XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2005.

Un diseño de intervención psicosocial y farmacológica en seis casos de mutismo selectivo.

Wainstein, Martín, Vérnola, M. E. y Toscano, R.

Cita:

Wainstein, Martín, Vérnola, M. E. y Toscano, R. (2005). *Un diseño de intervención psicosocial y farmacológica en seis casos de mutismo selectivo. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-051/101

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/q8B

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

UN DISEÑO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y FARMACOLÓGICA EN SEIS CASOS DE MUTISMO SELECTIVO

Dr. M.Wainstein. Lic. M. E. Vérnola; Dra. R. Toscano.
Fundación Gregory Bateson - Mental Research Institute. Facultad de Psicología (UBA)
Cátedra de Teoría y Técnica de Clínica Sistémica.

Resumen
Objetivos: se presenta un diseño de intervención psicosocial , farmacológico y placebo del Mutismo Selectivo (DSM IV F94.0). El trabajo con el niño, los padres, la familia y el sistema escolar. Las etapas: clarificación del diagnóstico y comienzo del tratamiento, procedimientos de intervención con focalización en los síntomas, intervenciones con la familia y el sistema escolar. El sistema de registro de la información clínica, las técnicas de intervención en el trabajo individual con los niños, algunas técnicas utilizadas con los niños y sus padres, el momento y forma de administración de fármacos, la utilización circunstancial de un placebo y se evalúan discuten los primeros resultados obtenidos. Metodología: presentamos un procedimiento estandarizado representativo de la aplicación del diseño a un total de seis casos pertenecientes a la población de consulta de la Fundación Gregory Bateson y el Hospital Enrique Erril de la Provincia de Buenos Aires. La evaluación previa y postratamiento de los síntomas se realizó mediante la respuesta de los padres al SMQ (Selective Mutism Questionnaire).

Palabras Clave
mutismo selectivo - intervenciones

Abstract
PSYCHOLOGICAL, PHARMACOLOGICAL AND PLACEBO INTERVENTIONS ON SELECTIVE MUTISM
Objectives: It is presented a design of psychological, pharmacological and placebo interventions on Selective Mutism (DSM IV F94.0) to report of the work with the child, their parents, and their family and with the scholar system. Phases: diagnosis and the beginning of the treatment, focalizing on symptoms, family and scholar system interventions. Clinic data register, intervention techniques on individual work with children, some technique used with the children and their parents, the appropriated time and form of providing drugs, circumstantial use of a placebo and evaluation and discussion of the results. Methodology: It is presented a standard procedure of the design used on six cases from the consulting population of Gregory Bateson Foundation as well as Enrique Erril Hospital located in Buenos Aires State. The previous tests and retest of the children symptoms were carried out through the answer of the parents to the SMQ (Selective Mutism Questionnaire).

Key words
selective mutism - interventions

Introducción:
El Mutismo Selectivo (DSM IV F94.0) es un trastorno de aparición poco frecuente en la infancia pero de gran importancia por las limitaciones y consecuencias psicológicas y sociales que conlleva, subsidiarias de un curso severo en su evolución. La sintomatología específica se caracteriza por la resistencia continua a hablar en situaciones sociales extra-familiares, como por ejemplo la escuela. Habitualmente se inicia en el período preescolar, antes de los cinco años de edad. Frecuentemente se realiza la consulta clínica una vez que el niño ingresa a dicho ámbito. Los niños con este trastorno suelen hablar con sus familiares en el hogar y mantenerse mudos fuera de éste y en presencia de extraños[i].
Algunos aportes bibliográficos relacionan el Mutismo Selectivo con la ansiedad por hablar con personas ajenas a la familia inmediata. Esta hipótesis se respalda en informes que refieren que estos pacientes evidencian síntomas de ansiedad (incremento de la tensión motora, sofocaciones, sudación, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, etc.) cuando se los interroga y aun cuando escuchan sus propias voces[ii].
Si bien en este último tiempo se ha escrito sobre el tema, las propuestas de evaluación, diagnóstico y tratamiento son aún escasas e inespecíficas y los resultados son poco alentadores y variables[iii] [iv]. Los datos relevados sugieren realizar tratamiento psicológico con el niño, la familia y orientación escolar, especialmente a los docentes en contacto con el paciente. También se ha informado el uso de Fluoxetina[v][vi] .
En nuestra muestra una particular conducta parental nos permitió evaluar, en uno de los casos, el uso de un placebo, información no frecuente en la bibliografía consultada.

Caso clínico tipo: la niña/o asiste al preescolar o primer grado en instituciones públicas y privadas. Durante la entrevista de admisión, los padres expresan que su hija/o no habla con adultos extraños, aunque sí lo hace con sus familiares más cercanos, en su casa. Habla con ellos, con sus dos hermanos y con la señora que realiza las tareas domésticas. También suele hablar esporádicamente con su abuela materna. Esta actitud no les había preocupado hasta el comienzo del jardín de infantes, en sala de tres años. Por comentarios de las maestras y de otras mamás, se dieron cuenta que no hablaba en el ámbito escolar. Comentan también que en el jardín solo habla con sus compañeros y en situaciones en que no se vea obligada. Esporádicamente, se queda a dormir en casa de alguna amiga, no es frecuente en ese caso que hable con los padres; solo se comunica indicando “si” o “no” con la cabeza. Cuando concurren otros adultos a su casa, como por ejemplo amigos de la familia, les habla a sus papás en secreto, al oído, manifiesta inhibición, conductas evitativas y excitación. La respuesta de los padres al Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ)[vii], reveló un nivel moderado (12.25) en la familia, alto (23.27) en la escuela y alto (36.50) en los intercambios sociales.

Materiales y Métodos: El modelo de trabajo presentado a continuación se desarrolla en varias etapas y se utilizan cinco formatos de intervención: individual, familiar, escolar, farmacológico y con placebo. La etapa de evaluación se desarrolla en cuatro entrevistas. El objetivo es determinar el diagnóstico, evolución y pronóstico del caso. Es fundamental evaluar la

comorbilidad, la cual incide sobre el pronóstico[viii]. Incluye entrevistas con toda la familia, padre-hija/o, madre-hija/o, padres solos, niña/o sola. En ellas se solicita a los padres que respondan el CMS (SMQ). Conjuntamente, se inician comunicaciones telefónicas, escritas o personales con representantes del gabinete psicológico o docentes del colegio al cual asiste la niña. Confirmado el diagnóstico de MS, se informa a los padres sobre las características de éste, su probable evolución sin tratamiento, las estrategias posibles de un tratamiento específico, incluyendo los formatos de intervención: individual, farmacológico, parental, familiar y en sistemas más amplios como la escuela. Se les informa ampliamente sobre el MS y se les refiere bibliografía de divulgación y de ser posible científica y referencias vía Internet. También se firma el consentimiento para filmar y utilizar la información con fines científicos por los equipos de las instituciones, garantizando la confidencialidad. Terminada la evaluación la siguiente etapa inicia las primeras intervenciones que buscan disminuir la exigencia inicial de la comunicación verbal mientras se favorece la emergencia de los patrones habituales de conducta familiar para observar la funcionalidad del síntoma en el contexto de estos patrones. El plan divide dos fases con objetivos específicos. La primera fase, 6/7 sesiones, se fija como objetivo el establecimiento de un vínculo terapeuta-paciente capaz de funcionar con autonomía y discriminado del sistema terapéutico más amplio psiquiatra/ paciente/padres/ familia/escuela, También se busca discriminar comunicar de hablar, promoviendo modos de comunicación no verbal fluidos. Aplicamos un enfoque de sistemas, considerando integradamente variables cognitivas, conductuales, sociales, familiares y biológicas. Generalmente el/la niña/o no acepta permanecer sola/o con la terapeuta. De ahí que se cita también al padre, la madre o ambos, para que concurran con ella. A partir del material lúdico, incluido como recurso de trabajo, se desarrollan juegos de intercambio con los padres: les muestran los juguetes, se ríen juntos, arman juegos etc. sin expresión verbal por parte de la niña. La inclusión de la terapeuta se va haciendo en forma paulatina mediante intervenciones. Consignas como: “A partir de ahora y por 20 minutos, sólo nos comunicaremos por medio de gestos”; “Ahora, cuando queremos comentar algo lo hacemos a través de los “secretitos”; “En este juego, pierde cualquiera de nosotros que haga un ruidito con la boca”, entre otros. Es común un funcionamiento familiar caracterizado por gran rigidez en los circuitos de interacción, fuerte apego emocional entre los miembros de la familia y una baja adaptación a los cambios del contexto propuestos por las intervenciones. Las respuestas habituales a las modificaciones ocasionadas por éstas se caracterizan por expresar una inmediata generación de ansiedad en la familia. Suele observarse en las niñas/os una elevada ansiedad como respuesta a cualquier intento de comunicación o acercamiento verbal o no verbal de parte del terapeuta. Evitar la mirada, morderse el labio superior, una notable rigidez facial, refugiarse en el regazo de alguno de sus padres, no emitir sonidos fueron algunas de las manifestaciones conductuales más habituales durante las primeras entrevistas, corroborando la fuerte interacción entre temores y ansiedad familiar y los síntomas de MS en la niña, de los cuales aquellos parecían actuar como reforzadores positivos y éstos como estímulos discriminativos. Esta interacción podría formar parte de las relaciones observadas por algunos autores entre MS y problemas generales de ansiedad y desarrollo[ix].

A medida que se amplia la comunicación entre paciente y terapeuta se les da indicaciones a los padres para que se corran físicamente del espacio de interacción pero sin abandonar el consultorio. Se asegura a la paciente la posibilidad de recurrir a ellos cuando los necesite. Los objetivos propuestos se cumplen cuando comienzan a intercambiar miradas y gestos con la terapeuta y la integran a sus juegos. La comunicación se establece en un primer momento a través de la madre o el padre y luego por medio de sonidos vocales y ademanes, con la terapeuta en forma directa. Durante esta primera fase comienzan a expresarse verbalmente, aunque no en todos los encuentros. Es necesario destacar la importancia de los registros fílmicos, cuya revisión sistemática posterior por parte de la terapeuta y equipo permiten observar aspectos muy sutiles de la experiencia, establecer patrones conductuales y definir inferencias e hipótesis durante el proceso terapéutico.

La segunda fase no tiene plazos (la duración registrada fue entre 23 y 65 entrevistas de frecuencia primero semanal, luego quincenal) y los objetivos principales consisten en fortalecer el vínculo establecido; modificar el patrón que colocaba a la mamá de un lugar de “intérprete”, “almohadón” o “traductora” (metáforas éstas, utilizadas en las sesiones); mantener el tipo de comunicación verbal posible iniciado con la niña y otorgar las primeras pautas de trabajo a los docentes.

Cumplidos cuatro meses de tratamiento se contacta en interconsulta a los pediatras se informa a los padres sobre la posibilidad de un tratamiento farmacológico, se les da información y se realizan entrevistas con ellos para aclarar dudas acerca de medicar “una niña tan chica”. Se les entrega información impresa y direcciones de sitios de Internet referidos a la droga y su utilización en adultos. Se agrega a las entrevistas la médica psiquiatra del equipo. Se inicia el tratamiento farmacológico con entre 10 y 30 mg. Fluoxetina de acuerdo a la propuesta bibliográfica. En un caso los padres sugirieron el uso de un frasquito con gotero, con agua y esencia de vainilla que se conservó en la heladera. Todos los días en determinado horario daban a su hija la “medicación”. Este uso produjo un efecto de “cura” equivalente en plazo y efectos al de los pacientes medicados. Al igual que en los casos medicados comenzó a hablar en la escuela a sus compañeros y a la maestra. **Trabajo con la escuela:** se asiste a la escuela, se instruye a los docentes de gestión y especialmente a la maestra como disminuir la exigencia de ella y de los compañeros sobre la comunicación verbal reforzando la comunicación no-verbal posible e ignorando cualquier logro verbal (evitar aplausos, gestos de aprobación, eliminar el tema de la clase, etc.)

Resultados

De un modo similar a como ocurre en otros trastornos de ansiedad parece existir una importante interacción entre síntoma y focalización/desfocalización de la atención[x][xi]. Se comunica verbalmente de un modo más continuo, sobre todo si su atención se fija en algo que le interese o la distraiga. También se expresa por medio de gestos y susurros.

En la observación de los registros video grabados por parte del equipo y de jueces externos se observa una diferencia significativa en la comunicación en general y en la verbal en particular, menores signos de ansiedad durante la consulta y mayor autonomía en las decisiones. Este comportamiento parece haberse transferido y generalizado a las relaciones familiares en el hogar (informado por los padres) y las relaciones con la maestra y otros significativos según los informes escolares.

Discusión

La fluoxetina es una droga de elección en dosis adaptada a las características de edad y peso del niño. Disminuye la ansiedad, aumenta la autoestima y las conductas volitivas, aportando una estabilidad emocional que al igual que en las fobias sociales de adultos acelera la respuesta a las intervenciones psicoterapéuticas, neutralizando los aspectos comórbidos que acompañan el cuadro. El resultado del uso del placebo que informamos no es suficiente para descartar intervenciones farmacológicas y debiera ser cotejado.

Las técnicas de intervención que ofrecieron mayores resultados se orientan a discutir y acceder al problema estimulando sus referencias directas y normalizándolo, desvirtuando la originalidad o rareza del caso e informando ampliamente sobre el tema. Se señalan y se detallan las conductas sintomáticas,

pero no interpretamos o valoramos en ningún caso el significado o sentido posible del síntoma. Utilizamos la técnica de externalización del problema, que busca separar el síntoma de la identidad del niño, usando el lenguaje idiosincrásico o algún icono o elemento intermediario material como instrumento para nombrarlo. La orientación en el ámbito escolar se mantiene mediante las entrevistas personales con las docentes y la psicopedagoga de la institución educativa a la que asiste el paciente. También se desarrolla una orientación escolar minuciosa y personal, como parte del diseño presentado. Si bien los casos tratados han respondido favorablemente al tratamiento, la bibliografía indica que los pacientes evaluados muestran mejorías aunque con ciertas restricciones del lenguaje y persistencia de otros síntomas emocionales y conductuales. Algunos casos tienen una evolución desfavorable. Nuestro programa prevé seguimientos hasta dos años, habida cuenta de que los pocos informes de técnicas de tratamiento refieren diversos grados de éxito inicial, pero no informan la persistencia de beneficios a largo plazo[xii].

BIBLIOGRAFIA

[i] American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 4th edition). Washington, DC American Psychiatric Association.

[ii] Dummit III, E.Steven; Klein, R.G.; (1997) Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism; J.Am. Acad. Child Adolescent. Psychiatry, 36:5 May.

[iii] COP,S. and Gillberg,C.; (1997) Selective Mutism: A Population –based Study: A Research Note; J.Child Psychol. Psychiatry. Vol 18 No. 1 pgs.257-262. Cambridge University Press

[iv] Rye,Ms; Ullman,D (1999) The successful treatment of long-term elective mutism study. J Behv Ther Exp Psychiatry,30(4) :313-23

[v] Black B, Udhe TW; (1994) Treatment of selective mutism with fluoxetine: a double-blind placebo-controlled Study, J A Acad.

[vi] Wainstein,M. Marconi,A. Toscano,R.; (2003) "Un diseño de intervención psicosocial y farmacológica en tres casos de mutismo selectivo" Premio Nacional de Psicología y Psiquiatría Infanto Juvenil (AAPI) Congreso de la Asociación Argentina de Psicología y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Fundación Gregory Bateson, Buenos Aires - Mental Research Institute, Ca.

[vii] R. Lindsey Bergman, Ph.D. Division of Child and Adolescent Psychiatry, UCLA Neuropsychiatry Institute
Presented at the 19th National Conference of the Anxiety Disorders Association of America, San Diego, CA. March 26-29, 1999

[viii] Kristensen,H: Selective mutism and comorbility with developmental disorder, anxiety disorder, and elimination disorder. J.Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2) 249-256.

[ix] Steinhausen HC, Juzi C (1996) Elective mutism: an analysis of 100 cases. J. Am Acad Adolesc Psychiatry 35: 606-614

[x] Wainstein, M; Wittner, V. (2004) "Valoración de un Programa de Tratamiento del Trastorno de Ansiedad (Panic Disorder)" Proyecto en curso desarrollado por la Fundación IGB-MRI. Buenos Aires

[xi] Wainstein,M ; Baracchini, F.(2005) "Crisis Intervention with Children: An Argentinean Hospital Experience" Stress, Trauma and Coping, Crisis Intervention: Best Practices in Prevention, Preparedness y Response, Baltimore, Maryland EEUU,

[xii] Olivares, J. (2001) Evaluación y tratamiento del mutismo selectivo infantil. Comunicación presentada en el I Symposium sobre Psicología Clínica Infantil. Granada.