

MUTISMO SELECTIVO: FOBIA FRENTE A NEGATIVISMO

DIAZ ATIENZA, J¹

RESUMEN

Se describe la intervención terapéutica a través de la implementación en el aula en un caso de mutismo selectivo en una niña con cinco años y dos de evolución y en donde habían fracasado las intervenciones anteriores. Igualmente se contrasta la semiología y antecedentes de nuestra paciente con aspectos relevantes aportados por otros autores como la valoración de la comorbilidad neurocognitiva.

INTRODUCCIÓN

El mutismo selectivo se define como un trastorno de la infancia caracterizado por la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales, con afectación del rendimiento escolar o la comunicación social, con una duración mínima de un mes y que no se explica por ninguna otra causa orgánica o paidopsiquiátrica que lo justifique (DSM-IV). Su estudio, dependiendo de la orientación de los investigadores, suelen encuadrarlo, bien en los problemas del lenguaje o en los trastornos de ansiedad / fobias.

Otros aspectos semiológicos que suelen presentarse son la excesiva timidez, apego físico a los padres, oposicionismo, rechazo / fobia escolar, capacidad normal para comunicarse a través de los gestos y la mímica, afectación de la sociabilidad por aislamiento o retraimiento.

La prevalencia del mutismo selectivo está alrededor del 1 % de la población infantil consultante, siendo más frecuente en niñas que en niños. Sin embargo, hay que considerar el hecho de que no existen realmente estudios epidemiológicos de campo que nos clarifiquen la morbilidad real en población general.

Aunque el mutismo selectivo, normalmente, se presenta antes de los cinco años de edad no suele recibir tratamiento hasta que su trastorno genera interferencia significativa en su vida escolar.

La evaluación se realiza a través de la historia clínica normalizada conjuntamente con las entrevistas y/o cuestionarios aportados por los profesores, padres y a veces personas de su ambiente habitual de convivencia

Respecto a la etiología, aunque por definición no debe existir ninguna causa orgánica que lo justifique, no cesan de aparecer trabajos relacionando el mutismo con alteraciones de la fosa posterior, concretamente por afectaciones tumorales o de otra causa del cerebelo. Destacan dos modelos explicativos: el psicoanalítico y el derivado de la psicología del aprendizaje.

1. *El psicodinámico*: Basan su explicación etiopatogénica en la existencia de una serie de factores que darían lugar a una reacción neurótica. A saber: a) Hipersensibilidad hacia los impulsos instintivos, b) La existencia de un trauma psíquico durante el periodo crítico del desarrollo del lenguaje, c) Ausencia de seguridad suficiente en el entorno del niño, d) La persistencia del mutismo como mecanismo reductor del miedo, y e) Ambiente familiar basado en la dependencia y la permisividad.

¹ Paidopsiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Almería (España)

2. Teoría de aprendizaje: La explicación la sostienen en los siguientes supuestos: a) El mutismo selectivo es una respuesta conductual aprendida, b) Las situaciones estímulares discriminativas son fundamentales para mantener el trastorno. De aquí que los tratamientos se basen en el control estímular. Para AMARI (1999) el mutismo selectivo se sustenta en la pérdida de generalización de un tipo de respuesta operante en contextos ambientales. El refuerzo contingente incrementaría las conductas que antes no existían, basando su interpretación en la presencia de estímulos discriminativos y la generalización de estímulos. Algunos autores como ANSTENDING (1999), afirman, a través de una exhaustiva revisión bibliográfica, que el mutismo selectivo es un trastorno de ansiedad o bien un síntoma de la ansiedad de separación, de la fobia social o del trastorno por estrés posttraumático, llegando incluso a proponer un cambio en las futuras revisiones del actual DSM-IV.

En la TABLA – 1 presentamos una clasificación propuesta por OLIVARES (1996) en donde se presentan las diferentes situaciones y modos en donde la comunicación verbal puede estar alterada.

TABLA – I

	Comunicación oral		Nombre asignado a los distintos grados de miedo desproporcionado a hablar	Nivel de miedo
Habla en distintas situaciones de interacción social	SÍ	Ajenas al ámbito íntimo	Aversión a hablar	MENOS M I E D O MÁS
	Con personas	Sólo del ámbito íntimo	Mutismo electivo	
	NO	No habla a nadie	Mutismo progresivo	

El tratamiento, como se comprenderá, va a depender del modelo teórico del terapeuta. Así, los de orientación psicodinámica establecen un plan psicoterapéutico individualizado y basado en la búsqueda y toma de conciencia y análisis del conflicto que originó la conducta mutista.

Para los terapeutas provenientes del paradigma del aprendizaje, existen básicamente dos aproximaciones: a) los que basan su explicación en el mutismo como conducta de evitación y b) los que se refieren al mutismo como una respuesta con claros beneficios y sostenida por el control estímular. En el primer caso, las técnicas habitualmente empleadas son la desensibilización y la relajación. En el segundo, la atenuación de estímulos. RYE (1995) propone una estrategia de intervención multimodal consistente en: Desensibilización sistemática, trabajo con profesores y entrenamiento en habilidades en lenguaje social.

Para algunos autores existe un mutismo orgánico que intenta utilizar como modelo psicobiológico del autismo selectivo (GORDON, 2001). Se presentaría en lesiones del cerebelo que afectarían a la fosa posterior. La semiología consiste en mutismo, ataxia, parálisis craneales,

parahemiparesia bulbar, alteraciones cognitivas y labilidad emocional. Desde este paradigma el mutismo se debería a una disfunción cerebeloso – occipital con ausencia de signos neurológicos focales.

Igualmente se ha puesto en relación con gran variedad de circunstancias clínicas. Así en el estudio de KRISTENSEN (2000) estudiando una muestra clínica de 54 casos y comparándolos con 108 controles, encuentra que el 68,5 % de los niños con mutismo selectivo presentarían trastornos específicos del desarrollo frente al 13,02 % en los controles, el 74,1 % presentarían ansiedad frente al 7,4 % y cuando se estudia la asociación de ambos trastornos los niños con mutismo selectivo los presentarían el 46,3 % frente al 0,9 % de los controles sanos.

CASO CLÍNICO

AG es una niña que cuando consulta en nuestra unidad tiene cinco años. El motivo es un mutismo selectivo que comienza a los tres años de edad. Su presentación aparece coincidiendo con la visita al domicilio parental de unos familiares y con el inicio del curso escolar, aunque la madre insiste en que el desencadenante parece estar en algún suceso durante las clases de baile a las que asistía cuando tenía tres años.

Suele elegir a las personas con las que habla, indistintamente de que les sean familiares o no, dependiendo de la sintonía con ellas y, casi siempre, por como estas personas se dirigen a ella. Es una niña claramente seductora con el interlocutor, no mostrando ningún tipo de resistencia a quedarse a solas con el terapeuta y dando claramente la impresión de que exhibe con una cierta gratificación “su problema”. Sonríe, gesticula, se aproxima e interactúa sin problemas, le agrada el contacto físico. Da la impresión de que en cualquier momento comenzará a hablar. Esto hace que se le insista produciéndose un bloqueo total en todos los aspectos de la comunicación, incluyendo el gestual.

Si se le amenaza con interrumpir la psicoterapia, se muestra agresiva, igual que cuando se actúa en espejo, es decir comunicarse con ella tal como ella lo hace: a través de los gestos. Incluso, a veces, conjuntamente a su angustia, aparecen conductas de agresión física hacia terapeuta.

Por su comportamiento general no da la impresión de que el mecanismo subyacente a su mutismo sea de tipo fóbico, predominando las conductas de reto y negativismo.

Las interferencias derivadas del mutismo son de tipo social con clara deficiencia en las relaciones sociales. Utiliza a la hermana para comunicarse con sus compañeros de colegio.

Como antecedentes médicos personales decir que presenta celiaquía sin que coexistan problemas en la conducta alimentaria y siendo muy adherente a las restricciones dietéticas debidas a su enfermedad. Sueño normal y ningún otros síntoma psicológico.

Exámenes complementarios:

Se le pasó el WPPSI a través de la madre que es psicóloga, dando los siguientes resultados: CIV: 93, CIM: 107, CIG: 100. Observamos una diferencia de 14 puntos entre el verbal y el manipulativo, justificada por bajas puntuaciones en conocimientos generales, pensamiento abstracto y memoria secuencial auditiva.

Se grabaron unas cintas durante situaciones habituales de la vida diaria intrafamiliar en donde no se apreciaba ningún déficit en la producción ni articulación de lenguaje. Igualmente, se realizó un registro de situaciones en donde AG se negaba a hablar y con qué personas.

Tratamiento y evolución

Se prescribió medicación (pimozide y clomipramina) al mismo tiempo que se intentó aplicar un programa de intervención de control estimular sin que diera ningún resultado. AG hablaba con quien quería, cuando quería y donde quería por lo que era difícil planificar la intervención.

Teniendo en cuenta que comenzaba con la etapa de primaria y uno de los lugares en donde se negaba a hablar era el colegio (con casi todos sus compañeros y profesores), se intentó elaborar un Programa de Intervención en el Aula que se iría cambiando en base a los resultados obtenidos. Los puntos en los que se basaba eran los siguientes:

1. Dar la impresión de que el problema no es llamativo para la profesora. Para ello:
2. Se dirigirá a ella habándole normalmente y sin darle importancia a sus silencios y sin mostrar preocupación. Para la profesora, el hablar o no de AG, carecerá de relevancia, tanto para la realización de tareas escolares como por su nula resonancia afectiva.
3. Se evitarán las situaciones que exijan una respuesta verbal. Cuando esto no sea posible, y si AG no responde, se pasará el turno a otro alumno/a como si no hubiera sucedido nada y sin realizar comentarios ni positivos ni negativos o que manifiesten preocupación.
4. Si fuera preciso habría que adaptar la evaluación de los objetivos docentes al hándicap que presentaba AG, ya que no interesaba que esta eventualidad angustiase a la profesora y a los padres y que fuera observada por AG.
5. Los comentarios en respecto a la evolución de AG, sea respecto a su trastorno como en cuanto a las dificultades derivadas de su problema en el ámbito escolar, no se realizarían en su presencia.
6. En casa, los padres no le realizarían preguntas relacionadas con el colegio que tengan que ver con su mutismo.
7. *Se dio la consigna de que se contemplara la situación como si AG no tuviera ningún problema, como si hablara normalmente, el comportamiento diario hacia ella sería como que "EL PROBLEMA NO EXISTE". Por tanto, ni nuestros gestos, ni nuestro discurso, ni nuestras actitudes debería manifestar la más mínima preocupación a los ojos de ella.*

EVOLUCIÓN Y COMENTARIO

Durante la aplicación de las pautas anteriores aparecieron algunos síntomas de ansiedad. Teniendo en cuenta que sus compañeros de aula avanzaban en el aprendizaje de lecto-escritura, AG comenzó a hablar con dos compañeros de clase con la finalidad de que estos le ayudaran en las tareas escolares pero amenazándoles con que no volvería a hablarles si comentaban que hablaba con ellos. Un día, sin que existieran otros motivos que los referidos a su retraso respecto a los compañeros y el cambio de actitud de la profesora, le comunica a la madre que a partir de una fecha determinada comenzaría a hablar con la profesora y así lo hizo. Primero en voz baja y poco después, normalmente.

En el seguimiento telefónico que hemos realizado a los 3 y a los 9 meses, AG continúa hablando normalmente con la profesora y habiéndose generalizado a los compañeros.

COMENTARIO

Indistintamente de las causas que dieran lugar a su mutismo vemos claramente en AG una utilización manipuladora de su problema. En primer lugar, la excesiva preocupación de la profesora dio lugar a que de forma individualizada y grupalmente se le prestara más atención que a sus compañeros y beneficiándose, igualmente, de que con frecuencia la profesora la acompañara durante el tiempo libre. AG fuera del contexto escolar “exhibía” su mutismo siendo el centro de atención en una gran variedad de situaciones.

Por tanto, la explicación inicial y su persistencia en el tiempo, se podría explicar desde el modelo conductual como respuesta aprendida y actuando determinados estímulos discriminativos ambientales como sustentadores del trastorno. Igualmente, y como se espera en este tipo de aprendizajes, se produce una generalización de su mutismo.

Creemos que la estructura temperamental de AG ha contribuido significativamente en la génesis y mantenimiento del problema: sus llamadas de atención constantes y su necesidad de ser el centro de atención en su medio ha favorecido los aprendizajes anteriores.

No participamos de la afirmación de ANSTENDING (1999) de que, al menos en nuestro caso, el mutismo selectivo sea un trastorno de ansiedad de separación, ni siquiera un aspecto semiológico de la fobia social teniendo en cuenta las conductas de nuestra paciente en aspectos relacionados con los mencionados trastornos. Tal vez, aunque ha sido imposible contrastarlo, si pudiéramos estar de acuerdo en la existencia como desencadenante de un acontecimiento estresante.

Respecto a la concomitancia de déficits neurocognitivos específicos y mutismo selectivo (KRISTENSEN, 2000), observamos que en AG existe una diferencia importante entre el CI verbal y el manipulativo a expensas, fundamentalmente, de dos funciones instrumentales, el pensamiento abstracto y la memoria secuencial auditiva, lo que apoyaría la observaciones realizadas por este autor en el sentido de la concomitancia entre mutismo selectivo y trastornos específicos del desarrollo.

En conclusión, nos inclinamos por considerar al mutismo selectivo como una conducta inicial de evitación y con factores claros de mantenimiento derivados de las situaciones estimulares discriminativas que derivaría en claros beneficios secundarios para el sujeto y que a su vez actuarían como reforzadores positivos. Igualmente, creemos que debería prestarse más atención en la presencia / ausencia de trastornos específicos como contexto de riesgo y susceptibles de intervención psicopedagógica.

BIBLIOGRAFÍA

AMARI, A; SLIFER, KJ; GERSON, AC; SCHENCK, E; KANE, A.: Treating selective mutism in a pediatric rehabilitation patient by altering environmental reinforcement contingencies. *Pediatr Rehabil*, 1999, 3 (2): 59-64.

ANSTENDIG, KD.: Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM – classification. *J Anxiety Disord*, 1999, 13 (4): 417-34.

GORDON, N.: Mutism: elective or selective, and acquired. *Brain Dev*, 2001, 23 (2): 83-7

KRISTENSEN, H.: Selective mutism and comorbidity with developmental disorder /delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39 (2): 249-56.

OLIVARES RODRÍGUEZ, J.: *El niño con miedo a hablar*. 1996. Ed. Pirámide. Madrid.

RYE, MS; ULLMAN, D.: The successful treatment of long – term selective mutism: a case study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1999, 30 (4): 313-23.