

**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**

**Trabajo Final Integrador para la Carrera de Psicología**

**“Características del Mutismo Selectivo en un niño de  
10 años y su relación con Trastornos de Aprendizaje y  
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”**

Autor: Ferreira Tor María Cecilia

Profesor Tutor: Ricardo Zaidenberg

## INDICE

1. INTRODUCCION .....	3
2. OBJETIVOS .....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2ObjetivosEspecíficos .....	4
3. MARCO TEORICO .....	4
3.1 Algunas definiciones sobre aprendizaje, competencias y trastornos en el aprendizaje .....	4
3.1.1 Definición de aprendizaje .....	4
3.1.2 Noción de Competencia necesarias para el aprendizaje.....	5
3.1.3 Criterios del DSM 5 para el diagnóstico de trastornos de aprendizaje .....	10
3.1.4 Trastornos de aprendizaje: Función Ejecutiva, Memoria Episódica y Memoria Operativa.....	11
3.2 Trastorno de Mutismo Selectivo .....	13
3.2.1 Descripción del Mutismo Selectivo .....	13
3.2.2 Etiología del Mutismo Selectivo.....	14
3.2.3 Tratamiento del Mutismo Selectivo.....	15
3.2.4 Diagnóstico Diferencial del Mutismo Selectivo .....	16
3.3 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad .....	17
3.3.1Descripción de TDAH .....	17
3.3.2 Características de personas con TDAH .....	19
3.3.3 Tratamiento de TDAH .....	20
3.3.4 Diagnóstico Diferencial de TDAH.....	21
4METODO .....	25
4.1 Tipo de estudio .....	25
4.2 Participantes .....	25
4.3 Instrumentos .....	25
4.4 Procedimiento .....	26

5.DESARROLLO .....	27
5.1 Características del mutismo selectivo presentes en el niño.....	27
5.2 Evaluación de un posible diagnóstico diferencial entre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y mutismo selectivo en el caso .....	31
5.3 Análisis de los trastornos en el aprendizaje en el niño a partir de las competencias logradas .....	32
6. CONCLUSION .....	36
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	40

## **1.INTRODUCCION**

El presente trabajo se basa en la residencia que se llevó a cabo en el gabinete psicológico de una institución de enseñanza de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El colegio es una institución de enseñanza privada de doble jornada y confesional con un perfil socioeconómico medio-alto.

La residencia se cumplió a lo largo de cinco meses, tres veces por semana, cuatro horas por día (280 horas). En el transcurso de la misma se llevaron a cabo distintas actividades. Entre ellas: se tomaron tests de manera colectiva en distintos grados, se pasaron actas, se presenciaron entrevistas a padres y entrevistas con alumnos de manera particular, se asistió a la ludoteca para observar el comportamiento de los niños, se presenciaron reuniones de padres a fin de observar distintas problemáticas allí planteadas, se asistió a reuniones con especialistas en temáticas relacionadas con cuestiones escolares, como ser bullying y cyber bullying, información a los padres sobre el manejo de las redes sociales y temas relacionados con el aprendizaje de los niños y las tareas escolares.

En este trabajo se describirán las características del Mutismo Selectivo en un niño de 10 años que asiste a la institución y su relación con Trastornos de Aprendizaje y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Para tal fin se comenzará describiendo las diferentes competencias de aprendizaje fundamentales en la etapa escolar a fin de analizar cuáles de ellas se encuentran presente en el niño y cuáles no ha llegado a desarrollar. Se tendrán en cuenta los diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad y Mutismo Selectivo, realizados por profesionales tratantes del niño (psicólogo, psiquiatra y psicopedagogo), para poder analizar su impacto en el aprendizaje.

## **2.OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo General

1) Describir las características de Mutismo Selectivo en el caso de un niño de 10 años y su relación con Trastornos de Aprendizaje y Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

### 2.2 Objetivos Específicos

1) Describir las características del Mutismo Selectivo en el niño durante la jornada escolar.

2) Analizar los trastornos en el aprendizaje en el niño con Mutismo Selectivo a partir de las competencias logradas.

3) Evaluar un posible diagnóstico diferencial en el niño entre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y Mutismo Selectivo.

## **3. MARCO TEORICO**

3.1 Algunas definiciones sobre aprendizaje, competencias y trastornos en el aprendizaje

### 3.1.1 Aprendizaje

Siguiendo a Pozo (1996) el aprendizaje es un sistema que relaciona tres componentes básicos. El primero de ellos son las condiciones del entorno o del propio aprendiz, que pueden facilitar u obstaculizar el aprendizaje. El segundo componente lo constituyen las acciones y procesos mentales que pone en juego quien aprende. Por último, se encuentran los resultados alcanzados o esperados.

En el curso del aprendizaje, el aprendiz genera ideas acerca de dónde y cuándo (condiciones), cómo (procesos) y qué se aprende (resultados). Es decir, una persona no solo aprende, sino que se representa el aprendizaje y a sí mismo en tanto aprendiz, a excepción de personas que padecen alteraciones severas (Pozo, 1996)..

Las concepciones de aprendizaje constituyen así un espacio transicional entre la persona y la cultura. Participan de una dimensión personal y subjetiva que se encuentra fuertemente impregnada por los modos de hacer, expresar y pensar característicos de los grupos sociales más o menos amplios con los que la persona interactúa (Pozo, 1996).

Vygotsky propone que la escolaridad formal debe formar en los niños los conceptos científicos por medio de la modificación consciente de los conceptos

cotidianos que el niño ha desarrollado mediante el juego, las interacciones sociales (especialmente entre padres e hijos) y la exploración del ambiente y de los objetos. Estos conceptos cotidianos son el resultado de la generalización e internalización de las experiencias diarias personales pero con frecuencia no son sistemáticos ni conscientes (Vygotsky, 1934, citado en Sierra Fietzgerald & Ocampo Gaviria, 2013).

En referencia al rendimiento escolar, Ferragut y Fierro (2012) plantean que la concepción de inteligencia tradicional no es el único indicador del mismo. Destacan que la inteligencia emocional y el bienestar personal ejercen un papel importante en el rendimiento académico desde etapas escolares.

### 3.1.2 Noción de competencias necesarias para el aprendizaje

Tomando en cuenta la perspectiva de Tovar-Gálvez y Cárdenas (2012) la competencia se relaciona con las formas de actuar de un sujeto ante las demandas sociales; e incluye conocimientos, habilidades y valores. El desempeño del sujeto se considera satisfactorio en la medida en que resuelva la situación o demanda en el marco de los valores priorizados por la sociedad. Así, la competencia y el desempeño esperado son históricos y se transforman con la sociedad.

Mediante el proceso educativo se trata de favorecer el tránsito del control externo, realizado por el docente, al control interno del sujeto; es entonces necesario enseñar a aprender y desarrollar habilidades, con tendencia al autocontrol (Tovar-Gálvez y Cárdenas, 2012). La competencia se expresa de forma fenoménica en el desempeño. La misma tiene sus raíces en la personalidad y sus diferentes formaciones, mientras que su tronco y ramas van relacionándose con el modo de actuación, que lo define como una abstracción que modela lo que la sociedad espera de un conjunto de sus integrantes. Es la personalidad transformada por el proceso formativo en cierto modo de actuación; y, a la vez, el modo de actuación modificado, interpretado, por un ser humano, que le imprime sus características (Barreto, Ruiz & Blanco, 2006).

Climent Bonilla (2009) realiza una clasificación de acuerdo al papel de las competencias:

- Competencias claves. Estas son importantes en múltiples aspectos de la vida, contribuyen al éxito de las personas y a un buen funcionamiento de la sociedad. Y se clasifican a su vez en:

-Intrapersonales: Son las habilidades, destrezas y actitudes que determinan la conducta individual, los estados mentales, las reacciones, el estilo de imitación y el estilo de comunicación.

-Interpersonales: De carácter social; atañen a la interacción con otros y la colaboración.

- Competencias transcurriculares. Abarcan un amplio espectro de conocimientos, habilidades y valores que son necesarios para el correcto desenvolvimiento personal, social y laboral de los individuos. Son aprendidas sobre todo en el transcurso de la educación inicial, desde la infancia y la adolescencia temprana , hasta la madurez.

- Competencias socio-normativas. Son de gran importancia para la vida y el funcionamiento adecuado de los individuos en la sociedad, en lo relativo a la educación social y cívica especialmente.

- Competencias técnico-instrumentales. Como las socio-normativas, son relevantes para la vida y el adecuado funcionamiento de los individuos en la sociedad. Son consideradas fundamentales para el aprendizaje de todas las materias y disciplinas que se imparten en los diferentes grados, niveles y modalidades de la educación inicial; y asimismo, trascienden en el aprendizaje extraescolar, el desempeño laboral y la vida social.

- Metacompetencias. Son competencias de orden superior , que van más allá de la información básica y las habilidades rutinarias derivadas de procesos de interiorización y aprendizaje profundo, como la creatividad, el sentido común el pensamiento crítico, la capacidad reflexiva, el análisis sistémico u holista, la agilidad mental, el conocimiento de sí mismo y el aprendizaje balanceado de distintas competencias.

En relación a las competencias en el proceso de aprendizaje escolar Geary (2010), propone una perspectiva evolutiva donde caracteriza dos tipos de competencias: las habilidades biológicas primarias o conocimientos intuitivos y las competencias secundarias o académicas. Los conocimientos intuitivos son de naturaleza implícita y se desarrollan de manera natural. Las habilidades cognitivas secundarias se construyen por medio de la modificación consciente de los conocimientos intuitivos a través de la instrucción formal; instrucción que es adquirida durante la escolaridad y cuyo fin principal es el de asegurar que los niños asimilen las competencias académicas para el exitoso funcionamiento ocupacional

y social en una sociedad caracterizada por ser cada vez más tecnológica y científica.

Sierra Fietzgerald y Ocampo Gaviria (2013) relacionan esto con lo especificado por Vigotski en 1934 que consideró que los conceptos científicos se adquieren a través de la instrucción escolar de manera consciente, siendo las competencias secundarias que más se enfatizan al comienzo de la escolaridad la lectura, la escritura y las matemáticas. Del mismo modo, la lectura y la escritura se construyen sobre los sistemas primarios de comunicación conforman los conocimientos psicológicos intuitivos.

La Recomendación del Parlamento Europeo (2006) considera que las competencias claves para el aprendizaje permanente constituyen un conjunto de conocimientos, capacidades y actitudes adecuados al contexto. Son necesarias para la realización personal de los individuos y para su integración social, así como para la ciudadanía activa y el empleo.

Dicho Parlamento define ocho competencias clave y describe los conocimientos, capacidades y actitudes esenciales que se vinculan a cada una de ellas. Estas competencias clave son:

- La comunicación en la lengua materna: definida como la habilidad para expresar e interpretar conceptos, pensamientos, sentimientos, hechos y opiniones de forma oral y escrita (escuchar, hablar, leer y escribir), y para interactuar lingüísticamente de manera creativa y adecuada en todos los posibles contextos sociales y culturales.
- La comunicación en lenguas extranjeras: implica las mismas competencias básicas de la comunicación en lengua materna pero además la mediación y comprensión intercultural. El grado de dominio depende de varios factores y de las capacidades de escuchar, hablar, leer y escribir.
- La competencia matemática y las competencias básicas en ciencia y tecnología: se define como la capacidad de desarrollar y aplicar un razonamiento matemático para resolver problemas diversos de la vida cotidiana, haciendo énfasis en el razonamiento, los conocimientos y la actividad. Las competencias básicas en ciencia y tecnología se refieren al dominio, la utilización y la aplicación de conocimientos y metodología que se emplean para explicar la naturaleza. Debido a esto, entrañan una comprensión de los cambios ligados a la actividad humana y la responsabilidad de cada individuo como ciudadano.

- La competencia digital: implica un uso seguro y crítico de las tecnologías de la sociedad de la información (TSI) y, por lo tanto, acarrea el dominio de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).
  - Aprender a aprender: esta competencia se encuentra vinculada al aprendizaje, a la capacidad de emprender y organizar un aprendizaje ya sea de manera grupal o individual, según las necesidades propias del individuo, así como a ser conscientes de los métodos y determinar las oportunidades disponibles.
  - Las competencias sociales y cívicas: se refiere a las competencias personales, interpersonales e interculturales, como así también a todas las formas de comportamiento de un individuo para participar de manera eficaz y constructiva en la vida social y profesional. Dicha competencia se corresponde con el bienestar personal y colectivo. La comprensión de las costumbres y de los códigos de conducta de los distintos entornos en los que el individuo se desarrolla es fundamental. Un individuo puede asegurarse una participación cívica, activa y democrática gracias a estas competencias cívicas, especialmente a través del conocimiento de las nociones y las estructuras sociales y políticas (democracia, justicia, igualdad, ciudadanía y derechos civiles).
  - El sentido de la iniciativa y el espíritu de empresa: consiste en la habilidad de transformar las ideas en actos y se encuentra relacionado con la creatividad, la asunción de riesgos y la innovación, como así también con la habilidad para planificar y gestionar proyectos para alcanzar objetivos. Las personas son conscientes del contexto en el que se sitúa su trabajo y pueden aprovechar las ocasiones que se les presenten. Estas dos competencias son el fundamento para la adquisición de cualificaciones y conocimientos específicos necesarios para aquellos que crean algún tipo de actividad social o comercial o que contribuyen a ella. Dicho espíritu debería comportar asimismo una concienciación sobre los valores éticos y promover la buena gobernanza.
  - La conciencia y la expresión culturales: manifiestan la conciencia de la importancia de la expresión creativa de ideas, experiencias y emociones a través de distintos medios (la música, las artes escénicas, la literatura y las artes plásticas). Estas competencias clave son interdependientes y, para cada una de ellas, se hace hincapié en la reflexión crítica, la creatividad, la iniciativa, la resolución de problemas, la evaluación de riesgos, la toma de decisiones y la gestión constructiva de los sentimientos.
- Pérez-Sánchez, Poveda-Serra y Gilar Corbi (2010) mencionan que las personas necesitan desarrollar su identidad e independizarse de la familia manteniendo la pertenencia al grupo, lo

que supone desarrollar competencias sociales dentro de las cuales se incluyen estrategias de afrontamiento. Mestre, Guil, Lopes, Salovey y Gil-Olarte, (2006) señalan que de aquellos los alumnos que presentan dificultad para regular sus emociones, es razonable que tengan mayor posibilidad de experimentar dificultades en la adaptación al entorno social, a la escuela y posteriormente al trabajo, de esta manera es razonable que los alumnos con mayor capacidad para identificar, comprender y regular sus emociones se adapten mejor socialmente, ya que las habilidades sociales se encuentran asociadas positivamente con la calidad de las interacciones sociales, con la conducta pro social y el rendimiento académico. De esta manera, Mestre et al. (2006) consideran que el desarrollo intelectual supone la habilidad de emplear y regular emociones para incrementar la concentración, facilitar el pensamiento, controlar la conducta impulsiva y rendir frente a condiciones de estrés.

3.1.3 Trastornos de aprendizaje según el DSM 5 Según el DSM 5 de la American Psychiatric Association (2013) los trastornos de aprendizaje se encuentran dentro del apartado de los trastornos del neurodesarrollo. La persona para ser diagnosticada con trastornos de aprendizaje debe presentar dificultades de aprendizaje y el uso de las habilidades académicas, con la presencia de alguno de los siguientes síntomas:

- Lectura de palabras inexacta o lento y con esfuerzo, una dificultad para entender el significado de lo que se lee, presentar dificultades con la ortografía, presentar dificultades con la expresión escrita, manifestar dificultades de sentido de los números, hechos numéricos o cálculo, mostrar dificultades con el razonamiento matemático.
- Los conocimientos académicos afectados deben ser sustanciales y cuantificables por debajo de lo esperado para la edad cronológica de la persona, causando una interferencia significativa con el rendimiento académico o laboral, o con las actividades de la vida diaria, como lo confirman las medidas estandarizadas administradas individualmente y la evaluación clínica integral.
- Las dificultades de aprendizaje deben comenzar durante los años de edad escolar pero puede no manifestarse plenamente hasta que las demandas de las competencias académicas excedan las limitadas capacidades de la persona.
- Las dificultades de aprendizaje no deben explicarse mejor por la discapacidad intelectual, otros trastornos mentales o neurológicos, la adversidad psicosocial, la falta de dominio del idioma de instrucción académica o instrucción educativa inadecuada.

3.1.4 Trastornos de aprendizaje: Funciones Ejecutivas, Memoria Episódica y Memoria Operativa Papazian, Alfonso y Luzondo (2006) definen a las funciones ejecutivas como procesos mentales que permiten resolver deliberadamente tanto problemas internos como externos. Consideran que los problemas internos son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social y los externos resultan de la interacción del individuo y su entorno. Los autores señalan que a fin de solucionar estos problemas, las funciones ejecutivas inhiben la influencia de las emociones y las motivaciones, poniendo en estado de alerta máxima el sistema de atención selectivo y sostenido antes, durante y después de tomar una acción Papazian et al (2006). Berdejo García y Bechara (2010) señalan que las mismas constituyen mecanismos de integración intermodal e intertemporal que posibilitan proyectar cogniciones y emociones desde el pasado hacia el futuro con el objetivo de encontrar la solución más apropiada a situaciones novedosas y complejas. Rosselli, Jurado & Matute (2008) plantean que dentro de las llamadas funciones ejecutivas, han sido incluidas una gran variedad de destrezas, tales como la capacidad para establecer metas, el desarrollo de planes de acción, la flexibilidad de pensamiento, la inhibición de respuestas automáticas, la autorregulación del comportamiento, y la fluidez verbal. A la vez resaltan que algunas de las funciones ejecutivas que han sido más estudiadas en psicología son el control atencional, la habilidad para planear, la flexibilidad cognoscitiva y la fluidez verbal. Las funciones ejecutivas tienen una estrecha relación con el aprendizaje, ya que tienen como principal objetivo facilitar la adaptación del sujeto a situaciones nuevas y/o complejas, en las que las rutinas sobre aprendidas resultan insuficientes. Asimismo, participan de manera activa en la autorregulación. De este modo, intervienen en actividades como la regulación de emociones, la atención sostenida y la habilidad para anticipar las consecuencias de las acciones (Papazian et al 2006).

De manera semejante, Geary (2010) señala que lo que mejor predice la facilidad para aprender las competencias académicas enseñadas en la educación formal es la inteligencia fluida. Entre sus habilidades se encuentra la memoria operativa y las funciones ejecutivas, cuyo procesamiento se lleva a cabo principalmente en la corteza prefrontal dorsolateral. Esta representa de manera explícita las metas y mantiene activa la información que debe ser manipulada por la memoria operativa. Se requiere la activación simultánea y sincronizada de las áreas de la corteza prefrontal dorsolateral y de las regiones del cerebro involucradas en la tarea específica a realizar.

Por otra parte, Roselli et al (2008) consideran que la memoria episódica es esencial para el desempeño eficaz de habilidades cognitivas, como la resolución de problemas y la comprensión del lenguaje oral y escrito. Introzzi et al (2012) señalan que la memoria episódica es la responsable de codificar, almacenar y recuperar los eventos experimentados de manera directa y personal ligados a un contexto espacio-temporal concreto.

El aprendizaje académico depende de los sistemas cognitivos y de las estructuras corticales y subcorticales que apoyan el desarrollo de las estructuras primarias intuitivas, de aquellos que posibilitan conectar de manera novedosa los sistemas primarios y de aquellos que apoyan la modificación de conocimientos intuitivos para crear las competencias secundarias (Sierra Fitzgerald & Ocampo Gaviria, 2012).

## 3.2 Mutismo Selectivo

### 3.2.1 Descripción del Mutismo Selectivo

El mutismo selectivo es un trastorno caracterizado por la ausencia de discurso hablado en al menos una situación específica en donde se espera que el sujeto se exprese verbalmente. Este déficit no es una situación generalizada a todos los ámbitos de la vida de la persona (Scott & Beidel, 2011).

Según el DSM-5 de la American Psychiatric Association (2013) el Mutismo Selectivo se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad. Para cumplir con la definición la persona debe cumplir los siguientes criterios: una incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas donde se espera que hable a pesar de hacerlo en otras situaciones, la alteración interfiere en el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social, la duración de la alteración es de al menos un mes, la incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo (por ejemplo: esquizofrenia u otro trastorno psicótico).

Busse y Downey (2011) señalan que el Mutismo Selectivo suele llevar a una pobre interacción social, a una deficiencia en la adquisición del lenguaje y a una imposibilidad de cumplir con lo esperado para el niño- acorde a su edad y características personales -dentro del ámbito escolar.

Las actividades, como las personas y el lugar cobran importancia en la evaluación de este trastorno. Esto sucede debido a que los que padecen mutismo selectivo suelen hablar en la casa más que fuera de ella. La dificultad de hablar aparece principalmente ante quienes representan autoridad o los evalúan, como ser los profesores (Balbuena Teruel & López Herrero, 2013).

Los niños inhibidos experimentan ansiedad ante estímulos cambiantes, desconocidos o inciertos, es por esto que reaccionan inicialmente mostrando signos de sufrimiento, moderación del comportamiento y latencias largas para interactuar. Suelen dejar de hablar y jugar, tratan de permanecer cerca de la seguridad que sus padres ofrecen, Kagan, Snidman & Arcus (1998 citado en Ordóñez-Ortega, Espinosa Fernández, García López & Muela Martínez, 2013). Lao, Bosacki, Akseer y Coplan (2013) expresan que para los niños inhibidos, ir a la escuela es una actividad particularmente estresante. Esto hace que se impliquen en menor medida en actividades sociales y puedan expresar, a largo plazo,

dificultades de adaptación. Son evaluados con mayor número de problemas emocionales que sus compañeros.

Los datos epidemiológicos de mutismo selectivo indican una prevalencia del 0,69% en niños menores de 5 años residentes en el Reino Unido, decayendo la misma hacia el final de la etapa escolar y afectando más a mujeres que a hombres (Sadock & Sadock, 2009).

Christon, Robinson, Arnold, Lund, Vrana & Southam-Gerow (2012) señalan que menos del 1% de los niños en edad escolar tienen mutismo selectivo, y es extremadamente raro en adolescentes y adultos.

### 3.2.2 Etiología del Mutismo Selectivo

El Mutismo Selectivo se trata de un trastorno que presenta muy poca integración en cuanto a cuál es su etiología, que actualmente se considera como parte de una gran cantidad de factores ligados al desarrollo, dejando un amplio espectro para argumentar distintos tipos de intervenciones posibles, sin que haya alguna que se destaque marcadamente por sobre otras (Viana, Beidel & Rabian, 2009).

No obstante, se sostiene de manera generalizada a la ansiedad como el factor común que interviene en el trastorno (Scott & Beidel, 2011).

En los últimos años la concepción de la etiología fue variando desde la idea de un niño con características negativistas hasta un cierto consenso en la actualidad de que comparte los factores que determinan la presencia de la fobia social, pudiendo ser considerado como un subtipo de la misma (Sadock & Sadock, 2009).

Es importante señalar la importancia de los vínculos familiares dentro del proceso de socialización y formación del infante. En este proceso de socialización la familia acompaña e inserta al niño en la adquisición e internalización de las normas sociales en cuanto a procesos cognitivos, emocionales y de conducta a través de su propias creencias y sus acciones parentales frente al niño (Grusec & Davidov, 2007). Dicho esto, se observa la presencia de una marcada mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresivos entre la población parental de niños con Mutismo Selectivo en comparación con la población parental general (Alyanaka, Kılınçaslana, Harmancia, Demirkayab, Yurtbaya, & Vehidc, 2013).

Ordóñez-Ortega et al. (2013) consideran que los padres que se muestran poco afectivos con sus hijos, les exteriorizan poca aceptación y un bajo nivel de afinidad, generando mayores posibilidades de desarrollar una relación insegura, posibilitando el desarrollo de trastornos de ansiedad. El autor postula a su vez que una protección excesiva puede transmitir al niño un mensaje de que el mundo es

peligroso y reducir el contacto del niño con estímulos novedosos o amenazantes, minimizando sus experiencias y reforzando la dependencia hacia los demás.

### 3.2.3 Tratamiento del Mutismo Selectivo

Pueden distinguirse el tratamiento a seguir en el ámbito escolar según como se presente la disfunción. Puede aplicarse de manera preventiva para chicos con presencia de factores de riesgo. Puede tratarse en estadios prematuros aunque aún no termine de conformarse como una disfunción marcada. O bien, deberá tratarse diferencialmente si ya se presenta de manera estable como una disfunción en el niño (Busse & Downey, 2011).

Busse y Downey (2011) señalan en la atención primaria y secundaria de la salud la importancia de la psicoeducación hacia la familia y los educadores para prevenir la aparición de la disfunción ante la presencia de los factores de riesgo mencionados. Proponen focalizarse inicialmente en la transición desde el jardín hacia la escuela primaria proveyendo al niño tanto habilidades lingüísticas como de ámbitos contenedores como lo son las terapias grupales.

La intervención temprana de mutismo selectivo posibilita una disminución de probabilidades de generar un trastorno relacionado con la ansiedad más adelante en la niñez (Conn & Coyne, 2014).

Kearney y Spear (2013) señalan que cuando el trastorno se encuentra ya presente como disfunción, el tratamiento debe estar focalizado en la evaluación de los parámetros y la función cumplida por el trastorno en sí, destacando como herramientas a utilizar las entrevistas semi estructuradas como cuestionarios y un seguimiento diario del funcionamiento del niño dentro del marco escolar.

Por otro lado Mitchell y Kratochwill (2013) evaluaron la eficacia de un acercamiento integrador entre la familia y la escuela, siendo las mismas las esferas que conforman los ámbitos socializadores del chico. Propusieron la exploración conductual de cada participante y la conformación de un tratamiento específico para cada uno de ellos. Se obtuvo como resultado una mejora a partir del análisis subjetivo parental, pero no pudieron comprobarse mejoras en el rendimiento escolar diario de los participantes (Mitchell & Kratochwill, 2013).

Ponzurick (2012), refiriéndose al ámbito escolar, señala la importancia de la enfermera de la escuela en cuanto a la eficacia de la evaluación y del tratamiento del niño con este trastorno. Esta profesional cumple un rol significativo como miembro del equipo de apoyo educativo, permitiendo la comunicación entre los padres, el personal escolar y el personal médico.

En un estudio de caso particular se informa la aplicación de un programa de intervención en el que utilizaron técnicas de relajación y refuerzo positivo con el fin de lograr que el participante supere el mutismo en la escuela. Dentro del mismo análisis de caso se destaca la consecución de ciertos logros realizados por un chico de 8 años a partir de la intervención y se recomienda continuar por un estilo de tratamiento similar para promover mejores resultados (Balbuena Teruel & López Herrero, 2013).

#### 3.2.4 Diagnóstico Diferencial del Mutismo Selectivo

Según el DSM 5 de la American Psychiatric Association (2013) el Mutismo Selectivo debe distinguirse de:

- Trastornos de la comunicación: como el trastorno del lenguaje, trastorno del sonido del habla (trastorno fonológico anteriormente), trastorno de la fluidez (tartamudez), o pragmáticos (social) trastorno de la comunicación. A diferencia de mutismo selectivo, la alteración del habla en estas condiciones no se limita a una situación social específica.
- Trastornos del desarrollo neurológico y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: Las personas con un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o discapacidad intelectual severa pueden tener problemas en la comunicación social y ser incapaz de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el Mutismo Selectivo debe ser diagnosticado sólo cuando un niño tiene una capacidad establecida para hablar en algunas situaciones sociales.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social): La ansiedad social y evitación social en el trastorno de ansiedad social pueden estar asociados con mutismo selectivo. En tales casos, ambos diagnósticos se pueden dar.

### 3.3 Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

#### 3.3.1 Descripción de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) el TDAH se encuentra dentro de los trastornos del neurodesarrollo, en el apartado de trastornos por déficit de atención.

Para cumplir con la definición la persona debe cumplir con los siguientes criterios:

- Un patrón persistente de falta de atención y / o hiperactividad.
- Impulsividad: Interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de las actividades. Por ejemplo: mueve en exceso las manos o pies o se retuerce en su asiento,

abandona su asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado, corre o salta en situaciones en las que es inapropiado, no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja, actúa como si tuviera un motor, habla excesivamente, precipita una respuesta ante una pregunta que no se ha completado, tiene dificultad para esperar su turno, interrumpe o se inmiscuye en otros. Estos síntomas de falta de atención o hiperactividad - impulsividad deben haber persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que no es compatible con el nivel de desarrollo y que afecta directamente en las actividades sociales y académicas/profesionales.

- Inatención: Implica alguno de los siguientes síntomas. A saber, la persona no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en tareas escolares, en el trabajo, o durante otras actividades, parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares o deberes en el lugar de trabajo, tiene dificultades para organizar tareas y actividades, evita, o le disgusta dedicarse a tareas que requieren sostenido esfuerzo mental, extravía objetos necesarios para tareas o actividades, se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, es descuidado en las actividades diarias.

Los síntomas deben manifestarse antes de los 12 años de edad, varios síntomas de falta de atención o de hiperactividad- impulsividad deben estar presentes en dos o más entornos, se debe evidenciar que los síntomas interfieren con, o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral y los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Según la American Psychological Association (2013), se estima la prevalencia del TDAH en la mayoría de las culturas en alrededor del 5% de los niños y aproximadamente 2,5% de los adultos. López Villalobos (2011) postula que la más citada entre los niños de edad escolar oscila en torno a un 5 % y una observación de estudios de prevalencia mundial realizados entre 1978 y 2005 en población de hasta 18 años, mostró una prevalencia media en torno al 5,29 %, notándose gran variabilidad.

Existen tres subtipos de TDHA. El predominantemente hiperactivo/impulsivo, con mayor prevalencia en niños menores (3-5 años), el combinado con mayor prevalencia en la edad escolar (6-11 años), y el predominantemente desatento es más frecuente para los mayores y adultos (9-13 años). De esta manera, se señala

que la edad se relaciona con la manifestación de los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad (Zuluaga Valencia & Vasco Uribe, 2009) Jarque Fernández, Tárraga Mínguez y Miranda Casas (2007) consideran que el TDAH es de naturaleza crónica, de manera tal que un 50 y un 80% de niños con este trastorno sigue manifestando síntomas relacionados con el trastorno posteriormente, en la adolescencia.

Para un diagnóstico adecuado del trastorno de TDAH se debe recoger información de distintos informantes y contextos en los que habitualmente el niño se desenvuelve (especialmente el hogar y LA escuela). Es importante atender diferentes áreas de funcionamiento: síntomas y conductas asociadas al TDAH, capacidad cognitiva, aprendizajes académicos, relaciones sociales, entre otros (Zuluaga Valencia & Vasco Uribe, 2009).

### 3.3.2 Características de personas con TDAH

En relación con la autorregulación emocional, los niños que presentan TDAH se muestran más ansiosos, irritables, hostiles y tienden a manifestar niveles mayores de frustración cuando los refuerzos externos declinan. De esta manera pueden aparecer comportamientos opositoristas, somatizaciones, desordenes de conducta o con perjuicios sociales, aceptación social baja y fracaso escolar (Ordóñez Ortega et al., 2013).

En un estudio reciente se señala una relación entre trastornos de aprendizaje y TDAH, particularmente en el razonamiento verbal, la memoria visual-auditiva y la integración visomotor (Talero Gutiérrez, Velez Van Meerbeke & González Reyes, 2012).

El TDAH puede causar dificultades en distintos niveles del desarrollo (cognitivo, lenguaje, motor, emocional, aprendizaje), en el desempeño escolar de los niños (el trabajo productivo en clase) y el rendimiento (el grado de dificultad del material que los niños han llegado a dominar). Los niños con este trastorno son más vulnerables a tener bajo rendimiento escolar, necesitar tutoría académica o repetir de año (Zuluaga Valencia & Vasco Uribe, 2009).

Miranda y Soriano (2011) señalan que investigaciones recientes acerca del rendimiento y el logro académico de niños con TDAH, mostraron evidencia de que estos pueden ser explicados por fallos en el funcionamiento cognitivo. Explican que las causas de las dificultades en tareas que requieren estrategias complejas y capacidades organizativas se producen no por la falta de habilidades per se, sino por el uso ineficaz de habilidades estratégicas durante las propias tareas.

### 3.3.3 Tratamiento de TDAH

Dias et al. (2013) consideran que el tratamiento recomendado para el TDAH incluye diversos enfoques, de los cuales el farmacológico y la intervención psicosocial serían las más efectivas. A su vez, con respecto al tratamiento farmacológico aporta que la primera en la lista para el tratamiento del trastorno son los estimulantes (metilfenidato, sales mixtas de anfetamina y derivados anfetamínicos - lisdexamfetamine y dextroanfetamina) y en segundo lugar son atomoxetina, los antidepresivos tricíclicos, bupropión, y alfa-agonistas.

Jarque Fernández (2012) postula que si bien la eficacia del tratamiento farmacológico sobre los síntomas del trastorno es significativa, no lo es con el rendimiento académico o las relaciones sociales.

Zuluaga Valencia y Vaco Uribe (2009) señalan que los tratamientos que se han demostrado científicamente eficaces en los niños con TDAH son: los programas de intervención cognitivo-conductual, el tratamiento farmacológico, el entrenamiento de los padres en métodos de manejo de la conducta del niño, la implementación de estrategias de manejo de la conducta del niño por parte de los profesores y programas de terapia multimodal (combinaciones de estos tratamientos).

Para poder implementar con éxito los tratamientos, ya sean intervenciones farmacológicas como psicopedagógicas, es necesario que los padres y maestros, que son los agentes de socialización del niño, dispongan de conocimientos suficientes sobre el TDAH (Jarque Fernández et al., 2007).

Los maestros proporcionan un *feedback* sobre los efectos que las intervenciones tienen sobre las diversas áreas de funcionamiento del niño. Las estimaciones conductuales y los juicios que hacen los maestros, en la práctica clínica se consideran como información relevante para ajustar la dosis de medicación. El maestro es una pieza fundamental para la intervención y evaluación del trastorno sea efectiva (Jarque Fernández et al., 2007).

### 3.3.4 Diagnóstico diferencial de TDAH

Según el DSM 5 de la American Psychiatric Association (2013) el trastorno por déficit de atención e hiperactividad debe distinguirse de:

- El trastorno negativista desafiante: Los individuos con trastorno oposicionista desafiante pueden resistir del trabajo o la escuela las tareas que requieren la auto aplicación porque resisten conforme a demandas de los demás. Su

comportamiento se caracteriza por la negatividad, hostilidad y rebeldía. Estos síntomas deben diferenciarse de la aversión a la escuela o tareas mentalmente exigente debido a la dificultad en sostener el esfuerzo mental, olvidando las instrucciones, y la impulsividad en las personas con TDAH. Para complicar el diagnóstico diferencial, algunas personas con TDAH pueden desarrollar actitudes de oposición secundarias hacia dichas tareas y devaluar su importancia.

- El trastorno explosivo intermitente: TDAH y trastorno explosivo tienen altos niveles de comportamiento impulsivo. Sin embargo, los individuos con trastorno explosivo intermitente muestran agresión grave hacia los demás, que no es característica de TDHD, y no tienen problemas con el mantenimiento de la atención, como se ve en el TDAH. Además, el trastorno intermitente explosivo es poco frecuente en la infancia. Trastorno explosivo intermitente puede ser diagnosticado en la presencia de TDAH.

- Otros trastornos del desarrollo neurológico: El aumento de la actividad motora que puede ocurrir en TDAH debe ser distinguida de la conducta motora repetitiva que caracteriza el trastorno de movimientos estereotipados y algunos casos de trastorno del espectro autista. En el trastorno de movimientos estereotípicos, la conducta motora es generalmente fija y repetitiva, mientras que la intranquilidad y desasosiego en el TDAH suelen ser generalizados y no se caracterizan por movimientos estereotipados repetitivos. El trastorno de Tourette, múltiples tics frecuentes se puede confundir con la intranquilidad generalizada de TDAH. La observación prolongada puede ser necesaria para diferenciar intranquilidad de ataques de múltiples tics.

- Trastorno de aprendizaje específico. Los niños con trastorno específico de aprendizaje pueden parecer distraídos por la frustración, falta de interés o la capacidad limitada. Sin embargo, la falta de atención en los individuos con un trastorno específico de aprendizaje que no tienen TDAH no está perjudicada fuera del trabajo académico.

• La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual): Los síntomas del TDAH son común entre los niños que se encuentran en el ámbito académico que son inapropiados para su capacidad intelectual. En tales casos, los síntomas no son evidentes durante las tareas no académicas. Un diagnóstico de TDAH en la discapacidad intelectual exige que la falta de atención o hiperactividad sea excesiva para la edad mental.

• Trastorno del espectro Autista: Las personas con TDAH y aquellos con espectro autista muestran falta de atención, disfunción social y el comportamiento es difícil de manejar. La disfunción social y el rechazo de los compañeros que se ve en las personas con TDAH deben distinguirse de la desconexión social, el aislamiento y la indiferencia a las señales de comunicación faciales y tono que se ven en personas con trastorno del espectro autista. Los niños con trastorno del espectro autista pueden mostrar rabietas a causa de una incapacidad para tolerar un cambio de su curso esperado de los acontecimientos. Por el contrario, los niños con TDAH pueden portarse mal o tiene una rabieta durante una importante transición debido a la impulsividad o bajo auto-control.

• Trastorno de vinculación reactiva: Los niños con trastorno de vinculación reactiva pueden mostrar desinhibición social, pero no el grupo completo de los síntomas de ADHD, y mostrar otras características tales como una falta de relaciones duraderas que no son característicos del TDAH.

• Los trastornos de ansiedad: TDAH comparte síntomas de falta de atención con los trastornos de ansiedad, las personas con TDAH son desatentos debido a su atracción por los estímulos externos, nuevas actividades, o la preocupación por las actividades de ocio. Esto se distingue de la falta de atención debido a la preocupación y la rumiación que se observa en los trastornos de ansiedad. La inquietud podría verse en los trastornos de ansiedad, sin embargo, en el TDAH, los síntomas no se asocia a la preocupación y rumia.

• Los trastornos depresivos: Los individuos con trastornos depresivos pueden presentarse con incapacidad para concentrarse. Sin embargo, la falta de concentración en los trastornos del estado de ánimo se vuelve prominente sólo durante un episodio depresivo.

• El trastorno bipolar: Las personas con trastorno bipolar pueden haber aumentado la actividad, la mala concentración, y aumento de la impulsividad, pero estas características son episódicas. En el trastorno bipolar, el aumento de la impulsividad o falta de atención se acompaña por estado de ánimo elevado, grandiosidad, y otras características bipolares específicos. Los niños con TDAH pueden mostrar cambios significativos en el estado de ánimo en el mismo día; tal labilidad es distinto de un episodio maníaco,

que debe durar 4 o más días a ser un indicador clínico de trastorno bipolar, incluso en niños. El trastorno bipolar es poco frecuente en los preadolescentes, incluso cuando la irritabilidad severa y la ira son prominentes, mientras que el TDAH es común entre los niños y adolescentes que muestran enojo excesivo e irritabilidad.

- Trastorno de desregulación del estado de ánimo perturbador.: Este trastorno es caracterizado por irritabilidad generalizada, y la intolerancia de la frustración, pero la impulsividad y atención desorganizada no son características esenciales. Sin embargo, la mayoría de niños y adolescentes con el trastorno tienen síntomas que también cumplen con los criterios para el TDAH, que se diagnostica por separado.
- Los trastornos por consumo de sustancias. Diferenciar TDAH con trastornos por consumo de sustancias puede ser problemático si la primera presentación de los síntomas del TDAH sigue el inicio del abuso o el consumo es frecuente. Una clara evidencia de TDAH antes de abuso de sustancias por parte de los informantes o registros anteriores pueden ser esenciales para el diagnóstico diferencial.
- Trastornos de la personalidad: En adolescentes y adultos, puede ser difícil distinguir el TDAH de trastornos borderline, narcisistas, y otros de la personalidad. Todos estos trastornos comparten características de desorganización, intrusión social, la desregulación emocional y desregulación cognitiva. Sin embargo, el TDAH no se caracteriza por el miedo al abandono, la auto-lesión, la ambivalencia extrema, u otras características del trastorno de la personalidad. Puede tomar la observación clínica extendida, entrevista informativa, o historia clínica detallada para distinguir impulsividad, comportamiento socialmente intrusivo, o inapropiado de narcisista, agresivo o comportamiento para hacer el diagnóstico diferencial.
- Trastornos psicóticos: El TDAH no se diagnostica si los síntomas de falta de atención e hiperactividad ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico.
- Síntomas inducidos por medicación de TDAH: Los síntomas de falta de atención, hiperactividad, o impulsividad puede atribuir al uso de medicamentos, son diagnosticados como otros trastornos relacionados con sustancias (o desconocidos) o como no especificados.
- Trastornos neurocognitivos: Trastorno neurocognitivo profundo temprano, (demencia) y / o trastorno neurocognitivo leve no se sabe si están asociados con TDAH pero puede presentarse con características clínicas similares. Estas condiciones se distinguen de TDAH por su tarde inicio.

## **4. METODO**

### **4.1 Tipo de estudio**

El presente trabajo es un estudio descriptivo. El tipo de estudio es un modelo de caso único. Se trata de un diseño no experimental.

### **4.2 Participantes**

Se trabajó con un alumno con diagnóstico de mutismo selectivo de sexo masculino de 10 años de edad y 4 meses. El niño asiste a quinto grado en la Institución Educativa. También participó de esta investigación la madre del niño.

El núcleo familiar del menor está compuesto por el padre, la madre y un hermano menor.

### **4.3 Instrumentos**

1- Información del alumno presente en el legajo:

a) Test Gestáltico visomotor de Bender. Evalúa la madurez visomotor, el posible deterioro neurológico y el ajuste emocional (Koppitz, 1974).

b) El test de Familia Kinética. Evalúa la dinámica u estructura familiar, conflictos emocionales, vínculos familiares, sentido de pertenencia familiar (Corman, 1967).

c) El test de dibujo libre infantil evalúa características de personalidad en desarrollo de los niños. ( Wallon, 1999). d) Registro de observaciones realizadas por el gabinete que consta de conductas del alumno en el aula por parte de los maestros, desde el ingreso hasta el momento de la práctica y entrevistas con los padres del alumno. e) Datos del niño.

2- Informes de evaluación psicopedagógica externa que consiste en la administración de distintas prueba administradas: Wisc IV, pruebas pedagógicas y Dibujo de la Figura Humana.

3- Observación participante de la entrevista con la madre del niño.

4- Observación no participante del niño en el aula y el recreo.

5- Entrevistas con las maestras.

### **4.4 Procedimiento**

Se accedió al legajo del niño para poder obtener los datos de todas las evaluaciones que se fueron realizando durante los años de escolaridad y los estudios preliminares para determinar los trastornos.

Se observaron las técnicas de intervención que realizó el gabinete para que el chico alcance su escolaridad. Es decir, se evaluó desde el comienzo de la escolaridad el legajo pertinente donde consta la entrevista a padres y la

información psicológica, psicopedagógica y neurológica. Se tuvo en cuenta el análisis de los resultados de las distintas baterías psicodiagnósticas tomadas en distintos momentos de escolaridad con el objetivo de evaluar los avances en sus trastornos (trastorno de aprendizaje y trastorno de mutismo selectivo).

También se efectuó una evaluación durante la práctica. La misma se realizó dos veces por semana y constó de observaciones de la conducta del niño en el aula y en los recreos.

Se realizaron entrevistas con las maestras para conocer las estrategias que utilizaron con el niño y su percepción del avance durante el año en el que se realizó la práctica.

Se acompañó al psicólogo del gabinete a una entrevista con la madre para analizar su relato y profundizar en el entorno familiar. Finalmente se realizó una evaluación con el gabinete del colegio a fin de observar las distintas áreas afectadas en el niño y evaluar si se estaban utilizando estrategias adecuadas para lograr un mejoramiento del rendimiento escolar y del aprendizaje de las competencias necesarias y esperables en el menor.

## **5. DESARROLLO**

Tomando en cuenta el objetivo general, es decir, describir las características de mutismo selectivo en el caso de un niño de once años y su relación con trastornos de aprendizaje y trastorno de déficits de atención e hiperactividad, el presente capítulo analizará el caso a partir de los conceptos presentados del marco teórico.

El niño- a quien denominaremos de aquí en adelante A- En el momento de la observación se encontraba transitando el quinto grado.

Con respecto a la anamnesis, nació por parto con cesárea y comenzó a concurrir al jardín maternal al año y medio de vida.

### **5.1. Características del mutismo selectivo presentes en el niño**

Para el análisis de este objetivo específico se tomará en cuenta la reseña histórica psicopedagógica del niño otorgada por el gabinete del colegio, la entrevista realizada a la madre y el informe psicopedagógico.

El niño ingresó al maternal del colegio al año y medio. Ya en sala de dos años (2005) la maestra señalaba que se lo escuchaba poco.

Al año siguiente, en el registro de la sala de tres años, se resalta que: *“suele dejarse dominar, a veces lo sobreprotegen, se muestra tímido y reservado y con su maestra habla poco y no participa espontáneamente”*.

Ordóñez Ortega (2013) menciona que una protección excesiva puede hacer que el niño vea el mundo como peligroso y como consecuencia reduce el contacto con estímulos novedosos o amenazantes, minimizando las experiencias del niño y reforzando la dependencia hacia los demás. En el transcurso del mismo año, la docente destaca las dificultades que presenta A: *“habla muy poco, pero cuando en el juego lo escucho dialogar, puedo notar que su vocabulario es normal y su dicción clara”*.

En la sala de 4 años se observa que es muy querido y buscado por sus compañeros y que con ellos es conversador.

En el 2008, el niño se encuentra cursando pre- escolar. En el periodo de los meses de marzo a junio se observa que: *“Se muestra como un niño serio, callado, introvertido, algo tímido y respetuoso. Es silencioso, nunca hay que llamarle la atención, conoce y respeta las normas, no ha presentado problemas de adaptación al pre-escolar”*.

La maestra señala como llamativo que cuando se trata de actividades grupales o de intercambio, A escucha y se lo ve atento, pero no aporta ninguna idea. Para la maestra resulta difícil entablar una conversación con el niño y aún más evaluarlo, ya que responde con monosílabos cuando se le pregunta algo o directamente no contesta. Sobre fin de año se les sugiere a los padres una consulta con un neurólogo infantil.

En 2008, el niño realiza el test obligatorio de incorporación primer grado en el colegio. Los resultados, desde el punto de vista psicomotriz fueron satisfactorios, pero el gráfico de la familia revela inhibición y bloqueo.

A partir de esta descripción, cabe destacar cuestiones que se marcaron anteriormente sobre este trastorno.

Tal como refieren Scott y Bendel (2013), el mutismo selectivo se caracteriza por la ausencia del discurso hablado en al menos una situación específica donde se espera que el mismo esté presente. Es importante remarcar que esta dificultad no se generaliza a todos los ámbitos de la vida del niño, por eso a pesar de la inhibición con la maestra, se puede notar que A es buscado y conversa con sus compañeros.

Esto puede relacionarse con lo que plantean Mc Holm, Cunnigham y Vanier (2005). Para estos autores, los niños con este trastorno tienen dificultades para hablar con aquellos que representan autoridad o los evalúan. Kagan, Snidman y Arcus (1998) hablan de inhibición y refieren que los niños con esta característica

experimentan mucha ansiedad ante estímulos cambiantes o desconocidos, suelen dejar de jugar y hablar y tienden a permanecer cerca de los padres debido a la seguridad que ellos ofrecen.

En el curso de segundo grado se le pidió al niño que realice un dibujo libre. Llamó la atención de la maestra el gráfico que realizó, donde manifestó temores respecto de que la mamá no lo viniera a buscar al colegio.

Al inicio del tercer grado, se registra una reunión con la madre de A., quien menciona preocupación por el bajo rendimiento y la dispersión del niño. Aún no logró una adaptación adecuada al ritmo escolar. La mujer señala también la inhibición que presenta el niño para dialogar con los adultos. Comenta que no se cambia ni se baña solo.

Durante el curso de tercer grado, un informe realizado por la maestra de inglés, refiere que el alumno presenta grandes dificultades de aprendizaje. Se señala que no participa en la clase y cuando lo hace se lo nota muy nervioso. En actividades escritas, responde rápido pero sin pensar. La docente menciona que el niño presenta dificultad para trabajar de forma individual. De igual manera, en el mismo año, el docente de matemática señala que al niño A, le cuesta expresarse oralmente y no pide ayuda cuando no entiende.

Debido al déficit en el rendimiento escolar,, la mamá acerca un psicodiagnóstico de su hijo. Se aconseja en el informe implementación de un tratamiento psicoterapéutico individual de frecuencia semanal. El tratamiento incluirá entrevistas de orientación a padres a fin de trabajar sobre la situación familiar.

Cabe destacar, haciendo referencia al rendimiento escolar, que Ferragut y Fierro (2012) plantean que la concepción de inteligencia tradicional no es el único indicador del mismo. Destacan que la inteligencia emocional y el bienestar personal ejercen un papel importante en el rendimiento académico desde etapas escolares.

En cuarto grado se cita a la mamá para evaluar conjuntamente la situación de A. El niño está disperso, no sigue consignas y no habla espontáneamente. La docente del grado comenta que no puede expresar lo que piensa y lo que siente. No entiende consignas simples que se le explican. El hecho de que no hable, dificulta su evaluación.

En este sentido, Coplan y Arbeau (2008) y Kochanska (1998) sostienen que para los niños inhibidos, ir a la escuela es una actividad particularmente estresante. Esto hace que se impliquen en menor medida en actividades sociales y puedan

expresar, a largo plazo, dificultades de adaptación. Son evaluados con mayor número de problemas emocionales que sus compañeros.

En 2012, el equipo de orientación escolar (E.O.E.) se entrevista con el psicólogo de A. Según refiere este último la madre tiene una mirada muy descalificadora respecto de su hijo, muy exigente. Le señala lo negativo constantemente. El psicólogo descarta el diagnóstico de mutismo, dado que refiere que el niño tiene un juego simbólico rico.

Ordoñez Ortega et al. (2013) consideran que los padres que se muestran poco afectivos con sus hijos, les exteriorizan poca aceptación y un bajo nivel de afinidad, generando mayores posibilidades de desarrollar una relación insegura, posibilitando el desarrollo de trastornos de ansiedad.

La madre acerca al gabinete un informe psicopedagógico. Se muestra preocupada ya que a pesar de tener distintos maestros particulares, el niño persiste en sus dificultades en el aprendizaje.

En dicho informe se recomienda iniciar tratamiento psicopedagógico y consulta neurológica con el fin de diagnosticar si el niño presenta déficit de atención. La intervención psicopedagógica debe estar orientada a generar competencias en la comprensión de texto, en trabajar en la compensación de sus funciones ejecutivas y en las dificultades atencionales.

Se lo diagnostica neurológicamente como TDAH (trastorno por déficit de atención) y es medicado con Ritalina.

Se realiza un testado colectivo (test general a todos los alumnos) en 4to grado. De la producción de A surge un dibujo libre micrográfico y superyoico. Se lo llama para explicar algunos detalles de la Familia Kinética. y se bloquea cuando llega a la figura del padre. Se le piden datos sobre un círculo que ha dibujado en el esquema corporal.

En relación al caso del niño A, un neurólogo infantil recomienda al psicólogo que trabaje en su autoestima, la tolerancia a la frustración y la autonomía en la vida, características que como se describió anteriormente forman parte del trastorno de mutismo selectivo. Por otro, el último informe realizado por la psicopedagoga en , señala que la gran inhibición que presenta el niño, tiene un fuerte impacto en la fluidez de su inteligencia.

El último informe psicopedagógico , señala mutismo selectivo.

## 5.2 Evaluación de un posible diagnóstico diferencial entre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y Mutismo Selectivo en el caso

Debido a que previamente al diagnóstico de mutismo selectivo el niño fue diagnosticado como TDAH (y medicado en base a este diagnóstico) es importante señalar las diferencias entre ambos trastornos.

Tanto el TDAH como el mutismo selectivo presentan complicaciones en el aprendizaje, pero esto se debe a distintas cuestiones.

Teniendo en cuenta las características similares que se dan tanto en TDAH como en mutismo selectivo -y siguiendo la lectura de los diagnósticos diferenciales de cada trastorno- se señala que, el niño con TDAH presenta distracción, frustración, falta de interés o capacidad limitada, Por otro lado también presentan disfunción social y un comportamiento difícil de manejar.

Los trastornos de ansiedad en niños con TDAH se deben a su atracción por estímulos externos, nuevas actividades o por la preocupación por actividades de ocio. Distinto en mutismo selectivo, en el cual estos se originan por rumiación o por preocupación.

En relación con el caso, esto pudo observarse, ya que el niño presentaba preocupaciones reiteradas con respecto a que la madre no lo busque del colegio o miedos excesivos a que la madre salga y no vuelva más a la casa, por preocupaciones con respecto a la muerte.

En primer lugar la característica más importante de los niños diagnosticados con mutismo selectivo, consiste, como señalan Scott y Beidel (2011) en la ausencia del discurso hablado en al menos una situación específica donde se espera que el mismo esté presente; ésta no es una característica de TDAH.

En relación con el caso, esto pudo verse en distintas oportunidades en la práctica ya que al niño pocas veces se lo veía interaccionar con adultos y también por las reiteradas observaciones por parte de los profesores con respecto a la complejidad para evaluarlo debido a la dificultad que presenta el niño para expresarse verbalmente, en mayor medida en las materias donde se requiere la evaluación de manera oral, como inglés o lengua.

Los niños con trastorno de mutismo presentan timidez e inhibición. Tanto las dificultades sociales como las de adaptación, pueden deberse a la inhibición. Los niños inhibidos presentan un mayor número de problemas emocionales. (Ordóñez Ortega et al., 2013).

En el caso, pudo observarse con claridad la timidez del niño en el aula y en numerosas oportunidades para interactuar con algunos compañeros en los recreos. Se muestra muy inhibido y tímido en el aula.

A diferencia, quienes tienen TDAH, se muestran más ansiosos, irritables, hostiles y presentan altos niveles de frustración cuando los refuerzos externos declinan. Los niños con TDAH se muestran con comportamientos oposicionistas, desordenes de conducta o perjuicios sociales, tienen una aceptación social baja y fracaso escolar (Ordóñez Ortega et al., 2013).

En relación con el caso, si bien el niño presenta problemas en el rendimiento escolar y desordenes de conducta, éstos parecen deberse más a su inhibición e incapacidad para relacionarse socialmente.

### 5.3 Análisis de los trastornos en el aprendizaje en el niño a partir de las competencias logradas

Para describir los trastornos de aprendizaje que se ven en el niño diagnosticado con mutismo selectivo, se tendrán en cuenta las competencias necesarias en la escuela para un adecuado aprendizaje, se evaluará con cuáles cumple y en cuáles se muestran complicaciones.

Las competencias que se tendrán en cuenta son las señaladas por el Parlamento Europeo (2006). Es decir: la comunicación en la lengua materna, la comunicación en lenguas extranjeras, las competencias matemáticas y las básicas en ciencia y tecnología, la competencia digital, aprender a aprender, el sentido de iniciativa y el espíritu de empresa y por último la conciencia y la expresión culturales.

La comunicación en la lengua materna, es decir, la relacionada con la habilidad para expresar e interpretar conceptos, pensamientos, sentimientos, hechos y opiniones de forma oral y escrita como también para interactuar lingüísticamente de manera adecuada en todos los contextos, no se desarrolla de manera correcta en A.

Ya que desde los primeros registros se observa que tiene complicaciones en lo que respecta a su capacidad para poder expresarse y transmitir conocimientos, pensamientos o sentimientos.

Como se mencionó anteriormente, en el registro de cuarto grado, la maestra señala que A, no sigue consignas y no habla espontáneamente. Tampoco puede expresar lo que siente y piensa. No entiende consignas simples que se le explican. La psicopedagoga del colegio comenta que utilizan estrategias de intervención

específicas con este alumno, debido a las complicaciones que aparecen en el aprendizaje a causa del trastorno.

La competencia de la comunicación en lenguas extranjeras, que implica las básicas de la comunicación en lengua materna más la mediación y comprensión intercultural, considerando que esta competencia depende de las capacidades de escuchar, hablar, leer y escribir, también se encontraría dañada. La profesora de inglés comenta que tiene mucha dificultad para evaluar al niño porque este presenta exacerbada ansiedad para expresarse y hablar.

La competencia matemática requiere de la capacidad de desarrollar y aplicar un razonamiento matemático para resolver problemas de la vida cotidiana, haciendo énfasis en el razonamiento, los conocimientos y la actividad. Las competencias básicas en ciencia y tecnología se refieren al dominio, la utilización y la aplicación de conocimientos empleados para explicar la naturaleza, lo cual implica comprender los cambios ligados a la actividad humana y la responsabilidad de cada individuo como ciudadano.

Ambas competencias se encontraría dañadas en A, ya que como se observa en el informe psicopedagógico, el niño presenta dificultades en aspectos de las funciones ejecutivas, como en la capacidad para activarse frente a un estímulo, monitorear su propia conducta, organizarse y poder llevar adelante un plan, desarrollando autonomía en relación a lo esperado para su edad. La competencia digital, implica un uso seguro y crítico de las tecnologías y acarrea el dominio de las mismas como de la información y la comunicación que se puede llevar a cabo a través de ellas.

No hay datos relevantes para responder profundamente sobre esta competencia en el niño A.

La competencia aprender a aprender se vincula al aprendizaje y la capacidad de emprender y organizar un aprendizaje grupal o individual, según las necesidades propias del individuo.

En el niño A, esta competencia no se desarrolla de manera efectiva en la escuela, ya que las características del trastorno mutismo selectivo influyen directamente en el aprendizaje y en el rendimiento escolar. Este niño presenta dificultad para organizar o emprender un aprendizaje ya sea individual o grupal, ya que no tiene iniciativa y hay que motivarlo permanentemente. Esto puede relacionarse al hecho de que el niño ve el mundo como algo peligroso, debido a la protección excesiva. (Ordóñez Ortega et al., 2013).

Estas cuestiones influyen en el aprendizaje. Existe un bloqueo que impide ver las oportunidades. En el informe psicopedagógico se señala que hay aprendizajes básicos, relacionados con hábitos de vida cotidiana, que no realiza autónomamente. Presenta dificultades para monitorear su propia conducta, organizarse y poder llevar adelante un plan.

Relacionado a esta competencia, Pérez- Sánchez et al (2010) mencionan que las personas necesitan desarrollar su identidad e independizarse de la familia manteniendo la pertenencia al grupo, lo que supone desarrollar competencias sociales dentro de las cuales se incluyen estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto cuando el individuo presenta dificultades en las relaciones con sus pares, tiene un mayor riesgo de sufrir en el futuro problemas académicos y conductuales. Debido a que las estrategias de afrontamiento no se aprenden ni son explícitamente enseñadas es que existe la necesidad de prestar atención en el currículo escolar al desarrollo de estas habilidades, para que puedan enfrentar los problemas de manera adecuada en la adultez (Perez Sánchez et al. 2010).

En lo que a las competencias sociales y cívicas respecta, no se desarrollaría del todo en el niño, teniendo en cuenta que una de sus características es la capacidad de participar eficaz y constructivamente en la vida social. La comprensión de las costumbres y códigos de conducta de los distintos entornos. En muchas oportunidades el niño parece no adaptarse a la modalidad requerida en la escuela. Las maestras señalan que intervienen de una manera particular en materias donde se requiere que hable o se exprese, donde se espera que participe activamente. Estas intervenciones tienen que ver con no tomar exámenes orales al niño solo y de hacerlo es preferente que se lo tome con otros compañeros y evaluarlo más por escrito, darle más oportunidades que al resto si se muestra bloqueado, el tiempo de evaluación en este niño es mayor en relación con el resto de los compañeros.

El sentido de la iniciativa y el espíritu de empresa, que consiste en la habilidad de transformar las ideas en actos y se encuentra relacionado con la creatividad, la asunción de riesgos y la innovación, como así también con la habilidad para planificar y gestionar proyectos para alcanzar objetivos, se encontraría con dificultad en el niño. En la práctica se pudo observar en reiteradas oportunidades, que el niño no tenía iniciativa para realizar las actividades, más bien se notaba cierta insistencia por parte de los evaluadores, también se observaba esta conducta cuando debían trabajar en grupos y el niño no aportaba ideas, desarrollando una postura receptiva, más pasiva. En los informes de la

psicopedagoga esto también se puede ver, ya que tendría afectada las funciones ejecutivas, lo que implica dificultades en llevar adelante un plan, tareas que implican creatividad, resolver un problema paso a paso, entre otros.

Sánchez (2010) señala que la socialización emprendedora tiene que ver con un conjunto de experiencias relacionadas con la exitosa realización de las tareas emprendedoras que pueden ser establecidas fácilmente a partir de la interacción con personas que poseen características emprendedoras que sirven como modelos de rol.

La conciencia y la expresión culturales, es una competencia relacionada con la importancia de la expresión creativa de ideas, experiencias y emociones a través de distintos medios (la música, las artes escénicas, la literatura y las artes plásticas). En relación y según lo observado, el niño presenta dificultades en actividades que implican transmitir sus propias ideas como también en aquellas que requieren de la creatividad, como realizar producciones escritas.

## **6. CONCLUSION**

El presente trabajo ha tenido el objetivo de describir los trastornos de aprendizaje en un niño diagnosticado con mutismo selectivo.

Dado que el niño ha sido diagnosticado en un primer momento con TDAH se describieron en el marco teórico y en el análisis las características de ambos trastornos para finalmente observar que es el diagnóstico de mutismo selectivo el que se adecua mejor al caso, dado las características que presenta el niño en la escuela.

Así, se ha considerado que a partir de los datos relevantes otorgado tanto por maestros como por el gabinete de la escuela, y los distintos informes psicopedagógicos, neurológicos y psicológicos, el niño muestra síntomas relacionados con el trastorno mutismo selectivo.

Es importante señalar que ambos trastornos influyen de manera directa en el rendimiento escolar. Llegar al diagnóstico por mutismo selectivo, diferencial al diagnóstico inicial por TDHA, fue resultado del aporte interdisciplinario y la intervención temprana. La particularidad del caso, es que el niño fue medicado y las consecuencias que esto puede generar en él no es un aspecto que se pueda descuidar.

Asimismo, en este trabajo se pudo reconstruir las características del mutismo selectivo y la influencia de las mismas en el rendimiento académico, desde el inicio de la etapa escolar hasta el momento de la evaluación. La inhibición del niño es una de las manifestaciones más importantes, ya que en reiteradas oportunidades se observa imposibilita la vinculación con los maestros. También se señala la importancia de los vínculos familiares y su influencia en el desarrollo del niño.

Finalmente, con respecto al análisis de los trastornos en el aprendizaje en el niño a partir de las competencias logradas, se ha visto que gran parte de las mismas, requeridas para un aprendizaje competente se ven perjudicadas. Esto podría estar relacionado con los síntomas presentes en el niño del trastorno. En este punto cabe destacar la importancia de la comunicación entre la escuela y la familia del niño para un acompañamiento en conjunto que ayude a fortalecer estas competencias para logran un mejor desempeño en lo esperable a su edad.

Resulta interesante señalar que las primeras y principales instituciones por la que atraviesa el niño son la familia y la escuela, por lo tanto el papel que cumple esta última como institución es fundamental. En primer lugar por la transmisión de conocimientos, es decir, debe brindar un aprendizaje significativo para el niño en lo que a la relación enseñanza aprendizaje respecta, ya que tiene la función de preparar al sujeto en múltiples aspectos. Por eso es pertinente la distinción por competencias básicas y claves para el niño. En segundo lugar, la escuela cumple un rol importante en la detección precoz de síntomas que hacen al trastorno.

Vinculado a lo dicho anteriormente, Grusec y Hastings (2007) señalan la importancia de los vínculos familiares y cabe señalar la importancia de la comunicación entre la escuela y la familia para lograr un buen pronóstico en lo que hace al futuro del niño en general y al desempeño en particular.

Jarqué Fernández et al. (2007) señalan que para poder implementar con éxito los tratamientos, ya sean intervenciones farmacológicas como psicopedagógicas, es necesario que los padres y maestros, que son los agentes de socialización del niño, dispongan de conocimientos suficientes.

En la práctica se observó una participación eficiente por parte de los maestros hacia el gabinete y del gabinete hacia los padres con respecto al seguimiento del niño, informando a la familia el avance o las mejoras del trastorno. Como también se pudo observar una preocupación por parte de la familia en relación a las dificultades que presentaba el niño, brindando la información y los diagnósticos pertinentes a la escuela, para evaluar conjuntamente.

Este trabajo hizo dar cuenta de la importancia de un diagnóstico temprano como de un abordaje interdisciplinario. Siguiendo a Conn y Coyne (2014), un diagnóstico temprano posibilita una disminución de probabilidades de generar un trastorno relacionado a la ansiedad más adelante en la niñez, por lo tanto es de gran utilidad. Un diagnóstico temprano que ayude a que el niño alcance el aprendizaje sano y adecuado de todas las competencias requeridas posteriormente para acceder a metas superiores, pero no solo en el ámbito académico, sino social, laboral, intelectual entre otros. Además posibilita que los síntomas del trastorno no se profundicen y puede evitar la aparición de otros trastornos ligados al mismo. En este caso en particular, como lo describe el DSM 5 (2013) en el diagnóstico diferencial de mutismo selectivo, suele estar ligado a la fobia social o puede aparecer posteriormente si no se trata como es debido. De la

misma manera, saber el diagnóstico del niño para un adecuado tratamiento posterior.

Resulta importante resaltar las limitaciones en el tratamiento con los que el niño se encontró. Si bien el mismo se inició de manera temprana, el diagnóstico no fue acertado y el niño pudo verse afectado por la medicación.

Es importante señalar que el niño cambió de psicólogo reiteradas veces. La madre señala que los psicólogos brindaban poca información con respecto a las terapias y les brindaban poca información sobre cómo debían manejarse ellos como padres con el niño. De esta manera se señala la importancia de brindar la información justa y necesaria a los padres para poder lograr mejores resultados en el tratamiento en las distintas áreas del niño, tanto en la escuela como en la casa.

En este sentido, también es necesaria una capacitación de los maestros en situaciones con diagnósticos no esperables ya que su papel es fundamental en el avance del tratamiento.

Con respecto al tratamiento interdisciplinario, es fundamental trabajar en conjunto. Como señalan Rebollo y Rodríguez (2006), el problema del niño con dificultades de aprendizaje se soluciona por un equipo multi o interdisciplinario que pueda integrar todos los datos obtenidos acerca del niño, de su familia y de la escuela. En este caso particular del niño que presenta mutismo selectivo fue sumamente necesario el abordaje psicológico, debido a las características de ansiedad y emocionales que el mismo presenta. Por otro lado el aporte pedagógico brinda herramientas en cuanto a estrategias de intervención en lo que al aprendizaje escolar respecta y por último, debido a la presencia de trastornos de aprendizaje, la consulta neurológica fue imprescindible.

El tipo de evaluación brinda la claridad de la importancia de la realización de un trabajo interdisciplinario que incluya otros elementos como la familia y la escuela y la sociedad entera (sistémicamente, no solo profesionales).

Se sugiere que el niño siga con los tratamientos. La intervención psicológica por los problemas emocionales y de autoestima observados y señalados por distintos profesionales, como así también el tratamiento psicopedagógico para un mejor rendimiento escolar. También se señala la importancia de seguir con profesores particulares en materias donde presenta mayor dificultad y requiere más preparación.

Se sugiere trabajar las funciones ejecutivas, las cuales como señala la psicopedagoga, se encontrarían afectadas. .

A partir de este trabajo se podría profundizar estrategias de intervención en la escuela para ayudar a una mejor inserción y rendimiento a niños con mutismo selectivo, como así también describir que psicoterapias son las más convenientes para trabajar este trastorno.

Con todo lo expresado se señala la importancia de investigar sobre el tema debido a la escasez de estudios en Argentina. Es fundamental seguir investigando para brindar mejores herramientas para que los niños con esta dificultad puedan conectarse con el mundo y tener un crecimiento más sano a partir del desarrollo de nuevas estrategias de intervención.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alyanaka, B., Kılınçaslana, A., Harmancia, H. S., Demirkayab, S. K., Yurtbaya, T., & Vehidc, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 9-15. DOI: 10.1016/j.janxdis.2012.10.001
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Arlington, VA, American Psychiatric Association. Recuperado de [dsm.psychiatryonline.org](http://dsm.psychiatryonline.org).
- Balbuena Teruel, S., & López Herrero, P. (2013). Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y modificación de la conducta*, 38(157-158), 71-88. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2086>
- Barreto, G., Ruiz, J. & Blanco, R. (2006). Necesidad y utilidad de la categoría 'competencia' en ciencias pedagógicas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45(1) 44-59. Recuperado de: <http://www.rieoei.org/deloslectores/2064Barreto.pdf>
- Busse, R. T., & Downey, J. (2011). Selective mutism: a three-tiered approach to Prevention and intervention. *Contemporary school psychology*, 15, 53-63. Recuperado de [http://www.casponline.org/pdfs/pdfs/2011\\_journal\\_all\\_001-144.pdf#page=55](http://www.casponline.org/pdfs/pdfs/2011_journal_all_001-144.pdf#page=55)
- Christon, L; Robinson, E., Arnold, C., Lund, H., Vrana, S., & Southam-Gerow, A. (2012). Modular Cognitive-Behavioral Treatment of an adolescent female with Selective Mutism and Social Phobia: A case study, 11, 474-491.DOI: 10.1177/1534650112463956
- Climent Bonilla, J. (2009). Reflexiones sobre la Educación Basada en Competencias, 21(1) 91-106. *Revista Complutense de Educación*. Recuperado 41

de: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED1010120091A/15205>

-Conn, B., & Coyne, L. (2014). Selective Mutism in Early Childhood: Assessment and Treatment of an African American Preschool Boy. *Clinical Case Studies* doi: 10.1177/1534650114522912

-Costa Dias, T., Kieling, C., Graeff-Martins, A., Moriyama, S., Rohde, L. & Polanczyk, G (2013). Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 3(5), 40-50. doi: 10.1590/1516-4446-2013-S103

-Ferragut y Fierro (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 44(3), 95-104. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n3/v44n3a08>

-Geary, D.C (2010). Evolution and Education. *Psicothema*. 22(1), 35-40. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3693.pdf>

-Grusec, J. E., & Davidov, M. (2007). Socialization in the Family The Roles of Parents. En Grusec, J. E., & Hastings, P. D. (eds). *Handbook of socialization: theory and research*. The Guilford Press: New York.

-Herrero, M., Siegenthaler Hierro, R., Jara Jiménez, P., & Miranda Casas, A (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*. 22(4) 774-783. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3801.pdf>

-Introzzi, I., Urquijo, S., Richard's, M., Canet-Juric, L., & Richaud, M. (2012). Función ejecutiva y uso de estrategias semánticas en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 31-40. Recuperado de :<http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v44i3.1149> 42

- Jarque Fernández, S., Tárraga Mínguez, R, & Miranda Casas, A. (2007). *Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Psicothema*, 19(4), 585-590. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3401.pdf>
- Jarque Fernández, S (2012). Eficacia de las Intervenciones con niños y adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/253520/340306>
- Jiménez Moral, M., & López Zafra, E. (2010). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: Estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-80. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v41i1.556>
- Kearney, C. A., & Spear, M. (2013). Assessment of Selective Mutism and School Refusal Behavior. En McKay, D. & Storch, E. (Eds.) *Handbook of Assessing Variants and Complications in Anxiety Disorders*. Springer Science+Business Media: New York. doi: 10.1007/978-1-4614-6452-5
- Lao, M., Bosacki, S., Akseer, T y Coplan, R (2013). Self-Identified Childhood Shyness and Perceptions of Shy Children: Voices of Elementary School Teachers. *International Electronic Journal of Elementary Education* 5(3), 269-284. Recuperado de: [http://www.iejee.com/5\\_3\\_2013/IEJEE\\_5\\_3\\_Lao.pdf](http://www.iejee.com/5_3_2013/IEJEE_5_3_Lao.pdf)
- López Villalobos, J. (2008). Factor de independencia a la distracción en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo abreviado. *Psicothema*, 20(4), 718-723. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3546.pdf>
- Meltzer, L. (2007). *Executive Function in Education: From theory to practice*. New York: The Guilford Press Recuperado de: <http://www.iranautism.com/Resource/Pdf/tkqhuent.gzp.pdf> 43

- Mestre, J. M.; Guil, R., Lopes, P.N., Salovery, P & Gil-Olarte, P (2006). Emotional Intelligence and social and academic adaptation to school. *Psicothema*. 18(1), 112-117. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3285>
- Mitchell, A.D., & Kratochwill, T. R. (2013). Treatment of Selective Mutism: Applications in the Clinic and School Through Conjoint Consultation. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 23(1), 36-62. doi: 10.1080/10474412.2013.757151
- Ordoñez Ortega, A., Espinosa Fernández, L., García López, L., Muela Martínez, J (2013). Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. *Terapia Psicológica*. 31(3), 355-362. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art10.pdf>
- Papazian, O., Alfonso, R & Luzondo (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(3), 45-50. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/42S03/uS03S045.pdf>
- Pérez-Sánchez, A., Poveda-Serra, P., & Gilar-Corbí, R. (2010). Efectos del aprendizaje colaborativo en el uso de estrategias de afrontamiento. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 42(3), 481-492. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v42i3.589>
- Pineda Ordoñez, L. & Martínez León, N (2008). Relación entre indicadores del déficit de atención con hiperactividad, las conductas externalizantes e internalizantes y el rendimiento académico en preadolescentes de un colegio técnico de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 2(2), 111-150. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225162004>
- Ponzurick, J. (2012). Selective Mutism Approach to Assessment and Treatment in the School Setting. *Evidence Based Practice & Policy*, 28(1), 32-37. doi:10.1177/1059840511422534 44

- Pozo, J.I. (1996.) *Aprendices y maestros. La nueva cultura del aprendizaje*. Madrid: Alianza.
- Raya Trenas, A., Pino Osuna, M., & Herruzo Cabrera, J. (2013). La interacción entre padres e hijos y su relación con los problemas de conducta externalizante. *Análisis y modificación de conducta*, 38, 157-158. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2085>
- Rebollo, M., Rodríguez, S. (2006). El aprendizaje y sus dificultades. *Revista de Neurología*, 42(2) 139-142. Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/sec-academica/asignaturas/aprendizaje/EI%20aprendizaje.pdf>
- Recomendación 2006/962/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente [Diario Oficial L 394 de 30.12.2006].
- Roselli, M., Jurado, M. & Matute, E (2008). Las Funciones Ejecutivas a través de la vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1) 23-46. Recuperado de: [http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol8\\_num1\\_6.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_6.pdf)
- Sánchez, J. (2010). Aprendizaje Social e Intenciones Emprendedoras: Un estudio comparativo entre México, España y Portugal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 109-120. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v41i1.559>
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2009). *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer Health.
- Sierra Fitzgerald, Ó., & Ocampo Gaviria, T. (2013). El papel de la memoria operativa en las diferencias y trastornos del aprendizaje escolar. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 45(1), 63-79. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v45i1.1238> 45

- Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). Selective Mutism: An Update and Suggestions for Future Research. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 251-257. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11920-011-0201-7#page-1>
- Talero-Gutierrez,C.,Velez Van Meerbeke, A.,& González Reyes, R.A Clinical Study of ADHD Symptoms With Relation to Symptoms of Learning Disorders in Schoolchildren in Bogota, Colombia, *Journal of Attention Disorders* 16(2) , 157-163. doi: 10.1177/1087054710383116
- .Tovar- Gálvez, J (2008). Modelo meta cognitivo como integrador de estrategias de enseñanza y estrategias de aprendizaje de las ciencias, y su relación con las competencias. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(7) 1-9. Recuperado de: <http://www.rieoei.org/deloslectores/2161Tovarv2.pdf>
- .Tovar-Gálvez, J. C. y Cárdenas, N. (2012). La importancia de la formación estratégica en la formación por competencias: evaluación de las estrategias de acción para la solución de problemas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 14(1), 122-135. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol14no1/contenido-tovarcardenas.html>
- .Viana, A. G., Bedel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57-67. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735808001360>
- .Zuloaga Valencia, J.,Vasco Uribe, C. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 481-496. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511929007>