

ME.PSI
(18)
2001
c.0

A graphic design consisting of several horizontal cyan lines of varying lengths, some overlapping the text. The lines are positioned to the left of the main title text.

MEMORIA DE TITULO

**UNIVERSIDAD
GABRIELA MISTRAL**
LA UNIVERSIDAD PRIVADA AUTONOMA MAS ANTIGUA

MT.P51
(18)
2001

M2471
C.C

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

Departamento de Psicología

MUTISMO SELECTIVO: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Una Revisión Bibliográfica

Memoria para optar al Título de Psicólogo



Autores: Nicolás Kegevic H.

Lorena Pumarino D.

Profesoras Investigadoras: Cecilia Araya

Sofía Lecaros

Profesora Copatrocinante: Soledad Herrera

Asesor Metodológico: Iván Armijo

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

RESUMEN:

Con el objetivo de realizar una revisión teórico bibliográfica del mutismo selectivo, que permita una mayor comprensión del cuadro, se estudiaron los aportes entregados por diferentes corrientes psicológicas en relación al tema. Principalmente, se abordaron las perspectivas cognitivo – conductual, psicodinámica y sistémica.

Si bien esta memoria abarca todos los aspectos del mutismo selectivo, su principal énfasis está en el tratamiento, ya que este cuadro es conocido por su resistencia a éste.

Esta tesis es de carácter descriptivo, y busca realizar una integración de los distintos aportes que se han entregado a lo largo del tiempo, para así obtener una visión de conjunto del tema y enriquecer su aplicación en el campo de la psicología clínica.

El principal aporte de esta tesis es ser uno de los primeros trabajos en Chile que integra gran parte de la bibliografía referente al mutismo selectivo, creando así un marco teórico integrativo, que sirva de base para investigaciones posteriores respecto al tema.

Departamento de Psicología

EVALUACION MEMORIA DE TITULO

I IDENTIFICACION

TITULO DE LA MEMORIA "Mutismo Selectivo: Etiología ,Diagnóstico y Tratamiento".

AUTOR (ES) Nicolas Kegevic H.
Lorena Pumarino

PROFESOR EVALUADOR: Sra.Sofia Lecaros

FECHA : Octubre 2001

II CONTENIDOS

Evaluación (*)

Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado

2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	6.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	6.0.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	6.0.-
2.4	Metodología general utilizada	6.0.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	6.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	6.0.-

III ASPECTOS FORMALES

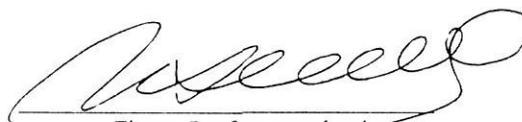
3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	6.0.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	6.0.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	6.0.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	6.0.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	6.0.-

(*) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

La memoria realizada tiene relevancia en el marco de la psicología clínica infantil ya que el mutismo selectivo es un trastorno poco conocido en los ámbitos donde se desenvuelven los niños, por lo tanto habitualmente mal manejados. Este trabajo reúne materia de estudios sobre el tema, hace una ordenación y una síntesis de ellos desde los diferentes enfoques y plantea diversas aproximaciones al tratamiento. La discusión acerca de este trastorno desde las aproximaciones diagnósticas en diferentes niveles es interesante y permite abordar al niño en forma integral, lo que asegura un mejor diagnóstico.

De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota
Nota en palabras (seis)

6.0-



Firma Profesor evaluador

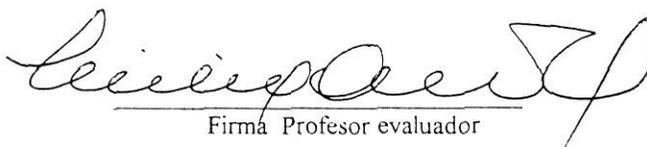
El mutismo selectivo es un cuadro muy difícil de tratar, si bien es especialmente frecuente, es muy limitante para el desarrollo del niño que lo sufre.

Dado que en Chile hay muy pocos estudios sobre el, esta memoria aporta una revisión bastante completa de lo que existe publicado.

Como síntoma muy complejo se encuentran distintas vertientes a la base y el tratamiento debe y puede ser enfocado desde distintas perspectivas que son presentadas en este trabajo

De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota
Nota en palabras (seis)

6.0-



Firma Profesor evaluador

AGRADECIMIENTOS

Al terminar este proceso, queremos agradecer a todas las personas que colaboraron en dicha labor.

A nuestras profesoras Cecilia Araya y Sofía Lecaros, por su apoyo y colaboración, que nos permitió sacar adelante esta importante tarea. A nuestro profesor, Iván Armijo, por su guía y buena disposición a ayudarnos cada vez que lo necesitábamos.

A nuestros padres y hermanos por su constante apoyo y entrega, que nos permitió sacar adelante esta carrera.

A nuestras parejas, Marcela y Rodrigo, que junto con su apoyo y ayuda, nos brindaron motivación para terminar esta tesis.

ÍNDICE

I	Introducción.....	1
II	Objetivos.....	4
III	Marco Teórico del Estudio.....	5
	1.- Evolución histórica del concepto de mutismo selectivo.....	5
	2.- Descripción del cuadro clínico.....	8
	2.1.- Comorbilidad.....	16
	2.2.- Perspectivas teóricas.....	17
	2.2.1.- Perspectiva psicodinámica.....	17
	2.2.2.- Perspectiva sistémica.....	20
	2.2.3.- Perspectiva cognitivo – conductual.....	23
	3.- Diagnóstico.....	26
	3.1.- Diagnóstico diferencial.....	31
	4.- Tratamiento.....	34
	4.1.- Terapia desde la perspectiva Psicodinámica.....	35
	4.1.1.- Terapia de juego desde una aproximación psicodinámica....	40
	4.2.- Intervención desde una perspectiva sistémica.....	41
	4.3.- Tratamiento desde la perspectiva cognitivo – conductual.....	42
	4.3.1.- Automodelaje.....	44
	4.3.2.- Motivador misterioso.....	46
	4.3.3.- Fading.....	46
	4.3.4.- Shaping.....	48
	4.3.5.- Escape y Evitación.....	48



4.3.6- Psicoterapia de grupo desde la perspectiva cognitivo – conductual.....	50
4.4.- Terapia paraverbal.....	52
4.5.- Tratamiento farmacológico.....	53
4.6.- Tratamientos específicos.....	54
4.6.1.- Tratamiento en una clínica norteamericana.....	54
4.6.2.- Plan de tratamiento individualizado.....	58
4.6.3.-Terapia del habla desde una aproximación cognitivo – conductual.....	59
4.6.4.- Técnicas de entrenamiento de lenguaje aplicadas al mutismo selectivo.....	60
IV Metodología.....	65
V Comentarios finales.....	66
VI Bibliografía.....	72

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objeto de estudio el mutismo selectivo, una patología propia de la infancia que se presenta con mayor frecuencia en el momento en que los niños ingresan al colegio.

Este trabajo se inserta dentro del ámbito de la psicología clínica infantil y pretende dar una visión general de los aportes de las distintas perspectivas teóricas en relación al mutismo selectivo, para posteriormente profundizar en el tratamiento de éste. Esta investigación estará guiada desde un punto de vista descriptivo - fenomenológico, con el fin de entregar la información recopilada de manera ordenada y sistemática. Se revisarán los aspectos psicopatológicos propios del mutismo selectivo y sus consecuencias en la vida familiar, escolar y social del niño.

El mutismo selectivo se aleja de los patrones de comunicación esperados para la etapa escolar caracterizándose por una inhibición u oposición a hablar, a pesar de poseer la capacidad para hacerlo.

La psicología del desarrollo nos da un marco de referencia a partir del cual entender lo que se espera para las distintas edades. El hecho de que los niños pequeños suelen mostrarse reticentes a establecer contacto y relacionarse con personas desconocidas y/o en situaciones nuevas para ellos, puede ser un acontecimiento común y frecuente en los primeros años de vida.

En el caso del período escolar, también aparece en forma bastante común la negativa a establecer contacto y relacionarse con personas desconocidas, pero transcurrido un breve período de adaptación a la nueva situación, los niños se integran con sus compañeros y profesores, desapareciendo estas ansiedades.

Cuando los niños se niegan a hablar, extendiendo este silencio ya sea en el tiempo más allá de unos cuantos días, o en el ámbito de las relaciones con personas, o situaciones ajenas a su intimidad, entonces este comportamiento ya no es adaptativo. Así, deja de ser una ventaja que preserva la integridad física y psíquica y pasa a convertirse en un inconveniente que desajusta las relaciones entre el niño y su medio, que en vez de permitirle prevenir y superar con éxito dificultades, empieza a creárselas.

Existe el debate entre diferentes autores si el mutismo selectivo es un cuadro clínico específico, con características diagnósticas propias o si es una posible expresión de otros trastornos psicológicos. Se pretende que el lector logre formarse un punto de vista propio frente a interrogantes como ésta, a lo largo de esta revisión.

La relevancia de este trabajo, es entregar a psicólogos, psiquiatras, educadores y padres, una idea global del trastorno, ya que en la literatura existe escasa información sistematizada respecto al tema, para así colaborar al diagnóstico y posibles intervenciones.

Destacamos además la importancia del estudio del mutismo selectivo para abordar casos en el quehacer clínico, los cuales presentan un reto al terapeuta, por su gran resistencia al tratamiento.

En cuanto a nuestro interés por el tema, éste se centra principalmente en características peculiares del cuadro que llamaron nuestra atención, como el hecho que el niño una vez adquirido el lenguaje deje de hablar en ciertas situaciones y las implicancias que esta conducta genera para él y su entorno. También nos motivó el desconocimiento general que hay acerca del mutismo selectivo, así como también la falta de investigación respecto al mismo.

Uno de los propósitos de este estudio es que el marco teórico construido constituya una introducción en esta temática, a partir de la cual se realicen futuras investigaciones que permitan una comprensión más acabada del mutismo selectivo y su tratamiento.

II. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Realizar una revisión teórico – bibliográfica del mutismo selectivo y hacer una síntesis incorporando los aportes de las diferentes corrientes teóricas.

1.2 Objetivos Específicos

1. Conocer la evolución histórica del concepto de mutismo selectivo.
2. Describir fenomenológicamente el mutismo selectivo.
3. Revisar las distintas posturas teóricas respecto al mutismo selectivo.
4. Indagar los distintos factores que pueden incidir en la génesis y mantención del mutismo selectivo.
5. Detallar los criterios diagnósticos del mutismo selectivo.
6. Analizar los distintos tipos de tratamiento más utilizados en el mutismo selectivo.

III. MARCO TEORICO DEL ESTUDIO:

Los principales temas a tratar dentro del marco teórico de esta investigación serán los antecedentes históricos del concepto de mutismo selectivo y las distintas perspectivas teóricas que nos brindan hipótesis explicativas y comprensivas para su descripción y tratamiento. También se revisarán los criterios diagnósticos que permiten diferenciarlo de otros cuadros clínicos. Al abarcar estos temas pretendemos entregar una visión más acabada e integrativa del mutismo selectivo.

1.- Evolución histórica del concepto de mutismo selectivo:

Desde finales del siglo XIX se han encontrado antecedentes acerca del mutismo selectivo, recibiendo distintos nombres a través del tiempo. Los primeros hallazgos provienen de la literatura alemana. Es descrito, por primera vez, por el médico Kussmaul en 1877, quién lo llama afasia voluntaria. Alude así a un niño físicamente normal que ha desarrollado en ciertas situaciones un mutismo de carácter voluntario, de corta duración y claramente reactivo a un “gran shock” (Lesser – Katz, 1985).

Otra descripción temprana del mutismo selectivo proviene de Heinze, en 1932, quién estudia las características conductuales de tres niños mutistas: miedo, inseguridad, retraimiento, pasividad, negativismo e hipersensibilidad. Ellos reaccionan a un medio nuevo transformándose en mutistas. El desorden, que coincide con estas características, se conoció en la literatura alemana como Heinesche Mutismui (Lesser – Katz, 1985).

Más tarde, en 1934, un médico suizo, Tramer, describe casos similares a los anteriores y acuña el término mutismo electivo, empleándolo para describir a niños que hablaban sólo con ciertos individuos, tales como miembros de la familia o amigos cercanos pero no con otras personas (Platt, Spasaro y Schaefer, 1999).

Posteriormente, en 1936, Bally describe el caso de un niño que presenta mutismo llamándolo mutismo traumático, el que caracteriza como una neurosis con componentes ansiosos. Waternick y Vedder, en el mismo año, describen tres casos de niños mutistas, con características histéricas, llamándolo mutismo psicogénico, en los cuales existía un trauma psicológico anterior al mutismo. Más tarde, los mismos autores clasifican el mutismo en seis categorías : 1) Histérico, observado mayormente en adultos; 2) Electivo, que se presenta en niños sólo bajo ciertas circunstancias o con ciertas personas; 3) Heinzeniano, que se manifiesta en niños hipersensibles como reacción a cambios del ambiente, que corresponde al que en un principio describió Heinze; 4) Neurótico, como una expresión de la neurosis de ansiedad; 5) Psicogénico, como una reacción súbita a un trauma, pero sin componentes histéricos; e 6) Ideogénico, en que la persona afectada cree que existe “algo malo” en sus órganos del habla (Lesser – Katz, 1985). En la literatura no existe mayor especificación acerca de esta clasificación.

En la literatura inglesa, el primer artículo fue publicado en 1950 por Salfeld, quién describe a estos niños como tímidos, desconfiados, con inteligencia normal, y postula que “el mutismo electivo es dirigido sólo hacia ciertas personas, siendo un mecanismo protector” (pág. 1031). Este autor, al igual que los investigadores alemanes, sugiere la

posibilidad de una predisposición constitucional al mutismo, no obstante, enfatiza que es una reacción de los niños a un trauma psicológico o somático (Lesser – Katz, 1985).

A su vez, Morris (1953) describe seis casos de mutismo electivo cuyas características en común incluyen una situación traumática y una predisposición constitucional de cautela, desconfianza y timidez (Lesser – Katz, 1985).

Luego, Reed (1963) propone llamar al síndrome “mutismo aprendido”, reportando que en algunos casos es una conducta que busca la atención de los demás. Él distingue entre dos grupos de mutismo selectivo: (1) niños tímidos-desconfiados, que se caracterizan por aparecer “socialmente ineptos”, pero que en otras ocasiones son niños relajados, cuyo mutismo está al servicio de una ganancia y un mantenimiento de la atención de los otros, y (2) niños tensos y sobreactivos, los cuales permanecen silentes para reducir sus temores sociales (Lesser – Katz, 1985).

Hasta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987), se conocía el desorden como mutismo electivo, lo que implicaba una decisión deliberada por parte del niño de no hablar. En el DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994) el término es cambiado por mutismo selectivo lo que implica un componente menos opositor (www.personal.mia.bellsouth.net/mia/g/a/garden/garden/about.htm). Además, se enfatiza que el trastorno representa un comportamiento selectivo anormal dependiente del contexto, más que un acto volitivo (Dummit et al., 1997).

Por otro lado, el CIE – 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) lo llama mutismo selectivo, refiriéndose a un trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Éste se caracteriza por una notable selectividad al hablar, de origen emocional, de tal forma que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras ocasiones definidas y previsibles.

2.- Descripción del cuadro clínico:

Diversos autores y aproximaciones teóricas han intentado realizar una descripción del mutismo selectivo, que abarque tanto sus aspectos fenomenológicos como sus factores etiológicos. En esta sección, nos referiremos en primer lugar, a los investigadores que han entregado los aportes más significativos en cuanto a la descripción y etiología del mutismo, y en segundo lugar, presentaremos las distintas perspectivas teóricas en relación al trastorno.

Ya en 1946, Tramer considera que la principal característica del mutismo selectivo es que el silencio sólo aparece ante un círculo seleccionado de personas. Describe a estos niños como tímidos, miedosos, susceptibles, sintiéndose fácilmente “heridos” por las bromas e ironías y reaccionando a la vez intensamente frente a ellas; además “ante cualquier cambio de medio reaccionan con mutismo, luego perseveran y se refugian en él” (pág. 329).

Posteriormente, Salfeld, Lond y Dosseldorf (1950, en Kratochwill et al., 1979)

describen las siguientes características del mutismo selectivo:

- 1.- Ocurre entre los tres y cinco años
- 2.- Parece no existir un defecto mental
- 3.- Frecuentemente aparece un factor familiar
- 4.- Existe una gran resistencia al tratamiento
- 5.- Puede haber un temprano trauma somático o psicológico.

Según Kratochwill et al. (1979), algunas características comunes observadas en el mutismo selectivo son: a) existencia de un evento experimentado traumáticamente durante períodos críticos del desarrollo del lenguaje; b) un ambiente inseguro, como por ejemplo, padres con algún trastorno psiquiátrico; c) un problema de escasa motivación al habla más que una inhabilidad de ésta; d) miedo a personas o situaciones desconocidas; e) inicio a cualquier edad, pero frecuentemente se detecta en el colegio, tiempo después que el habla ha sido desarrollada en su totalidad; f) un vasto rango de habilidades intelectuales; y g) persistencia del mutismo desde meses hasta años.

El mutismo selectivo se caracteriza por una persistente negativa a hablar en una o más situaciones sociales, a pesar de tener la habilidad para usar y comprender el lenguaje. Los niños que manifiestan este desorden hablan normalmente en casa (Leonard y Topol, 1993), pero se niegan a hacerlo en el colegio o con extraños (Platt et al., 1999). Los individuos frente a los cuales el niño puede hablar varían mucho; puesto que algunos hablan sólo con familiares muy cercanos cuando no hay nadie alrededor mientras que otros hablan con miembros de la familia y amigos íntimos en situaciones limitadas.

Frecuentemente, no hablan frente al público, con extraños y personas poco conocidas. Algunos niños incluso, son capaces de tener largas conversaciones telefónicas con individuos con los cuales no conversarían en persona (Leonard y Topol, 1993). Los niños con este trastorno son capaces de hablar y quieren hacerlo con determinadas personas, habitualmente familiares o algunos amigos; para esto, pueden comunicarse por medio de gestos (Kaplan, 1975), a través de tirones o empujones, con palabras monosilábicas, cortas o monótonas, o incluso con una voz alterada (Slowikowski, 1998).

Aún no existe consenso en relación a si el niño es verbalmente inhibido o no. Algunos son tímidos y ansiosos en medios no familiares, evitando el contacto visual. Otros pueden interactuar en algún lugar, pero sin hablar espontáneamente, ni responder a las preguntas verbalmente, aunque pueden inclinar la cabeza o sonreír (Dow, Sonies, Scheib, Moss y Leonard, 1995). A pesar de que los síntomas pueden aparecer en los años preescolares, un niño con mutismo selectivo generalmente no llega a atención clínica hasta entrar al colegio. Es en este momento cuando los padres se dan cuenta que hay un problema, ya que la negativa a hablar es relatada por los profesores y el niño puede llegar a la atención de un pediatra o de un profesional de salud mental (Platt et al., 1999).

El mutismo selectivo suele aparecer antes de los cinco años, quizás porque la dificultad para hablar no es clara hasta esta transición a un ambiente no familiar como es el colegio. Los padres pueden sorprenderse cuando se les comunica la negativa del niño a hablar, ya que sigue hablando en la casa, a miembros de la familia y/o a otras personas conocidas. Esta discrepancia entre la conducta privada y pública del niño es tan

problemática para los padres, que a veces llevan cintas del niño hablando con la familia a clínicos y profesores, para probar que hablan en el hogar (Platt et al., 1999).

Otros autores han descrito a los mutistas selectivos como “...particularmente sensitivos, desconfiados con todo lo extraño o nuevo...” (Wergeland, 1979, pág. 219 en Leonard y Topol, 1993), “excesivamente tímidos y sensitivos” (Morris, 1953, pág. 667 en Leonard y Topol, 1993), “cautelosos y tímidos fuera de la casa” (Hayden, 1980, pág. 128 en Leonard y Topol, 1993) y “socialmente ineptos” (Friedman y Karagan, 1973, pág. 250 en Leonard y Topol, 1993). Estos niños pueden manifestar conflictos emocionales como excesiva vergüenza, susceptibilidad a las bromas, aislamiento y retraimiento social, dependencia, dificultad para separarse de sus madres al ir a la escuela, fobia o rechazo escolar, otras fobias, rasgos compulsivos, negativismo y rabietas (Leonard y Topol, 1993).

Según los profesores, estos niños tienen un nivel de inteligencia normal o sobre normal. Por lo tanto, el niño con mutismo selectivo puede tener éxito en el colegio a pesar de la resistencia que presenta ante la conducta verbal (Platt et al., 1999).

Se ha podido observar que estos niños al enfrentarse a situaciones de interacción social tienen manifestaciones de ansiedad que se expresan en sus cuerpos. Por ejemplo, se altera su sistema nervioso tanto central como autónomo, el sistema muscular y el endocrino. Como consecuencia de esto aparecen respuestas que no son frecuentes ni adecuadas a este tipo de situaciones: se incrementa la sudoración, se observa una tensión muscular excesiva que los hace aparecer como “agarrotados”, en ocasiones se producen tics, rechinar de dientes, movimientos de balanceo excesivo del tronco o comportamientos

como rascarse distintas partes del cuerpo con una frecuencia inusual. De igual modo, puede incrementarse el ritmo de la respiración y la frecuencia cardíaca y luego de la situación temida pueden producirse náuseas, cefaleas y deseos de orinar o defecar (Olivares, 1994).

El mutismo selectivo es un trastorno poco frecuente, encontrado en menos del 1% de la población estudiada, en lugares donde se practica la salud mental (Platt et al., 1999). Parker et al. (1960 en Platt et al., 1999) postularon que el mutismo selectivo es uno de los pocos desórdenes de la infancia en el cual la proporción es igual en hombres que en mujeres. Sin embargo, otros hallazgos concluyen que la proporción de niñas sobre niños es de 2:1, según lo reportado por Hayden (1980 en Platt et al., 1999), Wergeland (1979 en Platt et al., 1999), Wilkins (1985 en Platt et al., 1999), Wright (1971 en Platt et al., 1999) y Kolvin et al. (1981 en Platt et al., 1999).

La existencia de esta categoría diagnóstica no deja de ser problemática, así, la discusión típicamente se centra en si el mutismo selectivo es una expresión de trastornos del desarrollo caracterológico caracterizados por rasgos negativistas, manipuladores, controladores y opositoristas (Platt et al., 1999; Leonard y Topol, 1993) o rasgos ansiosos, inhibidos o temerosos (Dow et al., 1995; Olivares, 1994; Hayden, 1980 en Platt et al., 1999; Morris, 1953 en Platt et al., 1999). Por otra parte, también se postula que es una entidad clínica con características propias, tal como es descrito en el DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994) y en el CIE – 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Otros investigadores han relacionado la ansiedad del mutismo selectivo con los trastornos del espectro limítrofe o psicótico (Atlas, 1993 en Platt et al., 1999). Atlas

enfatisa la tenue experiencia que el mutista selectivo tiene del yo. Por otro lado, Jacobsen (1995), propone que en los casos de traumas o abusos severos, el mutismo selectivo puede estar asociado con el diagnóstico de una identidad disociada y puede ser parte de su presentación polisintomática, en que el habla es censurada en ciertos estados de la identidad.

Uno de los autores hispanos que se ha referido a este trastorno es José Olivares (1994), quién describe el mutismo selectivo dentro de un continuo del miedo desproporcionado a hablar, yendo de menor a mayor patología. Según este autor, habría que referirse a todas aquellas circunstancias (situaciones y/o personas) en las que o ante las que, el niño tiene miedo a hablar. A la primera de éstas la llama aversión a hablar, aludiendo a niños que les cuesta hablar, pero lo hacen. En ocasiones, el volumen de su habla puede ser muy bajo, e ir acompañado de una retirada de la mirada a su interlocutor (por ejemplo, mirar hacia abajo mientras habla) o de una reducción del tiempo de sus intervenciones, desde contestaciones mediante frases cortas hasta palabras – frase y monosílabos, siempre como respuestas a preguntas del interlocutor. En general, son niños que les cuesta hablar, que no suelen buscar situaciones para hacerlo, pero que tampoco escapan de ellas cuando se les requiere. La segunda forma es el mutismo selectivo, en el cual el niño también tiene miedo a hablar, pero este miedo va más allá, sobrepasando los problemas que conlleva la timidez o la introversión. Este miedo no sólo le dificulta la relación con los demás o da una imagen pobre de sus habilidades sociales, sino que, en la mayoría de las ocasiones le impide tales relaciones. La tercera forma, se conoce como mutismo progresivo o total, en la cual los menores dejan de hablar completamente, es decir, ya ni siquiera mantienen contactos verbales con las personas de su ámbito íntimo. A esto,

se agrega un deterioro progresivo de las relaciones interpersonales que lleva al niño a un aislamiento social casi completo, llegando incluso a confundirse con casos de retardo mental. Generalmente, el mutismo progresivo o total, cuenta con una historia previa de mutismo selectivo.

Distintos autores han intentado clasificar el mutismo selectivo, para poder dar una comprensión más sistemática del cuadro. Es así, como Hayden (1980) describe cuatro tipos de mutismo selectivo:

1.- **Mutismo simbiótico:** es el subtipo más común, en el cual el niño establece una fuerte relación simbiótica con la madre. Aunque generalmente se ha descrito a estos niños como muy sensibles e inhibidos, ellos no se retraen, de hecho pueden ser negativistas y controlar a los adultos. La madre es usualmente dominante, constantemente está consciente de sus necesidades; el padre es frecuentemente pasivo y ausente. El niño desarrollaría un mutismo selectivo influenciado por estas características parentales. Según Hayden (1980) el silencio podría ser un modo de interacción escogido para controlar el ambiente.

2.- **Mutismo pasivo-agresivo:** estos niños utilizan el silencio como un arma. El rehusarse a hablar es una expresión de hostilidad, que pone de manifiesto un comportamiento agresivo y violento. Estos niños, generalmente, son muy poco expresivos, lo que no se debe a una falta de sentimientos, sino a una “máscara” para ocultar su vulnerabilidad. Están generalmente inmersos en un ambiente patológico, en el cual llegan a ser el “chivo expiatorio” de la familia. Por lo tanto, el mutismo llega a ser una herramienta para controlar un medio inmanejable.

3.- **Mutismo reactivo o traumático:** es una reacción a un evento doloroso durante los primeros años del menor, que puede haber pasado desapercibido por sus padres. Estos niños pueden padecer de depresión y más tarde llegar a manifestar abuso de drogas e intentos suicidas. De todos los mutistas selectivos, los niños de este tipo aparecen como los únicos que genuinamente se retraen. Carecen de expresión facial y presentan escasas habilidades sociales. El trauma inicial y el consiguiente mutismo, pueden ser el comienzo de una reacción en cadena, llegando a una excesiva dependencia.

4.- **Mutismo por fobia a hablar:** el niño tiene un temor activo de escuchar su propia voz que casi siempre se acompaña de comportamientos obsesivo – compulsivos. De todos los tipos de mutistas selectivos, estos niños son los más motivados a recuperar el habla. (Hayden, 1980 en Leonard y Topol, 1993; en Lesser – Katz, 1985).

Brown y Lloyd (1975 en Powell y Dalley, 1995) en un estudio de 6072 niños en el momento de ingresar al colegio, indicaron que 42 de ellos (0.7%) no hablaban después de ocho semanas de iniciadas las clases, a pesar de hacerlo en otros ambientes. Luego de un seguimiento de doce meses, encontraron que más del 90% de los 42 estudiantes que inicialmente no hablaban, ya lo hacían. Sobre esta base, consideraron que las conductas que constituyen el mutismo selectivo son similares a las de una reacción adaptativa. A partir de esto, Wilkens (1985 en Powell y Dalley, 1995) distingue el mutismo selectivo transitorio del persistente. El primero de ellos ocurre en niños menores de cinco años, dura menos de seis meses y se da sólo en un ambiente. El persistente es definido como crónico, y se da en niños sobre los cinco años, con una duración mayor a seis meses y se presenta en más de un contexto. Más adelante, Tancer (1992 en Powell y Dalley, 1995), revisando el trabajo de

Brown y Lloyd, coincide que el mutismo selectivo en los niños que comienzan a ir al colegio puede ser transitorio y deberse a una ansiedad de separación normal o un trastorno adaptativo, lo que implica que el tiempo y un desarrollo normal permitirían que el niño vuelva a hablar.

2.1.- Comorbilidad:

Generalmente el mutismo selectivo no se presenta en forma aislada, sino que se manifiesta junto a una serie de otros trastornos que pueden variar de un niño a otro. Así, los más frecuentes son los retrasos en el habla, dificultades en la articulación del lenguaje (Kolvin et al., 1981; Wilkins, 1985; Wergeland, 1979; Wright, 1968 en Krohn et al., 1992), trastornos de la eliminación, enuresis en un 42% y encopresis en un 17% (Kolvin y Fundudis, 1981 en Dow et al., 1995), o un trauma psicológico en el momento de la adquisición del lenguaje (Browne et al., 1963; Parker et al., 1960 en Krohn et al., 1992).

También el mutismo se ha presentado en casos de fobia escolar (Elson et al., 1965; Parker et al., 1960; Pustrum y Speers, 1964 y Wright, 1968 en Dow et al., 1995) y depresión (Wilkins, 1985 en Dow et al., 1995). Además, se ha encontrado la presencia de rasgos obsesivo – compulsivos (Hayden, 1980; Kolvin y Fundudis, 1981 y Wergeland, 1979 en Dow et al., 1995).

2.2.- Perspectivas teóricas:

La etiología del mutismo selectivo ha sido abordada desde distintas perspectivas teóricas, lo que ha implicado que existan diferentes formas de entenderlo. Las aproximaciones más importantes son el enfoque psicodinámico, cognitivo – conductual y sistémico.

Los investigadores no están de acuerdo en la existencia de una etiología única para el mutismo selectivo (Baldwin y Cline, 1991; Lesser-Katz, 1986; Yanof, 1996 en Anstendig, 1998), ya que pueden incidir múltiples causas en la configuración del síntoma.

Más que hablar de una causa, se alude a factores que inciden en el desencadenamiento y mantención del mutismo selectivo. Así, cada perspectiva elabora un marco teórico conceptual para comprender el origen y la mantención del mutismo selectivo.

2.2.1.- Perspectiva Psicodinámica:

Las explicaciones psicodinámicas han asociado la sintomatología del mutismo selectivo con conflictos en las etapas del desarrollo psicosexual, existiendo regresiones o fijaciones en estados tempranos de éste (Browne et al., 1963; Radford, 1977 en Platt et al., 1999). Otros autores han enfatizado el complejo significado del silencio, como un síntoma que sintetiza los conflictos de varios niveles del desarrollo (Chethik, 1973 en Platt et al.,

1999). El silencio, según Chethik, tiene múltiples significados y funciones, no sólo como defensa, sino también como una fuente de intensa gratificación.

En este enfoque, los factores causales que con mayor frecuencia se proponen son 1) un trauma psicosocial durante uno de los períodos críticos del lenguaje, 2) la falta de un ambiente que proporcione seguridad, 3) una fijación del mutismo como mecanismo de reducción del miedo y 4) factores familiares de dependencia y permisividad (Ollendick y Hersen, 1983). Además, algunos investigadores destacan que el mutismo sería un síntoma neurótico, como podría ser la dependencia y lo vinculan con la ansiedad de separación, especialmente cuando ocurre la entrada al colegio, lo que se manifiesta en una reticencia social (en Kratochwill et al., 1979).

Weber (1950 en Powell y Dalley, 1995), relaciona el mutismo selectivo con una excesiva fijación oral que se manifiesta en una dependencia anormal de la madre. Myquel y Granon (1982 en Powell y Dalley, 1995); señalan que esta última “se siente orgullosa y narcisísticamente reasegurada, al ser la única persona a quién el niño le habla” (pág. 333).

Sin embargo, también se postula que existe una regresión o fijación en la etapa anal del desarrollo psicosexual (Browne, Wilson y Laybourne 1963 en Lewis, 1991) y que estos niños establecen una relación sádica con la mayoría de los adultos, utilizando el mutismo como un “arma” para castigar a las personas que los ofenden (Browne et al., 1963 en Kratochwill et al., 1979). Por lo tanto, los menores desarrollarían impulsos hostiles hacia los padres (Hesselman, 1983 en Lewis, 1991), aunque existiera una prohibición de la expresión de la rabia hacia éstos (Kaplan, Escoll, 1973 en Lewis, 1991).

Los niños con mutismo selectivo comienzan a experimentar la ansiedad al tratar de enfrentar situaciones nuevas; el problema parece ser el esfuerzo que deben realizar para mantener el control del yo sobre sus impulsos agresivos. Entonces el conflicto es entre una inhabilidad para expresar la dependencia y un deseo básico de mayor cercanía. Es así como el silencio opera de dos maneras para mantener la integridad del yo: si estos niños no hablan, no se arriesgan a gritar o a decir algo que insulte a los demás, al mismo tiempo, al no hablar se les da mayor atención demostrándoles una mayor preocupación. Por lo tanto, las necesidades agresivas y de dependencia son satisfechas al no hablar (Weininger, 1987).

El mutismo generalmente comienza al iniciarse el colegio, edad en la cual las funciones del yo son pobres y la madre es necesaria como un yo auxiliar, sin embargo, ella no está en la sala de clase con el niño (Weininger, 1987).

En el mutismo selectivo, la identificación proyectiva sirve como un método de comunicación con los padres y como una forma de controlarlos. La identificación proyectiva, en este caso, es la proyección de ciertas partes del yo en los padres, especialmente en la madre, para luego controlarla, y simultáneamente, identificarse con ella, proyectándole los impulsos y sentimientos negativos. Ahora la madre contiene los aspectos que eran peligrosos para el niño, y lo protege de la hostilidad que es proyectada en ella. Al hablar sólo con la madre el niño la controla, le dice que hacer y cómo hacerlo. Al ganar tal satisfacción, el niño es capaz de no hablar con otras personas, lo que es sustentado por la preocupación general de la madre, del padre, así como de otras personas externas de la familia. Así, el niño tiene la fantasía de no tener sentimientos negativos y puede

funcionar en el colegio, excepto cuando debe hablar o relacionarse con las demás (Weininger, 1987).

Para estos niños el expresar la rabia implica la existencia de ansiedades persecutorias, lo que se ve acentuado por un yo inmaduro que disminuye la posibilidad del menor de evaluar la realidad y considerarla como “amigable”, por lo tanto el mutismo continúa (Weininger, 1987).

2.2.2.- Perspectiva Sistémica:

Hasta ahora, el factor común más encontrado en la etiología del mutismo selectivo, es la presencia de psicopatología en la familia. Ha habido un consenso entre los distintos autores acerca de las características básicas de las familias de niños con mutismo selectivo (Carr y Afnan, 1989 en Platt et al., 1999).

Ya Von Misch, en 1952, reporta casos de niños diagnosticados con mutismo selectivo que presentan historias y etiologías similares. Describe a las familias de estos niños como retraídas, aisladas socialmente en sus comunidades y en las cuales se evidencian trastornos neuróticos y psicóticos. Von Misch (1952) describe cuatro casos de mutismo selectivo y los compara con los de Weber (1950), enfatizando que el medio ambiente es importante en la conformación del mutismo y concluye que:

- Los factores ambientales pueden precipitar el mutismo

- El mutismo generalmente ocurre cuando el niño se separa de la familia, especialmente en el momento de entrar al colegio.
- El trastorno es primariamente psicogénico, a pesar de que lo hereditario y lo intelectual juegan un rol importante.
- Todos los niños demuestran un excesivo apego a la madre.
- La neurosis está posiblemente relacionada a una experiencia traumática durante el momento en que el niño adquiere el habla (Kratochwill et al., 1979).

En general, estas familias se caracterizan por el involucramiento de la madre y el niño en una relación simbiótica, y por una falla de la díada madre – hijo para lograr el proceso de separación – individuación (Clement et al., 1986 en Platt et al., 1999). La madre es descrita como solitaria, depresiva y distante, incluso hostil en su relación con el padre. El niño puede no compartir la hostilidad de la madre hacia el padre, creando así una relación ambivalente. La relación del niño con la madre es al mismo tiempo cercana, dependiente y controladora (Wright, 1968 en Platt et al., 1999). El silencio del niño puede ser interpretado como una expresión indirecta de la hostilidad hacia la madre y como una manera de mantener una relación exclusiva con ella (Atoynatan, 1986 en Platt et al., 1999). La madre responde a todas las demandas del niño, incluso a veces habla por él, así la exclusividad de la relación posibilita tanto a ella como al niño evitar la relación con otras personas. Otras características de la madre incluyen la pasividad y una dificultad en comunicar sus requerimientos y necesidades. Las relaciones interpersonales entre ambos son descritas como muy conflictivas, con madres sobreprotectoras y muy condescendientes (Browne et al., 1963; Hayden, 1980; Parker et al., 1960; Wilkins, 1985; Wright, 1968 en Krohn et al., 1992). Hayden (1980) observa que las madres aparecen celosas en las interacciones del

niño con otros. La relación matrimonial es generalmente descrita como problemática, con un padre ineficaz y distante, por lo que la madre se “vuelca” hacia al niño (Browne et al., 1963; Parker et al., 1960; Wergeland, 1979 en Krohn et al., 1992). En estas culturas familiares la expresión abierta y franca de los sentimientos es desestimada (Rosenberg y Lindblad, 1978 en Platt et al., 1999), de hecho el silencio es utilizado por uno o ambos padres como una forma para enfrentar el estrés; por ejemplo, puede ser utilizado para evadir las dificultades del matrimonio, esto lleva a que el niño aprenda esta forma silente de relacionarse y retraerse (Meyers, 1984). Estas familias son descritas como aisladas socialmente y con límites cerrados y rígidos (Lindblad – Goldberg, 1986 en Platt et al., 1999), parecen ser familias suspicaces y temerosas del mundo, donde los niños son incitados a no revelar los secretos familiares (Baptiste, 1995 en Platt et al., 1999). Algunos autores han comentado que en general estas familias carecen de comunicación (Hayden,1980; Parker et al., 1960 en Krohn et al., 1992), son tímidas con altos niveles de ansiedad en los padres (Hayden,1980; Kolvin et al., 1981; Parker et al., 1960; Wergeland, 1979; Wright, 1968 en Krohn et al., 1992).

Goll, en 1979 (en Meyers, 1984), encuentra estructuras de roles y subculturas similares en las familias de diez niños con mutismo selectivo que estudia, identificando principalmente cuatro roles:

- 1.- El mutista selectivo, quién sería el paciente índice.
- 2.- El modelo mutista, que es el miembro de la familia imitado por el niño.
- 3.- El compañero simbiótico, que es un miembro de la familia unido y dependiente del paciente índice.

4.- El líder familiar, una o varias personas que desconfían de la sociedad y de sus representantes.

El niño mutista selectivo perteneciente a una familia con estas características, se enfrenta a una crisis al ingresar al colegio, ya que se encuentra entre “extranjeros” y debe hablarles, lo cual podría significar una traición a su familia.

Se ha observado que el mutismo selectivo se presenta en una mayor proporción en niños de familias inmigrantes (Bradley y Sloman, 1975 en Meyers, 1984). Por lo general, estas familias tienen problemas de comunicación relacionados con la dificultad para aprender el nuevo lenguaje, lo que actúa como una barrera para la adaptación cultural (Meyers, 1984).

2.2.3.- Perspectiva Cognitivo - Conductual:

La teoría del aprendizaje propone que el mutismo selectivo es un patrón conductual aprendido que es mantenido por reforzadores del ambiente. Son, por lo tanto, los principios del condicionamiento clásico y operante, en la forma tanto del refuerzo negativo como positivo, junto con los efectos del modelaje, los que pueden ser responsables de la conducta del mutismo selectivo (Marcus et al., 1993 en Platt et al., 1999).

Reed (1963) fue el primero en proponer que el mutista selectivo puede aprender patrones de conducta. Él describe dos tipos de mutistas selectivos: uno es el inmaduro y manipulador, mantenido por el reforzamiento social para captar la atención de profesores y

padres. El segundo tipo es descrito como tenso y ansioso, en que el mutismo representa una fobia a hablar, por lo que el mutismo sería mantenido por la evitación de la ansiedad que produce el hablar (Labbe et al., 1984 en Krohn et al., 1992).

Para Olivares (1994) es importante saber lo que piensa un niño con mutismo selectivo. Para acceder a tales pensamientos, se puede hablar con los amigos íntimos, padres o hermanos, así como también observar la escritura de sus pensamiento instantes después de haber vivido una situación de miedo a hablar. En general, los pensamientos de estos niños están directamente relacionados con las expectativas que han generado en ellos las consecuencias que han seguido a sus intentos para evitar verse en tales situaciones y a sus respuestas de escape ante ellas. Estas consecuencias confirman, por un lado, la imposibilidad de hablar en tales situaciones y, por otro, el fin de un estado general de malestar. En cambio, en otras situaciones se puede hablar porque no se produce tal malestar. Por ejemplo, ellos pueden mantener la creencia que no pueden hablar en determinadas situaciones debido a lo desagradable que les resulta, así esta creencia confirmada una y otra vez es la responsable que tales resultados sigan produciéndose, convirtiéndose en una profecía autocumplida.

En general, el niño es silente ante determinadas personas o situaciones no porque hablar, en sí mismo, le provoque miedo, sino para evitar consecuencias que le pueden resultar desagradables. De hecho, al observar las respuestas de evitación de las situaciones de interacción social o de escape de las mismas, ha sugerido la hipótesis que el mutismo selectivo es una estrategia aprendida, cuyo mantenimiento se explica por los beneficios que el menor obtiene de forma contingente a la evitación o escape de las demandas del habla.

Es decir, el niño aprende que si evita la relación con otros o si logra aislarse (no mirar, agachar la cabeza, esconderse), entonces obtiene alivio de la ansiedad que le producen esas situaciones (Olivares, 1994).

Se ha intentado explicar las ganancias que le proporciona al niño esta forma de actuar. Se postula que el origen de este miedo puede ser explicado como las respuestas de éste ante situaciones estresantes o ansiógenas, de acuerdo con los patrones de conducta que caracterizan a sus modelos familiares. Así, a través de los modelos familiares significativos los niños aprenden vicariamente cómo hay que responder a las situaciones de interacción social nuevas y desconocidas. El modelo va a constituir en los primeros años de la vida del niño la fuente más importante de provisión del repertorio de conductas de las que va a poder disponer. Dentro de este aprendizaje son esenciales las expectativas, tanto de autoeficacia (el niño se vería capaz de hacer frente a tales situaciones novedosas) como de resultado (el niño vería factible la obtención de resultados deseados). Las expectativas generadas por el modelo, unido a lo que hacen los padres en el momento en que se inicia el lenguaje oral, predisponen a la adquisición de mutismo selectivo, dado que de ellas depende el grado de vulnerabilidad inicial del niño ante este tipo de situaciones (Olivares, 1994).

3.- Diagnóstico:

En general, como en cualquier trastorno de la infancia, es necesario realizar un diagnóstico precoz. Posponer el diagnóstico puede provocar la escalada de los síntomas y afectar la conducta y el desarrollo del niño (Powell y Dalley, 1995).

Se pueden establecer tres pasos para realizar el diagnóstico de un niño con mutismo selectivo:

El primer paso considera el tiempo de duración del mutismo selectivo, la edad del niño, los ambientes frente a los cuales se da y el impacto que éste tiene en él. Estos puntos son importantes para determinar si la conducta del niño exige un tratamiento o si el desarrollo del mutismo selectivo desaparecerá sin la necesidad de éste (Powell y Dalley, 1995).

El segundo paso apunta a diferenciar si el mutismo selectivo del niño es transitorio o persistente. Para considerar el mutismo como transitorio, el niño debe tener cinco años de edad o menos, debe durar menos de seis meses y manifestarse en un sólo ambiente. Así, el curso de acción recomendado a seguir es monitorear al niño para observar la evolución del mutismo. El mutismo selectivo persistente se caracteriza por presentarse en niños mayores de cinco años, su duración va más allá de los seis meses, presentándose en más de un ambiente (Powell y Dalley, 1995).

Si está presente el mutismo selectivo persistente, el tercer paso es realizar las evaluaciones y determinar el orden de éstas. Si los exámenes médicos no indican una razón física para el trastorno, y las evaluaciones fonoaudiológicas arrojan resultados normales, entonces se recomienda la evaluación psicológica. Ésta debe incluir una evaluación intelectual y emocional del niño. Es recomendable realizar una observación del niño en la casa y en la escuela, para obtener información de su comportamiento en los distintos ambientes. Además, es importante realizar una entrevista con la familia y profesores del niño para conocer su historia personal y antecedentes que pudieran ser relevantes (Powell y Dalley, 1995) (Anexo N° 1).

Para establecer la presencia de mutismo selectivo, es necesario una revisión de los criterios diagnósticos del CIE – 10 y del DSM – IV.

En el CIE – 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) el mutismo selectivo se encuentra clasificado en la sección “trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia o adolescencia” y las pautas para su diagnóstico presuponen:

- a) Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- b) Capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social.
- c) Presencia demostrable que el niño puede hablar, y habla normalmente o casi normalmente, en algunas situaciones concretas.

Los criterios diagnósticos son:

- A. Expresión y comprensión lingüísticas evaluadas mediante test de aplicación individual, dentro de los límites de dos desviaciones típicas para la edad del niño.
- B. Evidencia demostrable de un fallo constante y previsible para hablar en algunas situaciones sociales a pesar de poder hablar en otras.
- C. La duración del mutismo selectivo excede las cuatro semanas.
- D. Ausencia de trastorno generalizado del desarrollo psicológico.
- E. El trastorno no puede ser explicado por una falta de conocimiento del lenguaje hablado requerido para dicha situación.

Según el D⁵SM IV (American Psychiatric Association, 1994), el mutismo selectivo es un desorden psiquiátrico de la niñez y se encuentra clasificado en la sección de “Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia”. Para su diagnóstico se deben cumplir los siguientes criterios:

1. - Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, por ejemplo, en la escuela o con los compañeros de juego) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
2. - La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
3. - La duración de la alteración es de por lo menos un mes (no limitada al primer mes de escuela).

4. - La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

5. - El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo, tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Si bien ambas clasificaciones fueron realizadas por distintas instituciones, el DSM – IV por la Asociación Psiquiátrica Americana y el CIE – 10 por la Organización Mundial de la Salud, las dos son clasificaciones descriptivas y comparten los criterios diagnósticos fundamentales para el mutismo selectivo.

Debido a que los niños con mutismo selectivo rara vez se comunican con los clínicos, una entrevista con los padres y profesores de estos, puede proveer información esencial. Una descripción del desarrollo del síntoma en los niños, particularmente el comienzo (si fue súbito o insidioso), puede ayudar a establecer el diagnóstico del mutismo selectivo. Es importante revisar y evaluar la historia familiar de estos niños, ya que en sus familias generalmente se presentan desórdenes de ansiedad (fobia social, trastorno de pánico y trastorno obsesivo - compulsivo), o extrema timidez, los que pueden exponer al niño a un riesgo de desarrollar problemas similares (Dow et al., 1995). Además, se debe obtener información acerca de la constelación familiar, las relaciones y cómo es percibido el mutismo del niño dentro de la familia y cómo reaccionan a éste; asimismo, se debe obtener información acerca de la estabilidad marital (Weckstein, Krohn y Wright, 1995).

Muchas listas de chequeo han sido usadas para considerar las habilidades del habla y del lenguaje, tales como Classroom Communication Checklist (Ripich y Spinelli, 1985, en Dow et al., 1995), la Interpersonal Language Skills Checklist (McConnell y Blagden, 1986 en Dow et al., 1995) y la Environmental Language Inventory (MacDonald, 1978 en Dow et al., 1995). Dow et al. (1995) adaptaron estas escalas para crear el National Institute of Health Parents Checklist (Sonies et al., 1993), la cual aumenta información para la estandarización de test de lenguaje y habla. En este cuestionario los padres responden considerando las habilidades expresivas, receptivas y pragmáticas de sus niños, indicando la frecuencia del habla (nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente o siempre). Esta lista u otras pueden ser usadas para suplementar tests estandarizados del lenguaje y el habla (Dow et al., 1995).

La entrevista a los niños es la parte esencial del diagnóstico, la cual le permite al clínico observar directamente la gravedad y naturaleza del mutismo (Dow et al., 1995). El temperamento, la calidad de la interacción y la habilidad para comunicarse verbal y no verbalmente pueden ser observados durante la entrevista con el menor (Dow et al., 1995). Es importante atender a la apariencia del niño, su cooperación y su habilidad para separarse de los miembros específicos de la familia (Weckstein et al., 1995). Muchos niños mutistas que no hablan con el clínico, tienen otras formas de comunicación no verbal, como el juego y el dibujo, las cuales pueden ser usadas para manejar la ansiedad o timidez desencadenadas en situaciones sociales (Dow et al., 1995).

Los tests psicológicos estandarizados pueden ser necesarios para confirmar el reporte de padres y profesores de las habilidades cognitivas de los niños. Aunque los

problemas de aprendizaje son rara vez la causa del mutismo, ellos pueden exacerbar el cuadro. Las pruebas de capacidad intelectual (las cuales miden componentes de memoria, atención, juicio, razonamiento) en estos niños, no arrojan validez en sus resultados. En la escala manual del WISC –R (Weschler, 1974) y en las Matrices Progresivas de Raven (Raven, 1976), se han encontrado buenos resultados, ya que los niños no tienen que dar respuesta verbales (Dow et al., 1995).

3.1.- Diagnóstico diferencial:

Muchos síntomas que acompañan al mutismo selectivo, se observan también en otros trastornos de la infancia, por lo tanto, resulta importante la realización de un diagnóstico diferencial.

Es esencial revisar la historia médica para descartar problemas físicos en los niños. La existencia de lesiones o retardos neurológicos pueden desencadenar problemas del habla o del lenguaje y deficiencias en las habilidades sociales. Estas dificultades se pueden evidenciar en la salivación, en el hacer muecas, en los músculos asimétricos, en el reflejo anormal de morder y en las dificultades para tragar y chupar, las que pueden ser relevantes ya que pueden impedir los movimientos necesarios para un habla normal (Dow et al., 1995).

La audición también debe ser examinada (particularmente sí el niño ha tenido una historia frecuente de infecciones al oído), ya que los problemas auditivos se asocian con

retrasos del lenguaje y en el aprendizaje. Existen estudios que han demostrado que hasta pequeños deterioros audiológicos pueden tener un efecto negativo en el desarrollo del lenguaje y del habla (Fundudis et al., 1979 en Dow et al., 1995).

La evaluación del habla y del lenguaje es esencial para hacer un diagnóstico diferencial. Los factores que pueden haber influido en el desarrollo del lenguaje del niño, tal como la identificación con modelos parentales que presenten alteraciones en el lenguaje o en el habla, o una ausencia de exposición adecuada al lenguaje (como en algunas casas bilingües), deben ser consideradas. Se necesita que el menor practique para que funcione en niveles normales. Es necesario evaluar la complejidad y calidad del lenguaje expresivo de estos niños (pronunciación, rango de vocabulario, uso de los tiempos verbales y la gramática). Las habilidades más pragmáticas del lenguaje, como cambiar el rumbo de una conversación y comprender la comunicación no verbal deben ser también explorados. Otras áreas que se pueden focalizar en estos niños son la voz, la fluidez, el ritmo y la velocidad, para identificar problemas fonológicos (Dow et al., 1995).

Una vez que se han descartado problemas médicos y fonoaudiológicos el niño debe acudir a un especialista en salud mental. De este modo, el mutismo selectivo debe distinguirse de trastornos neurológicos y psiquiátricos, tales como autismo y afasia, en los cuales los niños no hablan con los miembros cercanos de la familia, cesando de hablar abruptamente en un medio o no hablan en todos los contextos. También debe realizarse el diagnóstico diferencial del trastorno de Asperger, en el cual existe una historia de deficiencias neurológicas, retrasos en el desarrollo y/o dificultades atípicas del habla o del lenguaje (por ejemplo, disprosodia) (Voeller, 1986; Weintraub y Mesulam, 1983 en Dow et

al., 1995). Generalmente, los niños con estos trastornos tienen síntomas de timidez, desconfianza y aislamiento social, y de ese modo pueden parecer similares a un niño con mutismo selectivo, pero sus síntomas están basados en inhabilidades sociales extremas (Dow et al., 1995).

Según el DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994) el mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación como trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo – expresivo o tartamudeo. A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla propia de estos trastornos no se limita a una situación social específica. Los niños procedentes de familias que han inmigrado a un país donde se habla un lenguaje diferente, pueden rehusar hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento de éste. Si la comprensión del nuevo idioma es adecuada, pero persiste la negativa a hablar, puede estar justificado un diagnóstico de mutismo selectivo. Los sujetos con trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico o retraso mental grave, pueden experimentar problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo sólo debe diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en algunas situaciones sociales (por ejemplo, en casa). La ansiedad social y la evitación social propias de la fobia social pueden asociarse a mutismo selectivo. En estos casos deben establecerse ambos diagnósticos.

Según el CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) hay que diferenciar el mutismo selectivo del mutismo transitorio, que puede presentarse en la ansiedad de separación y en los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

Una entrevista diagnóstica estructurada tal como la Diagnostic Interview for Children and Adolescent – Parents Version (Herjanic y Campbell, 1977 en Dow et al., 1995) o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School – Age Children –Epidemiologic Version (Orvaschel y Puig – Antich, 1987 en Dow et al., 1995), pueden ayudar a detectar los síntomas de comorbilidad psiquiátrica, los trastornos profundos del desarrollo, la esquizofrenia y el retardo mental. Estos trastornos pueden causar inhibición del habla y de ese modo confundirse con el mutismo selectivo (Dow et al., 1995).

4.- Tratamiento:

Existen distintas perspectivas para el manejo del mutismo selectivo, tales como las aproximaciones psicodinámicas, sistémicas, cognitivo - conductuales, y recientes intervenciones farmacológicas (Cline y Baldwin, 1994; Kratochwill, 1981; Tancer, 1992 en Dow et al., 1995). Desafortunadamente, la mayoría de los reportes de los tratamientos se han realizado a través del formato de estudios de casos, pero sólo con un sujeto. Aun cuando los estudios de casos pueden ayudar a una nueva intervención, generalmente presentan dificultades, ya que en muchos de éstos, los procedimientos no son lo suficientemente descritos como para permitir una réplica, los resultados medidos no son objetivados o estandarizados, las explicaciones alternativas a la remisión de los síntomas no

son exploradas y los casos que fracasaron no son reportados (Wells, 1987 en Dow et al., 1995).

Al decidir qué tratamiento utilizar, debe ser revisado el impacto del mutismo selectivo en distintos aspectos de la vida del niño, por ejemplo, en el ajuste social y la inhabilidad para interactuar en la casa y en la escuela (Powell y Dalley, 1995).

Es importante explicar a los adultos involucrados con el niño en qué consiste el mutismo selectivo. Este componente informativo da a todos los que trabajan con el menor un entendimiento común de su conducta, para que puedan participar de mejor forma en el tratamiento de éste (Powell y Dalley, 1995).

4.1.- Terapia desde la perspectiva Psicodinámica

Para los terapeutas psicodinámicos el niño mutista presenta un desafío de primer orden en la terapia, ya que el lenguaje es la herramienta fundamental para asegurar una alianza terapéutica con el paciente. El lenguaje es una vía tan fundamental en las interacciones humanas, que el clínico puede percibir el silencio del niño como agresivo (Hayden, 1980 en Shreeve, 1991), *creando una importante resistencia al tratamiento* (Blotcky y Looney, 1980).

Para lidiar con la resistencia que representa el silencio del niño, es importante que el terapeuta sea capaz de descifrar su significado (Blotcky y Looney, 1980). La resistencia ha

sido definida por Greenson (1967), como todas aquellas fuerzas del paciente que se oponen a los procedimientos del análisis a nivel conciente, preconciente e inconciente y que pueden ser expresadas a través de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías y acciones. Él describe el silencio como la forma más frecuente de resistencia, pues el silencio representa un obstáculo a la asociación libre (en Blotcky y Looney, 1980).

Los terapeutas psicodinámicos al tratar con niños silentes, necesitan considerar el concepto de alianza terapéutica. Dickes (1975) la ha definido como la motivación del paciente por el tratamiento, basados en sus peticiones racionales de ayuda. Además, define más estrictamente la alianza de trabajo, sugiriendo que el término se use para referirse a la alianza del yo maduro. En los niños que son silentes no sólo se observa la ausencia de alianza de trabajo en el sentido estricto, sino además una falta de alianza terapéutica en el sentido amplio, es decir, la ausencia de raport, de una búsqueda de ayuda y de una transferencia positiva. Sin una alianza terapéutica, no puede haber una identificación con el yo analista del terapeuta. Generalmente, con estos pacientes el terapeuta se siente solo en su labor e inhabilitado para establecer un punto de apoyo sobre el cual establecer su influencia (en Blocky y Looney, 1980).

En general, se trabaja con la interpretación del silencio, ya que la comunicación más intensa se produce en los momentos en que el niño no habla. Sin embargo, como Ruzicka y Sackin (1974) describieron, el silencio del niño, inevitablemente, comienza a angustiar al terapeuta (Blocky y Looney, 1980) y a afectar su autoestima. Por esto, si se quiere lograr progresos se debe estar atento a las reacciones contratransferenciales, para así lograr comprender el significado del silencio (Shreeve, 1991). Las reacciones del terapeuta hacia

estos pacientes varían ampliamente, dependiendo de sus experiencias pasadas, de la tolerancia a la frustración, del sistema de soporte externo y de la capacidad de aceptar debilidades. Así, el terapeuta debe incluir técnicas que le permitan quebrar la resistencia, teniendo en cuenta que el significado de ésta va a depender del niño en particular, para lo cual debe tener paciencia y mantener su mente abierta (Blocky y Looney, 1980).

Blocky y Looney (1980) presentan un marco de trabajo conceptual basado en la teoría de sistemas, el cual sugiere que el terapeuta tome una visión intrusiva del niño y su mundo, realizando una evaluación enfocada en los significados de la resistencia en distintos niveles: a) el sistema social no familiar, b) el sistema familiar, c) la relación diádica con el terapeuta y d) la economía intrapsíquica. Aun cuando los significados de la resistencia son multideterminados y son afectados por procesos de múltiples niveles, generalmente un nivel tiene un mayor significado dinámico y si es reconocido, puede ser el mejor punto de intervención. Al tener un mayor entendimiento del significado de la resistencia en el niño, el terapeuta tiene una mayor capacidad para tolerar la frustración y así ganar ventajas terapéuticas.

Una de las primeras terapias que se usó para el tratamiento del mutismo selectivo estaba orientada hacia la búsqueda de insight. La teoría psicodinámica caracteriza al mutismo selectivo como una manifestación de un conflicto intrapsíquico y el tratamiento está enfocado a identificar y resolver tal conflicto (Dow y cols., 1995). Generalmente, se utiliza la terapia de juego y algunas veces la terapia de arte, ya que le permiten al niño expresarse en forma no verbal. En la mayoría de los casos, el terapeuta trata de involucrar a otros miembros de la familia en el proceso terapéutico (Leonard y Topol, 1993).

Radford (1977) realiza una interesante presentación de la intervención psicodinámica en su tratamiento de un niño mutista. La conceptualización del caso sigue el perfil de desarrollo de Anna Freud, donde la atención no está centrada en la sintomatología del niño, sino en su posición en la escala de desarrollo con respecto al ello, yo, superyó, estructura de personalidad, proceso primario versus secundario, y la adecuación de la edad al nivel de desarrollo. Él hace psicoterapia individual una vez por semana durante tres años y medio. La interpretación de la transferencia es la herramienta principal de esta psicoterapia orientada a la búsqueda del insight, que se focaliza en los conflictos intrapsíquicos. Al momento de la publicación, el niño hablaba en muchas situaciones, pero permanecía mutista en otras, el autor notó que el mutismo estaba bajo un control inconsciente (en Platt et al., 1999).

Chethik (1973) reporta el tratamiento de una niña de seis años y medio, con una duración de dos años. La paciente permaneció silente en la terapia, pero paulatinamente comenzó a hablar en el colegio y con los amigos. La comunicación en la terapia era a través del dibujo, escritura, juego, gestos corporales y sonidos. A pesar de su aparente mejoría, la reducción de la inhibición del habla, Chethik se planteaba como problemático el que sus funciones del yo no estuvieran libres de conflicto (en Platt et al., 1999).

Dentro de los autores en la línea psicodinámica, Lesser – Katz (1988) le da mayor énfasis a los factores del desarrollo en el tratamiento de los niños con mutismo selectivo. De hecho postula que el objetivo terapéutico debe ser desbloquear el proceso maduracional progresivo, extendiendo el tratamiento del niño, desde el terapeuta al “ambiente familiar

facilitador”. Winnicott (1971), incluye el sistema de apoyo como el locus de tratamiento. Él no hace terapia con la familia más allá de “darles luces” en lo referente a las dificultades del niño y guiarlos para que le provean un contexto familiar apropiado. Winnicott considera a los padres y a las demás personas significativas del ambiente del menor como instrumentos en la sanación progresiva de su desarrollo. Como sostiene Winnicott:

“si el niño se retira de la consulta terapéutica y regresa a una situación familiar o social anormal, no hay medidas ambientales del tipo necesario. Yo confío en hacer medible un medio para hacer cambios” (pág. 5).

En esta misma línea está el planteamiento de Anne Ornstein (1978 en Lesser - Katz, 1988), la cual considera a la familia como una ayuda terapéutica. Ella sostuvo que “la psique de un niño es un sistema relativamente abierto y por lo tanto las influencias más decisivas- no sólo patológicas sino también terapéuticas- deben ocurrir en sus interacciones diarias con su medio emocional inmediato” (pág. 6).

En la visión de Ornstein, el terapeuta debe concentrarse en “el fortalecimiento o en la creación de empatía en los padres hacia el niño sintomático” (pág. 7). Sugiere que estamos obligados a “traducirles” a los padres los sentimientos y la conducta del niño y ligarlos a las actitudes conscientes e inconscientes de los padres. La representación de las experiencias del niño hacia aquellos que son responsables de su desarrollo emocional, lo habilitaría a completar las tareas del desarrollo.

4.1.1.- Terapia de juego desde una aproximación psicodinámica

Al tratar al niño silente, el juego puede ser la única opción terapéutica, por lo menos en las primera etapas del tratamiento. Se puede observar la conducta y el juego del niño durante la sesión, como una forma de asociación libre o como la expresión de la fantasía. Realmente, el juego al ser desinhibidor es más revelador que el habla. El trabajo terapéutico puede proceder a través de técnicas tradicionales de juego (Lesser – Katz, 1988).

En el tratamiento de niños con mutismo selectivo, Lesser-Katz (1988) nunca abandona completamente las palabras, sin embargo, siempre mantiene en mente que el juego imitativo y el habla son la primera fase del trabajo con estos pacientes. Ella identifica sus propios sentimientos tanto como aquellos que siente que el niño debe estar experimentando y ayuda a la madre de éste a identificarlos, más que a llevarlos a palabras o a acciones.

La verbalización de los sentimientos de estos niños, necesita lograrse antes que la terapia termine. De acuerdo a Amy Katan (1961), los preescolares quienes no han aprendido a verbalizar sus sentimientos, están propensos a actuarlos. Como dice Katan:

“la verbalización previene la fijación de una parte del yo y mantiene abierta la transición a avanzar en el desarrollo. De ese modo, a través de la verbalización, el yo es capaz de dominar los afectos y no tiene excusa para negarlos o evitarlos” (pág. 187) (En Lesser – Katz, 1988).

4.2.- Intervención desde una perspectiva sistémica

Ya que las familias de estos niños están caracterizadas por crear intensos vínculos dependientes y simbióticos entre sus miembros, debido al temor y desconfianza frente al mundo externo y a personas extrañas (Meyers, 1984 en Anstendig, 1998), las intervenciones están dirigidas hacia las dinámicas problemáticas de la familia, en vez de focalizarse directamente en la sintomatología del niño (Anstendig, 1998). El terapeuta debe directamente terminar con la desconfianza de la familia hacia el ambiente externo, lo cual se ve entorpecido ya que éste es percibido como un representante de la sociedad. Es por esto, que el pronóstico del mutismo selectivo parece depender del contacto que se logre entre la familia y el terapeuta; de este modo, sin el apoyo de los padres, los patrones familiares persisten y el mutismo selectivo podría evolucionar a un mutismo total (Goll, 1979 en Meyers, 1984).

Desde esta perspectiva, el tratamiento de la madre es considerado un componente esencial en la terapia, ya que la relación de dependencia entre la madre y el hijo debe ser resuelta para que el niño deje de desarrollar los síntomas (Platt et al., 1999).

Browne, Wilson y Laybourn (1963) reportan un caso en que la terapia se focaliza en la familia y observan que la patología del niño permite mantener la homeostasis familiar, por lo que los padres podrían resistirse al tratamiento y, por lo tanto, la mejoría del niño, depende de cómo los padres respondan a éste (en Kratochwill et al., 1979).

4.3.- Tratamiento desde la perspectiva cognitivo - conductual

Desde esta perspectiva, el tratamiento del mutismo selectivo ha sido considerado como dificultoso e incluso como “intratable”. Esto puede deberse al hecho que el niño con este trastorno, generalmente, es reforzado negativamente, ya que las demandas que se le han hecho se retiran, sin que las haya cumplido, para así complacerlo. Por ejemplo, cuando un profesor le pregunta algo y el niño en forma reiterada no responde, el profesor generalmente retira la petición. Este retiro sirve para reforzar el mutismo del menor (Kehle, Madaus, Baratta y Bray, 1998).

Por lo general, los terapeutas conductuales que trabajan con niños que presentan mutismo selectivo postulan que la principal barrera a superar, en el ambiente terapéutico, es la primera respuesta verbal. Además de la resistencia para comenzar a hablar, el niño, al tomar el rol de silente, se niega a prestar atención. Así, la fase inicial es siempre la más difícil, ya que los reforzadores no comienzan a funcionar hasta después de la primera respuesta verbal. Por lo tanto, los procedimientos para iniciar las respuestas, son una parte importante de los programas de tratamiento conductuales (Lysne, 1995).

Para algunos terapeutas conductuales, el mutismo selectivo es considerado como una “respuesta aprendida, en la cual el rehusar hablar es un método de manipulación del medio” (Porjes, 1992, pág. 369 en Anstendig, 1998). El síntoma existe debido a una interacción entre el niño y su medio ambiente. Una vez comprendido que el silencio del niño se da en función del medio, las intervenciones son diseñadas para hacer cambios en el ambiente del menor y así ayudarlo a desaprender esta forma de operar. La teoría del

aprendizaje considera el silencio del niño como funcional, en un ambiente que ayuda a crear y mantener estas formas de interacción. De este modo, la conducta del niño es considerada como adaptativa y no como patológica (Powell y Dalley, 1995 en Anstendig, 1998). Las intervenciones comienzan con un profundo análisis de la conducta no verbal incluyendo un análisis ecológico para examinar las señales en el ambiente, que ayudan a mantener la conducta no verbal (Anstendig, 1998).

Las intervenciones exitosas han incluido el manejo de contingencias utilizando el refuerzo positivo y técnicas aversivas, el control de estímulos y la disminución gradual de estímulo, moldeamiento, modelaje, automodelaje y la desensibilización sistemática (Croghan y Craven, 1982; Lipton, 1980; Matson et al., 1992; Piersel y Kratochwill, 1981; Rasbury, 1974; Richards y Hansen, 1978; Sanok y Streifel, 1979; Scott, 1977; Van Der Kooy y Webster, 1975; Watson y Kramer, 1992; Williamson et al., 1977, en Platt et al., 1999; Cunningham, Cataldo, Mallion y Reyes, 1983; Krohn et al., 1992; Lazarus, Gavillo y Moore, 1983; Lipton, 1980; Masten, Stack, Caldwell-Colbert y Jackson, 1996; Matson, Box y Francis, 1992; Richburg y Cobia, 1994; Watson y Kramer, 1992 en Anstendig, 1998).

En sus conclusiones de tratamiento para el mutismo selectivo, Watson y Kramer (1992) sugirieron que las intervenciones más efectivas incorporan una combinación de técnicas. Ellos sustentaron que la aproximación con tratamientos combinados, daba como resultado una recuperación del habla más rápida y con una gran generalización (en Kehle et al., 1998).

Las principales técnicas que se han combinado para la intervención del mutismo selectivo son el automodelaje, el motivador misterioso, la disminución gradual del estímulo y el autorrefuerzo. La mayor parte de los tratamientos multimodales establecen una relación entre las condiciones ambientales y la conducta verbal (Labbe y Williamson, 1984 en Anstendig, 1998).

A continuación se expondrán las técnicas cognitivo – conductuales más utilizadas para el tratamiento del mutismo selectivo, continuando con técnicas más específicas.

4.3.1.- Automodelaje:

El automodelaje es definido como la ganancia actitudinal y comportamental creada como resultado de repetidas y espaciadas observaciones de sí mismo editadas en videos que muestran sólo comportamientos apropiados y ejemplares (Kehle et al., 1990 en Kehle et al., 1998).

En los estudios que han utilizado esta técnica con mutistas selectivos, las respuestas del niño a preguntas de la madre son combinadas a través de la edición con la misma pregunta hecha por el profesor. En otras palabras, la respuesta inicial que los niños dan a la madre, aparece en el video como si los niños la hubieran dado frente al educador. Entonces el niño puede revisar la cinta en su casa o enfrente de toda la clase (Holmbeck y Lavigne, 1992).

Las ventajas de esta técnica son muchas (Pigott y Gonzáles, 1987 en Holmbeck y Lavigne, 1992), por ejemplo:

- 1- A la mayoría de los niños les gusta verse a sí mismos en televisión, lo que hace que la técnica sea más entretenida para ellos.
- 2- El automodelaje parece aumentar los sentimientos de autoeficacia del niño en el área de dificultad (Kehle et al., 1990).
- 3- El modelaje desinhibe la conducta (Bandura, 1969).
- 4- Se requiere menos tiempo del terapeuta ya que los videos pueden ser vistos en la casa del niño.
- 5- No hay mejor modelo que uno mismo, ya que los modelos más apropiados son los que más se parecen al sujeto.
- 6- Disminuye la intervención de los padres y profesores en la implementación de las técnicas conductuales (en Anstendig, 1998).

El automodelaje es ideal para estos niños ya que el modelaje de pares es vivido diariamente en el colegio y en el hogar sin producir cambios en la conducta (Kehle et al., 1990 en Holmbeck y Lavigne, 1992).

En adición al aprendizaje imitativo, Kehle et al. (1990) sugieren que las creencias de los niños son modificadas para ser consistentes con el comportamiento ejemplificador que es representado en los videos editados.

4.3.2.- Motivador misterioso:

Un motivador misterioso es definido como una recompensa oculta diseñada para aumentar la anticipación y el valor del refuerzo (Rhode, Tenson y Reavis, 1993 en Kehle et al., 1998). Consiste en un sobre públicamente abierto en la sala de clases con un signo de interrogación marcado y el nombre del niño impreso. Dentro del sobre hay una recompensa deseada por el niño. Los compañeros son informados que el motivador misterioso le será dado al niño cuando él lo pida en un tono de voz claramente audible para la clase. El motivador misterioso ha demostrado ser efectivo y ser una intervención eficiente en el tiempo (Moore, Waguespack, Wickstrorn, Witt, Gaydos, 1994 en Kehle et al., 1998), además ha sido un valioso auxiliar de intervenciones previas diseñadas para niños con mutismo selectivo (Kehle, Hintze, DuPaul, 1997 en Kehle et al., 1998).

4.3.3.- Fading:

El fading ha sido descrito en la literatura del mutismo selectivo como una técnica de tratamiento que involucra cambiar el estímulo que controla el habla “para que a lo largo del tiempo, un amplio número de situaciones sean el estímulo discriminativo para hablar” (Labbe y Williamson, 1984, pág. 277 en Holmbeck y Lavigne, 1992). Típicamente, el tratamiento comienza en una situación donde el niño responde verbalmente y luego progresa gradualmente a través de aproximaciones sucesivas a situaciones donde el habla no aparece (Conrad et al., 1974 en Holmbeck y Lavigne, 1992). Los estímulos del ambiente “seguro” son gradualmente retirados, mientras los estímulos de las situaciones amenazantes son gradualmente aumentados

(Labbe y Williamson, 1984; Richards y Hansen, 1978 en Holmbeck y Lavigne, 1992). Asumiendo que el niño no habla en la situación escolar, los terapeutas que utilizan esta técnica, generalmente comienzan el tratamiento en la casa con la madre presente (Conrad et al., 1974; Richards y Hansen, 1978 en Holmbeck y Lavigne, 1992), en la consulta (Reid et al., 1967; Williamson et al., 1977 Wulbert et al., 1973 en Holmbeck y Lavigne, 1992) o en algún lugar “seguro” del colegio (Lipton, 1980; Rosenbaum y Kellman, 1973 en Holmbeck y Lavigne, 1992). Las personas del ambiente escolar, por ejemplo, profesores y compañeros de clase, son gradualmente introducidos con la expectativa que el niño producirá la conducta verbal deseada para cada nuevo estímulo, antes de avanzar hacia uno más difícil (Holmbeck y Lavigne, 1992).

Es importante notar que la definición de fading, no está en la línea de la definición más usada en la literatura de la modificación conductual. Así, Kazdin (1977) define el fading como “la gradual eliminación de un estímulo” (pág. 15), lo que involucra la disminución del estímulo que previamente servía para iniciar la conducta deseada. Según esta definición, además de la disminución del estímulo en la casa, se introduce un estímulo relacionado con el colegio, buscando expandir el rango del control de estímulos, para incluir situaciones distintas al hogar, en el repertorio frente al cual el niño habla. Este segundo componente del tratamiento, es más referido a una generalización del estímulo o transferencia del entrenamiento (Kazdin, 1977 en Holmbeck y Lavigne, 1992). Si un niño con mutismo selectivo es capaz de hablar en la casa, pero rehusa hablar en el colegio, un fading “verdadero” involucraría sólo la disminución gradual del estímulo en la casa. El fading es útil cuando el niño ya es capaz de mostrar la conducta deseada, pero no en todas las situaciones.

Para Conrad et al. (1974 en Holmbeck y Lavigne, 1992), el fading “involucra traer respuestas que ya están en el repertorio del niño bajo nuevas situaciones estímulo, y no es un caso de moldeamiento de nuevas conductas que no están en el repertorio del niño” (pág. 99).

4.3.4.- Shaping:

Esta técnica es propia del condicionamiento operante y se desarrolla como resultado de alguna orientación externa, la cual consiste en el reforzamiento de aproximaciones sucesivas al comportamiento deseado (Wittig, 1982). Por lo general es utilizado si la conducta deseada aún no ha ocurrido en ningún ambiente. Por ejemplo, se puede reforzar al niño en un principio por murmurar, luego por decir palabras monosilábicas, hasta llegar a oraciones completas con un volumen normal de la voz.

4.3.5.- Escape y Evitación:

Estas técnicas se relacionan con los resultados del empleo de un estímulo aversivo, es decir, cualquier estímulo o evento que el niño considera displacentero o nocivo. La conducta de escape se da en respuesta a un estímulo aversivo. Estas respuestas implican un comportamiento discriminativo en el cual el estímulo aversivo representa la señal discriminativa. Las investigaciones han revelado que con ensayos repetidos, los sujetos aprenden a realizar respuestas de escape cuando es apropiado (ante la presencia de condiciones aversivas), pero no continúan realizándolas cuando es inapropiado (por ejemplo, cuando se presentan otros estímulos asociados, pero no la condición aversiva)

(Wittig, 1982). Por ejemplo, una técnica de escape sería situar al niño enfrente de su clase y decirle que sólo se puede retirar a su asiento cuando diga su nombre. Así, el estímulo aversivo y la señal discriminativa sería el presentarse frente a sus compañeros y profesores, ante lo cual la respuesta de escape sería que el niño fuera capaz de decir su nombre, lo que le permitiría terminar con la situación displacentera.

En la evitación, alguna determinada respuesta impide la iniciación de un estímulo aversivo anticipado. La mayor parte de estas conductas pueden también considerarse como casos de respuestas discriminativas. Algunas señales indican la posibilidad de impedir las condiciones aversivas y así, el niño da respuestas aprendidas antes para no experimentar tales condiciones (Wittig, 1982). Siguiendo con el ejemplo anterior, una técnica de evitación sería, por ejemplo, que el niño no tendría que pasar al frente de la clase si saluda a por lo menos a tres compañeros al comenzar el día. De este modo, el niño anticipa el estímulo aversivo, que en este caso sería salir al frente de la clase a decir su nombre, lo cual es evitado saludando a tres compañeros, lo que corresponde a la respuesta discriminativa.

En una revisión de la literatura acerca del tratamiento conductual, Labbe y Williamson (1984) revisaron estudios donde el uso de procedimientos de escape y de evitación son efectivos para elicitarse las primeras verbalizaciones (Crema y Kerr, 1978; Halpern et al., 1971; Piersel y Kratochwill, 1981; Williamson et al., 1977 en Lysne, 1995). Sin embargo, los procedimientos de escape y evitación ponen mucha presión sobre el niño mutista, y pueden llegar a ser una experiencia dolorosa. Por esta razón, no deben ser usados a edades tempranas, y nunca deben ser el primer método empleado. Si estos métodos fallan, pueden sólo reforzar la resistencia a comenzar a hablar. Por lo tanto, es importante crear

una relación de confianza entre la persona que va a implementar el sistema y la persona a la cual se le va a aplicar, antes de usar estas técnicas. Generalmente, estos métodos no son recomendados, a no ser que el niño sea considerado “mentalmente fuerte” como para soportar la presión de tales técnicas, y debe haber una alta probabilidad de un pronóstico positivo (Lysne, 1995).

4.3.6.- Psicoterapia de grupo desde la perspectiva cognitivo - conductual

Bozigar y Hansen (1984) son unos de los pocos autores que se refieren en la literatura a la psicoterapia de grupo como una modalidad para el tratamiento del mutismo selectivo. Ellos la utilizaron con cuatro niños mutistas en el Centro Comunitario de Salud Mental La Frontera, en Arizona. Las razones por las cuales agruparon a estos niños fueron sus similitudes en cuanto a antecedentes, problemas y edades. El grupo se reunía una vez por semana durante sesenta minutos, además de tener sesiones individuales con cada uno de los participantes. A medida que los niños progresaban, los autores estimaron que era necesario aumentar el número de sesiones, las cuales se realizaron en el colegio y consistían en un intensivo período de desensibilización de una semana.

La duración del tratamiento varió desde dos meses hasta un año. Algunos de los factores que influyeron en la longitud fueron la asistencia del menor a las sesiones y la cooperación de la escuela (Bozigan y Hansen, 1984).

Cada sesión era planeada según el avance realizado en la sesión anterior y al final de cada sesión los padres eran informados de los avances del niño y de las metas para la próxima sesión. El plan era ayudar a los pacientes a examinar su mutismo en el colegio en un ambiente terapéutico donde se sintieran libres para entender sus ansiedades, inhibiciones y las consecuencias de su conducta. Un componente de esta psicoterapia era una técnica de modificación conductual utilizada para elicitación del habla, sin centrarse en el número de palabras que emitía el paciente, sino en que el niño estuviera cómodo para utilizar el habla apropiadamente. En la primera sesión las metas para los niños se fijaron en un nivel mínimo. Se les exigió dejar a sus padres en la sala de espera y acompañar al terapeuta a la sala de grupo. Una vez en la sala, el objetivo era que el menor respondiera de forma no verbal al terapeuta, por ejemplo, emitiendo sonidos de animales. Esta gradual introducción del habla fue un componente importante en las primeras etapas del tratamiento. Los materiales de juego como pinturas, muñecos, cuerdas, etc., fueron utilizados para ayudar al niño a expresar sus sentimientos. En forma conjunta, los terapeutas encontraron que tanto las técnicas de relajación como los ejercicios de respiración facilitaban el habla, por lo cual pasaron a formar parte de los rituales del grupo (Bozigan y Hansen, 1984).

A partir de la cuarta sesión, se les requirió responder en forma verbal por lo menos una vez, es así como los niños comenzaron a susurrar progresando hacia un tono y volumen de voz más apropiado. Al final de la quinta sesión, los pacientes eran capaces de responder verbalmente por lo menos una vez. Fue en este momento cuando el terapeuta comenzó a tener contacto con los niños en el colegio, ya que éste era el ambiente en que presentaban más dificultades para hablar (Bozigan y Hansen, 1984).

En resumen, la psicoterapia de grupo parece ser un camino natural y expedito para los niños que presentan mutismo selectivo. Se centra en las respuestas tanto verbales como no verbales que da el paciente al terapeuta y en su generalización. Además, ayuda al niño a disminuir sus niveles de ansiedad, adoptando patrones conductuales productivos y positivos, lo que le permite al niño desarrollar una confianza en sí mismo en el momento de hablar (Bozigar y Hansen, 1984).

4.4.- Terapia Paraverbal:

La terapia paraverbal consiste en emplear una variedad de maniobras para la comunicación no verbal en adición al habla ordinaria, es decir, se deben utilizar de distintas maneras los sonidos y movimientos conocidos por el niño como un canal de comunicación. Por ejemplo, en una maniobra de sonido incorporado tempranamente, un tambor puede ser usado como un medio de percusión para fomentar al paciente a dar unos golpes ligeros, en un diálogo rítmico, o en una ejecución sincrónica con el terapeuta. Éste provee las bases para la comunicación, un sentimiento de agrado, de competencia y descarga de tensión. Otros instrumentos de percusión pueden ser usados de una manera similar para dar variedad, ampliar el campo de atención y reforzar la nueva experiencia constructiva (Phillips, 1981).

Los instrumentos pueden ser usados para comunicar afectos específicos, así, un par de platillos pueden ser golpeados fuerte y rápidamente para transmitir enojo, o suave y lentamente para comunicar tristeza. Las maniobras de movimientos conocidos, tales como

mímica y dramatización, pueden ser también un soporte a través del uso de sonidos. Se pueden desarrollar espontáneamente estrategias variadas de comunicación durante la sesión de acuerdo a las necesidades del momento. Ellas pueden ser desarrolladas por el paciente y/o por el terapeuta y ayudar a arreglar sentimientos escondidos (Phillips, 1981).

4.5.- Tratamiento farmacológico

En general, en el tratamiento del mutismo selectivo se utilizan las técnicas psicológicas anteriormente expuestas, con las cuales usualmente se obtienen buenos resultados. Sin embargo, en los casos en que los niveles de ansiedad son muy altos, es necesario recurrir a una coterapia farmacológica para disminuir síntomas que obstaculizan el trabajo psicológico.

Se ha observado que los psicofármacos más utilizados en el tratamiento del mutismo selectivo son la fluoxetina y la fenalzina, como lo han reportado Black y Uhde (1992), Golwyn y Weinstock (1990) y Wright, Cuccaro, Leonhardt, Kendall y Anderson (1995). El uso de éstos siempre está enmarcado dentro de tratamientos multimodales. Según los reportes de casos, la mayoría de los niños a los cuales se les ha indicado fármacos, han presentado mejoras inmediatas y significativas del mutismo.

La utilización de la fluoxetina y de la fenalzina en estos pacientes busca obtener una disminución de los niveles de ansiedad, lo que permite que se supere la inhibición y que, por lo tanto, el niño pueda hablar con niveles mínimos de estrés. Al decrecer la

ansiedad, pueden aumentar las conductas oposicionistas, lo que debe ser manejado a través de intervenciones psicológicas (Wright et al., 1995; Golwyn y Weinstoch, 1990).

4.6. - Tratamientos específicos:

4.6.1.- Tratamiento utilizado en una clínica norteamericana:

El motivo por el cual decidimos incluir este esquema de tratamiento son sus excelentes resultados y lo novedoso que resultan este tipo de intervenciones en nuestro país.

Existe una modalidad de tratamiento utilizada en el Hawthorn Center, ubicado en Northville, Estados Unidos, que combina intervenciones dinámicas, procedimientos conductuales, incorporación de la familia y estrecha coordinación con el colegio. El contacto inicial con el niño incorpora la evaluación psiquiátrica incluyendo los factores del desarrollo, familiares y médicos (Krohn et al., 1992).

Después de realizado el diagnóstico, los padres son instruidos acerca del trastorno, enfatizándoles los efectos perjudiciales del silencio en el ámbito social y emocional del niño. Además, se les describen los procedimientos de tratamiento y la importancia de su participación en éste (Krohn et al., 1992).

En las sesiones con el niño, comenzando con la evaluación y continuando en las dos primeras sesiones, el terapeuta intenta desarrollar un rapport con el paciente. Este rapport

incluye juegos no verbales, haciéndole ver que sabe lo problemático que es hablar para él y lo difícil que es estar siempre bajo control (Krohn et al., 1992).

Además de la comprensión y apoyo, es imperativo que, incluso en el comienzo de la evaluación, se de al niño el mensaje que es necesario para ellos hablar. Se les dice que el terapeuta ha ayudado a otros niños a hablar y que tan pronto comiencen a hacerlo se sentirán mejor y más felices, y que luego (generalmente en una o dos sesiones) tendrán que permanecer con el terapeuta el tiempo necesario hasta que digan al menos una palabra (Krohn et al., 1992).

El terapeuta organiza un día y los padres son avisados que tendrán que pasar todo el día en la clínica. Durante esta sesión, el terapeuta alterna entre dar apoyo, clarificar sentimientos, alentar y plantear la expectativa conductual que el niño pronuncie al menos una palabra antes de irse. Si el niño permanece en silencio, es necesario que el terapeuta aparente ignorar al paciente, o que mande afuera a la familia diciendo que es injusto que lo hagan perder su tiempo (Krohn et al., 1992).

La mayoría de los niños hablan en una o dos horas y rara vez en más de cuatro horas. Es necesario no terminar la sesión a menos que el niño o el terapeuta estén exhaustos. Después de que el paciente hable, el terapeuta puede elogiarlo y luego reunirse con la familia, quiénes han sido avisados que también deben felicitar al niño (Krohn et al., 1992).

Simultáneamente, al fijar el encuadre en la primera sesión, los padres son intruidos que deben pedir a sus niños que hablen para ellos en público. Por ejemplo, si ellos rehusan obedecer en un restaurante, no recibirán alimento. En particular, se intenta incorporar activamente al padre, ya que éste es frecuentemente distante del resto de la familia. Dependiendo de la magnitud de la patología familiar, la terapia de pareja o familiar es implementada en algunos casos (Krohn et al., 1992).

En forma rápida, usualmente al mes y asumiendo que el niño aún no ha empezado a hablar espontáneamente, el siguiente paso, es que el paciente comience su comportamiento verbal en el colegio. En primer lugar, se le explica el tratamiento a los docentes a cargo del menor y se obtiene su apoyo. Se hacen arreglos para recibir tareas de lectura u otros trabajos para realizar en las sesiones terapéuticas, se le informa al niño que un día específico debe responder a una pregunta practicada y pre - arreglada o leer una oración particular. En este nivel, suele ser de ayuda decirle al niño que debe hablar en el colegio, pero que él debe elegir cuándo y qué decir. Se propone que la profesora llame al niño para que responda en forma individual y privada, y para posteriormente hacerlo enfrente de toda la clase. Si éste no puede hablar después de algunos intentos a lo largo de varios días, el terapeuta debe ir al colegio. Una vez en este lugar, debe alentar al niño para hablar en la sala de clases, si esto no es satisfactorio, el niño debe ser atendido por el terapeuta para hacer que hable sólo con él. El profesor y luego los estudiantes son traídos a la sala y el comportamiento se generaliza (Krohn et al., 1992).

El resultado del tratamiento fue descrito como excelente si los casos reportados superaban las dificultades para hablar o si no había signos de desajuste en otras áreas de

funcionamiento (como en la casa o en el colegio), en el momento de término del tratamiento. Los resultados se consideraron buenos cuando el niño está funcionando con todo su potencial en la casa o en el colegio, pero teniendo síntomas residuales como timidez o comportamiento controlador. El ajuste fue definido como regular si los síntomas residuales estaban acompañados por otras dificultades en el colegio o en las relaciones interpersonales, y fueron caracterizados como pobres cuando el niño tenía dificultades significativas para hablar o en la adaptación en la casa o en el colegio (Wright, 1968, en Krohn et al., 1992).

Los niños en promedio comenzaron a hablar durante la segunda sesión de tratamiento, después de la evaluación. Ellos primero hablaron en el colegio durante el segundo mes de tratamiento. En la comunidad comenzaron a hablar en promedio a los 2.5 meses de tratamiento. La duración total del tratamiento fue en promedio de once meses (Krohn et al., 1992).

Diecisiete de los veinte examinados (85%) obtuvieron un excelente resultado, con un lenguaje adecuado y un funcionamiento normal en todas las áreas, incluyendo el colegio y la casa. Un niño tuvo un resultado bueno, funcionando normalmente en todas las áreas, pero continuaba hablando en un bajo volumen. Dos niños tuvieron un resultado regular en donde eran capaces de funcionar adecuadamente en todas las áreas, pero continuaban rehusando a hablar (uno en la comunidad frente a extraños y otro con ciertos miembros de la familia). No hay casos de resultados pobres (Krohn et al., 1992).

4.6.2.- Plan de tratamiento individualizado:

Encontramos relevante incorporar esta modalidad de tratamiento ya que permite la inclusión de padres y profesores como coterapeutas, lo que permite una generalización más rápida del habla en todos los contextos.

Un efectivo programa de tratamiento individualizado puede ser implementado en el colegio, con el esfuerzo coordinado de los padres, clínicos y profesores. El objetivo del programa debe ser disminuir la ansiedad asociada con el hablar, mientras se le anima al niño para interactuar y comunicarse (Dow et al., 1995).

Existen intervenciones que se pueden llevar a cabo fácilmente por el profesor, incluyendo el separar la clase en pequeños grupos e identificar a los pares que apoyan al niño. En algunos casos, la comunicación no verbal (como gestos), puede ser inicialmente necesaria para permitir que el niño comunique sus necesidades básicas. Cualquier intervención debería ser simple para que el niño continúe con incentivos para comunicarse verbalmente (Dow et al., 1995).

Las aproximaciones conductuales pueden ayudar a alentar al niño para que interactúe verbal y no verbalmente. Al comienzo del programa, las expectativas deben mantenerse bajas, tal vez recompensando al niño por conductas que ya dominaba o que en un principio no lograba. Una vez que el niño ha ganado confianza en su habilidad, el obstáculo del comportamiento deseado puede ser incrementado. Por ejemplo, uno puede comenzar premiando al niño por murmurar una única palabra, y gradualmente aumentar las

expectativas hasta que el niño esté diciendo la palabra en un volumen normal. El tipo de recompensa puede ser elegido de acuerdo a las preferencias del niño (caramelos favoritos, elogio en público, etc.). Una vez que el niño ha llegado a hablar cómodamente en un medio, se intenta que generalice el habla a otros individuos o medios, usando técnicas como el fading (Dow et al., 1995).

La asistencia de un terapeuta parlante puede ser de ayuda en el desarrollo de un programa conductual para el mutismo selectivo, siempre que no haya un deterioro del habla o del lenguaje. Algunos mutistas selectivos, una vez recuperada el habla, han reportado que ellos tenían miedo a decir una palabra equivocada o que su voz sonora graciosa, así, la práctica del lenguaje y del habla puede ayudar a que el niño gane confianza y habilidades lingüísticas. El tratamiento puede focalizarse en perfeccionar las habilidades de pronunciación, incrementar la comprensión y aprender habilidades pragmáticas, como cambiar el tema de una conversación. La práctica de interacciones de la vida real hasta que se vuelvan automáticas y dejen de ser estresantes para el niño, puede ayudar a reducir las inhibiciones sociales de éstos (Dow et al., 1995).

4.6.3.-Terapia del Habla desde una aproximación cognitivo - conductual

Los investigadores han notado un incremento en la prevalencia de problemas del habla y del lenguaje en la población de mutistas selectivos (Kolvin y Fundudis, 1981; Wilkins, 1985; Wright, 1968 en Dow et al., 1995). Smagling (1959) es uno de los primeros en usar la terapia del habla como una primera intervención para este trastorno. Postula que

“los defectos del habla, mientras no es demostrable un único factor etiológico, están causalmente referidos al mutismo” (pág. 58). En los reportes de Smagling, seis niños con mutismo selectivo, los cuales tenían una condición de inhabilidad del habla o del lenguaje, fueron tratados con sesiones de media hora de terapia del habla dos o tres veces por semana hasta que el problema fue resuelto (dos a veintiún meses). Se utilizaron varios procedimientos del paradigma del condicionamiento operante, como el refuerzo. En uno de los casos, se usó la estimulación del habla en frases comunes, el refuerzo, y la modificación vegetativa junto con los reflejos respiratorios, para apoyar el habla. Los terapeutas intencionalmente evitaron mencionar el mutismo o discutir sobre los sentimientos del niño y se focalizaron en el entrenamiento del lenguaje y de la articulación. Una vez que los problemas del lenguaje fueron corregidos, cinco de los seis niños comenzaron a hablar en el colegio. Strait (1958) también utiliza la terapia del habla, pero en conjunto con técnicas de modificación del comportamiento, tales como el refuerzo (Dow et al., 1995). Sus sesiones consisten en hablarle a los niños, fomentarles la lectura en voz alta y comprometerlos en situaciones sociales (en Kratochwill et al., 1979).

4.6.4.- Técnicas de entrenamiento de lenguaje aplicadas al mutismo selectivo:

Las investigaciones demuestran la efectividad de los tratamientos conductuales en la adquisición y mejoría del lenguaje verbal (Harris, 1975 en Pecukonis y Pecukonis, 1991). La ausencia de lenguaje verbal es limitante, lo cual generalmente da como resultado un progresivo aislamiento, tanto social como emocional (Berrera et al., 1980; Krolan, 1988 en Pecukonis y Pecukonis, 1991).

En general, las estrategias de entrenamiento de lenguaje son utilizadas con sujetos que presentan severos déficits en las habilidades de lenguaje hablado. Sin embargo, algunos estudios intentan adaptar estos modelos a tratamientos de sujetos que poseen un suficiente repertorio verbal, pero que tienen dificultades ya sea en la identificación del estímulo discriminativo para hablar, o son incapaces de comprender el valor autorreforzante de la comunicación interpersonal (Sherman, 1965 en Pecukonis y Pecukonis, 1991).

Modelos de entrenamiento del lenguaje:

Recientemente, las investigaciones que utilizan el condicionamiento verbal se centran en desarrollar estrategias de entrenamiento efectivas. Estos estudios aparecen en la literatura bajo diversos nombres como adquisición mediada del lenguaje (Gray, 1968 en Pecukonis y Pecukonis, 1991), entrenamiento programado de comunicación (Marshall y Hegrenes, 1970 en Pecukonis y Pecukonis, 1991), entrenamiento para el desarrollo del lenguaje (Bloom, 1970; Bricker y Bricker, 1970 en Pecukonis y Pecukonis, 1991), competencia lingüística (Fygetakis, 1970 en Pecukonis y Pecukonis, 1991), y establecimiento del habla imitativa (Borus, 1973 en Pecukonis y Pecukonis, 1991). Han sido usados en niños autistas (Evans, 1971 en Pecukonis y Pecukonis, 1991), afásicos (Blake y Moss, 1967 en Pecukonis y Pecukonis, 1991), y ecolálicos (Risley y Wolf, 1967 en Pecukonis y Pecukonis, 1991). La mayoría de estas estrategias de entrenamiento consiste en cuatro pasos básicos: 1) entrenamiento de la atención, 2) imitación no verbal, 3) imitación verbal, y 4) entrenamiento del lenguaje funcional (Pecukonis y Pecukonis, 1991).

1) Entrenamiento de la Atención:

Ganar la atención del niño es un prerequisite importante para facilitar el habla. Las intervenciones más comunes utilizan el shaping con el refuerzo positivo para establecer un contacto visual (Kozloff, 1973 en Pecukonis y Pecukonis, 1991).

El desarrollo de la atención en sujetos con mutismo selectivo es importante, ya que ellos evitan la interacción verbal en situaciones sociales a través del retraimiento, la timidez y el negativismo. Estas conductas pueden interferir con su habilidad para atender a las claves de una conversación en sus ambientes (Pecukonis y Pecukonis, 1991).

2) Imitación verbal y no verbal:

En el entrenamiento de las conductas de imitación no verbal los sujetos deben aprender una serie de conductas motoras gruesas como aplaudir, pararse y tocarse los dedos de los pies, las que son gradualmente moldeadas a través de aproximaciones sucesivas, a movimientos faciales específicos, que son instrumentales para producir el habla (Bricker y Bricker, 1970 en Pecukonis y Pecukonis, 1991).

Ya que los sujetos que presentan mutismo selectivo poseen suficientes habilidades verbales, el entrenamiento de conductas no verbales imitativas parece ser contraindicado, por lo tanto, las estrategias de entrenamiento se deben centrar en aumentar las conductas verbales.

3) Lenguaje funcional:

El entrenamiento del lenguaje funcional enfatiza las habilidades de conversación y la generalización de éstas a través de situaciones, ambientes y personas más allá de la sala de tratamiento. Esta fase es relevante en el tratamiento de niños con mutismo selectivo al iniciar el habla para establecer una conversación, estos pacientes tienen dificultades en discriminar las claves que fomentan las interacciones verbales, además son incapaces de elicitar los eventos reforzadores que fomentan y mantienen la interacción con otras personas (Pecukonis y Pecukonis, 1991).

Barton (1972) incentiva la conversación en un niño mutista, y lo logra con la entrega de reforzadores secundarios en la forma de monedas, éstas disminuyen los tiempos de latencia que se producen con la entrega directa de los refuerzos primarios. Luego en un estudio con un grupo de mutistas selectivos, Barton (1975) entrega monedas por una adecuada comunicación verbal. Al finalizar las sesiones de quince minutos, se cuentan las monedas que pueden ser canjeadas por una variedad de cosas que tienen distintos precios (dulces y bebidas). Los premios son entregados a los niños luego de una explicación de por qué se los han ganado. El promedio de las palabras de la conversación aumenta significativamente, sin embargo, la generalización a otros ambientes es mínima (en Pecukonis y Pecukonis, 1991).

El principal problema de los programas de entrenamiento del lenguaje es la generalización (Koegel y Rincover, 1974 en Holmbeck y Holmbeck, 1991). García (1974)

notó la importancia de utilizar más de un entrenador durante la fase de adquisición del lenguaje. Kazdin y Bootzin (1972) postularon que la generalización no se logra a no ser que forme parte del procedimiento. Sus sugerencias son 1) retirar los refuerzos gradualmente, 2) alterar las entregas de refuerzo una vez que la adquisición de la respuesta se haya producido, 3) producir cambios en el ambiente, 4) involucrar a la familia y parientes en la implementación de contingencias, y 5) establecer un período de retraso en tanto ganar las monedas como en cobrarlas (Pecukonis y Pecukonis, 1991).

IV. METODOLOGIA:

Esta tesis consiste en un estudio teórico - bibliográfico del mutismo selectivo. La metodología utilizada corresponde a una revisión bibliográfica de acuerdo a los objetivos previamente mencionados, con el fin de entregar una descripción sistemática de los aportes de las distintas corrientes teóricas en relación al mutismo selectivo.

La recopilación de información de la literatura revisada en relación al tema, está guiada desde una perspectiva descriptiva, debido a que la finalidad de esta memoria es entregar una síntesis general de los planteamientos de los diferentes autores, para que así el lector tenga una visión integral en relación a este trastorno.

Para la recopilación de la información se utilizó el programa computacional en línea psycLIT y la base de datos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, de donde se obtuvo toda la literatura existente respecto al tema, luego se procedió a recolectar la bibliografía disponible, para su posterior sistematización y ordenación de un modo integrado y simplificado.

V. COMENTARIOS FINALES:

El objetivo fundamental de este trabajo de investigación consistió en elaborar una síntesis que ordenara las investigaciones acerca de los principales aspectos del mutismo selectivo. La revisión bibliográfica se centró en describir los factores que inciden en el mutismo, su diagnóstico y las distintas aproximaciones a su tratamiento.

Algunas aproximaciones descriptivas, como las planteadas en el DSM - IV o en el CIE – 10, sostienen que el mutismo selectivo es un cuadro clínico específico con características diagnósticas delimitadas. Otros autores lo consideran como un trastorno que se da en reacción a un evento desencadenante y que se produce en un niño que viene con un trastorno del desarrollo caracterológico particular. Por lo tanto, al tener una fragilidad en las bases de su desarrollo, el mutismo puede desencadenarse frente a una situación traumática para él. *Nosotros nos adscribimos a entender el mutismo selectivo como un trastorno que se da en un niño particular, que producto de características temperamentales, tales como, respuestas aversivas o de evitación, lenta adaptabilidad a las situaciones nuevas, poca tolerancia a la frustración o altos montos de ansiedad, que están inmersos en un contexto familiar particular, como por ejemplo, una madre sobreprotectora y condescendiente con un padre distante y autoritario, puede llevar a que el niño sea vulnerable a desarrollar rasgos tales como dependencia, control, inhibición, ansiedad o hipersensibilidad, lo que hace que el enfrentar una situación estresante para él tal como la entrada al colegio, la separación de los padres o el nacimiento de un hermano, desencadene un mutismo selectivo en el menor.* Así, por un lado, el niño que tenga a la base un desarrollo caracterológico en la línea

inhibida ansiosa, que no presenta los suficientes recursos personales ni contención ambiental y se enfrenta a un estresor identificable, podría mantenerse silente en aquellas situaciones que le provoquen exceso de ansiedad como las situaciones nuevas o extrañas y, por otro lado, en el niño que desarrolle rasgos opositores, con cierta vulnerabilidad a la base de su desarrollo y que se enfrenta a una situación estresante para él, podría utilizar el silencio como una forma de controlar y agredir a algunas personas.

Por lo anterior, es importante detectar qué factores están influyendo en cada caso particular, para así hacer un diagnóstico temprano y eficaz, que evite que el mutismo se transforme en un patrón de comportamiento persistente. Para esto, es importante, primero, descartar problemas médicos tales como dificultades de la audición, y en segunda instancia descartar otros trastornos del habla y del lenguaje en que los niños también pueden permanecer silentes. También es necesario diferenciarlo de otros trastornos, en los cuales el habla se altera, como en el caso de trastornos del espectro autista.

La realización de un diagnóstico preciso nos permitirá realizar un plan de tratamiento específico para cada niño. Independiente de la postura teórica, es importante realizar una intervención temprana para que el niño pueda comenzar a comunicarse lo que le facilite las relaciones interpersonales, los progresos en el colegio y se evite el compromiso de su autoestima.

Si bien se han postulado distintas formas de tratamiento, se ha visto que hay algunas más efectivas que otras. Es así como las técnicas cognitivo – conductuales son las más usadas y las que presentan más rápidos resultados. Sin embargo, su objetivo es tratar sólo el

mutismo, dejando de lado los rasgos caracterológicos que pueden estar influyendo en éste, manteniendo así la forma de ser desadaptativa que está a la base del silencio. Esto puede traer como riesgo que el niño desarrolle en el futuro otros síntomas. Además, en algunas ocasiones, al utilizar estas técnicas se hacen demandas excesivas al niño antes de que sea capaz de superar el problema, por ejemplo, cuando se exige que un niño hable para reforzarlo, no siempre significa que esté listo para hacerlo. Esta perspectiva implica una definición simplista del trastorno, al considerar el mutismo selectivo como una consecuencia de modelos y reforzadores externos, sin considerar los rasgos de personalidad del niño.

La ventaja de las intervenciones psicodinámicas es que trabajan en el desarrollo de rasgos de personalidad, lo que intenta evitar que los rasgos se vayan rigidizando. A pesar de esto, son tratamientos de larga duración, que no consideran, que para el niño resulta muy inhabilitante no poder hablar y, que muchos padres están expectantes frente a los resultados, ya que el silencio del niño también resulta estresante para ellos.

Las intervenciones familiares tienen la ventaja de considerar al niño dentro de un sistema mayor, donde todos pueden influir en el mutismo de éste, por lo que se centran en las dinámicas familiares defectuosas tales como la relación de dependencia que el niño mantiene con su madre, la relación distante con el padre, la suspicacia y retraimiento de estas familias hacia personas ajenas a ésta. Por ello, se busca incluir a toda la familia en el tratamiento del niño; sin embargo, no siempre todos los miembros están motivados para asistir a terapia y de hecho se resisten a hacerlo por su desconfianza del mundo externo, lo cual dificulta la labor del terapeuta.

Considerando los aspectos positivos y negativos de los distintos tipos de intervenciones, podemos crear un plan de tratamiento adecuado para cada niño en particular que pueda integrar aportes de los distintos enfoques. Desde el primer contacto con el niño es fundamental crear un buen vínculo, de modo que pueda vivenciar con el terapeuta una experiencia positiva, que se de en una relación contenedora, confiable y segura que podrá transferir a otras sociales externas. El terapeuta tiene que hacer saber al niño que empatiza con su situación y que juntos van a tratar de resolverla. En general, se puede utilizar el juego o el dibujo como una primera forma de aproximación, a través de la cual el niño pueda expresarse libremente y disminuir la ansiedad que la situación terapéutica pueda provocar en él.

El objetivo principal del tratamiento es que el niño se comunique con el terapeuta y que posteriormente sea capaz de comunicarse verbalmente en todos los contextos, estableciendo relaciones interpersonales sanas. De este modo, es importante que se trabaje con los rasgos del desarrollo caracterológico, para que el niño no quede expuesto a desarrollar posteriormente otros síntomas.

Para lograr estos objetivos terapéuticos con niños con mutismo selectivo, consideramos que es necesario incluir a los padres en el proceso del niño, analizando las dinámicas familiares, enfatizando las relaciones afectivas entre los miembros, lo cual nos permitirá evaluar la influencia de la familia en el mutismo del niño. Es necesario realizar un manejo y orientación con los padres para que sean capaces de establecer límites claros apuntando a que padres e hijos adopten sus roles correspondientes, ya que se ha visto que en estas familias los límites suelen ser difusos. Por un lado, es fundamental trabajar la

relación de dependencia del niño con su madre, para que éste vaya logrando su autonomía, y por otro lado trabajar las interacciones del niño con su padre, ya que frecuentemente este último es lejano e incluso hostil.

Además, creemos que junto con la terapia individual es de gran ayuda la asistencia del niño a una terapia de grupo, buscando que los otros integrantes del grupo puedan actuar como modelos parlantes, demostrándole al niño que no es el único que tiene problemas, lo que le permite darse cuenta que puede ser entendido y apoyado por otros. A su vez, el terapeuta establece los límites e incentiva al niño a comunicarse verbalmente. Al ser un contexto protegido y normado, hace que el niño se muestre menos inhibido y/u opositor, presentando una mayor motivación a participar, trabajando así en sus habilidades sociales.

En el ámbito escolar concluimos que es necesario que tanto profesores como alumnos sean coterapeutas y que tengan un rol activo con el niño mutista. Es importante incluirlo en todas las actividades formales e informarles, fomentando tanto su comunicación verbal como no verbal, su autonomía e interacción social. El profesor debe ser empático y cálido, evitando aislar al niño o sobreprotegerlo. Para esto es indispensable educar a los profesores acerca del trastorno, transmitiéndole que detrás de esta negativa a hablar existen distintos factores, los cuales lo inhabilitan socialmente.

En algunos casos, es necesario acompañar la psicoterapia con una terapia farmacológica que permita disminuir la ansiedad del niño, lo que puede facilitar el habla. Esta opción suele utilizarse como un recurso complementario, para apoyar las terapias

psicológicas cuando los niveles de ansiedad son muy altos y no permiten trabajar con el niño psicoterapéuticamente.

A través de esta memoria intentamos entregar un marco conceptual teórico, sistematizando e integrando la información recopilada, para así entregar una mejor comprensión del mutismo selectivo. Pretendemos que este trabajo sea un marco de referencia para futuras investigaciones tanto empíricas como teóricas. Algunas posibles áreas de investigación son la psicoterapia de juego aplicada al mutismo selectivo, técnicas conductuales en el tratamiento del mutismo selectivo, el rol de las familias en el mutismo selectivo. A un nivel empírico resultaría interesante realizar un estudio de rasgos de personalidad en niños mutistas selectivos o investigar las características de las familias chilenas de estos niños. Otro tema interesante podría ser la evaluación de adolescentes o adultos que fueron en su infancia mutistas selectivos, para así observar su evolución.

VI. BIBLIOGRAFIA:

- Ajurriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson.
- Ajurriaguerra, J y Marcelli, D. (1982). *Psicopatología del Niño*. Barcelona: Masson.
- Ambrosino, S. y Alessi, M. (1979). Elective Mutism: Fixation and the Double Bind. *The American Journal of Psychoanalysis*, 39, 251 – 256.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado (DSM – III - R)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV)*. Barcelona: Masson.
- Anstendig, K. (1998). Selective Mutism: A Review of the Treatment Literature by Modality from 1980-1996. *Psychotherapy*, 35, 381 - 391.
- Araya, C. y Lecaros, S. (2000). *Rechazo Escolar*. En Grau, A. y Meneghello, J. (Eds.), *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Araya, C. y Lecaros, S. (1996). *Manejo Psicológico de la Ansiedad de Separación, el Rechazo Escolar y el Mutismo Electivo*. En Meneghello, J., Fanta, E., Paris, E. y Puga, T. (Eds). *Pediatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Barlow, K., Strother, J. y Landreth, G. (1986). *Sibling Group Play Therapy: An Effective Alternative with an Elective Mute Child*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Bauermeister, J. y Jemail, J. (1975). Modification of “Elective Mutism” in the Classroom Setting: A Case Study. *Behavior Therapy*, 6, 246 – 250.

- Black, B. y Uhde, T. (1992). Elective Mutism as a Variant of Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1090 – 1093.
- Black, B. y Uhde, T. (1994). Treatment of Elective Mutism with Fluoxetine: A Double – Blind, Placebo – Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1000 – 1006.
- Blotcky, M. y Looney, J. (1980). A Psychotherapeutic Approach to Silent Children. *American Journal of Psychotherapy*, 24, 487 – 495.
- Borel – Maisonnay, S. y Launay, C. (1974). *Trastornos del Lenguaje, la Palabra y la Voz en el Niño*. Barcelona: Masson.
- Bozigar, A. y Hansen, R. (1984). *Group Treatment for Elective Mute in Children*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Carlson, G., Garfinkel, B. y Willen, E. (1990). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescent*. New Jersey: Saunders Company.
- Dow, S., Sonies, B., Scheib, D., Moss, S. y Leonard, H. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 34, 452 – 472.
- Dummit, E., Klein, R., Tancer, N., Asche, B., Martin, J. y Fairbanks, J. (1997). Systematic Assessment of 50 Children with Selective Mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 653 – 659.
- Golwyn, D. y Weinstock, R. (1990). *Phenelzine Treatment of Elective Mutism: A Case Report*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.

- Holmbeck, G. y Lavigne, J. (1992). Combining Self-modeling and Stimulus Fading in the Treatment of an Electively Mute Child. *Psychotherapy*, 29, 661 – 667.
- Jacobsen, T. (1995). Case Study: Is Selective Mutism a Manifestation of Dissociative Identity Disorder?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 863 – 866.
- Kanner, L. (1935). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Siglo XX
- Kaplan, H. (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Maryland.
- Kaplan, H. (1975). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat
- Kaplan, N. (1992). Elective Mutism: A review of the Literature. *Advances in Clinical Child Psychology*, 14, 265 – 288.
- Kehle, T., Madaus, M., Baratta, V., Bray, M. (1998). Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology*, 36, 247 – 260.
- Klin, A. y Volkmar, F. (1992). Elective Mutism and Mental Retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 860 – 864.
- Kopp, S. y Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population – based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 257 – 262.
- Kratochwill, T., Brody, G. y Piersel, W. (1979). Elective mutism in children. *Advances in Clinical Child Psychology*, 2, 193 – 240.
- Krohn, D., Weckstein, S. y Wright, H. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 711 – 718.

- Krolian, E. (1988). *Speech is Silver, but Silence is Golden: Day Hospital Treatment of Two Electively Mute Children*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (1985). *Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent II*. Saint Germain: Presses Universitaires de France.
- Leonard, H. y Topol, D. (1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 695 – 705.
- Lesser – Katz, M. (1985). Stranger Reaction and Elective Mutism in Young Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 458 – 469.
- Lesser – Katz, M. (1988). The Treatment of Elective Mutism as Stranger Reaction. *Psychotherapy*, 25, 305 – 313.
- Lewis, M. (1991). *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Baltimore: Maryland.
- López, J. (1993). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Meditor: Madrid.
- Lysne, A. (1995). *Elective Mutism: Special Treatment of a Special Case*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Meyers, S. (1984). *Elective Mutism in Children: A Family Systems Approach*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Michaux, L. (1957). *Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Luis Miracle.
- Narbona, J (1990). *Los trastornos del lenguaje*. En Rodríguez, J (Eds.). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Sevilla: Serie manuales universitario,

- Nolan, J. y Pence, C. (1969). Operant Conditioning Principles in the Treatment of Selectively Mute Child. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 265 – 268
- Olasov, B. y Foa, E. (1991). Exposure Treatment of Post – Traumatic Stress Disorder (PTSD) Concomitant with Conversion Mutism: A Case Study. *Behavior Therapy*, 22, 449 – 456.
- Ollendick, T. y Hersen, M. (1983). *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martinez Roca.
- Olivares, J. (1994). *El niño con Miedo a Hablar*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Paul, J. y Rubin, C. (1999). The Impact of Disturbances in Socioemotional Development and Affects on Communication. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 8, 3 – 7.
- Pecukonis, E. y Pecukonis, T. (1991). *An Adapted Language Training Strategy in the Treatment of an Electively Mute Male Child*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Phillips, E. (1981). Patient as Assistant Therapist in Paraverbal Therapy with Children. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 262 – 267.
- Platt, J., Spasaro, S. y Schaefer, C. (1999). *An Introduction to the Treatment of Selective Mutism*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Porjes, M. (1992). *Intervention with the Selectively Mute Child*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.

- Powell, S. y Dalley, M. (1995). *When to Intervene in Selective Mutism: The Multimodal Treatment of a Case of Persistent Selective Mutism*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Rutter, M. y Hersov, L. (1976). *Child and Adolescent Psychiatry*. Londres: Blackwell.
- Sanok, R. y Striefel, S. (1979). Elective Mutism: Generalization of Verbal Responding across People and Settings. *Behavior Therapy*, 10, 357 – 371.
- Schill, M., Kratochwill, T., Gardner, W. (1996). An assessment protocol for selective mutism: Analogue assessment using parents as facilitators. *Journal of School Psychology*, 34, 1 – 21.
- Scott, E. (1976). A desensibilization Programme for the Treatment of Mutism in a Seven Year old Girl: A Case Report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 263 – 270.
- Shreeve, D. (1991). *Elective Mutism Origins in Stranger Anxiety and Selective Attention*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Slowikowski, M. (1998). Diagnosis Characteristics and Selected Treatments for Selective Mutism. Selective Mutism Group. Revisado el 12 de Abril del 2000 desde Internet: [http:// www.personal.mia.bellsouth.net/mia/g/a/garden/garden/about.htm](http://www.personal.mia.bellsouth.net/mia/g/a/garden/garden/about.htm).
- Steinhausen, H. y Juzi, C. (1995). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606 – 614.
- Stewart, P. (1986). Positive Reinforcement in Short-term Treatment of an Electively Mute Child: a Case Study. *Psychological Reports*, 58, 571 – 576.

- Szabo, C. (1996). Selective Mutism and Social Anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 555.
- Tramer, M. (1946). *Psiquiatría Infantil, de la Pubertad y de la Adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Valner, J. y Nemiroff, M. (1995). Elective Mutism in a Six Year Old Hispanic Girl. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 327 – 340.
- Weckstein, S., Krohn, D. y Wright, H. (1995). *Elective Mutism*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Weininger, O. (1987). *Electively Mute Children: A Therapeutic Approach*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.
- Wittig, A. (1982). *Teorías y Problemas de la Psicología del Aprendizaje*. Bogotá: McGraw – Hill.
- Wright, H., Holmes, G., Cuccaro, M. y Leonhardt, T. (1994). A guided bibliography of the selective mutism (elective mutism) literature. *Psychological Report*, 74, 995 – 1007.
- Wright, H., Cuccaro, M., Leonhardt, T., Kendall, D. y Anderson, J. (1995). *Case Study: Fluoxetine in the Multimodal Treatment of a Preschool Child with Selective Mutism*. En Spasaro, S. y Schaefer, C. (Eds.), *Refusal to Speak: Treatment of Selective Mutism in Children*. New Jersey : Aronson.

ANEXOS

Anexo N°. 1

Modelo de tratamiento

Paso 1. Determinar si el mutismo selectivo está presente:

- a. Duración del mutismo selectivo
- b. Edad del niño
- c. Consistencia del mutismo selectivo en múltiples ambientes
- d. Impacto del mutismo selectivo en el niño

Paso 2. Determinar si el mutismo selectivo es transitorio o persistente

Mutismo selectivo transitorio

- a. El niño tiene cinco años o menos
- b. El mutismo selectivo ha existido por menos de seis meses
- c. El mutismo selectivo se manifiesta en un solo ambiente

Mutismo selectivo persistente

- a. El niño tiene más de cinco años
 - b. El mutismo selectivo ha existido por más de seis meses
 - c. El mutismo selectivo se da en más de un ambiente
- Si es transitorio, monitorear y si es necesario iniciar el paso tres
 - Si es persistente, aplicar los pasos tres y cuatro

Paso 3. Evaluaciones

- a. Médica
- b. Habla y lenguaje
- c. Evaluación psicológica incluyendo:
 1. Intelectual
 2. Emocional y conductual
 3. Observaciones en la casa y escuela
 4. Entrevistas a familias, parientes y profesores

BIBLIOTECA ARNALDO MERBILHAR COUSTERE
UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL



3 5618 00027 8661