



Equipo de Terapia
Cognitiva Infantojuvenil

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final (TIF)

Título:

Mutismo selectivo, descripción de un caso y tratamiento

- **Alumno:** Ana Sinclair
- **Nº de Legajo:** 25239
- **E-mail:** ana.sinclair@yahoo.com
- **Tutor:** Lic. Gabriela Ramos Mejía



INDICE

1. Introducción
 - 1.1 Tema
2. Objetivos
 - 2.1 Objetivo general
 - 2.2 Objetivos específicos
3. Marco Teórico
 - 3.1 Consideraciones generales
 - 3.2 Criterios diagnósticos
 - 3.3 Curso y prevalencia
 - 3.3.1 Desarrollo y Mantenimiento
 - 3.4 Epidemiología
 - 3.5 Etiología
 - 3.5.1 Vulnerabilidades genéticas
 - 3.5.2 Vulnerabilidades neurológicas y del neurodesarrollo
 - 3.5.3 Vulnerabilidades psicológicas
 - 3.5.3.1 Mutismo selectivo como psicopatología internalizadora
 - 3.5.3.2 Conductas externalizadoras y mutismo selectivo
 - 3.5.4 Vulnerabilidades familiares y ambientales
 - 3.6 Evaluación
 - 3.7 Tratamiento
 - 3.7.1 Terapia comportamental
 - 3.7.2 Terapia cognitiva comportamental
 - 3.7.2.1 Intervenciones
 - 3.7.2.2 Pasos de la terapia cognitiva conductual
 - 3.7.3 Terapia multimodal
 - 3.7.4 Tratamiento farmacológico
4. Metodología



- 4.1. Tipo de estudio
- 4.2. Participantes
- 4.3 Instrumentos
- 5. Desarrollo
 - 5.1. Motivo de consulta
 - 5.2. Antecedentes de la situación actual
 - 5.3 Evaluación
 - 5.4 Diagnóstico y conceptualización del caso
 - 5.5 Tratamiento
 - 5.5.1 Intervención a padres
 - 5.5.2 Intervenciones centradas en el niño
- 6. Conclusiones
- 7. Referencias



1. Introducción

La Práctica de Habilitación Profesional 5 se realiza en la Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infantojuvenil (ETCI), situada en el barrio de Saavedra. La misma está formada por un grupo de psicólogos con orientación cognitiva especializados en problemáticas de niños y adolescentes. Actualmente brindan atención psicoterapéutica a niños, adolescentes y familias, además; presentan artículos, ofrecen cursos y brindan supervisiones clínicas desde la metodología cognitiva. Los psicólogos Eduardo Bunge, Martín Gomar y Javier Mandil son los directores de ETCI.

La práctica consiste en realizar 320 horas en las diferentes áreas de la Fundación. En las supervisiones clínicas que se ofrecen los martes, es donde surgió el tema de la tesina, mutismo selectivo.

Un psicólogo del equipo, presentó el caso de una paciente de 4 años con mutismo selectivo. El caso tomado por el profesional se trabaja desde la terapia cognitivo conductual. El seguimiento del caso se realizará a través de la observación directa, observación de videos, entrevistas al terapeuta y la escuela.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

El objetivo general es presentar un estudio de caso de una niña con mutismo selectivo y el tipo de intervención para el tratamiento terapéutico desde el modelo cognitivo-conductual.



2.2 Objetivos específicos son:

2.2.1 Describir la sintomatología y características del diagnóstico.

2.2.2 Analizar el tratamiento de la niña con el enfoque terapéutico cognitivo conductual.

2.2.3 Analizar el rol de la familia y la escuela durante el tratamiento.

2.2.4 Analizar los cambios obtenidos a lo largo del tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1 Consideraciones Generales

El mutismo selectivo es un trastorno infantil caracterizado por la incapacidad persistente para hablar en ciertas situaciones sociales donde es esperable que el niño se comunique (por ejemplo, la escuela), a pesar de poder comunicarse fluidamente en otros entornos (por ejemplo, el familiar).

Los criterios diagnósticos del mutismo selectivo de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, [APA], 1994) se describen por; la incapacidad de hablar en determinados contextos sociales o situaciones; debe mantenerse a lo largo de un mes y no debe encontrar su causa en trastornos del desarrollo, trastornos de la comunicación o trastornos psicóticos. El trastorno no se diagnostica durante los primeros meses de colegio. Finalmente, el mutismo selectivo, debe causar un deterioro en las relaciones sociales y el rendimiento académico.

El mutismo selectivo fue clasificado por primera vez por un médico alemán llamado Adolf Kussmaul en 1877, describiendo así un trastorno que afectaba la capacidad de ciertas personas de comunicarse en determinados contextos sociales, pudiendo sin embargo comunicarse perfectamente en otros. Kussmaul denominó el trastorno “afasia

voluntaria” resaltando el comportamiento voluntario del individuo de no comunicarse. Sin embargo, no fue hasta 1934 en Suiza, que Moritz Tramer, psiquiatra infantil, acuñó el término “mutismo electivo”, volviendo a reflejar la creencia de que el niño se rehúsa a hablar y que las causas del comportamiento se deben a una actitud de tipo oposicionista desafiante (Olivares Rodríguez, Alcázar, Piqueras Rodríguez & Sánchez García, 1994).

Al día de hoy, el término utilizado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2000) es: mutismo selectivo (MS), poniendo énfasis en la naturaleza situacional de éste y la incapacidad del niño de poder comunicarse no por razones relacionadas a la voluntad. A pesar de ir desarrollando diferentes teorías acerca de la causa del trastorno, el síntoma primario sigue siendo el mismo: fracaso consistente para comunicarse en situaciones sociales específicas a pesar de poder hacerlo en otras situaciones. En un primer momento las definiciones se caracterizaban por el oposicionismo y la posibilidad de manipular el entorno a través de mudez. Los investigadores de estas últimas décadas han destacado que el niño no habla en determinados contextos, como por ejemplo, la escuela. Así se empieza a incluir la posibilidad de creer que la conducta del niño es una reacción ansiosa, hacia un contexto amenazante para él (Black & Udhe, 1995).

La literatura científica sobre mutismo selectivo es escasa. A pesar de su primera aparición a fines del siglo pasado, el trastorno acaparó la atención de los profesionales de la salud mental hace no más de dos décadas.

3.2 Criterios diagnósticos

Las características del mutismo selectivo se identifican por la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas. Con el fin de satisfacer los criterios diagnósticos, el mutismo ha de durar al menos un mes y no se puede ni se explica mejor por un trastorno de la comunicación o por la falta de conocimiento, o de la comodidad con el lenguaje hablado requerido para la situación social. Por otra parte, debe verse afectado el rendimiento en la escuela o la situación social en general. De acuerdo al



Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2000), las características asociadas al mutismo selectivo pueden incluir excesiva timidez, miedo a la exposición social, evitación y aislamiento, rasgos compulsivos, negativismo, rabietas, conductas desafiantes y oposicionistas, manifestándose sobretodo en el hogar. Debido a que un cierto número de niños muestran algún grado de reticencia a nuevas situaciones sociales y algunos pueden desarrollar mutismo transitorio durante los períodos de transición, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) reconoce que el mutismo selectivo no debe diagnosticarse en los primeros meses de escuela. El diagnóstico de mutismo selectivo debe incluir un diagnóstico diferencial para descartar Trastornos Generalizado del Desarrollo u otro trastorno psicótico. Niños bilingües no deben ser diagnosticados con mutismo selectivo a menos que los síntomas persistan durante al menos seis meses (Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum & Burger (2005). Varios estudios confirman los altos rangos de comorbilidad entre mutismo selectivo y ansiedad por separación (74-100%; Black & Udhe 1995, Kristensen, 2000).

3.3 Curso y Prevalencia

El trabajo sobre mutismo selectivo de Black y Udhe de 1995, reconoce el comienzo del trastorno generalmente entre los 2 o 4 años de edad. A pesar de tener un comienzo tan temprano, estos niños no son referidos a tratamiento y diagnóstico hasta los 5 o 6 años de edad, momento en el que ingresan a la escuela primaria. El retraso entre la edad de comienzo y la edad de diagnóstico y tratamiento, se puede deber entre otras razones a que el niño con mutismo selectivo habla en casa, por lo tanto los padres pueden no registrar esta falta de comunicación fuera de casa, a su vez, niños de comportamiento retraído como es el caso de éstos, no llaman tanto la atención como si lo hacen aquellos con trastornos más disruptivos como los trastornos de la conducta. La proporción de niños con mutismo selectivo es menor al de las niñas 1:1,6 (Steinhausen, Watcher, Laimbock, & Winkler Metzke, 2006).



Estudios recientes sugieren que la edad de aparición de mutismo selectivo suele oscilar entre 2 a 4 años de edad (Black & Uhde, 1995). A pesar de la temprana edad de inicio, los diagnósticos y tratamientos suelen comenzar junto con la escolarización del niño.

Actualmente, los profesionales tratando mutismo selectivo deben evitar caer en el simplismo de adjudicar las causas a un trauma o abuso de los padres. Hay muy poca evidencia empírica para apoyar esta postura y provoca el alejamiento de los padres con necesidad de establecer una alianza terapéutica. Las investigaciones actuales sugieren que el mutismo selectivo es parte de un perfil de personalidad compatible con comportamientos tímidos, inhibidos y retraídos, resaltando la característica de mudez cuando el niño ingresa a la escuela u otra situación de comportamiento social (Steinhausen & Juzi, 1996). El cuadro en general, no suele llamar la atención de los maestros o padres, los niños suelen pasar por introvertidos. Otra razón para comprender por qué el trastorno pasa tanto tiempo antes de ser tratado, es que los niños con mutismo selectivo en sus casas hablan.

El tratamiento temprano del mutismo selectivo repercute directamente en los resultados del mismo. Cuanto antes se diagnostique y se derive a un tratamiento específico, antes remitirán los síntomas. Las alteraciones en el niño impactan directamente sobre áreas relacionadas a lo social, el aprendizaje y el desarrollo psicológico.

3.3.1 Desarrollo y Mantenimiento

En el desarrollo y mantenimiento del trastorno, es común encontrar factores predisponentes familiares como, por ejemplo; el estilo educativo de los padres; si estos son, autoritarios o, sobreprotectores; una red social deficitaria; psicopatología de los padres, conductas de evitación o fobia social.

En los factores predisponentes del niño se encuentran; timidez, inhibición, inseguridad, poca confianza en si mismos, déficit de autorrefuerzo, exceso de autocrítica, falta de habilidades de afrontamiento (Cunningham, McHolm, Boyle & Patel, 2004).

Además de ciertos factores precipitantes como acontecimientos vitales estresantes, incorporación a la escuela y exposición forzada a personas nuevas o situaciones novedosas.

Los factores de mantenimiento del mutismo selectivo en niño son; respuestas de escape: no mirar, no sostener la mirada cuando le hablan, hablar en voz baja, evitar la situación; sistemas alternativos de comunicación: gestos, lenguaje escrito; buscan que otros actúen por ellos; adaptación del entorno a las conductas del niño: los demás leen por ellos en la escuela, o interpretan su sistema alternativo de comunicación gestual.

En el pasado el trastorno se dividía en dos subgrupos, el primero agrupa a aquellos niños que desistían de hablar debido a una sensación extrema de ansiedad; y el segundo grupo representaba a aquellos niños que desistían de hablar como forma manipuladora o controladora. Estudios empíricos han inclinado la balanza hacia el primer subgrupo, comprobando que los niños sienten una fuerte ansiedad ante la situación de tener que hablar y como reacción ante esto presentar conductas opositoras (Black & Uhde, 1995; Kratochwill, 1981; Steinhausen & Juzi, 1996).

3.4 Epidemiología

Hasta la fecha, no se reportan suficientes estudios epidemiológicos de trastornos de la infancia sobre mutismo selectivo. Por lo tanto, es complicado estimar la población de este trastorno.

Sin embargo, se puede afirmar la subestimación de este trastorno en el pasado, puesto que evidencias recientes indican que la prevalencia de mutismo selectivo es más elevada de lo que se creía, los resultados presentan porcentajes entre 0,7%-1% (Bergman, Piacentini, & Mc Cracken, 2002; Olivares Rodríguez, Alcázar, Piqueras Rodríguez & Sánchez García, 1992).

La prevalencia de mutismo selectivo es más elevada en niñas que en niños, rangos representativos de 2,6: 1 (Kristensen, 2000; Steinhausen, & Juzi, 1996).

A pesar de considerar el mutismo selectivo como un trastorno no demasiado común, la prevalencia puede ser aún mayor consideramos que la mayoría de los casos no se reportan hasta llegar al primario. Y en algunos casos el trastorno se resuelve con los años.

3.5 Etiología

Las causas del mutismo selectivo siguen generando extensos debates y diversas posturas, puesto que todavía no se ha identificado una única causa. Las propuestas explicativas abordan las causas del trastorno desde un modelo multicausal y multidimensional (Olivares, Méndez, & Macía, 1996). Al momento de explicar las causas del mutismo selectivo, se deben tener en cuenta los factores ambientales, genéticos, psicológicos y del desarrollo.

A lo largo de la historia del trastorno cada teoría psicológica ha hecho su aporte a la hora de analizar la etiología. Por ejemplo, la perspectiva psicodinámica (Yanof, 1996) resalta conflictos internos no resueltos como causas potenciales del mutismo selectivo; la perspectiva conductista sugiere patrones desadaptativos de refuerzo (Leonard & Topol, 1993); la perspectiva sistémica (Fiorenza, 2004) relaciones disfuncionales en la familia. A su vez, la perspectiva biológica ha encontrado que los padres de niños con mutismo selectivo presentan criterios diagnósticos de trastornos de la ansiedad, más específicamente fobia social (Black & Udhe, 1995). Otra posibilidad que se ha evaluado es la del mutismo selectivo generado por un evento traumático, sin embargo Black y Udhe (1995) descartaron esta posibilidad en un estudio que realizaron a 30 niños con mutismo selectivo, donde solo 4 reportaron haber sufrido algún trauma. Los datos no resultaron significativos para afirmar que el mutismo selectivo surge como reacción al trauma.

Viana, Beidel y Rabian (2009) revisaron los últimos 15 años de trabajos e investigaciones publicadas acerca del tema. En dicho trabajo describen las causas del mutismo selectivo, desde la perspectiva psicopatológica del desarrollo, tomando en cuenta las vulnerabilidades a las que el niño está expuesto a desarrollar un mutismo selectivo. Las vulnerabilidades, son: genéticas; neurológicas y del neurodesarrollo; psicológicas; familiares y ambientales. A continuación se describen las mismas.

3.5.1 Vulnerabilidades genéticas



Varios estudios han detectado condiciones ansiosas de bases en los niños y sus familiares (Black & Udhe, 1995; Steinhausen, Watcher, Laimbock & Winckler Metzke, 2006; Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan, & Stein, 2007).

El estudio de Black & Udhe, realizado a 30 niños con mutismo selectivo, encontraron que el 97% de la muestra también calificaban para diagnóstico de fobia social, ansiedad de separación, el 30% de los sujetos calificaban para diagnósticos de fobia simple. Las escalas administradas a los padres y maestros arrojaron elevados niveles de ansiedad y no así otros trastornos psiquiátricos. La ansiedad generalizada y la ansiedad social severa se correlacionan con el mutismo selectivo severo. El registro de diagnósticos de fobia social y mutismo selectivo en los familiares de los niños evaluados, se presenta en porcentajes sumamente elevados, 70% (fobia social), 37% (mutismo selectivo). Estos investigadores presentan la posibilidad de considerar al mutismo selectivo como un síntoma de fobia social, más que un síndrome diagnóstico diferenciado.

La fobia social se clasifica a través de los siguientes criterios: la incapacidad de comunicarse en determinados lugares, miedo a hablar en público, o con gente desconocida. Con este concepto como base, Black y Udhe (1995), definieron al mutismo selectivo como un síntoma o subtipo de fobia social. A continuación se detallan seis puntos que apoyan esta postura.

1. La muestra de niños evaluados en su generalidad presentaban elevados índices de ansiedad social. A tal punto que el 97% tienen un marcado deterioro social, académico y familiar. El conjunto de síntomas que presentaban se clasificaban mejor como una fobia social o trastorno de evitación, que clasificado como mutismo selectivo.

2. La correlación entre los niños que registraron mutismo selectivo severo y aquellos registros tomados a los padres de dichos niños sobre síntomas de ansiedad generalizada son marcadamente elevados. Esto sugiere que la severidad de los síntomas de ansiedad serían un factor importante en el momento de diagnosticar mutismo selectivo. Un dato relevante es que coincide la edad de comienzo de los síntomas del mutismo selectivo y la fobia social.



3. Los valores de proporción de la muestra de niños con mutismo selectivo entre varones y mujeres es similar al reportado en otros estudios sobre fobia social (Black & Udhe, 1995).

4. La evitación o el miedo a hablar en público o con personas desconocidas, figura como el síntoma más común reportado por adultos que han sido diagnosticados de fobia social. En algunos casos han comentado que en su día a día enfrentarse a situaciones sociales que los expongan les sigue generando una desagradable sensación, sin embargo en su adultez, dichas situaciones las controlan mejor; no así en el caso de un niño y es por eso que se evidencia la conducta muda con mayor atención.

5. La medicación administrada a niños con mutismo selectivo que ha resultado exitosa también lo ha sido en adultos con fobia social

6. Los niños con mutismo selectivo seguirán experimentando diferentes síntomas de ansiedad a lo largo de su vida, aún resuelto el mismo.

Esta situación puede estar dada por la diferencia en los métodos de evaluación.

3.5.2 Vulnerabilidades neurológicas o del neurodesarrollo

Para evaluar los índices neurológicos se toman en cuenta los trastornos de la comunicación, problemas motores, deformidades físicas y retrasos en el desarrollo de hitos socioemocionales.

En el repaso de la bibliografía se observa que en varios estudios se investigaron las causas del mutismo selectivo vinculándolo con trastornos del lenguaje, a continuación se presentan los más significativos, ya sea por la cantidad de niños en su muestra, la eficacia en su evaluación y fidelidad en los resultados son los de: Steinhausen et al, 2006, Kristensen, 2000 y Manassis et al, (2007, 2006). El objetivo en común de las investigaciones es sondear los trastornos del lenguaje o de la comunicación en los niños con mutismo como causa del mismo. En la investigación dirigida por Steinhausen et al, de la muestra de niños con mutismo selectivo presentó los siguientes resultados: el 30,3% registraron trastornos en la comunicación y lenguaje expresivo. En el caso de Kristensen, el 50% de los niños con mutismo selectivo registraron trastornos relacionados a la comunicación, versus un 11% en

la muestra control. Manassis et al, también registraron que el grupo de niños con mutismo selectivo puntuaron bajo en los test de habilidades comunicacionales (trastornos de la articulación, vocabulario receptivo y gramática).

De todas formas, los resultados no logran llevar sus resultados a las escalas necesarias para asegurar que haya factores neurobiológicos en el mutismo selectivo, sin embargo es indispensable incluir un estudio neurológico detallado en el momento de detección y diagnóstico.

3.5.3 Vulnerabilidades psicológicas

3.5.3.1 Mutismo selectivo: como psicopatología internalizadora. Aporte teórico evidenciando al mutismo selectivo como una variante de un trastorno de ansiedad.

Tres estudios (Black & Udhe, 1995; Dow, Sonies, Scheib, Moss, & Leonard, 1995; Cohan et al. 2008;) han encontrado evidencia apoyando la hipótesis de que el mutismo selectivo podría ser un trastorno más, dentro de la categoría de Trastornos de Ansiedad. El consenso entre terapeutas e investigadores ha ido en aumento sobre este punto.

Dentro de estas investigaciones en la búsqueda de vulnerabilidades psicológicas, los investigadores han derivado en dos caminos diferentes. Aquellos, que sostienen que las características del mutismo selectivo son suficientes para clasificarlo como un trastorno de la ansiedad por si mismo y aquellos que lo definen como una variable extrema del trastorno de ansiedad social. (Kristensen, 2001; Kumpulainen, 2002; Yeganeh, Beidel & Turner, 2006)

Los individuos diagnosticados con mutismo selectivo comparten características de personalidad como: retraimiento, inhibición, extrema timidez, evitación. Estos son algunos de los síntomas de base de los trastornos de ansiedad. En su formato clínico se observan individuos ansiosos, éstos se manifiesta de manera generalizada. Las investigaciones relacionan el mutismo selectivo con la fobia social, ya que dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia social es el trastorno comórbido que se presenta con más frecuencia. Estudios como los de Kristensen (2000) y Black y Udhe (1995), evidenciaron alto porcentajes de fobia social, ansiedad por separación. Justamente son éstos los autores que proponen



ubicar al mutismo selectivo como una variante extrema de ansiedad social y no como un trastorno distinto. Lo plantean, ya que los índices que registran los síntomas internalizantes son marcadamente más elevados que la muestra de niños con diagnóstico de ansiedad generalizada o ansiedad social. Además de compartir los síntomas, los registran de manera más elevada (Steinhausen & Juzi, 1996). Cohan et al. (2008) proponen hipotéticamente que el mutismo selectivo y la fobia social representan estadios del desarrollo progresivo de un temperamento comportamental inhibido.

Estudios descriptivos de casos y controles han encontrado evidencia de una asociación ente mutismo selectivo y ansiedad social clínicamente significativa. Una investigación (Kearney & Vecchio, 2005) obtuvo en toda su muestra de niños con mutismo selectivo que también reunían criterios para ansiedad social. Kristensen (2000), en su investigación obtuvo porcentajes no tan elevados con la investigación pero lo suficiente para pensar al mutismo selectivo como: una un variante temprana o más severa de una fobia social. Se realizó una investigación para evaluar esta postura (Yeganeh, Beidel, Turner, Pina, & Silverman, 2003), las muestras se formaron con 23 niños con mutismo selectivo y fobia social comórbido, con otro grupo de 23 niños con fobia social únicamente. Los chicos con mutismo selectivo presentaron rangos mas elevados de ansiedad en las entrevistas estructuradas y las evaluaciones de observación de la conducta, pero no pudieron reportar mayores niveles de ansiedad social en informes auto administrados y durante tareas de comportamiento. Yeganeh et al. (2005) confirmaron estos resultados en un estudio de seguimiento comparando niños con mutismo selectivo, fobia social y de control. Los niños no reportaron sentirse socialmente más ansiosos sin embargo los investigadores si reportaron en ellos niveles más elevados de ansiedad que el grupo de fobia social. Manassis et al. (2007) también estudiaron la relación entre mutismo selectivo y fobia social, en este caso los resultados arrojaron los siguientes datos; en los test auto administrados los niños con mutismo selectivo marcaron niveles más elevados de sintomatología ansiosas en comparación con el grupo de fobia social. Sin embargo, el grupo de mutismo selectivo presentaron niveles más bajos de ansiedad general que el grupo de fobia social.



Aún con todos estos estudios los investigadores no asumen una postura definida en este tema. Lo que sí señalan es la relación existente entre el mutismo selectivo y la ansiedad social.

3.5.3.2 Conductas externalizadoras y mutismo selectivo.

Las primeras descripciones etiológica del mutismo selectivo estaban volcadas hacia la creencia de que la conducta del individuo se debía a un comportamiento de tipo oposicionista, recalcan el factor voluntario del niño de no querer hablar (Morris & March, 2004; Viana, Beidel & Rabian, 2009; Manassis & Tanock, 2008). A medida que fueron cobrando notoriedad los trabajos de aquellos investigadores que defendían la postura más internalizante del trastorno, esta clasificación fue perdiendo validez científica.

A pesar de haber tres estudios de mutismo selectivo que evalúan los síntomas del trastorno oposicionista desafiante (Steinhausen & Juzi, 1996; Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S., 2006; Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H., 2006). Los resultados son contradictorios e inconclusos. El estudio de Steinhausen & Juzi, (1996) reportaron que los síntomas del trastorno oposicionista desafiante se encuentran en el 20% de la muestra de niños con mutismo selectivo. Yeganeh et al. 2006, encontraron que el 29% de los niños con mutismo selectivo y fobia social presentaban criterios para trastorno oposicionista desafiante, en comparación con el 5% de los niños con fobia social únicamente. Cunningham et al. 2006, no encontraron índices significativos de síntomas de trastorno oposicionista desafiante entre los niños con mutismo selectivo.

En ocasiones donde se presiona a estos niños a hablar con otros o en contextos sociales no amigables para ellos, desatan comportamientos como rabietas, llantos o gritos. Pero aseguran que no tienen que ver con un comportamiento de base oposicionista-desafiante, sino más bien la reacción del niño es ante la presión del contexto (Cohan et al. 2008).

La categoría de trastornos externalizantes engloba problemas vinculados al manejo y regulación de las emociones y control de los impulsos. Como por ejemplo, los trastornos de déficit de atención e hiperactividad y oposicionistas desafiante (Bunge, Gomar & Mandil, 2010).

3.5.4 Vulnerabilidades familiares y ambientales

Dentro de las vulnerabilidades familiares y ambientales se han estudiado las características familiares en común, la relación con eventos traumáticos y la inmigración y bilingüismo.

Se han encontrado características familiares en común dentro del universo de niños con mutismo selectivo. Se ven familias socialmente retraídas y aisladas, evitativas de las actividades sociales; a su vez se resaltan los conflictos intrafamiliares y actitudes de sobreprotección entre la madre y los hijos.

Black y Udhe (1995) investigaron la posibilidad de vincular hechos traumáticos con el comienzo del trastorno. En sus resultados 13% de los niños reportaron haber tenido algún evento traumático en su vida (muerte de un familiar, cambio de escuela, accidentes, etc), sin embargo solo dos niños lo reportan a priori del comienzo del trastorno. En otro estudio de Kumpulainen et al. (1998) el 47% de la muestra de niños con mutismo selectivo registraron eventos traumáticos, sin embargo solo el 16% fueron previos al comienzo del trastorno. Estos resultados, demuestran que una pequeña proporción de niños con mutismo selectivo puede ser consecuencia de la exposición a un evento traumático. Como también la característica de determinadas problemáticas familiares.

Otro estudio, realizado en el 2007 sobre psicopatología familiar por Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan y Stein, encontraron que, en relación con los controles, los padres de niños con mutismo selectivo desarrollan a lo largo de toda su vida altas tasas de trastornos de la ansiedad, como fobia social (37% versus 14,1% padres de la muestra controlada) y trastorno de la personalidad por evitación (17,5% versus 4,7%).

En resumen, la relación entre mutismo selectivo y psicopatología familiar ha sido errática, hay estudios que comprueban una relación entre ambos, como por ejemplo Steinhausen, Watcher, Laimbock, y Winckler Metzcke, 2006; donde los resultados sobre 33 niños con mutismo selectivo revelan que un 39,4% tienen historia familiar con trastornos psicopatológicos. Sin embargo, Elizur y Perednik (2003) no registraron diferencias



significativas entre el grupo de padres de niños con mutismo selectivo de aquellos padres del control.

El bilingüismo y la inmigración fueron investigados como otra predisposición para el desarrollo de mutismo selectivo, Elizur & Perednik (2003) encontraron una prevalencia de 2,2% dentro de una muestra de niños inmigrantes respecto del 0,5% que registraron los niños nativos. También se observaron que los niños inmigrantes presentaban rangos más elevados de ansiedad social. La adquisición de una lengua extranjera o una lengua distinta a la hablada en el hogar pueden ser variables importantes para el desarrollo de mutismo selectivo.

El mutismo selectivo presente en niños inmigrantes suele presentarse en un conjunto de situaciones sumamente complejas, ya que estos niños se enfrentan con el proceso de aculturación y posible discriminación

3.6 Evaluación

Debido a la inhabilidad del niño para poder comunicarse como fuente primaria de información, es sumamente importante considerar la mayor cantidad de fuentes secundarias.

La historia clínica del paciente debe tener una entrevista clínica a los padres. Un chequeo médico que evalúe los siguientes puntos: exámenes de audición, infecciones de oído, exámenes neurológicos, hitos en el desarrollo de la motricidad, lenguaje, cognición y sociabilidad, además de la historia clínica del parto y embarazo. Se consultan a los padres por el desarrollo del lenguaje, articulación, comprensión, fluidez, tartamudeo o repetición de sonidos. En el espectro de la psiquiatría se chequea el temperamento, calidad de inhibición e interacción social. Cognitivamente se evalúa el desempeño académico, conjuntamente con las habilidades comunicacionales.

La observación del niño en la escuela u otros contextos sociales, entrevistas a maestros para registrar su comportamiento en la escuela.



Los padres han referido que los servicios de salud y las escuelas los han enfrentado con acusaciones poco afortunadas, derivadas principalmente por la falta de información y malos entendidos que eso provoca.

3.7 Tratamiento

Históricamente el tratamiento para mutismo selectivo ha incluido una variedad de terapias que abarcan desde la terapia cognitiva comportamental, la psicodinámica, la familiar, la multimodal y la farmacológica. El análisis de la bibliografía estuvo centrado en las terapias de intervención cognitiva comportamental, ya que contaron con diseños metodológicos más rigurosos.

Kolvin y Fundudis (1981) opinan que el mutismo selectivo puede ser difícil de tratar, no obstante la intervención temprana puede prevenir problemas secundarios de sociabilización y aprendizaje (Wright, 1968). No tratar el mutismo puede originar trastornos como fobia social y ansiedad generalizada (Vecchio & Kearney, 2009).

La literatura apunta a destacar que la terapia comportamental es la más eficaz para este trastorno (Vecchio & Kearney, 2009; Cohan, Chavira & Stein, 2006; Morris & March, 2004)). Es a su vez, la terapia que tiene mayor número de investigaciones, se contabilizan algunos informes de casos no controlados, otros pocos diseños experimentales de casos únicos, y por último un estudio controlado sobre un pequeño número de individuos (Anstending, 1998; Cohan, Chavira & Stein, 2006).

3.7.1 La terapia comportamental

Generalmente es la opción más utilizada como intervención para tratar el mutismo selectivo, a pesar de ser bastante extensa en duración y requerir de la participación de los familiares, escuela y otros profesionales del ámbito escolar y servicios de salud.

El mutismo selectivo es entendido por las conceptualizaciones de la conducta como un comportamiento aprendido, desarrollado como una forma de eludir la ansiedad o una



forma de llamado de atención. En este modelo, el mutismo es entendido como una serie de eventos condicionantes no teniendo en cuenta el motivo que originó ese comportamiento inicialmente, hay un beneficio secundario al mantener el mutismo por tiempo prolongado (Labbe & Williamson, 1984).

Por lo tanto, las intervenciones comportamentales tienen como objetivo lograr que el niño aumente las vocalizaciones en diferentes contextos. Las técnicas que se utilizan dentro de esta intervención son: el manejo de contingencias, el desvanecimiento estimular, tratamiento basado en la exposición, el modelado y el automodelado (Morris & March, 2004).

El manejo de contingencias: se basa en la utilización de refuerzos positivos y negativos, para aumentar la frecuencia del habla y para disminuir las experiencias de fracaso al intentar hablar. Existen varias formas de ejecutar estas intervenciones. Por ejemplo, el niño puede ser recompensado por hablar o el refuerzo puede retenerse en caso de que el niño no hable. Alternativamente, se utilizan los refuerzos negativos como una opción para inducir el habla, cuando el niño habla se le quita el refuerzo negativo y cuando no habla se le aplica el refuerzo.

El desvanecimiento estimular: es la retirada progresiva de aquellas personas o situaciones en las que el sujeto habla hasta conseguir que hable con cualquier persona o en cualquier situación. Por ejemplo, si el niño habla en casa se invitan diferentes personas para que vaya exponiéndose gradualmente en un lugar donde él se siente capaz de hablar. Existe otra opción que es la de asistir a clases donde generalmente no se comunica junto con su terapeuta y gradualmente estimular la comunicación allí.

El modelado: a través de diferentes técnicas de afrontamiento comportamental se va enfrentando la situación estresante. El niño recibe refuerzos cada vez que obtiene resultados positivos, los objetivos suelen ser pequeños, manejables, puesto que la idea es generar experiencias positivas alrededor del niño y la situación experimentada.

El automodelado: se filma o graba al niño representando alguna situación donde habla cómodamente. Es video o grabación luego se edita para ubicar a la persona en un entorno donde usualmente no hablaría. El objetivo es que el niño se observe o se escuche a sí mismo en situaciones diferentes y se vaya acostumbrando a verse hablar en otros



escenarios y que empiece a creer que tiene la habilidad de hablar. La desventaja de esta técnica es que ya animarse a ser filmado o grabado en sí es un paso importante que algunos pacientes con mutismo selectivo no se atreven a dar.

Estas técnicas se usan generalmente de manera combinada, por ejemplo, el manejo de contingencias con la técnica de modelado. Ya que hay combinaciones de estas técnicas que funcionan mejor como intervención para progresar en determinados aspectos del inhabilitación del mutismo. La combinación recientemente mencionada, es utilizada para aumentar las verbalizaciones en contextos problemáticos. Una combinación típicamente utilizada para casos de mutismo selectivo, es el manejo de contingencias y modelado, donde el terapeuta establece junto con el niño una lista de refuerzos positivos, los ítems enumerados en esa lista, los recibe a medida que va aproximándose al objetivo final. Puesto que a medida que va progresando, por ejemplo, al principio mueve la boca imitando una letra o palabra, luego susurra la palabra y entabla una conversación telefónica. Todo es proceso, va recibiendo su refuerzo positivo en cada paso. Si el niño avanzó hasta acá, probablemente sea necesario que necesite otro tipo de intervenciones para lograr comunicarse con los demás individuos normalmente.

En esta etapa se puede combinar la técnica de desvanecimiento estimular, ya que trabaja con los niveles de ansiedad de la persona. Esta técnica ha demostrado ser exitosa para aumentar la cantidad de dialogo y la cantidad de personas con las que se comunica en diferentes contextos.

Otra alternativa de combinación utilizada es la desensibilización sistemática, esta es otra intervención conductual, consta de utilizar técnicas de relajación mientras al paciente se lo expone gradualmente a situaciones ansiógenas. Se elabora junto con el paciente una jerarquía de situaciones temidas vinculadas a instancias donde el paciente debe hablar, desde la más leve hasta la más elevada. La terapia consiste en imaginarse como se va exponiendo a cada situación. Resulta sumamente provechosa en casos donde el paciente, ha avanzado en el consultorio, pero todavía mantiene elevados niveles de ansiedad respecto de afrontar situaciones como la escuela. Sin embargo, esta técnica puede resultar contraproducente en niños más pequeños ya que el trabajo de imaginiería y relajación muscular no es tan efectivo en ellos (Compton et al., 2004 en Cohan, Chavira y Stein, 2006).

3.7.2. Terapia cognitiva comportamental

3.7.2.1. Psicoeducación, reestructuración y externalización del problema

El modelo cognitivo conductual, por su parte, aporta otras intervenciones: psicoeducación, reestructuración cognitiva y externalización de la conducta problema. La psicoeducación es una intervención, que consiste en brindarle al paciente información acerca del trastorno, la información dada tiene que ser adecuada al paciente que la reciba. En el caso de mutismo selectivo los pacientes suelen ser pequeños por lo tanto, se cuenta con la participación de los padres en ese caso. Ellos reciben la información sobre las causas, frecuencia y características de los síntomas, también recibirán información sobre el tratamiento, cuáles son las alternativas posibles, pasos, técnicas y duración. Esta información a su vez es fundamental para el tratamiento del niño, la colaboración familiar es de una gran importancia en el éxito del tratamiento. Psicoeducar a los padres sobre el trastorno, les brinda herramientas, y pautas básicas y concretas a emplear con el niño. Psicológicamente, los padres se sienten contenidos, acompañados y con recursos para afrontar el tratamiento entre todos (Bunge et al, 2010).

La reestructuración cognitiva es una estrategia destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva. En niños, se practica con títeres, historietas con role playing. Los títeres son útiles para generar diálogos entre los personajes que traten sobre los esquemas que el paciente debe trabajar, las historietas ayudan a identificar las emociones y el role playing para caracterizar las situaciones temidas.

La externalización del problema es un recurso ventajoso para el tratamiento se identifica el problema y se le adjudica un nombre a la sintomatología (Bunge, Gomar & Mandil, 2009). Esta técnica consiste en la separación lingüística del problema de la identidad del paciente. Ponerle un nombre sirve para trabajar, paciente-terapeuta con estrategias de afrontamiento juntos contra el problema. Estas estrategias incluyen, dibujarlo o representarlo en situaciones donde se lo debilita.

Las técnicas de relajación son útiles para realizar intervenciones que ayudan a exponer al paciente a situaciones temidas, escapes que aprenden para evitar sentir la ansiedad.

3.7.2.2 Pasos de la terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva comportamental con niños tiene por regla general dividir en pasos el tratamiento.

El tratamiento comienza con la evaluación diagnóstica, cada trastorno tiene un abordaje específico. La evaluación se compone de una entrevista clínica, esta puede ser estandarizada o no, a padres, escuela y paciente. Incluye a su vez, la toma de escalas, instrumentos de medición estadísticos. Observación de las relaciones entre los padres y el hijo y del niño con sus hermanos. Una vez elaborado el diagnóstico el mismo se comunica a los padres con un vocabulario simple. Para la terapia cognitiva conductual, este paso resulta sumamente importante, puesto que le brindará el encuadre al tratamiento y la justificación de las técnicas que se vayan a realizar.

A continuación se realiza la conceptualización del caso, que viene a ser una elaboración hipotética del caso. La hipótesis se realiza sobre la causa, precipitantes e influencias que mantienen el comportamiento de la persona. Los elementos básicos para elaborar la hipótesis son; información descriptiva: hechos centrales de la vida del paciente, preocupaciones actuales, la presentación del problema y cómo llegó el paciente a desarrollarla, factores que ayudaron a que los problemas no se resuelvan y pensamientos y creencias que tiene el paciente sobre si mismo. La conceptualización del caso puede con frecuencia ser revisada y reelaborada durante el transcurso del tratamiento (Clark & Beck, 2010)

Seguidamente a la conceptualización del caso, deriva la psicoeducación. Esta consiste en informarle al paciente de forma accesible aspectos del trastorno que incluyen sus causas, frecuencia y características. También aspectos del tratamiento: las diferentes alternativas, técnicas específicas y duración aproximada. Informar a los padres sobre el trastorno tiene como objetivo generar un vínculo positivo entre el terapeuta y los padres. Los padres de esta manera se ven participados en el tratamiento, se obtiene su consenso y se trabaja de forma conjunta para obtener los mejores resultados posibles.



El tratamiento cognitivo conductual se trazar  especificamente para abordar los pensamientos, creencias y esquemas que surgieron en la evaluaci3n y conceptualizaci3n del caso. Las intervenciones cognitivas apuntan a modificar la perspectiva que tiene el paciente sobre sí mismo.

Por último, se trabaja para prevenir las posibles recaídas. Se le enseña al paciente a anticipar los posibles estresores y a afrontarlos con los recursos aprendidos a lo largo del tratamiento.

3.7.3. Terapia mutlimodal

El enfoque multimodal o multidimensional de intervenciones para tratar el mutismo selectivo, se basa en combinar las diferentes disciplinas, como; psicoanálisis, conductismo, cognitivo conductual, terapias de comunicaci3n, terapia familiar y farmacol3gica. Este tratamiento combina las diferentes terapias de modo de mejorar los síntomas del mutismo selectivo. Reuther, Davis, Moree & Matson, 2011, argumentan que este enfoque resulta sumamente adecuado para tratar este trastorno, ya que hasta ahora no hay un solo tratamiento estandarizado para mutismo selectivo. La combinaci3n más conocida es la de la terapia conductual más la cognitiva conductual, introduciendo por un lado las técnicas de manejo de contingencias, modelado, desvanecimiento estimular, automodelado y por el otro lado las intervenciones cognitivas como psicoeducaci3n, reestructuraci3n cognitiva. De esta manera se trabaja sobre las conductas y creencias mal aprendidas y así se abarca un espectro más amplio que con la terapia comportamental tradicional.

En el caso de que el niño sea diagnosticado de mutismo selectivo a una temprana edad sin ningún trastorno com3rbido, las intervenciones por sí solas pueden resultar efectivas. Sin embargo cuando el cuadro se complica, porque además de presentar mutismo selectivo, los niveles de ansiedad son tan elevados que puede clasificar también para un trastorno de ansiedad generalizada o fobia social, o el nivel intelectual del individuo se encuentra debajo de la media, o sus capacidades comunicacionales est n alteradas, o también se combina con conductas desafiantes y oposicionistas, combinando el mutismo con un trastorno



oposicionista desafiante, la combinación de terapias son necesarias para abarcar la totalidad del cuadro y obtener mejores resultados.

3.7.3.1 Tratamiento Multimodal para ser implementado en las escuelas

Es un tratamiento efectivo para ser implementado en el ámbito escolar con la colaboración de padres, maestros y médicos clínicos (Dow, Sonies, Scheib, Moss & Leonard, 1995).

El objetivo del tratamiento está basado en disminuir los niveles de ansiedad asociados a comunicarse verbalmente, mientras se alienta al niño a comunicarse e interactuar.

Las intervenciones que se utilizan son generalmente sencillas y prácticas para ser desarrolladas en el aula. Se separa a los niños en grupos para trabajar tareas de la rutina diaria, sin embargo en los grupos se evalúa previamente quiénes pueden ser compañeros de apoyo para el tratamiento y se los agrupo juntos. En algunos casos se desarrolla un juego de fichas que reemplaza la comunicación verbal por la escrita, para comunicar necesidades básicas. Esta intervención no debe ser compleja y tampoco utilizada en todo momento, ya que se debe seguir incentivando la comunicación verbal. El enfoque comportamental aporta intervenciones para alentar las interacciones verbales y verbales. Los programas de este enfoque empiezan con expectativas bajas, reforzando pequeñas conductas adquiridas. A medida que el niño va tomando confianza en sus habilidades, se va aumentando el nivel de dificultad. El desvanecimiento estimular resulta sumamente útil para trasladar al niño al ámbito escolar junto con alguien que ya tenga la confianza para comunicarse.

La asistencia de una fonoaudióloga se puede aprovechar también a pesar de que el niño no tenga trastornos en el lenguaje. Puesto que en algunos casos los niños reportan tener miedo a expresarse mal o de manera “graciosa”. El terapeuta asiste al niño a través de sus técnicas y éste va aumentando sus habilidades comunicacionales. Las técnicas apuntan a perfeccionar la pronunciación de las letras y palabras y aumentar las habilidades pragmáticas del lenguaje, como por ejemplo, tomar turnos para dialogar. Se practica



conversaciones que tendrá en niño por fuera del consultorio, para que en el momento que se vea expuesto, no se tenga que retraerse.

Como se mencionó anteriormente el objetivo del tratamiento se centra en bajar los niveles de ansiedad mientras se alienta la comunicación e interacción. Para esto se plantean cuatro etapas; disminuir la ansiedad, incrementar la comunicación no verbal, aumentar la interacción social y aumentar la comunicación verbal. En la escuela se trabaja específicamente con intervenciones para cada etapa.

1. En la primera etapa no se fuerza que el niño hable, se lo mantiene en su clase, se disminuye la actuación verbal, se alienta el vínculo entre sus compañeros, intervenciones cognitivas comportamentales como la desensibilización a través de técnicas de relajación y coordinar los programas escolares junto con los que el niño este realizando fuera de la escuela.

2. En esta etapa se trabaja para aumentar la comunicación no verbal a través de un sistema alternativo de comunicación (símbolos, gestos o tarjetas), se arman pequeños grupos de trabajo y se sigue incentivando la relación con sus compañeros.

3. Para aumentar la interacción social se identifica un grupo de compañeros que puedan ser compatibles para jugar con el niño dentro y fuera de la escuela, se sigue manteniendo el trabajo en pequeños grupos, se imparten actividades que no requieran habilidades verbales y alientan aquellas que aumentan las habilidades sociales.

4. Por ultimo, se trabaja para aumentar la comunicación verbal, elaborando un plan cuyo objetivo será modificar los comportamientos estructurados, por medio de refuerzos positivos, a medida que el niño ejecuta conductas interactivas y comunicativas, se refuerza. También participan terapeutas del lenguaje y el habla para desarrollar habilidades lingüísticas y pragmáticas.

3.7.4. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico no suele emplearse como primera medida en casos de mutismo selectivo. Inicialmente se interviene con terapia, pero cuando no hay suficientes progresos adjuntamente al tratamiento psicológico se agrega medicación. Los

inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) e inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos administrados. Sobre ellos hay algunos casos únicos registrados (Black & Udhe, 1992). En cambio, no hay estudios realizados sobre ansiolíticos como benzodiazepinas y buspirona. Los estudios son bastante escasos, de todos modos la bibliografía encuentra algunos casos reportados donde la administración de ISRS como citalopram, fluoxetina y sertralina suele ser ventajosos para el tratamiento. En niños que presentan fobia social comórbido con mutismo selectivo, el tratamiento farmacológico ha demostrado ser de gran utilidad (Dummit et al., 1996 en Morris & March, 2004). Es preferible tratar el mutismo selectivo lo antes posible si se administra tratamiento farmacológico, es más difícil lograr mejoras cuando los niños han sufrido por tiempo prolongado los síntomas.

La bibliografía en general sobre los tratamientos para niños con mutismo selectivo es substancialmente escasa y de poca validez científica. Las intervenciones mencionadas no están estandarizadas o tampoco tiene suficientes estudios realizados. La gran mayoría son casos únicos. Sobre los últimos años es notable el aumento de artículos publicados en revistas de investigación sobre el mutismo selectivo en general, de todos modos, falta todavía estudios a gran escala.

4. Metodología

4.1 El tipo de estudio de este trabajo es descriptivo.

4.2 Participantes

El trabajo está centrado en el análisis del caso de una niña de 4 años con diagnóstico de mutismo selectivo. La niña a quien llamaremos Sofía vive con su madre Laura, su padre Roberto y su hermano mayor Martín, de 8 años de edad. Asiste un Jardín de Infantes en la zona de Capital Federal. Se encuentra en tratamiento hace 10 meses.



4.2 Instrumentos

El instrumento fundamental es la observación y desgrabación de las sesiones.

Se tomaron entrevistas del tipo semiestructuradas, para la recolección de datos. Se formularon algunas preguntas guía, y a partir de allí reformular y profundizar en los temas que el entrevistador considere que se presenten como necesarios para el desarrollo y ampliación de la información requerida para realizar el trabajo. La entrevista semiestructurada permitirá registrar aquello observado y direccionado por el terapeuta en cada sesión con la niña o los padres. La entrevista semiestructurada también se aplicará en el ámbito escolar, ya que permitirá registrar su conducta en ambientes no familiares a través de la observación y comentarios de sus maestras.

4.3 Procedimiento

El trabajo se llevará a cabo en un período de aproximadamente 5 meses, realizando las observaciones semanalmente de los videos en ETCI. Dicha observación se registrará de forma escrita.

La entrevista al terapeuta se realizará el primer martes de cada mes en ETCI. Allí, a través de la entrevista semiestructurada, se recabará información sobre la sintomatología de la niña, aplicación de las intervenciones terapéuticas, cambios observados, comentarios que amplíen la información en general.

Las entrevistas a los padres se han tomado a principios del mes de abril, para registrar información sobre la paciente (datos biológicos, sociales y psicológicos) a través de una entrevista semiestructurada. En adelante se realizarán dos entrevistas más, para registrar sus observaciones del proceso de cambio en Sofía en casa y en los diferentes contextos sociales.

Las entrevistas a las maestras se realizarán en la escuela en dos instancias para registrar los cambios observados en la conducta de la niña.



5. Desarrollo

5.1 Motivo de consulta

El contacto con el terapeuta se originó en marzo de 2011, ambos padres se presentaron a la primera entrevista. Ambos se presentan con la preocupación de que Sofía no puede hablar con otras personas que no sean ellos y su hermano. No habla con otras personas ni siquiera familiares y tampoco se comunica normalmente en contextos sociales con sus padres y hermano. Lo hace hablando sumamente bajo o directamente susurrándoles al oído.

5.2. Antecedentes de la situación acutal

Durante el 2010 Sofía asistió a un Jardín Maternal, en aquel año, la niña transcurrió el año completo sin haber hablado ni una sola vez en clase. No se comunicaba de manera verbal con sus maestros ni compañeros, su manera de “hacerse entender” fue a través de señas y gestos.

Debido a esta incapacidad para poder hablar y comunicarse, los padres decidieron consultarlo primero con un médico pediatra y de allí fueron derivados al psicólogo. La terapeuta que trató a Sofía durante el 2010, no consideraba que la paciente desarrollaba mutismo selectivo sino que se trataba de una timidez clásica de la edad, durante las sesiones la madre nunca estuvo presente. Al finalizar el 2010 Sofía no presentaba ninguna mejora considerable. Los padres manifestaron su disconformidad con el tratamiento anterior.

Los datos clínicos de importancia para completar el caso de Sofía sobre los padres son las características ansiosas que se observan en la madre y el diagnóstico de Depresión Mayor del abuelo paterno.



Los padres describen a Sofía de dos maneras completamente distinta. Cuando Sofía se encuentra en su casa es extrovertida, alegre, entusiasta, comunicativa y demandante. En cambio, cuando Sofía sale de su casa o cuando gente entra a su casa ella es introvertida, extremadamente retraída, seria en su semblante y obviamente no comunicativa.

La madre avanza un poco más en la descripción haciendo notar el carácter “berrinchoso” que presenta en ciertas situaciones donde sus exigencias no son satisfechas. Los berrinches, los describe como largos y en algunos casos inmanejables.

El terapeuta les consigna filmar a Sofía en casa ya que la información que se extrae del video representa a la niña en casa tal y como es cuando los demás no la oyen.

Al cabo de las 6 entrevistas a los padres, con una noción completa del caso, los datos clínicos, historia familiar e hipótesis planteadas, el terapeuta cita a Sofía junto con su madre.

También se trabaja empáticamente con ella para comprender y apaciguar su angustia. En sesión la madre comenta que la pareja está atravesando una crisis profunda y están considerando separarse. El terapeuta le recomienda empezar terapia para acompañarla por esa transición.

5.3. Evaluación

Las primeras entrevistas planificadas para elaborar la conceptualización del caso se extendieron más de lo normal, ello se debió a la dificultad diagnóstica y conceptualización que representó el caso. Esto puede explicarse por la baja incidencia del mutismo selectivo y las contradicciones en los reportes de ambos padres. Por lo tanto a los fines obtener resultados más satisfactorios se decidió entrevistarlos por separado. A cada padre se lo entrevistó dos veces.

El objetivo del terapeuta para la primera entrevista con Sofía es el de conocerla y presentarse como su terapeuta, presentándole un lugar amigable de juego y potencialmente de confianza y seguridad.



Sofía arriba con su madre, se observa a una niña pequeña de cuatro años de edad, sumamente tímida, ocultándose detrás de las piernas de su madre.

Las preguntas que le hace el terapeuta a Sofía son facilitadas por la madre, ya que ella no responde. El tipo de preguntas apuntan a saber cuáles son sus preferencias, preguntas que niños de cuatro años disfrutan de contestar. Por ejemplo: ¿Qué te gusta comer?, ¿Cuál es tu color favorito? o ¿Cómo se llama tu papá? Estas son preguntas fáciles, que se hacen de modo amigable sin esperar ni insistir que la niña responda. En este caso, la madre cumple rápidamente el rol de responder todo por la niña. De a momentos en la sesión se cambia de tema y se generan conversaciones entre el terapeuta y la madre sin incluir a Sofía, por dos razones; la primera para observar su conducta cuando no se le está prestando atención y para darle descansos. Ya que ante cada pregunta se observan en su cuerpo señales de extrema ansiedad. Sus manos se retuercen, las piernas se mueven constantemente, esconde la cabeza o esquiva la mirada. Su respiración también se destaca, ya que se acelera de a momentos. Es bien claro como su cuerpo manifiesta todos los síntomas físicos de ansiedad.

5.4 Diagnóstico, diagnóstico diferencial y conceptualización del caso

Sofía presenta un diagnóstico de mutismo selectivo, el terapeuta se basa en la información registrada en las entrevistas con los padres, videos observados y entrevista con la paciente. De acuerdo a la clasificación de Mutismo Selectivo por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Sofía aparenta desarrollar Mutismo Selectivo, puesto que cumple con cada uno de los criterios que clasifican a dicho trastorno. Estos son: no se comunica cuando se espera que lo haga, a pesar de poder hacerlo en otro ámbito (CRITERIO A), la alteración interfiere en el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social (CRITERIO B). La falta de comunicación debe durar al menos 1 mes y no coincidir con el primer mes del inicio de clases escolares (CRITERIO C). No se diagnostica mutismo selectivo si la incapacidad se debe a la falta de habilidades comunicacionales (CRITERIO D). No se le diagnostica mutismo selectivo en el caso de que la alteración se explique mejor por otro tipo de trastorno de la comunicación (por ejemplo, trastornos de la



articulación), o que se presente en el lapso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico (CRITERIO E).

El berrinche suele ser otro comportamiento de Sofía que la madre describe y comenta como usual. Se generan en Sofía como reacción a un pedido de la madre a hablar en público, por ejemplo, situación comentada en sesión sobre un berrinche realizado en un comercio a raíz de un pedido de la niña a la madre que le comprara una golosina. La madre le pide que sea ella misma quien se lo ordene al comerciante, sin embargo Sofía no accede. Ante la no respuesta de la niña la madre decide que se retiren del comercio sin la golosina, resultando en un berrinche en el comercio.

En la sesión el terapeuta puede observar como aumenta su ansiedad a medida que se le pregunta directamente a ella. Durante toda la sesión la ansiedad se ve elevada sin embargo de momentos cuando se le dirige la atención se eleva aún más. Los comportamientos observables son: el movimiento constante de sus piernas, pies y manos, la respiración agitada, y la evitación de la mirada. Se interpreta muchísimo estrés cuando se la observa, la niña aparenta estar incomoda y de a momentos no disfrutar la compañía de otra persona junto a ella.

El terapeuta realiza un diagnóstico diferencial, para completar el conocimiento del cuadro y poder diseñar un tratamiento. Para arribar al diagnóstico de mutismo selectivo se descartaron los siguientes trastornos: ansiedad de separación, autismo, oposicionismo y fobia social. A continuación se explican brevemente.

Sofía no cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticada con el trastorno de ansiedad por separación, porque no cumple con el criterio fundamental de sentir una elevada ansiedad al separarse de sus padres. En la escuela, su adaptación fue normal, la madre no ha debido quedarse más tiempo del necesario, ella asiste a la escuela el total de horas requerido a su edad. En la terapia, Sofía fue capaz de estar a solas con el terapeuta, la madre pudo esperar afuera del consultorio el tiempo que el terapeuta le indicó.

Sofía tampoco cumple con los criterios para ser diagnosticada con algunos de los trastornos del desarrollo, como el autismo. Ya que a pesar de no comunicarse verbalmente con sus compañeros y maestros, mantiene códigos sociales de comunicación para su edad.



De acuerdo a los criterios del DSM 5 hay tres variables a tener en cuenta cuando se diagnostica autismo: déficit en la comunicación e interacción social, hipersensibilidad y su desenvolvimiento cotidiano (conductas repetitivas, juegos estereotipados). Sofía tiene un juego flexible, realiza interacciones lúdicas por imitación (jugar a la maestra), e incluye a otros cuando el juego lo requiere.

El carácter más caprichoso de Sofía, manifestado por los padres, es el que llevó al terapeuta a analizar la posibilidad de una comorbilidad con un trastorno oposicionista desafiante. Hasta ahora esta sigue siendo una hipótesis a investigar..

Por ultimo, se descartó fobia social. Se diagnostica en chicos de mayor edad y la bibliografía indica que primero aparecen las fobias específicas y después las relacionadas a la interacción..

El cuadro de conceptualización del caso permite concentrar toda la información, generar una hipótesis y diseñar el tratamiento adecuado. El cuadro permite diseñar personalmente el caso, puesto que el diagnóstico es solamente la descripción de la categoría donde ubicar la presentación de los síntomas. En el cuadro se plasma toda la información en el mismo se encuentran datos sobre: variables del desarrollo, contexto cultural, historia del aprendizaje, entorno familiar, antecedentes y consecuencias comportamentales, síntomas fisiológicos, emocionales y cognitivos.

Desde los antecedentes se recopiló información sobre su desarrollo. Los padres manifestaron que desde pequeña no disfrutaba de ser alzada por personas extrañas, lloraba cuando su madre o padre se alejaban de ella. No era comunicativa con los demás, esto la madre lo reconoció inmediatamente. Los demás datos evolutivos son normales, no presentó retrasos madurativos en su crecimiento. Los datos relevantes sobre los factores de mantenimiento, se observan en los comentarios que hacen los padres sobre las conductas que fueron adoptando para que Sofía se comunique con los demás. Por ejemplo, funcionar como interlocutores de los que quiere decir o pedir, adivinar lo que quiere comunicar, susurrar al oído de los padres lo que necesita. Todas estas conductas fueron refuerzos negativos que fueron manteniendo los síntomas.

El contexto familiar se caracteriza por ser cálido, la madre le brinda un entorno sobreprotegido, en todo momento ella está hipervigilante de las necesidades de Sofía. El

padre en cambio se muestra desconforme con este proceder de la madre. El padre presenta estar motivado con la terapia y sumamente colaborador a la hora de aportar información sobre las conductas de Sofía. El contexto familiar extensivo, es también cálido y están pendientes de la recuperación de Sofía.

Resumiendo, Sofía desarrolla un trastorno de Mutismo Selectivo, su temperamento es retraído, sufre elevados niveles de ansiedad cuando esta expuesta a comunicarse con personas que no sean sus padres. Los recursos para trabajar serán sus padres, contexto escolar y familia extendida, puesto que todos se muestran motivados para colaborar.

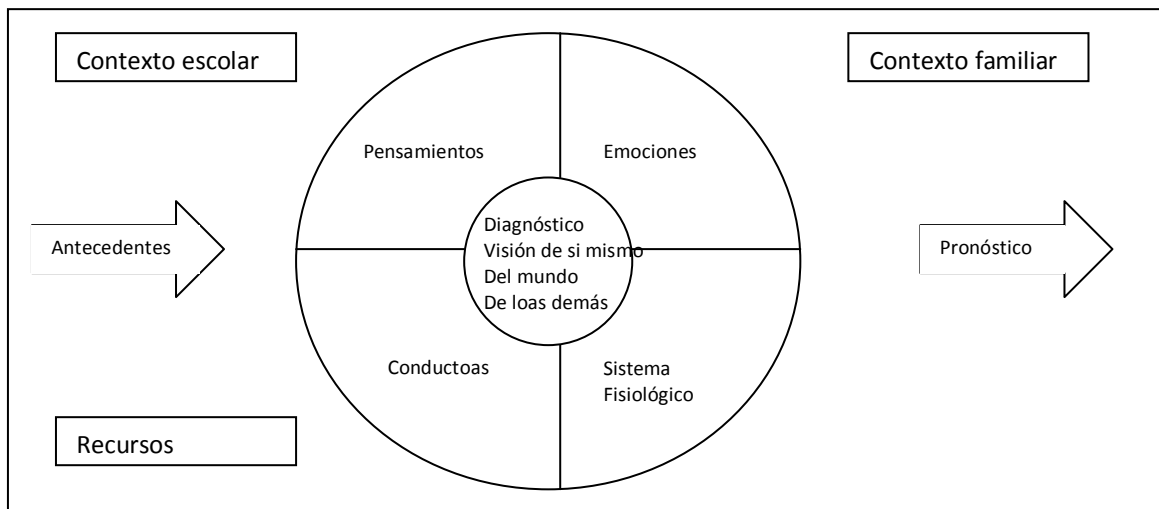


Fig. 1 Cuadro de conceptualización del caso

5.5 Tratamiento

El terapeuta les plantea un plan de tratamiento de tipo comportamental para Sofía, el tratamiento constará de una primera etapa de psicoeducación a los padres sobre el trastorno y luego la intervención en consultorio de determinadas técnicas, como: desvanecimiento estimular, manejo de contingencias y refuerzos, modelado y tratamientos basados en la exposición. Las sesiones contarán con la presencia de alguno de los padres. En



algunos casos se retirarán por algunos minutos si la técnica implementada en dicha sesión lo requiriera.

5.5.1 Intervención a padres

Las sesiones del tratamiento dirigidos a la madre programadas para psicoeducar sobre el trastorno resultan sumamente útiles debido a su estilo de personalidad ansioso. Se le explican los beneficios para el tratamiento de Sofía si, ante típicas reacciones o conductas que ella realiza las modela hacia un comportamiento más seguro o ahora enfocado a beneficiar cambios en el comportamiento de su hija. Se le enseñan técnicas para que pueda autorregular su comportamiento ante situaciones que no estaban siendo un buen aprendizaje para Sofía.

El padre de Sofía resulta ser un gran co-terapeuta, colabora con las tareas y tiene la determinación necesaria para llevar adelante las intervenciones más difíciles como la exposición. A su vez, en casa suele comprender mejor como llevar a cabo los premios y recompensas para intensificar algunos comportamientos y modificar otros.

5.5.2 Intervenciones centradas en el niño

El tratamiento con Sofía comienza con técnicas respiratorias para controlar la misma. El terapeuta detecta que las primeras sesiones con ella resultarán bastante complejas debido a que no tienen ninguna comunicación, por lo tanto, le entrega tareas que debe realizar en casa. Estas tareas serán útiles para trabajar en sesión. La tarea encomendada es darle nombre a lo que ella siente, de manera de externalizar el problema (Bunge et al, 2010). El nombre que eligió Sofía es el Monstruo de la Vergüenza. En esa oportunidad se le pidió a la madre que se retirara por unos minutos. El terapeuta observó que la actividad de externalizar el problema podría ser una oportunidad para avanzar un poco en la relación con ella. La tarea que realizó la niña fue la de dibujar al monstruo de la vergüenza en un pizarrón. A cada consigna que el terapeuta imparte ella simplemente la



ejecuta, nunca lo mira o asiente con la cabeza. Finalizada la actividad, la madre vuelve a ingresar al consultorio.

Otra técnica que se implementa durante las primeras sesiones son las vocalizaciones de monosílabos simples como SI y NO. La consigna consiste en pronunciar la palabra o las letras por separado. Esta técnica el terapeuta la realiza con la ayuda de unos títeres y el desarrollo de una historieta entre los personajes. En la historia Sofía forma parte a través del pedido de los títeres que asienta una situación. Al cabo de varios intentos sin forzar la situación Sofía logra vocalizar la letra s. En esta tarea puntualmente la madre se encontraba esperando fuera del consultorio. Sofía vocalizó dos veces más la letra s. Esta es la tercera sesión con ella desde que empezó el tratamiento. El premio ante la prueba era poder sostener unas muñequitas que se encontraban en el consultorio que ella miraba atentamente desde el día que llegó. Conductualmente también se realizaron ejercicios para esta técnica, ya se le habían enseñado las técnicas respiratorias para bajar la ansiedad, por lo que cada vez que el títere le pedía que contestara, Sofía previamente inhalaba y al exhalar soltaba la letra s. Es notable observar como se manifiesta su ansiedad a lo largo de la sesión, al ser tan pequeña la manifestación corporal se destaca mucho. Las técnicas de relajación sirven para calmar su cuerpo y poder afrontar las tareas que la ponen tan nerviosa y tensa.

En las próximas sesiones el terapeuta hace uso de las técnicas de manejo de contingencia. A partir del logro de poder pronunciar letras, el terapeuta elabora un juego de preguntas donde si contesta se le entrega una muñeca y si no contesta se le quita la muñeca. La explicación de la consigna se realiza con la madre presente en el consultorio, pero durante el ejercicio la madre se retira a la sala de espera. El ejercicio empieza con las técnicas de relajación y luego con las preguntas. En algunas ocasiones contesta y en otras no. Pero el resultado es positivo porque son más las veces que contesta y Sofía termina la actividad con una buena cantidad de muñecas a su alrededor. A este ejercicio le sumó la consigna de que la letra s debía ser oída por su madre que se encontraba afuera. La consigna se cumplió y como premio recibió una golosina en el comercio camino a casa.



A lo largo de varias sesiones se mantuvieron estas intervenciones. Técnicas de relajación y manejo de contingencias. El refuerzo positivo siempre eran las muñecas y el negativo la quita de las mismas. Sofía avanzó de la letra s a la palabra completa “si”.

Para reforzar este avance, el terapeuta empieza a incluir preguntas cuyas respuestas son nombres de familiares u objetos de su preferencia. Preguntas del estilo: ¿Cómo se llama tu papá?, ¿Cómo se llama tu mejor amiga?, ¿Cuál es tu comida preferida?, etc. A lo largo de varias sesiones se van logrando avances notables.

Al cuarto mes de tratamiento, el terapeuta comienza a intervenir con la técnica del desvanecimiento estimular. A esta altura del tratamiento, se ha establecido una rutina donde la sesión empieza con la madre en el consultorio y Sofía esperando en la sala de espera. Durante unos diez minutos la madre comenta los sucesos de la semana y aprovecha para realizar consultas. Luego sale la madre e ingresa Sofía. La técnica de desvanecimiento estimular se lleva a cabo en el consultorio con la visita de una tercera persona, totalmente desconocida por Sofía. La actividad comienza con los tres en el consultorio, sin embargo, la tercera persona se encuentra en el punto más alejado del ambiente. La idea es que Sofía vaya respondiendo las preguntas que realiza el terapeuta y ella conteste de modo tan alto que la tercera persona la oiga. A medida que va respondiendo la tercera persona va acercándose a Sofía y el terapeuta. La actividad se desarrolló rápidamente ya que Sofía contestaba cada vez que se le preguntaba. Aprovechando la situación, el terapeuta cambió la consigna por una un poco más compleja pero agregando refuerzos positivos si cumplía con la tarea. La misma consistía en quedarse a solas con la tercera persona y contestar a las preguntas que ésta le preguntara, de forma alta y clara, para que los que estaban en la sala de espera la pudieran oír. Por cada respuesta dada de forma clara y audible para el resto Sofía recibe un premio, en este caso no eran las muñecas sino unas canicas que junta en una canasta. Cuando junta diez canicas consigue la autorización para pedirle a la madre que le compre algo en el comercio camino a su casa. La intervención fue un éxito, puesto que Sofía contestó la mayoría de las preguntas realizadas por la tercera persona. Esta intervención se realizó unas veces más siempre cambiando la tercera persona.

Los avances del tratamiento son notables, ya que Sofía se comunica con palabras completas y en algunos casos elabora frases completas. A pesar de que no forma parte del



objetivo en esta etapa del tratamiento, la madre no reporta cambios en su interacción con el ambiente. La incapacidad para hablar con los demás sigue manteniéndose. En el aula tampoco se comunica con sus maestros o compañeros.

5.2.3 Intervenciones centradas en la escuela

El tratamiento de Sofía se extiende a la escuela a ya que en sesión con su terapeuta ha logrado comunicarse de manera fluida sin la necesidad de constantes refuerzos para provocar la comunicación. El plan de intervención para el niño con mutismo selectivo en la escuela, plantea desarrollar una serie de pasos aunando el trabajo del terapeuta y las maestras. El lugar para realizarlo es el ámbito escolar, en el caso de Sofía se desarrolla en una sala especial dentro la de escuela donde asiste.

El objetivo del plan lo trazaron los padres de Sofía y el terapeuta. Luego el terapeuta se reunió con los directivos, maestras y psicóloga de Sofía en la escuela para psicoeducar sobre el trastorno y las intervenciones a realizar. Específicamente se trabaja con intervenciones que permitan reducir la ansiedad y fomentar las conductas comunicativas.

Las primeras sesiones en la escuela se observa a Sofía con una ansiedad sumamente elevada. Los objetivos se replantearon a partir de esta sintomatología. El terapeuta trabaja con ella en la escuela a solas, las primeras intervenciones vuelven a ser de relajación a través de técnicas respiratorias y la repetición de palabras sencillas. Palabras que ella ya acostumbraba decir en sesión. Como por ejemplo, nombre del terapeuta, madre, padre y maestras. Las intervenciones apuntan a bajar su ansiedad y elevar

6. Referencias

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4a. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anstending, K. (1998). Selective mutism: a review of the treatment literature by modality from 1980-1996. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35, 381-391.

Bergman, R. L., Piacentini, J., Mc Craken, J. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.

Black, B., & Uhde, T.W. (1995). Psychiatric characteristics of child with selective mutism. A pilot study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.

Blum, N. J., Kell, R.S., Starr, H.L., Lender, W.L., Bradley-Klug, K.L., Osbourne, M. L., & Dworick, P. W. (1998). Case study: audio feedforward treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 40-43-

Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. (2da. Ed.). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: The Guilford Press.

Cleave, H. (2009). Too anxious to speak? The implications of current research into selective mutism for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*, 25(3), 223-246.

Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutisima and social anxiety disorder. All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464-1472.

Cohan, S.L., Chavira, D.A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S.C. & Stein, M.B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (4), 770-784.

Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academia performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 45(8), 1363-1371.

Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families. A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1451-1459.

Fiorenza, A. (2004). *Niños y adolescentes difíciles. Soluciones a problemas de conducta y de crecimiento mediante la estrategia de la terapia breve*. (2da. Ed). Buenos Aires: Editorial Del Nuevo Extrema S.A.

Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.

Kratchowill, T. R. (1981). *Selective Mutism: Implications for Research and Treatment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249–256.

Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs*, 16(3), 175-180.

Leonard, H. L., & Topol, D. A. (1993). Elective Mutism. *Chile Adolescent Psychiatric Clinic North America*, 2, 695-707.

Labbe, E.E., & Williamson, D.A. (1993). Elective mutism. *Clinical Psychology Review*, 4, 273-292.

Morris, T., & March, J. (2004). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. (2da. Ed.). New York: The Guilford Press.

Olivares, J., Méndez, F. X., & Macía, D. (1996). Mutismo selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, 4 (2), 169-192.

Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606–614.

Steinhausen, H., Watcher, M., Laimbock, K., & Winkler Metzke, C. (2006). A long term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Chile Psychology and Psychiatry*, 47 (7), 751-756.

Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., & Burger. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 592-595.



Vecchio, J.L., & Kearney, C.A. (2005). Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 31-37.

Wright, H. L. (1968). A clinical study of children who refuse to talk in school. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 603-617.

Yanof, J.A. (1996). Language communication and transference in child analysis; I selective mutism: the medium message, II is child analysis really analysis? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 79-116.

Yeganeh, R., Beide, D.C., & Turner, S.M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 23, 117-123. DOI: 10.1002/da

Intervenciones con padres de chicos ansiosos

Manejo de contingencia

Autorregulación emocional parental

Modelado de afrontamiento

Creencias disfuncionales