

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y FARMACOLÓGICAS EN 36 CASOS DE MUTISMO SELECTIVO.

Wainstein, Martín.

Cita: Wainstein, Martín (2013). INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y FARMACOLÓGICAS EN 36 CASOS DE MUTISMO SELECTIVO. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/246>

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: <http://www.aacademica.org>.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y FARMACOLÓGICAS EN 36 CASOS DE MUTISMO SELECTIVO

Wainstein, Martín

Fundación Instituto Gregory Bateson - Mental Research Institute.

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

Objetivos: se presenta un modelo de intervenciones psicosociales y farmacológicas en Mutismo Selectivo (DSM IV F94.0). Se describe el trabajo con los niños, los padres, la familia y el sistema escolar. El diseño establece varias etapas: clarificación del diagnóstico y comienzo del tratamiento, procedimientos de intervenciones con focalización en los síntomas, con la familia y con 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, se evalúan y discuten los primeros resultados obtenidos. Metodología: presentamos un procedimiento estandarizado representativo de la aplicación del diseño a un total de 36 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, Farmacoterapia, Escuela

Abstract

PHARMACOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS ON 36 CASES OF SELECTIVE MUTISM

It is presented a design of psychological and pharmacological 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, evaluation and discussion of the results. Methodology: It is presented a standard procedure of the design used on 36 cases from the consulting population of Instituto 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, Pharmacoterapy, School

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 en presencia de personas extrañas a la familia y en 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 y la situación es notoria. Los niños con este trastorno suelen hablar con sus familiares en el hogar y mantenerse mudos fuera de éste o en el mismo 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 cardíaca y respiratoria, etc.) cuando se los interroga y aun cuando escuchan sus propias voces[ii].

Si bien en este último tiempo se ha ampliado en mucho el conocimiento sobre el tema, hasta hace algo más de diez años las propuestas de evaluación, diagnóstico y tratamiento eran aún escasas e inespecíficas y los resultados poco alentadores y variables[iii] [iv]. Nuestro diseño de intervención incluye desde un primer momento el tratamiento psicológico con el niño, la familia y actividades de orientación escolar, especialmente a los directivos y docentes en contacto con el paciente. También incluimos el uso de medicación como la Fluoxetina de la que se ha informado desde hace varios años[v][vi][vii], medicamento que utilizamos desde el año 2001 en Argentina con resultados favorables.

La muestra tratada de 36 sujetos se distribuye en 22 niñas y 14 niños, con un promedio de edad de 4.75 años, lo cual es coincidente con estudios de distribución anteriores[viii].

En un caso clínico tipo: la niña/o (N) asiste al preescolar o primer grado en instituciones públicas y privadas. Durante la entrevista de admisión, los padres expresan que N no habla con adultos extraños, aunque sí lo hace con sus familiares más cercanos, en su casa. Habla con ellos, con sus hermanos y eventualmente con alguien cercano como el personal que realiza las tareas domésticas. También suele hablar esporádicamente con algún abuelo. 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 ni en visitas a casas de compañeros. Comentan también que en el jardín solo habla con sus pares en situaciones en que no se vea obligado. Algunas veces se queda a dormir en casa de otros niños, es frecuente

en ese caso que no hable con los padres; solo se comunica indicando “sí” 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 y la escuela al Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ)[ix], reveló para la muestra un nivel moderado (12.25) en la familia, alto (23.27) en la escuela y alto (36.50) en los intercambios sociales.

El modelo de trabajo utilizado para los tratamientos se desarrolló en varias etapas y utilizando cuatro formatos de intervención: individual, familiar, escolar y farmacológico. La **etapa de evaluación** se realizó en cuatro entrevistas con el objetivo de determinar el diagnóstico y pronóstico del caso. Es parte importante de esta etapa evaluar la comorbilidad, la cual incide sobre el pronóstico[x]. En el presente estudio se seleccionaron caso de MS con poca o ninguna presencia de comorbilidad, no se incluyeron casos en los cuales la comorbilidad, -por ejemplo algún trastorno del desarrollo- pudiera ser determinante de la evolución. Con fines diagnósticos se incluyeron entrevistas con la familia, o con el padre, madre, los padres solos y N solo/a. En ellas se les solicitó a los padres que respondan el CMS (SMQ). Conjuntamente, se inician comunicaciones telefónicas, escritas o personales con representantes del gabinete psicológico o docentes de la escuela a la cual asiste N. Confirmado el diagnóstico de MS, se realiza una tarea informativa con 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 refiere bibliografía de divulgación y de ser posible científica y referencias vía Internet. También se firma el consentimiento para eventualmente filmar y utilizar la información con fines científicos por parte de los equipos de las instituciones, garantizándoles 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 de tratamiento 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. El tratamiento se focaliza en ser efectivo y actuar en lo que entendemos son los cuatro principales problemas del trastorno: a) El elevado nivel de ansiedad que presenta el niño en las situaciones sociales.

b) La limitada experiencia que ha tenido el niño en hablar con otras personas que no sean sus familiares. c) Las dificultades de integración a la vida escolar debido a que la dificultad lo expone a situaciones ansiógenas especiales en ella. d) El elevado apoyo que ha tenido por parte de familiares y otras personas en la comunicación no verbal.

Se adoptó un enfoque sistémico, integrando variables cognitivas, conductuales, sociales, familiares y biológicas. Uno de los primeros objetivos del tratamiento fue discriminar una diferencia entre “comunicar” y “hablar”, promoviendo modos de comunicación no verbal fluidos, de hecho se prescribe el síntoma.

Es común al inicio que N no acepta permanecer a solas con la terapeuta. De ahí que sean necesarias las entrevistas con encuadre familiar. En ellas, mediante 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. Esto

suele ocurrir con poca o nula expresión verbal por parte de N. La inclusión del terapeuta se va haciendo en forma paulatina mediante intervenciones que se expresan como consignas: “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 N 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 N, 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[xi].

A medida que se amplía 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 llevar registros filmicos, cuya revisión sistemática posterior por parte del 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 con una frecuencia primero semanal y luego generalmente quincenal) y los objetivos principales consisten en fortalecer el vínculo establecido; modificar el patrón que coloca a la figura parental en un lugar de “intérprete”, “almohadón” o “traductora” (metáforas éstas, utilizadas en las sesiones); mantener el tipo de comunicación verbal posible iniciado por N y otorgar las primeras pautas de trabajo a los docentes. El entrenamiento de padres en estrategias específicas para manejar los problemas del niño, mejorar la resolución de los problemas matrimoniales y familiares y la comunicación, y el ajuste psicosocial propio de los padres, son algunas de las estrategias que parecen estar asociadas con los mejores resultados de las intervenciones clínicas en la infancia [xii]. La implicación de los padres implica también la consideración de los mismos de su propia experiencia ansiosa y de sus intentos de afrontamiento de las situaciones que les provocan ansiedad como la ansiedad paterna relacionada con el apoyo de la autonomía del niño, ya que algunos estudios han sugerido que los niños que tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad provienen de entornos familiares caracterizados por una organización rígida

y de control, las cuales proporcionan menos independencia a los niños, y por reducida tolerancia a la expresión de ira y otras emociones negativas.

Cumplidos los primeros cuatro meses de tratamiento (normalmente 12 entrevistas) se contacta en interconsulta a los pediatras y 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 “un niño tan chico”. 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. En caso de ser consentido se inicia el tratamiento farmacológico con entre 10 y 30 mg de Fluoxetina. Nuestra experiencia sugiere que la medicación por sí misma favorece mejorías, pero no necesariamente lleva al habla, entendida como la habilidad de hablar en la mayoría de los entornos de un modo apropiado. La terapia suplementada con medicación lleva a que más de estos niños logren hablar funcionalmente. Al utilizar la psicoterapia con medicación permite ir eliminando la medicación en tanto N es capaz de hablar en más escenarios sociales. La utilización de la técnica de externalización[xiii] ayuda a obtener logros continuos una vez que N comienza a hablar con el terapeuta. Es importante propender a que N considere el trastorno como independiente de él. Se le otorga una entidad ajena a la identidad de N, así el mutismo “le puede enviar mensajes a N para que este en silencio”. Puede ser también “un súper héroe malo” enfrentado a N, o bien una palabra dicha en voz alta puede ser un súper héroe bueno que colabora con él para derrotar al mutismo “malo”. Se le adjudican así características negativas al MS que quiere que N la pase mal, se evalúa conjuntamente con N quién gana durante las actividades realizadas en las sesiones tareas y en las tareas asignadas para el hogar. Esto agrega motivación al tratamiento y ayuda a N a buscar mayor control de la situación respecto del trastorno. De hecho mediante la utilización del lenguaje en las técnicas de externalización se transforman los síntomas en aspectos separados de las personas para que ellas puedan luchar contra ellos.

Trabajo con la escuela: el terapeuta o algún auxiliar asiste a la escuela, allí instruye a los docentes y al personal de gestión y especialmente a la maestra a cargo del grado o salita como disminuir la exigencia de ella y de los compañeros sobre la comunicación verbal reforzando la comunicación no-verbal que a N le es posible e ignorando cualquier logro verbal que N demuestre (evitar de parte de docentes un trato diferencial respecto del resto del alumnado y tratar de que los docentes y compañeros de clase eviten aplausos, gestos de aprobación en caso de mejoría. Se trata de eliminar el tema de la clase y evitar fenómenos de resonancia y retraumatización, 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[xiv][xv]. Los N tratados logran comunicarse 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 con mayor facilidad si este modo no es corregido sistemáticamente favoreciendo una disminución de la ansiedad y la evolución de la comunicación hacia el lenguaje verbal.

En la observación de los registros video grabados por parte del equipo y de jueces externos se observa durante el avance del tratamiento 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 suele transferirse y generalizarse a las relaciones familiares en el hogar (informado por los padres) y las relaciones con la maestra y otros significativos según los informes escolares. Las observaciones clínicas se correlacionaron con las dos mediciones de seguimiento seis meses y 18 meses después de terminados los tratamientos, mediante la respuesta de los padres al SMQ (Selective Mutism Questionnaire) obteniéndose una media en el segundo control de seguimiento por debajo de la línea de corte que define la patología en las tres áreas: familia, escuela y vida social (4.0 en la familia, 11.5 en la escuela; 12.0 en la vida social).

Discusión

La farmacoterapia con fluoxetina es 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. En el tratamiento del MS si bien la farmacoterapia no modifica por sí sola la relación mutismo-habla, favorece el proceso psicoterapéutico que lleva al habla funcional.

Las técnicas de intervención mediante información que ofrecieron mayores resultados se orientaron 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. Es importante señalar y detallar las conductas sintomáticas, pero no interpretar o valorar el significado o sentido posible del síntoma. 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 (por ej. El Guasón) se reveló como de gran utilidad.

La orientación en el ámbito escolar se realizó mediante entrevistas personales con las docentes y los profesionales del gabinete cuando lo hay en la institución educativa a la que asiste el paciente. Se desarrolló una orientación escolar minuciosa y personal, como parte del diseño presentado. Si bien los casos tratados han respondido favorablemente al tratamiento, al igual que lo señalado en la bibliografía científica los pacientes evaluados mostraron mejorías aunque con ciertas restricciones en el uso del lenguaje y persistencia de otros síntomas emocionales y conductuales. Un total de 4 casos (11%) tuvieron una evolución muy lenta o estable y al finalizar el tratamiento aun cumplían los criterios de un trastorno de ansiedad. El programa previó seguimientos hasta 18 meses de concluidos los tratamientos, 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[xvi].

Como resultado de esos seguimientos un total de 32 casos (89%) tuvieron una evolución favorable ubicándose por debajo de la línea de corte del SQM a 18 meses de finalizados los tratamientos y no cumplían los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad.

NOTAS

[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] Wainstein,M; Vernola, E. ;Toscano,R.(2005), "Un diseño de intervención psicosocial y farmacológica en seis casos de mutismo selectivo" XII Jornadas de Investigacion , Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Catedra de Teoría y Técnica de la Clínica Sistémica, Fundación Gregory Bateson - Mental Research Institute

[viii] *Rutter M, Caspi A, Moffit T: Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. J of Child Psychol and Psychiatry 2003; 44: 1092-115.; Hartung CM, Widiger TA: Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of the DSM-IV. Psychol Bull 1998; 123: 260-78.*

[ix] *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; Bergman et al., (2001); Bergman RL, Keller M, Wood J, Piacentini J, McCrackenJ (2001), Selective Mutism Questionnaire (SMQ)*

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

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

[xii] Barrett, P.M; Dadds, M.R.; Rapee, R.M. (1996): Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64 (2): 333-342.*

[xiii] White, M; (1991) "La externalización del problema y la reescritura de vidas y relaciones" Cuadernos de Terapia Familiar , 18, 31-59 ; White,M y Epston, E.(1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Paidós,Barcelona.

[xiv] 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

[xv] 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,

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

E.Steven; Klein, R.G.; (1997) Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism; *J.Am. Acad. Child Adolescent. Psychiatry, 36:5 May*. American Psychiatric Association

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*

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

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

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 4th edition*. Washington, DC ADummit III,