespertina a clase (entre las 15 horas y las 15 horas y 15 minutos) y, finalmente, el último cuarto de hora de clase del día (entre las 16 horas y 45 minutos y las 17 horas). En el patio sólo hubo un intervalo de observación de 15 minutos que se alternó diariamente entre los primeros o los últimos 15 minutos de cada recreo.

El acuerdo interobservadores se calculó siguiendo la fórmula: $n^{\circ} \text{ de acuerdos} / n^{\circ} \text{ de acuerdos} + n^{\circ} \text{ de desacuerdos}$. Los cocientes obtenidos fueron de 0.97 y 0.88 para la tasa del número y duración de las interacciones sociales; 0.94, 0.98 y 0.89 para la longitud, la frecuencia de las respuestas verbales y el volumen del habla (audible/cuchicheo); 0.96, 0.95, 0.99, 1 y 1 respectivamente para las contestaciones a preguntas previa instiga-

ción, respuesta espontánea a las preguntas que se le hacen, respuesta a preguntas dirigidas al conjunto de la clase, contestación espontánea a preguntas realizadas a otro sujeto cuando éste no contesta y, finalmente, la realización espontánea de preguntas.

El período de línea base se prolongó hasta que las conductas observadas se mostraron estables. Bastó para ello con una semana escolar (cinco días lectivos).

Las profesoras de Pere, Juan y Tere, fueron entrenadas para la observación y registro de las respuestas motoras y fisiológicas que pudieran darse cuando un adulto u otro niño se aproximaran a Pere, Juan y Tere y/o les hablara. Las respuestas observadas en los tres casos fueron respuestas motoras de evitación/escape y fisiológicas (tensión muscular elevada, rubor y alteración de la respiración --suspiros--, temblores de manos y sudoración).

Durante este período de línea base pudimos constatar, además de las expectativas de sus profesoras respecto del problema, las de sus propios compañeros de clase. Para esto último procedimos a la evaluación de las mismas mediante la aplicación de un cuestionario oral de un solo ítem que cada una de las profesoras fue preguntando a sus alumnos, con la ausencia en cada caso del mudo electivo de esa clase y aprovechando situaciones tales como la de recreo, *"A ver si sabes tú ¿qué niños de esta clase no hablarían si alguien les hiciera una pregunta?. Dime el nombre de tres"*. El registro de la pregunta y respuesta de los alumnos se realizó también mediante su grabación en vídeo tanto antes como una vez finalizado el tratamiento (véase tabla núm. 1 -en el apartado de resultados-)

Los resultados correspondientes a esta fase inicial de la evaluación pusieron de manifiesto que, de forma coincidente, ninguno de los tres sujetos había sufrido situaciones altamente estresantes ni había presentado problemas evolutivos relevantes. Tampoco se detectaron en sus padres problemas de pareja dignos de mención, ni la observación de las interacciones madre hijo en situaciones artificiales (grabadas en vídeo oculto y posteriormente analizadas) generó puntuaciones elevadas en la frecuencia de las conductas agrupadas bajo la categoría conductual negativa (acciones verbales y no verbales de desaprobación y no aceptación de la conducta del niño, por parte de la madre y, por parte del/la hijo/a, rabia, rechazo y desaprobación), siendo alta la frecuencia de alabanzas de las madres, el número de interacciones verbales y no verbales entre madre/abuela-hijo/a, la tasa de intentos de iniciar o mantener contactos con el otro y contestar

a preguntas. En cambio, tanto los padres como las madres (pero más estas últimas) obtuvieron niveles altos de ansiedad social --27 puntos de media sobre 36 puntos posibles-- en la escala "Situación general 1. Usted se relaciona con otras personas" de la batería de *Sandín y Chorot* (1983).

Por otra parte, los niños habían mostrado un nivel normal de habla (intensidad y frecuencia), de acuerdo a lo esperado en función de sus edades (según acuerdo interobservadores), en las videocintas grabadas durante las interacciones madre-hijo. En cambio en las grabaciones audio efectuadas en casa si bien los tres sujetos hablaban con todos los miembros de sus familias esta conducta se diferenciaba respecto de la interacción lingüística con las madres (abuela) en la frecuencia (hablaban mucho menos), en la intensidad o longitud de la respuesta oral (aquí generalmente eran monosílabos o expresiones muy cortas) y en la toma de iniciativa (preguntar e intervenir espontáneamente no ocurrieron en ningún caso en las grabaciones de fin de semana).

Los niños hablaban a todos los miembros de su familia en casa, pero (según informes de los familiares) no lo hacían en ninguno de los tres casos en presencia de extraños (ni en casa ni fuera de ella). Cuando estaba presente un extraño o no hablaban (pese a las instigaciones) o lo hacían susurrando al oído de sus madres (abuela) --pero sólo a estas--.

Como consecuencia del *análisis funcional* de estos casos se puso de manifiesto que los sujetos podían haber aprendido a tener miedo a las situaciones de interacción social a través del modelado de sus padres, hecho que, a su vez, habría incrementado la vulnerabilidad de éstos (ante este tipo de situaciones) y, así mismo, habría originado la manifestación-ejecución inicial de las respuestas de escape/evitación (mutismo, no mirar a quien habla, contestar con gestos y movimientos de la cabeza, etc.), ante una situación altamente estresante y aversiva tal cual es la que puede producirse en el momento de iniciarse la escolarización. Estas respuestas de evitación/escape habrían sido mantenidas posteriormente por la verbalización de las expectativas de sus compañeros, el refuerzo social administrado contingentemente por los mismos (hablando por ellos) y sus profesoras ante éstas respuestas. De igual modo habría contribuido a su mantenimiento la ganancia que las mismas suponen para los propios sujetos al ver reducido su nivel de ansiedad (alivio). Finalmente, éstas respuestas habrían sido generalizadas a todas las situaciones en las que la interacción se da con/ en presencia de un extraño.

2.2.2. Diseño

Se ha utilizado un diseño experimental de caso único con introducción, retirada y reintroducción del tratamiento (ABAB).

2.2.3. Tratamiento

Como ya hemos comentado en otro lugar (*Olivares, Méndez y Macià, 1993*) el *automodelado filmado y trucado* (AFT en adelante) presenta algunas interrogantes respecto de las que parece razonable, desde un punto de vista clínico y metodológico, tomar alguna prevención. Por una parte está el hecho de haber sido escasamente replicado [tan sólo hemos encontrado los trabajos de *Pigott y Gonzales (1987)* y el de *Kehle, Owen y Cressy (1990)*] y, por otra, en la aplicación de *Pigott y Gonzales* éstos autores informan de resultados positivos en la primera fase de aplicación del tratamiento (automodelado de respuestas a preguntas dirigidas al sujeto) mientras que estos resultaron contradictorios en la segunda fase (automodelado de respuestas voluntarias a preguntas hechas al conjunto de la clase).

A fin de reducir (eliminar en su caso) los riesgos derivados de los hechos mencionados optamos por la introducción de la jerarquización a la hora de exponer al sujeto a su propio automodelado (automodelado gradual), esperando que ello nos permitiera controlar los niveles de ansiedad a los que iban a ser expuestos los sujetos y que, por otra parte, sospechábamos pudieran estar en la base de los resultados contradictorios informados por *Pigott y Gonzales*.

Nuestra *hipótesis de intervención* quedó formulada en los siguientes términos: si modificamos las expectativas de los compañeros de clase de los sujetos con mutismo selectivo respecto de la capacidad de éstos últimos para hablar, el papel reforzador de los profesores en las respuestas de escape/evitación de los mismos, el modelado y/o refuerzo paterno de éstas mismas conductas y, de igual modo, exponemos a estos sujetos a una jerarquía audiovisual (filmada y trucada) de respuestas verbales automodeladas entonces los sujetos incrementarán tanto la frecuencia de sus respuestas verbales como la longitud de éstas, el rango de situaciones sociales diferentes en las que las mismas se manifiesten y, así mismo, el número y duración de las interacciones sociales en las que participen en el contexto escolar.

En cuanto a la aplicación del *tratamiento*, en primer lugar, celebramos una entrevista en el colegio con los padres de cada uno de los niños (en el caso de Teresa también estuvo su abuelita) y las profesoras. En los tres casos procedimos de igual modo: dimos a conocer nuestra explicación del problema (análisis funcional), los objetivos terapéuticos que estimábamos prioritarios y las actividades que, en consecuencia, sería necesario realizar antes y durante la intervención modificadora.

El tratamiento consistió en:

a) *Nivel individual*: Exposición de los sujetos a una jerarquía filmada de secuencias de automodelado (previamente trucada) que progresaba, a lo largo de cinco fases de cinco ítems cada una, desde la respuesta monosilábica hasta el comportamiento final deseado (habla espontánea del sujeto: realizar preguntas y contestar a preguntas dirigidas al conjunto de la clase);

b) *Nivel grupal*: Modificación de las expectativas de los alumnos de su misma clase mediante la proyección de una secuencia de la videocinta en la que se podía ver y oír hablar al mudo/a electivo/a (previa autorización de los sujetos con mutismo y una vez que el número de respuestas dadas por éstos en clase sin instigación previa superó el número de las que requerían ser instigadas).

c) *Nivel institucional*: Familia y Escuela. A los primeros se les instruyó para que no pronunciaran ante sus hijos juicios negativos respecto de las situaciones de interacción social, ni relataran situaciones donde pudiera modelarse una respuesta de escape y/o evitación ante este tipo de situaciones. A las profesoras se les explicó el efecto paradójico de sus caricias, frases de consuelo, etc., ante su alumno/a con mutismo electivo y, así mismo, se les dieron instrucciones para retirar la atención al sujeto cuando éste/a no respondiera verbalmente. Otro tanto se hizo con el resto de los profesores de párvulos que compartían patio a la hora del recreo.

Los *objetivos específicos de la intervención* fueron:

1. Establecer la comunicación verbal de los sujetos en el entorno escolar, con independencia del/los interlocutor/es y de la/s situación/es.
2. Sustituir la ausencia de interacción social por un incremento de la frecuencia de relación interpersonal, de acuerdo con la edad de cada uno de los sujetos.
3. Probar la eficacia de un "paquete" de tratamiento confeccionado para intervenir tempranamente en sujetos con mutismo electivo.

La confección de la videocinta para el automodelado gradual se llevó a

cabo a través de un proceso de grabación (mediante cámara oculta, en caso de los mudos electivos) y montaje de escenificaciones trucadas a partir de las respuestas y preguntas de cada uno de los mudos electivos a sus madres y abuelita y las mismas preguntas y respuestas grabadas a las profesoras, a otros profesores y alumnos del colegio y a una madre, así como de la grabación de distintos momentos del desarrollo de las clases (también con vídeo-cámara oculta).

La jerarquía quedó integrada por cinco fases en las que se automodelaban contestaciones a: 1ª Fase) Preguntas que implicaban respuestas monosilábicas; 2ª Fase) Preguntas que implicaban respuestas de dos-tres palabras); 3ª Fase) Preguntas que implicaban respuestas de más de tres palabras; 4ª Fase) Respuesta de saludo y contestaciones a preguntas de sujetos extraños; 5ª Fase) Narración espontánea en respuesta a una pregunta generalizada, responder por otro que no lo hace cuando la profesora lo requiere y formulación espontánea de preguntas a su profesora.

El criterio para la interrupción del tratamiento se fijó y operacionalizó, en los tres casos, del siguiente modo: se retirará el tratamiento el día siguiente a aquél en el que el número de respuestas espontáneas dadas por el sujeto, a las preguntas de su profesora, compañero u otro adulto, supere al número de respuestas dadas por éste como consecuencia de ser instigado para que lo haga.

La justificación de la retirada del tratamiento se realizó en relación con la necesidad de marcharnos durante una semana, como consecuencia de una urgencia imprevista. Indicamos a las profesoras de los tres niños que para compensar lo que iba a suponer la interrupción "brusca" del tratamiento era necesario volver momentáneamente y de forma transitoria (cinco días) a actuar como ellas lo estaban haciendo antes de que iniciáramos nosotros el tratamiento para "aliviar" el paso de este lapsus, caso de que se produjeran las respuestas de escape y/o evitación respecto de los requerimientos de la participación verbal de los niños.

Con los padres hicimos otro tanto. Les comunicamos que teníamos que abandonar el tratamiento durante una semana, pero que volveríamos a reiniciarlo por lo que, durante la semana de ausencia de tratamiento, si veían que el niño era preguntado por alguien y no respondía, o evitaba ir a donde pudieran preguntarle, no sólo no debían de obligarlo (tal como ya venían haciendo) sino que además debían de cobijarlo para que no lo pasara mal (v.g., acariciarlo, comunicarle que no debía de preocuparse pues ya hablaría, etc.).

Acordamos, así mismo, con los profesores de los niños que, habida cuenta de que ya contestaban espontáneamente a la mayor parte de sus preguntas, sería bueno aprovechar esta interrupción obligada del tratamiento para probar si podría resultar que no fuera necesario que reiniciáramos el tratamiento pues, pese a nuestras previsiones, el tratamiento ya aplicado tal vez pudiera resultar suficiente. Bajo esta argumentación, las profesoras dejaron de instigar a los niños cuando éstos no respondían a sus preguntas. De igual modo, se solicitó a las profesoras del mismo nivel, así como a algunos chicos de octavo, que pasaran por la clase y/o aprovecharan las salidas/entradas de/a clase para preguntar y/o hablarle al niño o a la niña. A las profesoras les pedimos que también anotaran, en una plantilla de registro construido *ad hoc*, lo que ocurría en cada una de éstas ocasiones (cuando no coincidieran con los períodos de grabación en vídeo).

La reintroducción del tratamiento supuso, así mismo, el recuerdo a los padres y profesores de las pautas que de nuevo habían de seguir en relación con las respuestas de escape y/o evitación de los niños y, por otro lado, la proyección de nuevo en la clase de los últimos ítems superados por el sujeto en la sesión matinal del primer día de reintroducción del tratamiento.

El criterio de finalización del tratamiento ("alta") se condicionó inicialmente al de superación de la jerarquía.

Las sesiones siempre terminaron con la exposición del sujeto a una secuencia de automodelado ya superada (que no generaba respuestas de ansiedad) y se iniciaron también con la última secuencia previamente superada.

El sujeto recibía dos tipos de refuerzo:

a) *Refuerzo social* vicario correspondiente al automodelado. Este aparecía en la filmación trucada de forma contingente a la respuesta del sujeto ante la profesora y/o sujetos extraños. El refuerzo consistió en verbalizaciones de la profesora (mediante voz en *off*) tales como "¡Muy bien, Teresa/Pere/Juan!. ¿Os habéis dado cuenta qué bien ha contestado?" unidas a la visualización y/o audición de sonrisas, aplausos de sus compañeros o una combinación de ambas.

b) *Refuerzo material*. Se les comunicaba previamente a la sesión de exposición al automodelado que por prestar atención a la grabación ("estar mirando la tele") recibirían bien una gominola, un chicle sin azúcar, tres cromos o una estampa de Son Goku --a elegir--. La aplicación del refuerzo se realizó según un programa de razón fija e igual a dos segundos durante

la primera fase, de tres segundos durante la segunda fase, de cuatro durante la tercera y de razón variable durante la cuarta.

Las sesiones de exposición se llevaron a cabo en la sala de medios audiovisuales de cada uno de los distintos centros. Se realizaron entre las 8h. 45' y 9h. de la mañana. En las mismas estuvieron siempre presentes, junto al sujeto, la persona que lo traía aquél día al cole (generalmente la madre o, en el caso de Teresa, la abuelita) y el psicólogo.

4. RESULTADOS

En las figuras núm. 1a, 1b y 1c se presentan los resultados de *Pere*, *Teresa* y *Juan*, pudiéndose observar en las mismas una serie de aspectos coincidentes.

En primer lugar, destaca el hecho de que a partir del momento en el que sus compañeros pueden "verlos" y "oirlos" hablar (lo que sucede el segundo día --caso de Juan-- y el tercer día de tratamiento --casos de Teresa y Pere--) éstos empiezan a responder a las preguntas de sus profesoras. Puede observarse que inicialmente sus respuestas requieren mayoritariamente de la instigación previa de las maestras, pero que el cuarto día de tratamiento en todos los casos esta tendencia está totalmente invertida. En cambio, en la segunda audiovisualización, este efecto no se produce ni en Pere (el 100% de sus respuestas no requieren instigación) ni en Juan (únicamente el 33% de sus respuestas son instigadas, pero además, ese porcentaje se registró básicamente durante los primeros treinta minutos de observación: es decir, por la mañana).

Por lo que respecta al número de veces que los sujetos hablan durante los 60 minutos de observación diaria (filmada), así como al número de palabras que emplean (en total y/o en la cadena lingüística de mayor longitud), se constata, por un lado su relación con la presencia/ausencia de tratamiento y, por otro, un incremento paralelo al número de días de aplicación del tratamiento, en los tres casos. Otro tanto ocurre con la modalidad del habla (respuesta instigada/espontánea, pregunta espontánea, etc.) y su audibilidad, la cual alcanza el valor 100% en dos de los tres casos (Teresa y Juan), durante la primera aplicación del tratamiento.

Otro hecho notable es la disminución progresiva del habla de los sujetos hasta su desaparición cuando el tratamiento es retirado y se vuelven a produ-

cir condiciones similares a las existentes durante el período de línea base. Contrariamente, cuando el tratamiento es reintroducido, el habla aparece tanto en forma de respuesta como de pregunta espontánea (incluida la participación en la narración espontánea de actividades extraescolares). Así mismo, el habla alcanza en todos los casos plena audivididad.

FIGURA 1a.- Resultados de la medida de las variables dependientes durante los períodos de observación en clase de Pere

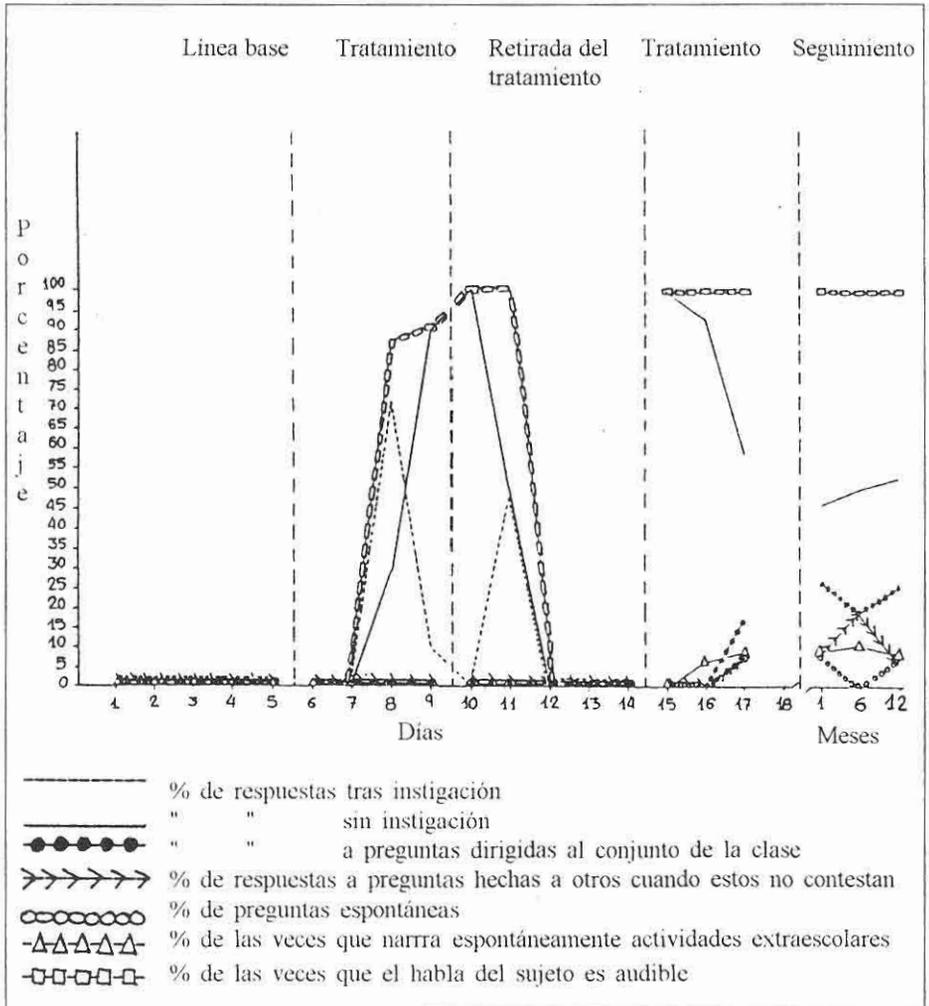
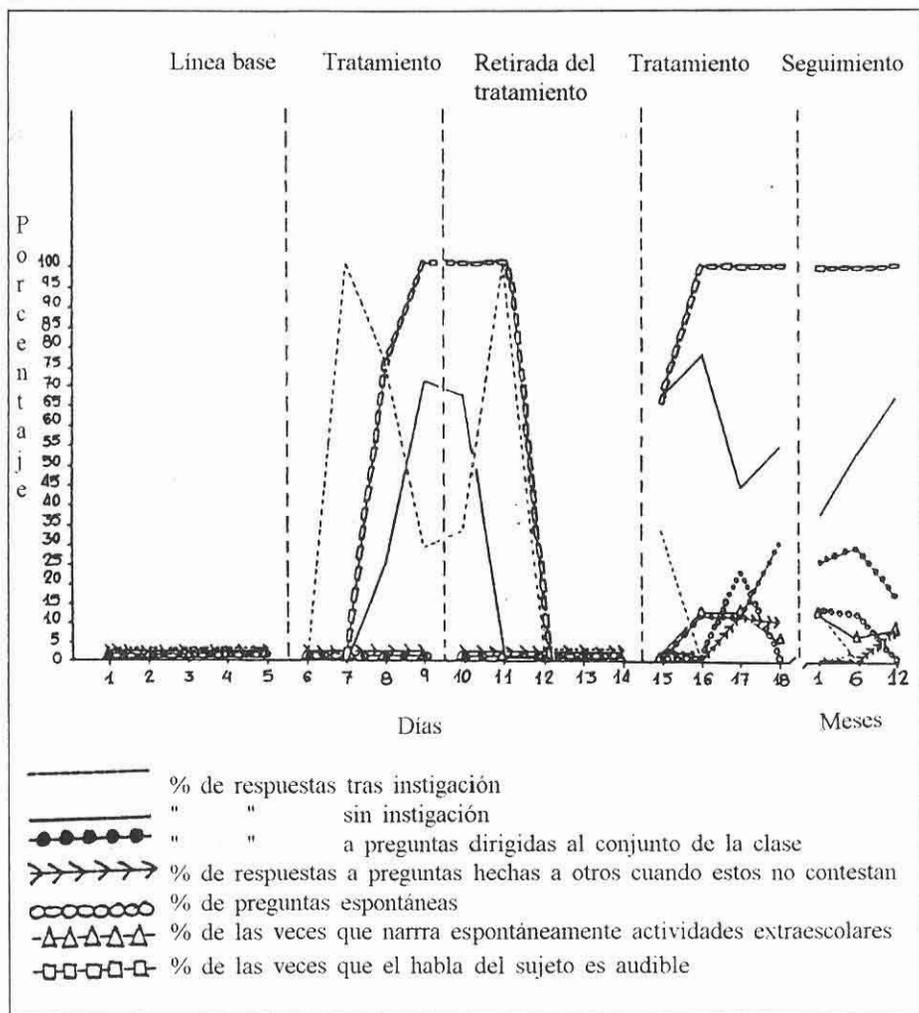


FIGURA 1b.- Resultados de la medida de las variables dependientes durante los períodos de observación en clase de Juan

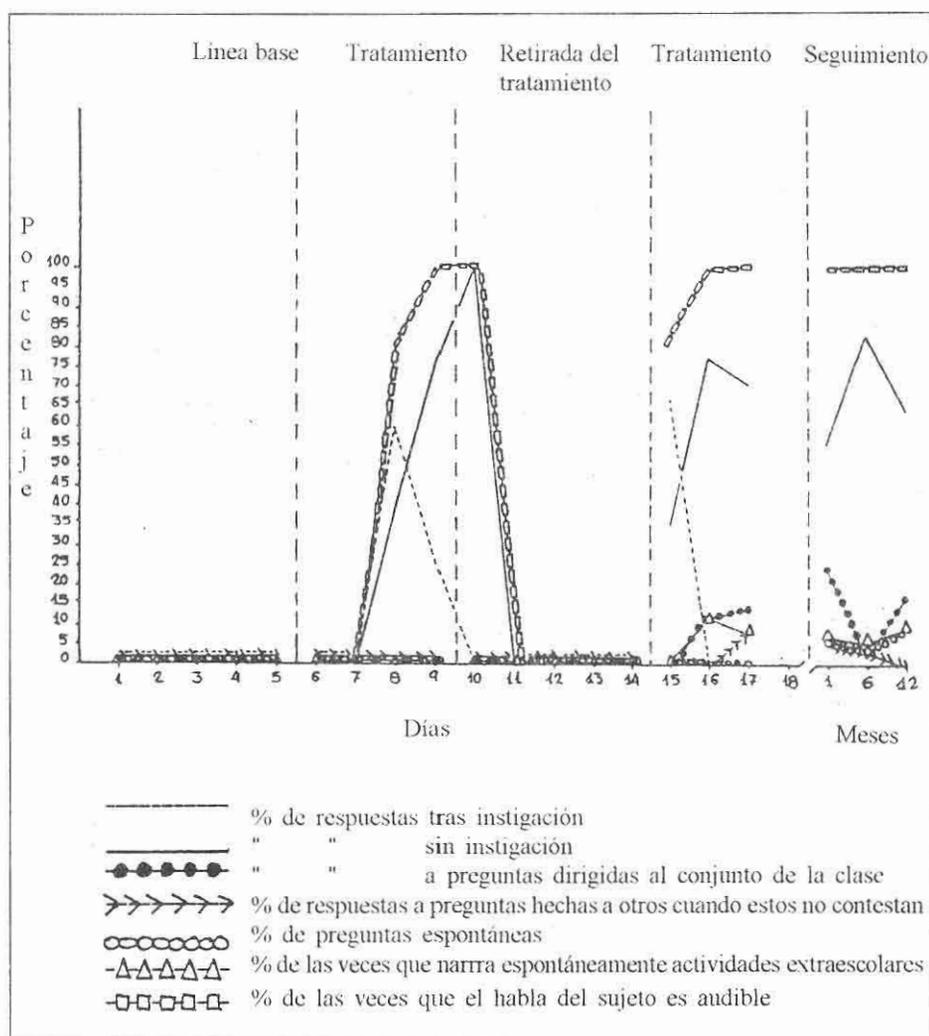


En los datos obtenidos durante el seguimiento de los efectos del tratamiento (1, 6 y 12 meses después) estos muestran el mantenimiento de los resultados alcanzados al finalizar éste.

Durante la fase de reintroducción de la jerarquía todos los sujetos alcanzan, al menos durante los dos últimos días del tratamiento, el 100% de

respuestas espontáneas. En los casos de Juan y Pere esto ocurre durante los tres últimos días, siendo este último sujeto (Pere) el único que no precisó instigación alguna para responder durante los tres días que duró la reintroducción del tratamiento.

FIGURA 1c.- Resultados de la medida de las variables dependientes durante los períodos de observación en clase de Teresa



Puede constatarse así mismo cómo, en los tres sujetos, las conductas que conllevan una mayor implicación (es decir, el paso de receptor-emisor-receptor al de emisor-receptor-emisor) tardan más en aparecer y siempre representan un tanto por ciento bastante más bajo que el resto de las modalidades del habla.

En las distintas medidas de seguimiento puede observarse no sólo la estabilidad de los resultados alcanzados sino, así mismo, un incremento notable de la frecuencia de las respuestas a preguntas dirigidas al conjunto de la clase, de las respuestas a preguntas hechas otros (cuando éstos no responden) o de la formulación espontánea de preguntas.

Por lo que respecta a las expectativas del grupo-clase en relación con su compañero/a mudo/a electivo/a éstas evolucionaron tal como se presentan en la tabla núm.4.

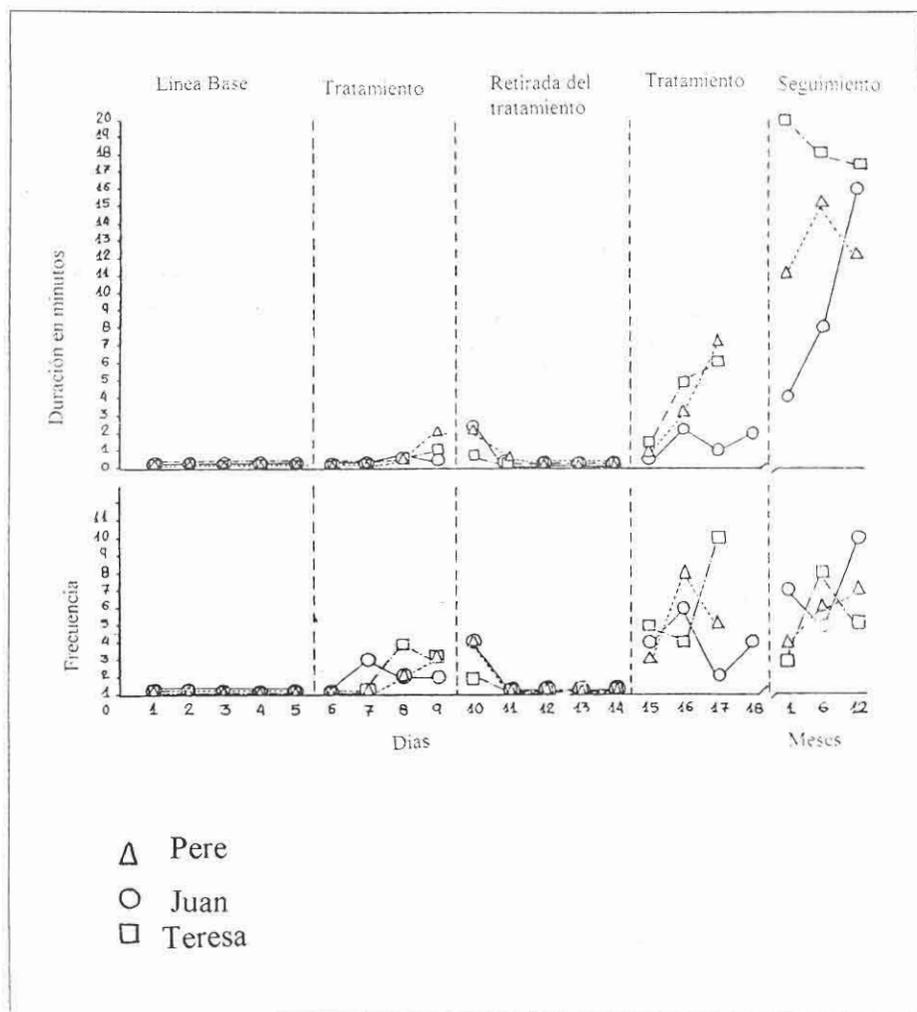
TABLA 4.- Porcentaje del número de veces que los sujetos con mutismo electivo figuraban en la tríada de nombres propuestos por sus compañeros cuando se invitaba a éstos a suponer qué tres compañeros no contestarían a preguntas hechas por alguien de la clase

	Pere	Teresa	Juan
Pretest	97%	99%	98%
Dos días después de la primera audiovisualización	43%	27%	18%
Posttest	9%	7%	15%

En la figura número dos podemos observar la evolución tanto de la frecuencia como de la duración de la conducta de interacción física durante los periodos de observación en el patio de recreo.

La ocurrencia por primera vez de la interacción física coincide con la audiovisualización, por parte de la clase, del habla de los sujetos con mutismo electivo. A partir de este momento, la conducta de aproximación física se mantiene (pese a su baja frecuencia y escasa duración) hasta que el tratamiento es retirado y se vuelve a condiciones similares a las de línea base.

FIGURA 2. Evolución de la frecuencia y duración de la conducta de interacción física durante los períodos de observación en el patio de recreo.



Durante la retirada del tratamiento la conducta de aproximación física se mantiene en los tres sujetos durante el primer día, pero ya en el segundo ésta queda reducida a una sola interacción: la conducta de Pere al recoger-y-entregar una pelota que había caído a su lado a un grupo de niños que estaban jugando.

Por otra parte, durante esta fase de retirada del tratamiento y vuelta a condiciones similares a las de línea base, incluyendo el hecho de que algunos "cómplices", (profesores y alumnos mayores) abordaran a los sujetos requiriéndoles respuestas, permiten observar en los registros de las profesoras (en los tres casos) una pérdida de las ganancias en las habilidades de comunicación registradas (v.g., mirar al que habla, mantener postura erguida) y una recuperación de la frecuencia de las respuestas fisiológicas de ansiedad (rubor, sudoración, tensión muscular, etc.).

La reintroducción de las condiciones de tratamiento vuelve a coincidir, de nuevo, con el incremento del número de interacciones y el aumento progresivo de la duración de las mismas (en el caso de Juan de forma lenta, pero constante).

Los registros efectuados durante el seguimiento muestran el mantenimiento, y en el caso de Juan el incremento, tanto de la frecuencia como del tiempo durante el que se da la conducta de interacción física. En los dos últimos registros (6 y 12 meses) el tiempo de interacción física, en dos de los tres sujetos, es superior al cincuenta por ciento del tiempo de recreo y en el otro sujeto (Pere) igual al cuarenta por cien.

Respecto de la generalización a sujetos y situaciones ajenas al ámbito escolar, pese a nuestros esfuerzos por disponer de datos cuantificados, sólo hemos podido contar con el informe telefónico de los familiares, en cada uno de nuestros controles de seguimiento, respecto de un incremento progresivo del número de situaciones y sujetos (niños y adultos) a los que paulatinamente se ha ido generalizando el habla sin tener que ser instigados por los padres.

5. DISCUSION

Siguiendo a Bandura (v.g. *Bandura*, 1986; *Bandura y Menlove*, 1968; *Bandura, Grusec y Menlove*, 1967) los resultados que hemos obtenido en el presente trabajo pueden ser explicados en razón de que la exposición

del sujeto a las secuencias de automodelado habría generado un cambio en sus creencias respecto de sus expectativas de eficacia (autoeficacia percibida) en las situaciones de interacción social mediadas por el habla. Es decir, los sujetos habrían empezado a creer que ellos podían llegar a comunicarse con éxito (“sin sentirse mal, ni con miedo”); creencia que, por otra parte, la audiovisualización grupal permitiría que fuese corroborada inmediata y contingentemente a través del refuerzo social de los propios compañeros y la profesora. Supuestamente, en la misma medida en que se van superando las secuencias de la jerarquía se irían modificando las creencias de los sujetos.

En consecuencia, desde este punto de vista, la audiovisualización en un contexto público (la escuela) de las secuencias superadas de automodelado puede suponer, por un lado, el primer paso en el inicio de la implantación de la conducta de hablar en el contexto escolar y, por otro, una oportunidad para que ocurran/puedan ser administradas *in vivo* consecuencias positivas al sujeto de forma contingente a su conducta de hablar *en diferido*, tanto por sus propios compañeros como por su profesora.

La audiovisualización grupal se muestra así como un paso que, pese a su mínima dificultad y costo para el sujeto (y la propia intervención), incrementa la probabilidad de refuerzo positivo en un contexto natural que, a su vez, debe posibilitar/facilitar una corroboración del cambio previamente experimentado por el sujeto (en las sesiones de automodelado gradual) en relación con su percepción amenazante, negativa, respecto de la conducta de hablar en esta situación (clase).

El papel del componente gradual del automodelado consistiría en posibilitar/facilitar al mudo eletivo el paso de un estado de activación neurovegetativa ante las situaciones aversivas a otro de relajación frente a las mismas situaciones: primero a nivel simbólico y, después, en vivo (primera y segunda audiovisualización grupal) y de forma combinada (mientras la jerarquía de automodelado se halla en fase de superación). Este cambio en el sistema fisiológico también debe suponer una modificación progresiva del sistema cognitivo del sujeto. Es decir, la información generada por los cambios operados en el sistema fisiológico a través de la exposición gradual a situaciones de dificultad creciente (longitud de la cadena lingüística, situaciones nuevas y personas extrañas) sería también responsable del cambio de las expectativas del sujeto (como consecuencia de la percepción de la modificación del propio estado emocional).

Desde nuestro punto de vista el cambio registrado en las expectativas de resultado de los compañeros, en los tres casos, también aparece como co-responsable del incremento inicial del número de tentativas de interacción verbal. La audiovisualización habría actuado, por un lado, como un estímulo discriminativo (“sabe hablar/habla”), pero así mismo sería también responsable de la ocurrencia del refuerzo social (“sonrisas, aplausos”, contactos físicos de felicitación, invitaciones a jugar, ...) proporcionado por los compañeros de forma contingente tanto durante el desarrollo como a la finalización de la misma, ocurriendo otro tanto respecto de la frecuencia de las demandas de comunicación.

Finalmente, la audiovisualización también aparece como responsable del decremento/anulación de los estímulos discriminativos ambientales que ponían en marcha/facilitaban las respuestas de escape/evitación.

Por otro lado, a los efectos generados por el automodelado gradual y la audiovisualización hay que añadir los generados por: 1) el cambio operado respecto de las conductas objeto de administración de refuerzo por parte de las personas significativas (padres y profesoras); 2) el control del modelado paterno de las respuestas de escape y/o evitación en las situaciones de interacción social; 3) las ganancias generadas por la conducta de hablar, las cuales progresivamente habrían ido paliando y sustituyendo los beneficios (“alivios de aversión”) que generan las respuestas de escape/evitación.

En cuanto a la remisión de los logros registrada durante el período de retirada del tratamiento habría que indicar que, este hecho, permite sostener que los cambios observados durante la aplicación del tratamiento son básicamente efecto de éste y no de otras variables no controladas.

Así mismo, el rápido desvanecimiento de los logros podría explicarse teniendo presente que se vuelve a condiciones similares a las de línea base cuando aún los beneficios obtenidos/generados por hablar pueden resultar menos rentables que la unión de las recompensas generadas por las respuestas de escape y/o evitación (reducción de niveles de ansiedad) más los proporcionados por las personas significativas ante este comportamiento de los mudos electivos (caricias, verbalizaciones como “no te preocupes”, la propia atención de éstos, etc.). De hecho, los datos de esta fase ilustran la caída a cero, en un solo día, de la frecuencia de ocurrencia de la conducta de hablar en Teresa y, en los casos de Pere y Juan, el decremento durante dos días de la frecuencia de respuesta espontánea y el incremento paralelo de la respuesta instigada. De igual modo, esta supuesta carencia de ren-

tabilidad, también permitiría dar cuenta de la falta de eficacia (en esta fase) del papel reforzador e instigador de los compañeros el cual, a su vez, terminaría por extinguirse al no ir seguido de refuerzo en sus sucesivos intentos (generando la anulación de sus expectativas de resultado).

En síntesis, cuando no se interviene, si el aprendizaje aún no está consolidado (desequilibrio en la balanza a favor de la suma de los beneficios generados por las respuestas de escape/evitación frente a los del refuerzo social más el autorrefuerzo), no sólo no hay progreso sino que los logros se desvanecen.

La reintroducción del tratamiento (incluida la audiovisualización de las secuencias de automodelado superadas ese primer día) permite volver a una frecuencia de ocurrencia de las respuestas espontáneas del 100% (Pere), 67% (Juan) y 33% (Teresa) durante el primer día de la aplicación. Las diferencias en responsabilidad espontánea durante este primer día podrían ser explicadas en función de la amenaza que, en este tipo de diseños, supone la frustración.

Por último cabe señalar que:

- 1) La detección temprana en mutismo selectivo posibilita:
 - a) Intervenir cuando los déficits conductuales aún no marcan diferencias muy significativas respecto del grupo cultural y de edad al que se pertenece;
 - b) Beneficiarse de la ventaja que supone el hecho de que a esta edad (último año de jardín de infancia y/o los dos años de parvulario) los profesores no están muy preocupados todavía porque sus alumnos dominan materias instrumentales y terminen los programas educativos, por lo que generalmente se prestan a colaborar gustosamente con el psicólogo;
 - c) Minimizar los costos en el ámbito del padecimiento subjetivo;
 - d) Minimizar las posibilidades de que el mutismo pueda pasar de selectivo a progresivo (Paniagua y Saeed, 1988) a través de un progresivo aislamiento social y emocional (Krolin, 1988).

2) Pese a que otros tipos de modelado han resultado ineficaces o escasamente eficaces (así el modelado "mastery" o entre iguales) para el tratamiento de este problema, el automodelado (gradual) trucado (posibilitado por los recursos tecnológicos) si parece tener un peso importante en la eficacia mostrada por el "paquete" utilizado en el tratamiento de estos tres casos. Hecho que, por otra parte, viene a converger:

- a) en general con:
- el papel creciente que *Bragado* (1992) ha podido constatar para el modelado en general en el tratamiento de trastornos de ansiedad en la infancia;
 - los resultados informados por *Gelfand, Jenson y Drew* (1982) respecto del número medio de sesiones (entre 3 y 6) que suelen requerir las intervenciones para obtener cambios significativos a través de la aplicación de técnicas de modelado;
- b) en un ámbito más concreto con:
- el nivel de eficacia informado por *Kehle, Clark, Jenson y Wampoll* (1986) respecto del empleo del automodelado filmado para modificar conductas disruptivas e inapropiadas en tres sujetos alumnos de aula de educación especial;
 - los resultados obtenidos, en el caso particular del mutismo selectivo, por *Dowrick y Hood* (1978), *Kehle, Owen y Cressy* (1990) y, parcialmente, con los de *Pigott y González* (1987)
- c) la afirmación de *Bandura* (1971; pág. 703 --citado por *Erwin*, 1985; pág. 41--) de que donde mejor encaja el modelado es en el tratamiento de situaciones de ansiedad, dado que permite mostrar al paciente que no hay por qué anticipar consecuencias aversivas y, por otra parte, esto se puede hacer repetidas veces y con facilidad.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R; 3ª edic. revisada). Washington: APA (traduc. castell.: Barcelona, Masson 1988)
- Baldwin, S. y Cline, T. (1991). Helping children who are selectively mute. En A. Webster (Ed.). *Language and language-related difficulties. Educational and Child Psychology*, 8 (3), 72-83.
- Bandura, A. (1971). Psychotherapy Based upon Modeling Principles. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. Wiley: Nueva York.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations, of thought and action*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. y Menlove, F. L. (1968). Factors determining vicarious extinction of

- avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 99-108.
- Bandura, A.; Grusec, J. E. y Menlove, F. L. (1967). Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 16-23.
- Bluma, S.; Shearer, A.; Frohman, A. y Hilliard, J. (1978). Proyecto Portage (edición castellano). *Cooperative Educational Service Agency* (CESA), 12. Box 564. Portage, Wisconsin 53901 (EEUU).
- Bragado, C. (1992). Trastornos de ansiedad en la infancia. *Evaluación y Modificación de Conducta*, 57, 5-27.
- Cidad, E. (1987). *Modificación de conducta en el aula e integración escolar* (pp.: 119-120). Madrid: UNED.
- Cline, T. y Kysel, F. (1988). Children who refuse to speak. Ethnic background of children with special educational needs described as elective mute. *Children and Society*, 4, 327-334.
- Cunningham, Ch. E.; Cataldo, M. F.; Mallion, C. y Keyes, J. B. (1983). A review and Controlled Single Case Evaluation of Behavioral Approaches to the Management of Elective Mutism. *Child and Family Behavior Therapy*, 5 (4), 25-49
- Dowrick, P. W. y Hood, M. (1978). Transfer of talking behavior across settings using faked films. En E. L. Glynn y S. S. McNaughton (Eds.). *Proceedings of the New Zealand Conference for Research in Applied Behavior Analysis*. Auckland. New Zealand: University of Auckland Press.
- Erwin, E. (1985). *Terapia de conducta*. Madrid: Pirámide
- Gelfand, D. M.; Jenson, W. R. y Drew, C. J. (1982). *Understanding childhood behavior disorders*. Nueva York: Rinehart y Winston.
- Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877-1981. Aliterary summary. *Acta Paedopsychiatry*, 49, 297-310.
- Kehle, T.; Clark, E.; Jenson, W. R. y Wampoll, B. E. (1986). Effectiveness of self-observation with behavior disordered elementary school children. *School Psychology Review*, 15, 289-295.
- Kehle, T. J.; Owen, S. V. y Cressy, E. T. (1990). The use of self-modeling as an intervention in school psychology: a case study of an elective mute. *School Psychology Review*, 19, 115-121.
- Kolvin, I. y Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development aid back-ground factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.
- Krolin, E. B. (1988). Speech is silver. but silence is falden: day hospital treatment of two electively mute children. *Clinical Social Work Journal*, 16 (4). Invierno.
- Kurth, E. y Schweigert, K. (1972). Ursachen und Entwicklungsverläufe des Mutismus bei Kindern. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, 24, 741-749.
- Labbe, E. E. y Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 4, 273-292.

- Mayer, R. y Romanini, M. T. (1973). Il mutismo elettivo. *Neuropsychiat. infant.*, 147, 717-727.
- Olivares, J.; Méndez, F. X. y Macià, D. (1990). Tratamiento conductual de un caso de mutismo electivo en un sujeto con retraso mental. *Anales de Psicología*, 6, 59-70.
- Olivares, J.; Macià, D. y Méndez, F. X. (1991). *Revisión de estudios de caso único sobre mutismo electivo*. Manuscrito. Departamento de Metodología y Análisis del Comportamiento. Facultad de Psicología, Murcia.
- Olivares, J.; Méndez, F. X. y Macià, D. (1993). *Automodelado gradual filmado y trucado vs. desvanecimiento estimular (más refuerzo positivo) en el tratamiento del mutismo electivo*. Comunicación leída en el II Congreso de Psicología Conductual. Palma de Mallorca. Abril.
- Ollendick, D. G. y Matson, J. L. (1988). Estereotipias conductuales, tartamudez y mutismo electivo. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). *Psicopatología Infantil* (págs. 337-343). Barcelona: Martínez Roca (Original publicado en 1983).
- Paniagua, F. A. y Saced, M. A. (1988). A procedural distinction between elective and progressive mutism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 207-210.
- Pigott, H. E. y Gonzales, F. P. (1987). The efficacy of videotape self-modeling to treat electively mute child. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 106-110.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1983). *Guía de prácticas de Psicología patológica y Psicodiagnóstico* (p. 95). Madrid: UNED.
- Serrat, C. (1980). Cuestionario de áreas de compatibilidad-incompatibilidad en la pareja. En M. Costa y C. Serrat (1985): *Terapia de Parejas* (pp.: 174-177). Madrid: Alianza.
- Toub, G. S. (1978). Procedimiento rápido para la evaluación de las interacciones madre-hijo en situaciones artificiales. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.) (1984). *Psicodiagnóstico. Apéndice. Cuadernos de prácticas* (pp. 33-38). Madrid: UNED.
- Wergeland, H. (1979). Elective mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 59, 218-228.