

Multimed 2019; 23(4)

Julio - Agosto

Caso Clínico

Mutismo Selectivo

Selective Mutism

Mutismo Seletivo

Esp. I Psiq. Infanto-Juvenil Idalmis Román López.^{1*}

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Policlínico René Vallejo Ortíz. Bayamo. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Email: idalmisramonal@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se describe un caso clínico de un adolescente masculino de 12 años, con antecedentes de salud física aparente y sin trastorno mental previo, que se atendió en consulta de Psiquiatra Infanto-juvenil del Policlínico Rene Vallejo Ortiz por mutismo selectivo. Las pruebas psicométrías arrojan: coeficiente de inteligencia normal medio según Weill de inteligencia, Bender no organicidad; técnica proyectiva del árbol, la casa y la persona (HTP) proyectando ansiedad, poca socialización, timidez, impulsividad, agresividad; Inventario de problemas juveniles (IPJ) alteraciones de la esfera personal. Rotter conflictos en la esfera personal y social. Test de depresión anotación 27 para moderada depresión- Test de ansiedad marcada ansiedad. En el tratamiento se combinó terapias del comportamiento (incluyendo técnicas de desensibilización, extinción y refuerzo positivo), terapias cognitivo-conductual, terapia de juego, terapias familiares y uso de psicofármacos.

Palabras clave: Mutismo.

ABSTRACT

We describe a clinical case of a 12-year-old male adolescent, with a history of apparent physical health and without previous mental disorder, who attended a consultation of the Child and Adolescent Psychiatrist of the Rene Vallejo Ortiz Polyclinic through selective mutism. The psychometric tests show: average intelligence coefficient according to Weill of intelligence, Bender non-organicity; projective technique of the tree, the house and the person (HTP) projecting anxiety, little socialization, shyness, impulsiveness, aggressiveness; Inventory of juvenile problems (IPJ) alterations of the personal sphere. Rotter conflicts in the personal and social sphere. Depression test annotation 27 for moderate depression- anxiety test marked anxiety. In the treatment, behavioral therapies were combined (including desensitization, extinction and positive reinforcement techniques), cognitive-behavioral therapies, play therapy, family therapies and the use of psychotropic drugs.

Keywords: Mutism.

RESUMO

Um caso de um adolescente do sexo masculino de 12 anos com uma história de saúde física aparente, sem transtorno mental, que foi assistido em consulta criança Policlínica e do adolescente psiquiatra René Vallejo Ortiz descrito por mutismo seletivo. Os testes psicométricos mostram: coeficiente de inteligência médio de acordo com Weill de inteligência, Bender não-organicidade; árvore de técnica projetiva, a casa ea pessoa (HTP) projetando ansiedade, problemas de socialização, timidez, impulsividade, agressividade; Inventário de problemas juvenis (IPJ) alterações da esfera pessoal. Rotter conflita na esfera pessoal e social. Anotação de teste de depressão 27 para depressão moderada - teste de ansiedade marcada pela ansiedade. No tratamento de terapia comportamental foi combinado (incluindo técnicas de dessensibilização, extinção e reforço positivo), terapia comportamental cognitiva, terapia de jogo, terapia familiar e uso de drogas psicotrópicas.

Palavras-chave: Mutismo.

Recibido: 24/4/2019

Aprobado: 29/5/2019

Introducción

El Mutismo selectivo es la inhibición del habla y comprender en una, varias o muchas situaciones sociales, incluyendo la escuela, a pesar de tener la capacidad para hablar y comprender el lenguaje. ⁽¹⁾ Es un niño incapaz de hablar en situaciones sociales poco familiares y/o con personas poco conocidas. ⁽²⁾

Las personas que tienen mutismo selectivo sufren un incremento de la ansiedad en situaciones en las que se les puede llegar a pedir que hablen a determinadas personas. La ansiedad de una persona con mutismo selectivo se hace persistente ante la posibilidad de que en cualquier momento se le pida que hable y eso lo aterroriza. Por lo tanto la huida o evitación del contacto con la otra persona o personas es cada vez más manifiesta. Esto puede sumirles en un estado de tristeza constante que se intercala con ira, ya sea hacia sí mismos o hacia los demás. ⁽³⁾

El mutismo selectivo es un cuadro clínico poco frecuente pero importante, ya que causa impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico si no es tratado. La tasa de prevalencia varía ente 0,11% hasta 2,2%, según la población estudiada y los criterios diagnósticos aplicados. Es más frecuente en niñas, proporción niñas/niños de 1.5:1 a 2.6:1 y en poblaciones bilingües. Típicamente ocurre en la primera infancia: la edad promedio de inicio varía de entre 2 y 5 años. Se ha demostrado que este trastorno coexiste con otros diagnósticos de ansiedad y trastornos del neurodesarrollo. Se cree que la aparición del mutismo selectivo está influenciada por la interacción de múltiples factores, ya sean genéticos, temperamentales, ambientales y del neurodesarrollo. ⁽⁴⁾

Presentación del caso

Paciente masculino de 12 años, procedencia urbana, color de la piel blanca y antecedentes de salud anterior sin trastorno mental previo. Convive con mamá, papá y hermana menor de 8 años de edad. Cursa el 7mo grado en enseñanza normal. Desde la edad de 8 años es atendido en consulta de psiquiatría Infanto- juvenil por varios especialistas del Policlínico Rene Vallejo Ortiz porque no quiere hablar, solo lo hace en casa con sus padres y hermana. Mamá explica que desde el segundo grado su hijo se niega a hablar con sus amigos, familiares y escuela lo que le ha traído problemas con las evaluaciones orales a pesar de esto no ha suspendido ningún grado. Aprendió a leer y escribir en 1er grado pasando al 2do con objetivos no vencidos. Recuerda que la maestra de pre –escolar se quejaba de que el niño jugaba solo, tenía miedo a los animales como perro y rana, hablaba poco con sus compañeros y no le gustaba narrar cuentos. En el 2do grado en una ocasión leyó frente a sus compañeros y como no era habitual que lo hiciera la maestra lo felicito, sus compañeros hicieron una bulla y aplaudieron. Desde ese momento no ha hablado en la escuela.

En casa se manifiesta de forma extrovertida, habla sin cesar, se molesta por todo, no admite regaños ni castigos, hace perretas, demandante, comenta sobre cosas de la escuela y de los juegos. En cambio cuando sale de su casa o alguien entra es introvertido, extremadamente retraído, serio en su semblante y no comunicativo. A pesar de esto juega con amigos del barrio quienes lo aceptan de esa manera.

En la escuela tiene evaluaciones entre 80 y 90 puntos pero solo se evalúa escrito. Lee de forma silábica como si aún estuviera en 1er grado, mamá piensa que eso es parte del porque no habla en la escuela.

Antecedentes patológicos personales: Pre- natales: embarazo deseado y planificado. Presentó sepsis urinaria en el 3er trimestre. Peri- natales: parto eutócico, a término (39 semanas), intrahospitalario. Post – natales: peso 6,8 libras, talla (no precisa), no ictero, no falta de aire.

Desarrollo Psicomotor (elementos que recuerda mama): sostuvo la cabeza a los 2 días de nacido, sonrisa social: mes y medio, pinza digital: 5 meses. Se sentó: 7 meses, Gateo: 8 meses, Se paró solo: 9 meses, Primeros pasos: 10 meses y medio, Caminó: 13 meses.

Primeras palabras: mamá, agua, leche, papá. A los 9 meses. Oraciones completas: 3 años.

Control esfínter anal: 3 años. Control esfínter vesical diurno 3 años y nocturno 5 años.

Antecedentes patológicos familiares: No refieren antecedentes.

Historia psicosocial: casa interior de mampostería de 2 habitaciones, techo de placa, piso de mosaico, paredes frizadas y pintadas, servicio sanitario en el interior de la vivienda. Cuenta con sistema de alcantarillado para desecho de aguas blancas y negras así como agua potable por tuberías cada 2 días. Recogida de desechos sólidos de forma irregular, se almacena en sacos. No existen animales domésticos. Vectores como mosquitos y cucarachas, no roedores. Mamá ama de casa, papá trabaja en la fábrica de queso con salario de 900 pesos mensuales para 4 personas. Familia nuclear, funcional, con buena comunicación y armonía entre sus miembros.

Examen psiquiátrico: timidez, hiperhidrosis de manos, no fija la mirada, movimientos de ambas piernas, angustia, ansiedad, miedo, dependencia, baja tolerancia a las frustraciones, bajo control de impulsos, agresividad en ocasiones.

Exámenes complementarios: Electroencefalograma: dentro de límites normales. Psicometría: memoria y atención no se pueden explorar. Coeficiente de inteligencia normal medio según Weill de inteligencia. Bender no organicidad. Técnica proyectiva del árbol, la casa y la persona (HTP) proyecto ansiedad, poca socialización, timidez, impulsividad, agresividad. Inventario de problemas juveniles (IPJ) alteraciones de la esfera personal. Rotter conflictos en la esfera personal y social. Test de depresión anotación 27 para moderada depresión. Test de ansiedad marcada ansiedad.

Examen físico de Otorrino: negativo

Examen logopedico y fonológico: no se pudo realizar por la ausencia del habla.

De acuerdo a la clasificación de Mutismo Selectivo por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales(DSM -5), la información registrada en las entrevistas con los padres y el paciente, nuestro adolescente cumple con los criterios que clasifican a dicho trastorno, estos son: a) Un fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. e., en el colegio) a pesar de hacerlo en otras situaciones; b) La alteración interfiere en los logros educativos o laborales

o en la comunicación social; c) La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela); d) El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social; e) La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. e., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Un fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas.⁽⁵⁾

El mutismo progresivo o total cuenta generalmente con una historia previa de mutismo selectivo y/o de aversión a hablar muy intensa. La experiencia demuestra que si se deja que el problema se mantenga en el tiempo, no sólo no desaparecerá sino que con mucha probabilidad se agravará, el niño-a irá ampliando el rechazo a hablar en más situaciones y con más personas. De ahí la importancia de intervenir lo más tempranamente posible. La intervención se realiza de forma paralela en los dos ámbitos: familia y escuela.⁽⁶⁾

Para comenzar con una primera etapa del tratamiento se involucró a la escuela mediante la profesora guía y psicopedagoga además de la familia. Se les explicó que utilizaríamos métodos para disminuir la ansiedad, incrementar la autoestima, la confianza y la comunicación en entornos sociales.

Lo primero que hicimos fue proporcionar información y explicación acerca de la génesis del problema, desarrollo y mantenimiento del mutismo selectivo, tanto a los padres como maestros. Pusimos tratamiento con clordiazepoxido (10 miligramos) e imipramina (25miligramos) 1 tableta de cada una 8.00 antes meridiano y 8.00 pasado meridiano para disminuir la ansiedad y angustia. En consultas combinamos terapias del comportamiento (incluyendo técnicas de desensibilización, extinción y refuerzo positivo), terapias cognitivo –conductual (ayudando a superar el temor reduce la ansiedad), terapia de juego (uso del juego como comunicación) y terapias familiares.

Dado que en la escuela es donde el adolescente se niega a hablar la tarea fundamental del profesorado y en especial profesor guía y psicopedagogo fue la de establecer una vinculación afectiva positiva con el paciente que le aportaría la seguridad suficiente para

enfrentarse a situaciones, y por otra, la de diseñar y planificar actividades de clase que fuera necesario la comunicación verbal.

A los padres la necesidad de dejarlo jugar fuera de la casa, estimular la lectura en voz alta dentro del hogar y explicar a los familiares más cercanos sobre la patología y su manejo. Se les explico el uso de refuerzos positivos ante la respuesta verbal y la retirada de la atención antes conductas inapropiadas (gestos, notas escritas, etc.)

En las secciones de logopeda, se comenzó con objetos fáciles y pequeños para poder proseguir en los objetivos posteriores y más complejos. Por ejemplo se empleó el lenguaje corporal y escrito como medios para aumentar la expresión de lo que al adolescente le estaba sucediendo. Si quería solucionar su problema tenía que escribir mucho más, moverse y/o expresarse.

A los 5 meses de tratamiento el adolescente hablaba con algunos vecinos que jugaban con el uno de ellos de su aula, cuando un familiar cercano llegaba al casa saludaba y respondía preguntas sencillas. Cuando salía a merendar si no había compañeros de aula cerca pedía al vendedor lo que quería comprar. No se logró que hablara en el aula ni en lugares no cómodos para él. En consultas solo respondía con palabras cortas y gestos.

Discusión

Los trabajos de investigación sobre el Mutismo Selectivo son escasos y las descripciones de la mayoría de artículos y libros de texto se basan en teorías subjetivas sobre un número muy limitado de niños. En algunos casos, los profesionales de la medicina y de la educación no han recibido enseñanza alguna sobre el tema, y en otros solo les ha sido facilitada información equivocada e inexacta. Resultado de ello es que a menudo se dice que el niño es simplemente tímido o que superara esta conducta.⁽⁷⁾

En nuestro caso en consultas anteriores se interpretó incorrectamente el mutismo del paciente como una conducta oposicional o desafiante como si el mutismo fuera un medio para manipular y controlar a otras personas.

El Mutismo Selectivo es un trastorno a caballo entre la psiquiatría, la psicología y la logopedia. Aunque habitualmente el diagnóstico pertenece al ámbito de la salud mental (un trastorno de ansiedad), el logopeda sabe detectar y discernir las características diferenciales de este problema y, sobre todo, al tener experiencia en la recuperación de los trastornos relacionados con el lenguaje y la comunicación, puede lograr que ese lenguaje inhibido huya y se restablezca haciendo uso del mismo. La detección precoz y la intervención temprana son medidas fundamentales; establecer pautas para mejorar las condiciones personales y sociales del paciente y la estimulación al habla son tareas primordiales. ⁽⁸⁾

Los niños con mutismo selectivo pueden tener desenlaces clínicos diferentes. El trastorno continuado, no tratado produce altas dosis de sufrimiento personal repercutiendo de manera negativa en todas las facetas de la vida, tanto en el desarrollo personal, social como académico, generando una desadaptación significativa a su entorno, por ello, la atención temprana es esencial en la evolución de esta alteración. ⁽⁹⁾

En el presente estudio el marco de referencia utilizado para el diseño del tratamiento fue farmacológico y conductual ya que, según la historia del problema y el análisis funcional del caso, se contempló que el mantenimiento del problema del paciente se fundamentaba en un reforzamiento de patrones de aprendizaje que le enseñaron a utilizar el lenguaje para disminuir su ansiedad a hablar. La novedad del estudio consistió en comprobar que mediante el juego dentro del programa conductual permitió crear un ambiente conocido y de confianza que contribuyó a disminuir la ansiedad y fomentar habilidades interpersonales y sociales en el paciente.

Pese a no existir un consenso acerca del tratamiento más eficaz las intervenciones basadas en técnicas operantes y conductuales asociadas a tratamientos farmacológicos han aportado resultados positivos. Se debe considerar numerosas variables para el éxito del tratamiento, así como las características individuales de cada caso. Los principales medicamentos utilizados para el trastorno de ansiedad son: antidepresivos, ansiolíticos y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos.

El mutismo selectivo se considera por varios autores como una conducta inicial de evitación y con factores claros de mantenimiento derivados de las situaciones estímulares discriminativas que derivaría en claros beneficios secundarios para el sujeto y que a su vez actuarían como reforzadores positivos. Se debe prestar más atención a la presencia /ausencia de trastornos específicos como contexto de riesgo y susceptibles de intervención psicopedagógica. ⁽¹⁰⁾

Conclusiones

El mutismo selectivo es muy resistente a la intervención, por ello son necesarias numerosas sesiones. Cabe resaltar que se trata de un trastorno complejo, en el que deben considerarse numerosas variables para el éxito del tratamiento, así como las características individuales de cada caso.

Referencias bibliográficas

1. Martín Gómez A. El Mutismo. FAMIPED 2014; 7(1): 1-3.
2. Cubero Santo A, Lorido Cano I. ¿Qué es el Mutismo Selectivo? Familia y Salud [Internet]. 2016 [20/5/18]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/lenguaje-y-aprendizaje/que-es-el-mutismo>
3. Vega M. Trastorno del mutismo selectivo: cuando lo emocional nos calla. El liberal [Internet]. 2017 [citado 2019/4/26]. Disponible en: <https://www.elliberal.com.ar/noticia/350043/trastorno-mutismo-selectivo-cuando-lo-emocional-nos-calla>
4. Medeiro M, Larraguibel M. Mutismo Selectivo: Revisión de la literatura. Rev. Chil. Psiquiat. Neurol. Infanc. Adolesc. 2018; 29(2): 38-48.

-
5. Rodríguez Melchor M, Salva Rodríguez J. Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con Mutismo Selectivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2017; 4(1): 51-57.
 6. Intervención en casos de mutismo Selectivo en niños-as. *Temas para la Educación*. 2011; 16: 1-7.
 7. Balbuena Teruel S, López Herrero Paz. Estudio de un caso de Mutismo Selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y Modificación de conducta*. 2012; 38(157-158): 71-88.
 8. Lahoza Estarriaga LI. El Mutismo Selectivo: Diagnostico, factores y pautas de intervención. *Revista Arista Digital* 2013; (38): 78-83.
 9. Garrido Fernández A, Marín Limón V, Hervás Torres M. Revisión de programas dirigidos a la intervención de mutismo selectivo en escolares. *REIDOCREA* 2015; 4(24): 162-166.
 10. Díaz Alienza J. Mutismo Selectivo: Fobia frente a negativismo. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc* 2001; 1(3): 1-6.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.