

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Descripción de caso y tratamiento de Mutismo Selectivo

Autor: María Florencia Sarpero

Tutora: Valeria Wittner

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
2.1 Objetivos general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico	4
3.1 Definiendo el Mutismo Selectivo (MS)	4
3.2 Etiología.....	6
3.3 Teorías explicativas.....	9
3.4 Diagnostico del Mutismo Selectivo.....	11
3.5 Modelos de Intervención y Tratamiento.....	13
3.5.2 Los modelos cognitivos-conductuales	15
3.5.2 Los modelos que incluyen intervenciones familiares	19
4. Metodología.....	25
4.1 Tipo de estudio y diseño	25
4.2 Participantes.....	25
4.3 Instrumentos.....	26
4.4 Procedimiento.....	27
5. Desarrollo.....	28
5.1 Motivo de consulta y evaluación de la intervención necesaria.....	28
5.1.1 Antecedentes a la consulta	28
5.1.2 Evaluación del caso.....	31
5.2 Abordaje del mutismo selectivo integrando intervenciones cognitivo- conductuales y sistémicas.....	34
5.3 Abordaje familiar de una paciente con mutismo selectivo.....	36
5.4 Intervenciones en red, el abordaje a través del grupo de amigas.....	40
5.5 Evaluación del proceso y resultados al año de tratamiento.....	42
6. Conclusiones.....	45
7. Referencias Bibliográficas.....	49

Índice de tablas o figuras

Figura 1: Diagnóstico diferencial de MS (Aguilera Albesa & Crespo, 2012, p. 683).....	14
---	----

1. Introducción

La Práctica y Habilitación Profesional es realizada en un Instituto de orientación sistémica ubicada en Capital Federal.

Es una institución sistémica que tiene como objetivo investigar y capacitar profesionales psicólogos en la aplicación del pensamiento sistémico y la teoría de la comunicación, como así también la atención psicológica a individuos, parejas e instituciones.

El presente trabajo se realiza en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional, supervisada por profesionales de dicha institución y de la Universidad de Palermo. La encargada de coordinar las actividades es una psicóloga de la institución elegida y docente en la Universidad de Palermo (UP). Esta práctica consta de 280 horas en diferentes actividades como la participación en cámara gesell, observación de material fílmico de admisiones y entrevistas realizadas por profesionales. Por otro lado se realizan simulaciones con los residentes y observación de encuentros de supervisión con los terapeutas de la institución y con alumnos de los cursos de formación de posgrado. También se realizan investigaciones a partir de los cuales se están realizando varios proyectos institucionales.

La intención de este trabajo es describir el tratamiento de una paciente que fue diagnosticada con mutismo selectivo, su sintomatología, las intervenciones realizadas y técnicas aplicadas por el psicólogo tratante, y luego se analizará si el paciente, en lo que va de tratamiento, tuvo alguna evolución con respecto al trastorno diagnosticado. Actualmente la paciente continúa en tratamiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir y analizar el abordaje de una paciente con mutismo selectivo desde el enfoque sistémico y cognitivo conductual

2.2 Objetivos específicos

- 1) Describir el abordaje de una paciente con mutismo selectivo integrando intervenciones sistémicas y cognitivo-conductuales.
- 2) Describir el abordaje familiar de una paciente con mutismo selectivo.
- 3) Describir las intervenciones cognitivo-conductuales de una paciente con mutismo selectivo con su red de amigas.
- 4) Analizar la evolución del tratamiento de una paciente con mutismo selectivo luego de un año de tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1 Definición y Características del Mutismo Selectivo

La primera evidencia descriptiva sobre un caso de un sujeto que no lograba hablar a pesar de tener la capacidad de hacerlo, data de 1837. Científicamente, un cuadro similar fue descrito por Tamer en 1934 donde era denominado como “mutismo electivo”, asumiendo que el niño elegía no comunicarse en ciertos contextos. Actualmente, si bien la denominación ha ido cambiando a lo largo de los años, se ha desterrado la idea de que el niño tiene control sobre esta conducta. Hoy existe el consenso que esta dificultad para hablar es producto de una serie de factores complejos que atraviesan distintos aspectos de la vida del sujeto (Olivares Rodriguez, et al. 2006).

El DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) define al mutismo selectivo (MS) como la incapacidad de hablar o de responder a otras personas en una situación social específica -como en el colegio en el cual se espera que debe hacerlo y a pesar de si hablar o responder en otras situaciones como en la casa o en la presencia de familiares-. El cuadro de MS tiene una duración mínima de un mes sin contar el primer mes en que comienza la escuela. Así mismo, algunas características asociadas al MS son la timidez excesiva, el aislamiento y retraimiento social, miedo a la humillación social y negativismo.

Los criterios incluidos en la versión del DSM –IV TR (APA, 2002), describían los siguientes requisitos: a) alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social; b) duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela); c) incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social y d) el trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Del mismo modo, el criterio diagnóstico del CIE-10 (OMS, 1992), para MS lo define como un:

“Trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños. Pueden presentarse también otras formas (incluso lo contrario a lo descrito)” (p. 443).

Los criterios diagnósticos son descriptivamente muy similares a los establecidos en el DSM IV y 5. Sin embargo, en esta clasificación se incluye la posibilidad de la existencia, en una minoría significativa, de alguna alteración en el aprendizaje del lenguaje o de articulación del mismo de manera co-morbida que usualmente no es diagnosticado.

El cambio significativo en la clasificación diagnóstica de este trastorno a la versión actualizada del DSM 5 es su inclusión específica como Trastorno de Ansiedad, vinculando su aparición en la infancia temprana a las vivencias de ansiedad del niño.

Según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), el MS puede dar lugar como consecuencia a un deterioro social debido al alto nivel de ansiedad que le genera al niño participar en interacciones sociales con otros niños y, a medida que estos niños adquieren más edad, pueden enfrentarse a un mayor deterioro social. También en la escuela pueden sufrir deterioro académico por la falta de comunicación con los maestros.

El MS es, en términos diagnósticos, difícil de identificar y poco frecuente. Este trastorno se encuentra en menos del 1% de los sujetos en los centros de salud mental pero debe tenerse en cuenta que estos sujetos son derivados a centros de salud en el momento en que presentan problemas en las evaluaciones de actividades que requieren el uso del habla que ocurre en los primeros años del ciclo escolar (Olivares Rodríguez, Alcazar & Olivares Olivares, 2007).

Por otro lado, si se tienen las herramientas y capacitación adecuadas para el diagnóstico, el abordaje temprano es posible. Según Black y Udhe (1995), el comienzo del mutismo puede identificarse muy tempranamente desde los 2 a 4 años del niño, sin embargo, no es hasta la entrada al sistema escolar formal –luego de los 5 años–, que se pone el foco en la capacidad de comunicación y expresión del niño y se realizan entonces las primeras consultas. Por otra parte, no existen diferencias significativas respecto de la distribución por género aunque algunos estudios señalan una prevalencia algo menor en las niñas (Steinhausen, Watcher, Laimbock, & Winkler Metzke, 2006) aunque otros estudios indican lo contrario (Rodríguez Olivares et al, 1996).

3.2 Etiología

Las investigaciones actuales sugieren que el mutismo selectivo es parte de un perfil de personalidad compatible con comportamientos tímidos, inhibidos y retraídos, resaltando la característica de mudez cuando el niño ingresa a la escuela u otra situación de comportamiento social (Steinhausen & Juzi, 1996).

Olivares Rodríguez et al. (1996) postulan que hay causas que permiten el surgimiento y mantenimiento del mutismo selectivo y afirman que hay determinantes biológicos y psicológicos propios del niño y variables ambientales que facilitan la aparición de este trastorno. Específicamente, afirma que empiezan a surgir estudios que vinculan la aparición del cuadro de mutismo selectivo con alteraciones de la fosa posterior, concretamente por afectaciones tumorales o de otra causa del cerebelo.

Las investigaciones también han demostrado que estos niños de temperamento inhibido tienen un menor umbral de excitabilidad en la amígdala. Del mismo modo que en los individuos ansiosos en general, surgen datos de una amígdala hiper-reactiva que pone en marcha respuestas ansiógenas, aunque el individuo no esté realmente en peligro (RNAI, 2004).

Por otra parte, dentro de esta misma perspectiva biologicista se plantea la hipótesis de que existe una base orgánica en la etiología del mutismo. Algunos investigadores han hallado relaciones entre este trastorno y determinadas alteraciones cromosómicas tales como el Síndrome X Frágil o la alteración en el cromosoma 18. No

obstante no se ha llegado a conclusiones definitivas y los estudios sólo sugieren una posible relación pero, no queda probada ninguna relación causa-efecto (García & Rigau, 2006).

Finalmente, existen estudios que vinculan la aparición del mutismo selectivo con alteraciones anatómicas significativas para la articulación y producción de sonido (Olivares, Carrillo & Antón, 1996).

Por otro lado, los factores genéticos, anatómicos o biológicos en general no son los únicos que aportan información sobre las causas del mutismo selectivo: Existen múltiples evidencias de la relación entre su aparición y los cuadros o antecedentes ansiosos tanto en los niños como en sus familias (Black & Udhe, 1995; Chavira et al, 2007; Steinhausen et al, 2006).

Black y Udhe (1995) por ejemplo, realizaron un estudio con 30 niños con mutismo selectivo y el 97% de ellos padecían algún otro trastorno de ansiedad específico como fobia social, ansiedad de separación y fobia simple. Lo mismo se observa en los miembros del entorno familiar directo del niño, con una prevalencia de trastornos de ansiedad como fobia social en el 70% de los casos e incluso el mismo caso de mutismo selectivo en más del 30% de los casos. Por otro lado, el impacto de los medicamentos administrados para el tratamiento de fobia social en niños y adultos ha resultado eficaz tanto para el cuadro de fobia como para el de mutismo selectivo, indicando una posible asociación de ambos cuadros.

Las coincidencias entre ambos cuadros clínicos exceden el plano del lenguaje. Los niños que padecen mutismo selectivo son también retraídos, inhibidos, tímidos y evitativos. En este sentido, cumplen buena parte del perfil para ser diagnosticados con un trastorno de ansiedad social o generalizada. Las investigaciones relacionan el mutismo selectivo con la fobia social, ya que dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia social es el trastorno comórbido que se presenta con más frecuencia. Estudios como los de Kristensen (2000); Black y Udhe (1995) y Cohan et al. (2008) promueven la comprensión del mutismo selectivo como una expresión extrema de la ansiedad social o fobia social, entendiendo el cuadro como un punto dentro de un desarrollo progresivo y no como un cuadro clínico distinto. En la misma línea se encuentran los trabajos de Yeganeh et al. (2005) y Manassis (2007). Sin embargo, estos últimos

establecen una diferencia significativa: si bien los niños con mutismo selectivo muestran síntomas de ansiedad tan elevados como otros niños con ansiedad o fobia social, el nivel de registro subjetivo del malestar parece ser menor.

Por otro lado, los factores psicológicos de aquellos niños que desarrollan mutismo selectivo no están ajenos a las condiciones familiares y las variables que afectan su estabilidad y adaptación. Existen evidencias de ciertas situaciones familiares como los traumas severos, la inmigración y bilingüismo que se relacionan con la manifestación del mutismo selectivo (Elizur & Perednik, 2003). Son familias aisladas y evitativas y, al mismo tiempo, sobreprotectoras -especialmente entre la madre y sus hijos-.

La relación entre eventos traumáticos concomitantes o previos a la aparición del trastorno se establece con duelos paralelos a los embarazos, partos difíciles con riesgo de vida, accidentes o mudanzas (Black & Udhe, 1995). Sin embargo el factor predictor más importante, dentro del entorno familiar, es la prevalencia de trastornos de ansiedad o fobias sociales en los padres del niño (Chavira et al, 2007).

Asimismo, las condiciones como la inmigración y el bilingüismo nombrados anteriormente, parecen ser predisponentes de comportamientos familiares de desadaptación, aislamiento y evitación; de modo que varios estudios consideran estos sucesos como asociados a los casos de niños con MS. El mutismo selectivo presente en niños inmigrantes suele emerger como expresión de un conjunto de situaciones sumamente complejas ya que estos niños se enfrentan con el proceso de aculturación y posible discriminación (Elizur & Perednik, 2003).

Otras variables relevantes pertenecientes al contexto familiar que surgen asociadas al mutismo selectivo son el aislamiento social de la familia, una inadecuada estimulación social del niño, la pertenencia a una clase socioeconómica y cultural baja, la existencia de trastornos de la conducta y de la personalidad en el padre/madre responsable de la educación y cuidado del niño, discusiones y peleas familiares, abusos deshonestos y hostilidad y rechazo parental o trastornos del habla en la familia (Olivares et al., 1996).

3.3 Teorías explicativas

Los modelos explicativos del Mutismo Selectivo pueden restringirse a dos perspectivas básicas (Diaz Atienza, 2001). La perspectiva psicodinámica, que basa su explicación etiopatogénica en una reacción neurótica ligada a: a) la hipersensibilidad a los impulsos instintivos del niño; b) la condición de trauma psíquico durante el período de desarrollo del lenguaje; c) la ausencia de seguridad suficiente en el entorno del niño y d) un ambiente familiar con condiciones de dependencia y permisividad. El aporte interesante de esta mirada es la clara articulación de diferentes condiciones predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento; en clara sintonía con los enfoques cognitivos que se describen a continuación.

Las perspectivas basadas en el aprendizaje sostienen que el mutismo selectivo se da como: a) una respuesta conductual aprendida; b) existen estímulos que ayudan a la persistencia del trastorno. Dentro de las condiciones que permiten su mantenimiento, de acuerdo a este autor, existen factores ambientales y otros cuadros psicológicos que favorecen la generalización de la respuesta de evitación.

En esta línea, Olivares Rodriguez et al. (1996) proponen un modelo explicativo basado en factores cognitivos y de aprendizaje que permite comprender la participación de las condiciones de vulnerabilidad del niño y los factores familiares y ambientales.

Según estos autores, este modelo explicativo diferencia los factores de aprendizaje en tres grandes grupos: a) condiciones de modelado y transmisión de información; b) el estilo educativo y c) otras variables relevantes. Respecto de las condiciones de modelado y transmisión, sostiene la de existencia/presencia de modelos significativos que evitan reiteradamente la interacción (oral) con personas ajenas al ámbito íntimo y manifiestan su aversión o evitación. Específicamente, en las familias con niños con mutismo selectivo, se observa frecuentemente conductas de mayor timidez y más aislamiento social.

En relación al estilo educativo familiar, el modelo identifica tres modos centrales: uno autoritario y coercitivo, otro sobreprotector y condescendiente y finalmente, uno contradictorio. En el primero, prevalecen las amenazas y el refuerzo negativo donde el niño es muy exigido y recriminado por sus errores, estimulando las conductas evitativas puesto que se lo expone a sentimientos permanentes de falla e

inadecuación. El estilo sobreprotector refuerza las respuestas de evitación y facilitan el escape del niño a aquellas situaciones de interacción cotidiana y favorecen la monopolización de la interpretación de los deseos y demandas del niño por parte de un adulto significativo. Al mismo tiempo, se fomentan la falta de seguimiento y programación de las tareas de trabajo y afrontamiento que expondrían al niño a situaciones de mayor contacto y novedad especialmente en aquellas familias donde ya hay antecedentes de otros casos de mutismo o de trastornos de ansiedad.

Finalmente, dentro del estilo variable y contradictorio, el refuerzo de conductas positivas o negativas más en relación con el ánimo del adulto que con la conducta del niño, promueven un factor de inestabilidad que favorecen los estados de ansiedad generalizados.

Autores como Echeburúa y Espinet (1990) afirman que el mutismo selectivo es una conducta de evitación que se mantiene a través de reforzadores negativos ligados a otros aspectos del cuidado del niño, como la indicación de evitar situaciones de temor o peligro. Por otra parte, existen estudios que explican el desencadenamiento de esta conducta como respuesta al estrés situacional como el inicio de la escolarización o una mudanza, utilizando los esquemas conductuales característicos de ciertos modelos familiares. Entendido así, el mutismo selectivo, es producto de un modelado familiar entendido como un modo de aprendizaje social (Bandura, 1977).

Así, en términos de condicionamiento, la respuesta incondicionada del mutismo frente a una situación aversiva, termina reforzada por un condicionamiento operante a través de un modelado familiar. Finalmente, el entorno inmediato del niño no solo participa en el mantenimiento del trastorno mediante una serie de condicionantes que operan reforzando negativamente una respuesta alternativa al aislamiento, sino que provee una serie de conductas complementarias eficaces que garantizan la comunicación del niño con el entorno. Por ejemplo, la existencia de sistemas de signos, gestos o escrituras en código que el familiar acepta o promueve monopolizando la capacidad comunicativa del niño (Echeburúa & Espinet, 1990).

Dicho de otro modo, ante el silencio del niño, los adultos más significativos responden adoptando patrones de interacción verbal que facilitan la respuesta de evitación al intercambio con otros y, al mismo tiempo, refuerzan la evitación y los

beneficios secundarios de tal situación, a través de conductas verbales y gestos destinadas a minimizar el malestar del niño (caricias, comentarios complacientes, etc.).

En esta línea, uno de los factores familiares que más complica la disolución de la conducta problema es la falta de percepción negativa respecto del mutismo, provocando el retraso en el pedido de ayuda (Olivares Rodríguez et al., 1996).

3.4 Diagnóstico del Mutismo Selectivo

El proceso de detección del trastorno se centra en el análisis de dos aspectos fundamentales. Por un lado las características tanto cualitativas como cuantitativas de las interacciones verbales y no verbales y, por otro lado la presencia de conductas de inhibición en las situaciones de interacción verbal con otros sujetos (Olivares, 2007).

De acuerdo con la Red Norteamericana de Ansiedad en la Infancia (RNAI, 2004), la mayoría de los niños con Mutismo Selectivo son tan normales y se comportan de forma tan adecuada como cualquier otro niño cuando se encuentran en un entorno confortable. Lo que los diferencia es la severa inhibición del comportamiento, y su incapacidad para hablar en ciertos ámbitos sociales. En estas situaciones pueden padecer náuseas o vómitos, diarreas, dolores de cabeza u otro tipo de síntomas físicos en ciertas escenas sociales. La retracción del niño puede incluso llevarlo a evitar el contacto visual, esconderse, permanecer inmóviles o rígidos. Este tipo de dificultades obturan su iniciativa escolar y muchas veces afectan su rendimiento. En síntesis, el desarrollo de un trastorno de mutismo selectivo importa una serie de respuestas corporales/fisiológicas, motoras y cognitivas (Olivares et al, 2007).

La guía para la detección, evaluación e intervención precoz en la escuela de Urban et al. (2009) propone llevar a cabo una observación detallada de los comportamientos del niño en un tiempo considerable y mediante un registro sistemático de los comportamientos verbales y comportamientos de inhibición que el niño manifiesta en los ambientes habituales y con diferentes sujetos.

Los criterios diagnósticos consensuados, de acuerdo a Olivares et al (2007) incluyen:

- a) El descenso generalizado de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal (hasta su anulación).
- b) Negativa persistente a hablar en situaciones sociales específicas o con carácter general ante personas ajenas al ámbito íntimo.
- c) Existencia de comunicación oral espontánea con algún amigo íntimo y/o familiar de acuerdo a la edad y grupo cultural de referencia para el sujeto.
- d) Inexistencia de cualquier otro problema de orden psicológico o somático, de conocimiento y/o fluidez en la ejecución del lenguaje oral que pudiera justificar el mutismo selectivo.
- e) Duración del trastorno de al menos un mes, no coincidiendo con el primer mes de escolarización del niño o con su traslado de un centro escolar a otro distinto.

Asimismo, existen otros síntomas que suelen ser concomitantes y que colaboran con el diagnóstico diferencial del Mutismo Selectivo. Según la RNAI (2004), las siguientes características pueden ser:

- a. Mayor sensibilidad al ruido / muchedumbres / tacto (posible Trastorno de la Integración Sensorial);
- b. Dificultad para separarse de sus padres (especialmente en niños pequeños) y dificultades para dormir independientemente;
- c. Introspectivo y sensible (parece entender el mundo que le rodea mejor que otros niños de su edad), y demuestra una mayor sensibilidad a los sentimientos y pensamientos de los demás;
- d. Manifestaciones de problemas de conducta en el hogar, como ser muestras de: mal humor, inflexibilidad, dilatación de tareas escolares, llorar con facilidad, generar berrinches, necesidad de ejercer control, dar órdenes hablar excesivamente, creatividad y expresividad;
- e. Inteligentes, perceptivos e inquisitivos;
- f. Tendencias creativas y artísticas;

g. Tendencia a orinarse en la cama como a tener accidentes diurnos (enuresis), a evitar los baños públicos (paruresis), y/o accidentes de deposiciones intestinales (encopresis) y;

h. Tendencia excesiva a preocuparse o a tener miedos no justificados (generalmente -manifestados en niños mayores de seis años).

Finalmente, el diagnóstico final se realiza descartando otro tipo de alteraciones físicas y psicológicas que pudieran explicar tanto la alteración en el aprendizaje del habla como la dificultad comunicativa del niño. Estos estudios pueden incluir desde evaluaciones genéticas, neurobiológicas, químicas, psiquiátricas y de otro tipo de trastorno madurativo específico como retraso mental o trastornos generalizados del desarrollo.

3.5 Modelos de intervención y tratamiento

El mutismo selectivo ha sido objeto de estudio y abordaje dentro del ámbito psicoterapéutico y psicopedagógico. Dentro de este último, pueden identificarse diferentes estrategias de abordaje destinadas a prevenir el establecimiento del trastorno ante los primeros síntomas, estas incluyen la psicoeducación familiar a partir de un abordaje temprano en el ámbito escolar, o la derivación a tratamiento específico en los casos en los que fuera necesario. Por ejemplo, el programa de pediatría extrahospitalaria del Hospital de Navarra, reproduce un primer esquema de atención primaria donde se abordan las causas de las dificultades en el desarrollo del lenguaje en el ámbito de la asistencia primaria pediátrica. Ellos siguen desde el inicio el siguiente cuadro de diagnóstico diferencial:

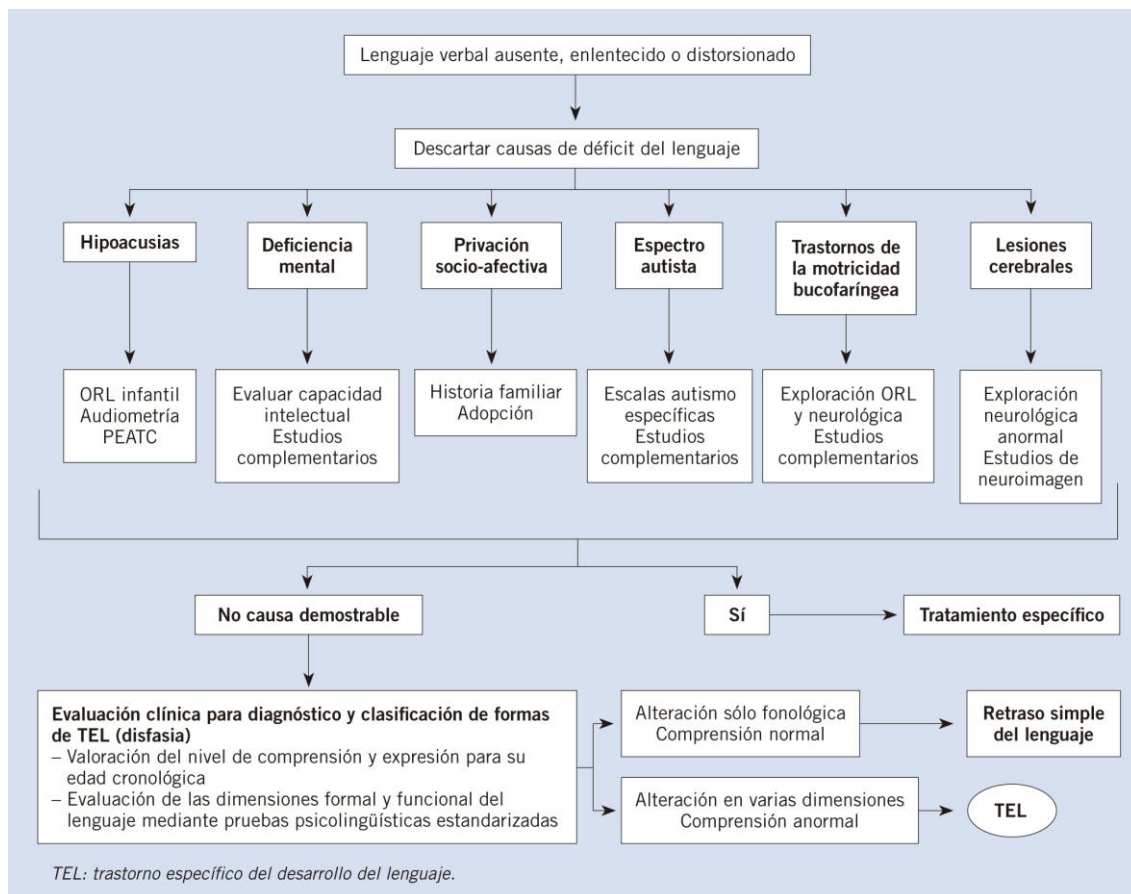


Figura 1: Diagnóstico diferencial de MS (Aguilera Albasa & Crespo, 2012, p. 683).

Busse y Downey (2011) señalan en la atención primaria y secundaria de la salud la importancia de la psicoeducación hacia la familia y los educadores para prevenir la aparición de la disfunción ante la presencia de los factores de riesgo mencionados. Proponen focalizarse inicialmente en la transición desde el jardín hacia la escuela primaria proveyendo al niño tanto habilidades lingüísticas como de ámbitos contenedores como lo son las terapias grupales. La intervención temprana de mutismo selectivo posibilita una disminución de probabilidades de generar un trastorno relacionado con la ansiedad más adelante en la niñez (Conn & Coyne, 2014).

Por otro lado Mitchell y Kratochwill (2013) evaluaron la eficacia de un acercamiento integrador entre la familia y la escuela, siendo las mismas las esferas que conforman los ámbitos socializadores del niño. Propusieron la exploración conductual de cada participante y la conformación de un tratamiento específico para cada uno de

ellos. Se obtuvo como resultado una mejora a partir del análisis subjetivo parental, pero no pudieron comprobarse mejoras en el rendimiento escolar diario de los participantes

3.5.1 Los modelos cognitivo-conductuales

Las intervenciones psicoterapéuticas derivadas del modelo cognitivo comportamental son las más utilizadas en el tratamiento del mutismo selectivo. Reed fue uno de los primeros en sugerir que el mutismo selectivo podía ser una conducta aprendida y utilizada como respuesta de escape/evitación ante situaciones que despertaban en el niño una activación neuropsicofisiológica aversiva (Olivares Rodríguez et al., 2007).

El postulado fundamental de la Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) es que las personas interpretan las situaciones de un modo determinado, el cual ejerce influencia tanto en las emociones como en la conducta (Beck, 2000). El valor de la interpretación radica en las consecuencias que la misma provoca en el comportamiento y la emoción concomitante, que funcionan como reforzadores de conductas adaptativas o desadaptativas.

En los niños la TCC requiere adaptaciones específicas, puesto que el análisis racional que el adulto puede hacer sobre sus conductas o pensamientos irracionales, difícilmente sea posible en niños pequeños. Por otro lado, un obstáculo significativo es generalmente la falta de motivación del niño para el tratamiento, lo cual dificulta la relación cooperativa necesaria (Olivares et al, 2007). Por lo tanto, se vuelve imprescindible la participación y colaboración de los entornos familiares y educativos del niño.

Kaplan (1999) afirma que el tratamiento que ha dado mejores resultados en el mutismo selectivo es el tratamiento multimodal con intervenciones individuales, conductuales y familiares ya que, cuando se frustra la independencia del niño, es de gran importancia la psicoterapia y el asesoramiento y acompañamiento de los padres.

De este modo afirma que el mutismo selectivo podría ser considerado un subtipo de fobia social. En este sentido, la ansiedad fóbica puede ser transmitida desde los padres y, los mismos son quienes enseñan a sus hijos a ser ansiosos mediante la

sobreprotección ante los peligros o la exageración de ciertas situaciones. Es entonces que la sobreprotección maternal o una relación muy íntima pero ambivalente entre madre e hijo, favorecería la aparición del trastorno de mutismo selectivo.

Por otra parte, la terapia cognitiva conceptualiza a los desórdenes psicopatológicos como procesamiento de información que tienden a ser sesgados, rígidos y desadaptativos para la persona y, es por eso, que el objetivo consiste en flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de la información y de esta forma lograr que la persona pueda sentir y actuar de manera más adaptativa (Gomar et al, 2010).

Según Reed (1963) el tratamiento del mutismo selectivo en niños debe apuntar a extinguir todo refuerzo y, por lo contrario aproximarse a situaciones que para el niño resulten ansiosas. De esta manera, Olivares Rodríguez et al. (2007) afirman que si el miedo a hablar se presenta como una respuesta de ansiedad, serán indicadas las técnicas de relajación y de respiración. Balbuena Teruel y López Herrero (2013) demostraron la eficacia de un programa de intervención en el que utilizaron técnicas de relajación y refuerzo positivo con el fin de lograr que el participante supere el mutismo en la escuela. Dentro del mismo análisis de caso se destaca la consecución de ciertos logros realizados por un chico de 8 años a partir de la intervención y se recomienda continuar por un estilo de tratamiento similar para promover mejores resultados (Balbuena Teruel & López Herrero, 2013).

Estos autores plantean que, si se comprende al mutismo selectivo como un comportamiento aprendido y sostenido por refuerzos positivos y negativos, las técnicas de moldeamiento, desvanecimiento estimular, reforzamiento tanto positivo como negativo y extinción, estarán dirigidas al aprendizaje de respuestas alternativas. Por el contrario, si el miedo a hablar se presenta como una respuesta de ansiedad, serán necesarias las técnicas de relajación y de respiración. De esta manera, si el miedo a hablar se mantiene por la confirmación de las expectativas en relación a situaciones temidas, serán efectivas técnicas en el entrenamiento de habilidades sociales, el modelado y automodelado. Además, si el niño habla ante pocas personas, el autor propone el uso de la técnica desvanecimiento estimular y automodelado filmado.

Dentro de las técnicas más utilizadas por los modelos comportamentales para el tratamiento del Mutismo Selectivo, se incluyen según Olivares Rodríguez y Méndez (2005), las siguientes:

- **Moldeamiento:** Técnica indicada para la adquisición de nuevas repuestas conductuales ausentes en el niño (o presentes de forma muy elemental) a través del reforzamiento sistemático de aproximaciones sucesivas hacia la conducta deseada (lenguaje oral).
- **Desvanecimiento estimular:** El objetivo de esta técnica es que, gradualmente, el habla se produzca frente a las personas a las cuales el niño no hablaba, a través del retiro gradual de la presencia de aquellas personas o situaciones en las que el niño lo hacía.
- **Reforzamiento positivo:** El objetivo de esta técnica es incrementar la probabilidad de ocurrencia de la respuesta deseada (el lenguaje hablado) a través de un refuerzo o recompensa.
- **Reforzamiento negativo:** Lo que se pretende con la aplicación de esta técnica es que de la misma forma en que aumenta la frecuencia de las respuestas de evitación y escape, se incremente la frecuencia de la conducta oral del niño para evitar las consecuencias que se suponen desagradables para el niño.
- **Extinción:** El objetivo de esta técnica es lograr aislar la conducta problema de la obtención de un privilegio que la refuerza, teniendo especial cuidado en no facilitar la respuesta habitual de escape.
- **Relajación y Respiración:** Con el objetivo de lograr la reducción en los niveles de ansiedad se lo entrenará en técnicas de relajación y de respiración que le permitan el enfrentamiento de las situaciones temidas.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** Este entrenamiento permite que los niños aprendan un conjunto de habilidades de relación interpersonal.
- **Modelado:** Se basa en la observación del comportamiento en un modelo como método de aprendizaje y de modificación de conductas.

- Automodelado filmado: Esta técnica consiste en utilizar grabaciones filmadas del niño con mutismo selectivo hablando con su propia madre para modelar su conducta.

La diferencia más significativa con los modelos de intervención sistémica es que estos últimos apuestan firmemente a la extinción de la conducta problema (el mutismo) a través de la eliminación de los beneficios secundarios implícitos y, por otro lado, estratégicamente promueven el corrimiento del foco familiar del niño “enfermo” y/o la conducta problema (Wainstein, 2006).

Dentro de las estrategias de cambio conductual para el MS, dado que muchas veces el trastorno se expresa en situaciones sociales específicas, existen modelos que incluyen las intervenciones grupales dentro del grupo de pertenencia del niño o adolescente afectado.

Por ejemplo el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA, 1998) plantea como objetivos para el abordaje de las interacciones grupales los siguientes:

1. Deliberar y decidir de forma responsable sobre las propias acciones, valorando las actitudes positivas que facilitan la convivencia y el trabajo en común.
2. Evitar tanto la precipitación como la inhibición en el ejercicio de la autonomía personal, y mejorar el grado de autoestima y de confianza en las propias posibilidades.
3. Actuar con responsabilidad, valorando las consecuencias de las acciones propias y desarrollando actitudes de respeto y solidaridad hacia los demás.
4. Analizar objetivamente el comportamiento propio y ajeno, valorando los aspectos positivos y estableciendo metas personales que favorezcan el enriquecimiento intelectual, afectivo y social.
5. Conocer y usar una amplia gama de recursos para ejercitar la asertividad y resolver posibles conflictos, respetando los derechos, la autoestima y las aspiraciones de las demás personas.
6. Actuar adecuadamente en situaciones de conflicto, manteniendo la pertenencia, aprecio o influencia en el grupo social, sin renunciar por ello a las propias convicciones.
7. Aprender el derecho de las demás personas a ser tratadas de forma digna y valorar las

normas que facilitan y mejoran la convivencia, reconociéndolas como fuente de humanización del trato social.

8. Identificar y analizar conductas propias y ajenas que manifiestan disposiciones positivas hacia los otros, apreciando las conductas solidarias y altruistas.

9. Conocer y respetar las normas de seguridad e higiene relativas a su campo de actividad.

10. Formarse una imagen ajustada de sí mismos y de sus características y posibilidades, y desarrollar actividades que favorezcan el autoconocimiento y respeto de sus intereses y motivaciones.

3.5.2 Modelos que incluyen intervenciones familiares

La importancia del entorno familiar del niño es sustancial desde el inicio del trastorno. Muchos padres por acción u omisión colaboran involuntariamente en la instalación de los primeros síntomas evitativos que serán el basamento del cuadro conductual posterior (RNAI, 2004).

De acuerdo a la RNAI (2004), a menudo los padres sospechan durante los años preescolares que existe diversas dificultades más o menos generalizadas en el abordaje familiar del Mutismo Selectivo: los padres puede no “ver” (por estar ausentes) la severidad de los síntomas que se manifiestan en la escuela o en otros ámbitos; puede suceder que incluso, ante la consulta, se les haya dicho que se trata de una simple timidez y tienen dificultades para aceptar otras explicaciones. Por otro lado, como ya se describió en secciones anteriores, alguno de los padres ha sufrido de Mutismo Selectivo o excesiva timidez durante la infancia y piensan que se resolverá con el tiempo. Otras veces, alguno de los padres sufre ansiedad social y tiene dificultades para buscar ayuda para el niño y temen ser acusados o sospechosos de abusos o de causar ellos el problema. Incluso algunos padres rechazan el hecho de que se pueda “rotular” al niño con un diagnóstico o entienden la necesidad de buscar ayuda, pero no encuentran a un terapeuta calificado con experiencia en el tratamiento del Mutismo Selectivo.

Olivares Rodríguez et al. (1996) describen modelos familiares en donde los mismos evitan relacionarse con personas que son ajenas al contexto familiar y dando instrucciones para evitar hablar con extraños o presentan algún tipo de psicopatología

que facilitan la aparición de mutismo selectivo en los niños. Estas familias actúan de modelos para los niños debido a la evitación de las interacciones con personas ajenas al ámbito familiar, imposibilitando el desarrollo de habilidades sociales e incrementando las conductas de evitación del niño. Asimismo, la presencia de alteraciones como la depresión, trastornos de personalidad por parte de los padres, ansiedad le dan al niño inseguridad colaborando en el aprendizaje de las conductas evitativas.

Ajuriaguerra (1996) afirma que no podría comprenderse la presencia de mutismo en el niño sin tener en cuenta el marco familiar en particular para su aparición y mantenimiento. El mismo postula que una desarmonía parental originaría una grave inseguridad en el niño, es decir, una madre que establece relaciones de dependencia como hostilidad con el niño y, un padre pasivo contribuye a la presencia del trastorno donde el uso del lenguaje o el silencio toman el lugar de una recompensa gratificante o castigo.

Los enfoques de ‘terapia familiar’ parten de una comprensión y abordaje de resolución de problemas que comienzan en la familia pero que la exceden en sus límites, incluyen diferentes grupos como la escuela, las organizaciones sociales y todas aquellas que definen como necesarias para cada caso. Desde un punto de vista teórico, la denominación de ‘psicología familiar’ queda restringido a la investigación y análisis teórico de los rasgos y dinámica de los sistemas ‘normales’, o funcionales y, en ese sentido, no se diferencian psicología familiar y psicoterapia familiar (Casabianca, 2016).

Entonces, los abordajes o enfoques sistémicos son aspectos propios tanto de la psicología sistémica como bases de sus estrategias: diagnóstico (observación, comprensión, análisis e interpretación de patrones familiares) e intervenciones (acciones dotadas de sentido por parte del terapeuta tendientes a generar un movimiento en los consultantes/pacientes en una dirección incompatible con el mantenimiento del problema, es decir psicoterapia) son procesos que suceden de modo continuo y simultáneo.

En buena medida, el tratamiento del mutismo selectivo desde una perspectiva sistémica, encuadra el abordaje desde la perspectiva familiar como marco de

interpretación pero, al mismo tiempo, recurre a constructos de la teoría cognitiva resignificándolos en el contexto de su perspectiva particular.

Existen varios modelos reconocidos que combinan los enfoques cognitivo y sistémico: la terapia racional emotiva de Ellis, aplica a la terapia familiar lineamientos de la terapia cognitiva-conductual, y el enfoque sistémico constructivista, que en un marco que combina elementos de la teoría de los sistemas y del constructivismo incorpora técnicas de intervención tomadas igualmente de la terapia cognitiva-conductual (Bima, 2010).

Las coincidencias entre la terapia cognitiva-conductual y la sistémica son varias. Tales modelos terapéuticos se caracterizan por ser estructurados, de breve duración, y orientados a objetivos que son definidos junto al paciente al inicio del tratamiento, manteniendo un papel activo de éste a lo largo de todo el trabajo terapéutico. Según Nardone, cada escuela de psicoterapia posee sus propios criterios para establecer la eficacia de una terapia. En el caso de un terapeuta sistémico, más precisamente uno que aplica la terapia breve-estratégica, la eficacia está representada por la solución del problema específico que presenta el paciente y en la consecución de los objetivos fijados al comienzo del tratamiento (Bima, 2010).

En un sentido amplio, ambos enfoques, cognitivo y sistémico pueden complementarse puesto que los conceptos de autorregulación, equilibrio, auto organización y determinación estructural, propios de la teoría de los sistemas pueden resultar fundamentales para alcanzar este objetivo (Prada Villalobos, 2013).

El Mental Research Institute (M.R.I.) fue fundado por Donald Jackson, iniciando allí el modelo sistémico a partir de las investigaciones de Bateson (Wainstein, 2006a)

Este modelo de psicoterapia se basa en la Teoría general de los sistemas que permite la aplicación de sus principios a diferentes tipos de sistemas ‘abiertos’ –es decir, autorregulados, tendientes a la homeostasis- (Von Bertalanfy, 2012).

Desde esta perspectiva, un enfoque sistémico postula que ni las personas ni sus problemas existen aisladas y en el vacío, sino que están íntimamente ligados por relaciones y reciprocidades que los vinculan permanentemente. La persona es miembro

participante de un sistema junto a otros elementos (personas, situaciones) y se influyen mutuamente.

Por otro lado, Jay Haley (2008) desarrolló el Modelo Estratégico de Resolución de Problemas, conocido como Modelo de Palo Alto, en California. La diferencia de este modelo respecto de otros abordajes sistémicos es que promueve un abordaje breve, efectivo, simple y eficaz, para ayudar a las personas a producir cambios positivos en sus vidas. Las técnicas que caracterizan a este modelo, llamadas estratégicas, proponen identificar los problemas que tienen solución, establecer metas, diseñar intervenciones para lograr esos objetivos, examinar las respuestas y examinar el resultado de la terapia.

Para este Modelo terapéutico, cualquier cambio por mínimo que sea, producirá una reacción en cadena que necesariamente modificará todo el sistema. Teniendo este enfoque en cuenta, la terapia debe orientarse hacia objetivos aparentemente mínimos, para evitar la resistencia al cambio (Nardone & Watzlawick, 1992).

A partir de esta breve presentación puede inferirse que, dentro de los modelos de intervención familiar, el enfoque sistémico tiene dos perspectivas básicas. Aquellos que ponen el foco en el modo de funcionamiento del sistema familiar e intervienen tratando de volver este sistema a un modo de funcionamiento apropiado y otra perspectiva, que pone el foco en las interacciones mínimas entre los elementos del sistema (Bima, 2010).

Dentro del primer enfoque, aquel que define el sistema como específico y aborda la singularidad de la familia, se encuentra el Modelo Estructural (Minuchin & Fishman, 1984). El mismo fue creado por Salvador Minuchin en la década del 70 y pone el acento en el estudio e intervención del sistema familiar y sus componentes: sus jerarquías, las alteraciones en la dinámica y modelado propuesto por el sistema parental que promueven la desadaptación del sistema y la pérdida de su función homeostática.

Por otra parte, existen aquellos modelos sistémicos que ponen el acento en las interacciones propiamente dichas como sostenedoras de los síntomas y las conductas problema (Wainstein, 2006).

Minuchin y Fishman (1984), sostienen que las familias continuamente enfrentan demandas de cambio. Desde este modelo, cuando un miembro de la familia desarrolla

un síntoma y deviene en paciente identificado, el problema básico será la inhabilidad del sistema familiar para adaptarse.

El modelo estructural de Minuchin (1974) está enfocado en comprender las transacciones de los integrantes de la familia, en tanto patrones de interacción consistentes, repetitivos y predecibles, que permiten observar a través de la estructura familiar cómo se organizan. El restablecimiento de jerarquías, la reformulación de límites claros entre subsistemas, la redefinición de roles y funciones, ayudarían a regresar a una estructura familiar funcional.

El modelo de abordaje sistémico tiene sus comienzos en 1959 en la fundación del Mental Research Institute, en Palo Alto, San Francisco: Esta institución se constituyó como representativa de la Psicoterapia en Estados Unidos (Wainstein, 2006).

De esta forma se constituyó el modelo sistémico y su forma de terapia breve, considerando el todo y las partes, interesándose por las conexiones que diferencian un “sistema interrelacionado” de otras partes que no ponen en esa dependencia del contexto su funcionamiento. Pensando en términos de sistema, cambiar una disposición u orden, recortar o dividir, afecta la esencia misma de aquello en lo que se trabaja, entendiendo a la persona como parte de un sistema de relaciones que lo sostiene, lo influye y lo modifica (Wainstein, 2006).

Las metas iniciales del tratamiento se relacionan al establecimiento de una relación terapéutica viable y de confianza que permita, progresivamente, el desplazamiento de la figura “traductora” hacia el vínculo comunicativo entre el niño y su terapeuta. Este sistema de comunicación terapéutico no se reduce a la necesidad de hablar, mucho antes que eso, se facilita la construcción de canales de comunicación no verbal que puedan quitarle el peso ansiógeno a las situaciones de exposición del niño (Wiantein, 2006a).

En términos del enfoque familiar, se explora el funcionamiento del sistema, caracterizado por gran rigidez en los circuitos de interacción, fuerte apego emocional entre los miembros de la familia y una baja adaptación a los cambios del contexto propuestos por las intervenciones. Las respuestas habituales a las modificaciones ocasionadas por éstas se caracterizan por expresar una inmediata generación de ansiedad en la familia. Suele observarse en las niñas/os una elevada ansiedad como

respuesta a cualquier intento de comunicación o acercamiento verbal o no verbal de parte del terapeuta. Evitar la mirada, morderse el labio superior, una notable rigidez facial, refugiarse en el regazo de alguno de sus padres, no emitir sonidos son las manifestaciones conductuales más habituales durante las primeras entrevistas, corroborando la fuerte interacción entre temores y ansiedad familiar y los síntomas de MS. Entonces, este sistema de reforzamiento de la conducta problema, debe ser abordado con intervenciones dirigidas y planificadas (Bima, 2010).

A medida que se amplía la comunicación entre paciente y terapeuta se les da indicaciones a los padres para que se corran físicamente del espacio de interacción pero sin abandonar el consultorio. Se asegura a la paciente la posibilidad de recurrir a ellos cuando los necesite. Los objetivos propuestos se cumplen cuando comienzan a intercambiar miradas y gestos con la terapeuta y la integran a sus juegos. La comunicación se establece en un primer momento a través de la madre o el padre y luego por medio de sonidos vocales y ademanes, con la terapeuta en forma directa. Durante esta primera fase comienzan a expresarse verbalmente, aunque no en todos los encuentros. Es necesario destacar la importancia de los registros fílmicos, cuya revisión sistemática posterior por parte de la terapeuta y equipo permiten observar aspectos muy sutiles de la experiencia, establecer patrones conductuales y definir inferencias e hipótesis durante el proceso terapéutico (Wainstein, 2006a).

En una segunda instancia, los objetivos principales consisten en fortalecer el vínculo establecido entre el niño y su terapeuta; modificar el patrón que colocaba adulto en un lugar de “intérprete”; mantener el tipo de comunicación verbal posible iniciado con la niña y otorgar las primeras pautas de trabajo a los docentes (Wainstein, 2006a).

De acuerdo a este abordaje, queda claro el supuesto de un comportamiento y enfoque similar con el Mutismo Selectivo y otros trastornos de ansiedad; a partir de la evidente interacción entre síntoma y focalización/desfocalización de la atención. A medida que se pierde el foco ansiógeno, se comunica verbalmente de un modo más continuo y se generan otros focos de atención interesantes o distractores para el niño y su familia. De este modo, se establece una redistribución del flujo interactivo y comunicacional del sistema familiar en un foco/entorno mucho más ampliado y

enriquecido que el problema que los trajo originalmente a la consulta (Wainstein, 2006a).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El tipo estudio de este trabajo es descriptivo de caso único.

4.2 Participantes

J de 7 años es una paciente con mutismo selectivo. Vive con su papa H. de 38 años, su mamá L. de 35 años y su hermana menor L. de 2 años y medio en provincia de Bs.As. En la actualidad J se encuentra cursando segundo grado de la escuela primaria.

La consulta en la Institución la realizan los padres con una entrevista de admisión ya que su hija J teniendo 7 años no hablaba con nadie adentro del colegio pero sí se comunicaba con alguna de sus amigas por fuera del ámbito escolar. La admisión fue realizada por el Dr. de la institución quien posee una amplia experiencia como Psicólogo sistémico. Es una paciente que viene con dos tratamientos anteriores, un tratamiento psicoanalítico y otro cognitivo-conductual. Los padres advierten que la paciente no quiere hablar dentro del colegio ni afuera con gente que desconoce, solo habla con sus amigas fuera del colegio y toda su familia.

La terapeuta fue elegida luego de la entrevista de admisión. La misma trabaja en el instituto desde hace más de 6 años. Previo a su trabajo realizó sus estudios en la Universidad de Palermo y posgrado en el instituto donde actualmente atiende a J.

4.3 Instrumentos

- Historia Clínica, la cual contenía la información surgida en las entrevistas de admisión y el seguimiento de la terapeuta desde la construcción del motivo de consulta, las intervenciones terapéuticas y los avances registrados durante el proceso.
- Observación de material audiovisual de las entrevista de admisión

-Entrevista semi-dirigida con la terapeuta que llevó el caso para adquirir más información sobre el proceso y las diferentes intervenciones. Los ejes seleccionados se basaron en la modalidad de trabajo con la paciente con mutismo selectivo, por otro lado en las diferentes intervenciones cognitivo conductuales realizadas en el contexto terapéutico con la paciente a nivel individual y con sus amigas del colegio a través de diferentes técnicas como así también la psicoeducación a padres.

4.4 Procedimiento

Se observó y se trabajó con el video de la entrevista de admisión para acceder a los datos socio-demográficos, la construcción del motivo de consulta y derivación a terapeuta especializado.

Se realizaron cinco entrevistas de 45 minutos cada una, a la terapeuta que estaba a cargo del proceso para indagar sobre las intervenciones aplicadas y su perspectiva sobre la evolución de la paciente.

Las entrevistas semidirigidas con la terapeuta se realizaron según los siguientes ejes:

- Motivo de consulta
- Antecedentes clínicos
- Datos centrales de la evaluación clínica
- Intervenciones
- Resultados

5. Desarrollo

En esta sección se aplican los conceptos planteados en el desarrollo teórico en el análisis de un caso tratado en la institución donde se realizó la pasantía que motivó el tema de esta tesina. Para poder responder a los objetivos planteados, es necesario incluir un antecedente relativo a la presentación del caso y la evaluación del abordaje necesario.

5.1 Motivo de consulta y evaluación de la intervención necesaria

El contacto con la institución de inicia cuando la madre se comunica telefónicamente para pedir una entrevista para su hija de 7 años, a raíz de una sugerencia de la institución escolar a la que asiste la niña.

Ambos padres se presentan a la entrevista concertada y manifiestan la preocupación propia y del colegio porque su hija, a quien llamaremos J, no puede hablar con ninguna persona que no sea su familia directa: mamá, papá y hermana.

J se comunica escasamente con otras personas que forman parte de su vida, maestra, abuelos, compañeros, pero no habla cómodamente. Emite algunas palabras sueltas, para asentir o negarse a algo, lo hace en voz muy baja, o mediante señas. Sus padres cuentan que todos se adaptan a los modos que tiene la niña de comunicarse pero que esta conducta está afectando su desempeño escolar y sus relaciones sociales. Tiene bajo rendimiento en el colegio y muy pocas amigas.

5.1.1 Antecedentes a la consulta

J es la mayor, tiene 7 años y una hermana menor. Ingresó en el sistema educativo a los 5 años, donde empiezan a manifestarse sus problemas de comunicación más claramente. Tal como afirman Black y Udhe (1995), el comienzo del mutismo puede identificarse muy tempranamente desde los 2 a 4 años del niño, sin embargo, no es hasta la entrada al sistema escolar formal –luego de los 5 años-, que se pone el foco en la

capacidad de comunicación y expresión del niño y se realizan entonces las primeras consultas.

Antes de eso, siempre fue percibida como una niña tímida con los “extraños” cuenta su madre. Solía mantenerse callada en las reuniones familiares, hablándole al oído a su madre cuando necesitaba algo y generalmente no se integraba en los juegos grupales ni participaba de paseos o salidas con otros niños.

La madre cuenta que la niña siempre “se hizo entender”, que es “pegota” con ella desde siempre y que suelen pasar mucho tiempo juntas. Que para ella era normal, aunque alguna vez el pediatra les llamó la atención sobre la timidez de J y les sugirió que observaran si “evolucionaba” a medida que iba incorporándose a la escuela.

La primera observación del colegio llegó con el ingreso de la niña al Jardín de Infantes puesto que la adaptación le resultó muy costosa. Muy apegada a su mamá, le fue muy difícil aceptar ir al colegio e ingresar al jardín sin hacer “grandes escándalos” en la entrada. Una vez incorporada a las rutinas escolares, las maestras llamaron la atención sobre la dificultad de J para comunicarse, sugirieron la interconsulta con el gabinete pedagógico que señaló la posibilidad de que la niña recibiera asistencia psicopedagógica.

Los padres consideraron que esta conducta era producto del impacto del ingreso al Jardín de Infantes y desestimaron la indicación, asumiendo que se resolvería con el tiempo. J nunca se dirigió a su maestra verbalmente en forma directa en todo el año. Lo hacía mediante señas o gestos. Y había logrado un mínimo nivel de confianza con otra nena a quien, en excepcionales circunstancias, podía hablarle al oído.

Su hermana no presenta ningún síntoma de dificultades en el lenguaje detectables para los padres y ahora se encuentra en proceso de adaptación escolar en Jardín de Infantes en el mismo colegio de su hermana.

Al entrar a primer grado, las dificultades de J se vuelven más evidentes puesto que su mutismo le acarrea severos problemas en la alfabetización, siendo prácticamente imposible que pueda evaluarse en la escuela sus habilidades de lectura. Se niega a leer en público, sólo hace la tarea escrita y tiene grandes obstáculos para las consignas

grupales. En esos trabajos suele mantenerse aislada y no participar de las discusiones en clase.

Según sus padres, en su casa es una niña demandante y “normal”. Habla, se comunica y expresa lo que necesita. Suele conversar con su mamá y suele ser una niña que prefiere quedarse en casa. Casi no asiste a cumpleaños o actividades recreativas con sus compañeros aunque puede hacerlo más fácilmente si asiste algún familiar a acompañarla. Por esta razón, aún en la actualidad, su madre suele quedarse con ella cuando es invitada a algún cumpleaños o salida con sus compañeras.

Los padres de J hicieron una consulta antes de llegar a la institución, tuvieron una serie de entrevistas con una psicóloga que trataba a J individualmente y con quien se entrevistaban cada 15 días. La madre sostiene que siempre supo que su hija “algo tenía” y que por eso consultó pero no se convenció con la devolución de aquella psicóloga. Que ella obtuvo alguna información sobre mutismo selectivo en internet pero recién corroboró el diagnóstico cuando llegó a la institución actual. Al mismo tiempo, creyó que posiblemente el cuadro remitiera solo al tiempo que J creciera y se adaptara a la escuela.

A partir de los videos observados, puede inferirse que los padres de J se muestran ansiosos y molestos con la consulta. No parecen ponderar el valor clínico de los síntomas de su hija. Su madre se muestra irritada, insinúa que algo le sucede pero le cuesta comprender las implicancias del trastorno, que J necesita tiempo, que no es molestia acompañarla. Cuando se refiere a su hija habla y describe a una niña distinta a la que le describen desde la escuela y esta diferencia la incomoda. Ambos padres trabajan muchas horas al día y empezar un tratamiento psicoterapéutico para J les “complica todas las rutinas familiares”.

Se realizan tres entrevistas con los padres para terminar de reconstruir la información clínica de la niña y su historia evolutiva y familiar. En la segunda entrevista la madre de J cuenta acerca de la poca tolerancia que la niña tiene a la frustración, a la demanda de inmediatez sobre sus pedidos y del agotamiento que esto le provoca. También relata los celos de J frente a la llegada de su hermana y la dificultad de los abuelos para contenerla y calmarla cuando se queda al cuidado de ellos.

El padre aparece como un referente secundario en la escena familiar, aporta pocos datos propios a la problemática de J, se mantiene en un segundo plano asintiendo a casi todo lo que informa su esposa, tanto de la vida de J como de la vida familiar. El argumento de que trabaja “de sol a sol” y que esta poco en casa, es el más usado para explicar la escasa participación tanto en las entrevistas como en la vida de J en general.

Se acuerdan los términos de la evaluación y tratamiento, se pide el consentimiento para filmar las sesiones de J y se les informa que van a ser convocados con ella a sesiones vinculares.

Un dato de la historia previa de J, parece haber consolidado esta percepción materna de que su participación es imprescindible para protegerla y preservarla. Del mismo modo en que la madre intuyó las dificultades comunicacionales de J, años antes tenía la percepción de que su hija tenía problemas de salud.

J sufría de fuertes dolores de estómago que no recibían un diagnóstico claro por parte de los médicos consultados. Ella “sospechaba” que podía una hernia inguinal luego de haber investigado por internet, y así fue: finalmente J fue diagnosticada con ese cuadro y tratada a tiempo. A partir de allí, la madre de J se empezó a considerar indispensable y desarrolló una actitud de poner a prueba a todos los profesionales que tratan a sus hijos. Según la terapeuta entrevistada, esta disposición de desconfianza y de centralidad en la madre, se puso luego de manifiesto cuando J empezó a mostrar cambios respecto de su mutismo.

5.1.2 Evaluación del caso

La evaluación clínica de J abarcó cuatro entrevistas videograbadas. Dos de ellas sola, una con su mamá y otra con su papá. Llegaron a las mismas puntualmente y aceptaron todas las consignas propuestas durante el proceso evaluativo.

Durante las entrevistas a solas con J, la terapeuta intentó realizar preguntas generales sobre cómo estaba, a qué le gustaba jugar, cuántos años tenía sin recibir respuesta alguna. Este intento se realiza como para establecer un contacto y naturalizar que el modo de intercambio es el verbal. A medida que avanzan las entrevistas, J

completa las consignas de dibujo y juego. Participa de las propuestas de la terapeuta sin hablar o haciendo algún gesto con la cabeza por sí o por no.

J se muestra ansiosa, especialmente entre tarea y tarea, buscando la mirada de su entrevistadora en pos de alguna forma de afirmación. Se retuerce las manos, esta seria, se sienta retraída en la silla asignada y maneja tímidamente los elementos ofrecidos por la terapeuta.

Sostiene la mirada cuando le hablan y se refugia en el papel o en los juguetes cuando responde a alguna consigna. Cuando termina, desliza tímidamente los dibujos sobre el escritorio y se queda expectante de la próxima consigna. Mientras tanto la terapeuta le habla, refuerza su trabajo, estimula su producción en las entrevistas y va construyendo algunas claves de comunicación que le permitan a J entrar en confianza y responderle. Por ejemplo, enuncia preguntas que puedan ser respondidas por sí o por no, usa señas para ofrecerle juguetes o nuevos lápices de colores, le sonrío como señal de aprobación. Intenta no presentar una postura o mirada directa cuando esta con ella, para evitar que se sienta interrogada o invadida.

En las entrevistas vinculares, el padre habla de J a partir de generalizaciones, “es buena hija”, “es compañera”, “ayuda”, “es tímida como yo”. Se apropia de las conductas de mutismo de su hija y las asimila a un rasgo de carácter propio, desestimando así el peso o el impacto que estas puedan tener en el desarrollo de J.

No se muestra angustiado sino sorprendido, como si nunca hubiera pensado que el mutismo de J fuera un problema: “siempre fue así, pensamos que se le iba a pasar con el tiempo, que la escuela iba a ayudar”. “En casa es distinta, habla, juega, no se nota que tenga problemas”.

Al observarlos en relación, el padre de J no se dirige a ella cuando le habla, es decir, prácticamente no le habla. Frente a la pregunta de la terapeuta acerca de los modos cotidianos que tienen de conversar o relacionarse, él responde que casi siempre la que se ocupa de las necesidades de todos, de los cuadernos del colegio, de hacer las cosas que cada uno pide es la madre. Por esta razón, él casi no se comunica con ella directamente.

En un momento de la entrevista, la terapeuta les propone realizar una actividad juntos, armar un rompecabezas y se pone en evidencia que J no le contesta a su papá verbalmente, apenas un sí o un no frente a la presentación de una figura para el rompecabezas. Sin embargo, también queda en evidencia que el padre no le hace ninguna pregunta que demande de ella más que una afirmación o negación. La cualidad simple y básica de ese circuito comunicacional está totalmente naturalizado.

En las entrevistas con la madre, la dinámica es distinta. La madre se muestra mucho más ansiosa que el padre, y esto aumenta la ansiedad de J. En vez de quedarse más bien quieta y silente como en la entrevista vincular con el padre, deambula más, le cuesta más mantener la atención, parece más incómoda e irritable.

La madre, al igual que el padre, habla de J como si ella no estuviera allí presente. No la hace participar ni le pregunta nada ni la implica en sus observaciones. Tampoco le pregunta sobre el grado de malestar que le pudiera provocar tener dificultades para leer o para tener amigos. La dimensión emocional de J no parece ser registrada por la dupla parental.

Al mismo tiempo, parece expresar con certeza lo que cree que su hija piensa y quiere. Qué le gusta comer, a qué le gusta jugar, qué programas de TV o música le gustan. Curiosamente, a pesar de que la niña se encuentra en proceso de evaluación clínica por un diagnóstico posible de mutismo selectivo, en toda la entrevista la madre no la invitó a participar de la conversación en ningún momento. En términos de frecuencia, lo intentó incluso menos que el padre.

A partir de la evaluación realizada en la institución y de la observación de las entrevistas videograbadas, se puede arribar a la conclusión que J sufre de una incapacidad para hablar en situaciones sociales, que esta incapacidad o dificultad interfiere en su rendimiento escolar, que es una alteración persistente en el tiempo, que sus dificultades no se deben a alteraciones en la capacidad biológica o funcional del habla y que no presenta otro trastorno que pudiera explicar sus dificultades para comunicarse. Por lo tanto cumple con todos los criterios del DSM 5 para MS (2013).

5.2 Abordaje del mutismo selectivo integrando intervenciones cognitivo-conductuales y sistémicas

Las intervenciones terapéuticas son definidas por los modelos sistémicos como prácticas u acciones comunicacionales cuya finalidad es orientar al consultante en un proceso de cambio en tiene dos sentidos: el circuito constituido por las soluciones fallidas y el encuadre del problema construido por él (Wainstein, 2006a). En esta línea, Busse y Downey (2011) señalan la importancia de la psicoeducación hacia la familia para prevenir la aparición de la disfunción o para delimitar la estrategia necesaria de abordaje de los factores de riesgo que pudieran desencadenar o estabilizar los síntomas de la niña. De este modo, la evaluación, la historia clínica, las entrevistas iniciales y la sesiones grabadas, permiten analizar el material provisto por las diferentes oportunidades de contacto con la familia, la paciente identificada y los modos de relación que sostienen los síntomas y planificar una estrategia que contenga no sólo las intervenciones planeadas para las sesiones, sino también un abordaje preventivo más global.

El modelo sistémico de abordaje del caso de mutismo selectivo que se analiza en este trabajo final puede incluirse dentro de los abordajes de terapia breve. Este modelo incluye la programación y desarrollo de un enfoque de intervención multiformato (individual, familiar, escolar). Donde, a partir del diagnóstico, se planifican las intervenciones.

Para ello es necesario un diagnóstico donde se analiza la comorbilidad del mutismo con otros trastornos de ansiedad y se identifican los interlocutores que sostienen el síntoma. Al mismo tiempo se establece una comunicación fluida con los demás entornos sociales del niño con el fin de consensuar el modo de intervención (especialmente indicando la técnica de re-focalización del síntoma).

Por otro lado, se cubre la falta de información sobre el cuadro clínico aportando a la familia bibliografía de divulgación y de ser posible científica y referencias vía Internet para cubrir el déficit de conocimiento sobre el tema o eliminar los prejuicios relativos al origen del trastorno (Wainstein, 2006a).

Retomando las ideas de Ajuriaguerra (1996) planteadas en el marco teórico, la presencia de mutismo en el niño sólo puede entenderse si se toma en cuenta el marco

familiar en particular para su aparición y mantenimiento. Los padres llevan adelante conductas complementarias de sobreprotección y pasividad que aumenta la dependencia del niño con uno de sus progenitores.

En el caso de las sesiones vinculares entre J y sus padres, se observan intervenciones orientadas a visibilizar y -en lo posible- intervenir sobre la forma en que la dupla construye el sentido de las situaciones problemáticas que enfrenta. El padre relata su extrañeza frente a los síntomas “denunciados” por la escuela, como si hubiera descubierto un secreto y el terapeuta le pregunta sobre cuáles cree que son las cosas que la escuela observa para construir la consulta. A partir de allí, el padre dice: “bueno, ella es tímida, muy callada, puede estar todo el día sola y prefiere hablar con la mamá. Yo me entero de lo que le pasa o lo que necesita por la mamá. Nunca me pidió nada a mi o me contó nada en la mesa”. Esa respuesta franca y detallada del padre le permite a la terapeuta repreguntar: “bueno, si usted puede identificar este modo de J de comunicarse, que hace que su mamá sea indispensable para relacionarse, por qué no habría de detectarlo la escuela?”

Esta intervención directa pone en tela de juicio ciertas creencias paternas sobre la invisibilidad de las dificultades de J que sostienen sus síntomas. Pone de manifiesto la construcción personal del problema que tiene el papá y sus dificultades para establecer modos propios de comunicación con su hija, donde la madre actúa como “traductora”. En la respuesta paterna son visibles algunos elementos de esa construcción: su autopercepción de falta de importancia acerca de la situación que genera extrañeza sobre la indicación escolar, la anticipación de una resolución natural, que lleva a una falta del registro del problema y a la postergación como estrategia de afrontamiento, algo que se refleja en la frase “en algún momento se resolverá”.

Por otro lado, surge otra construcción sostenedora del síntoma: su posición ajena a la problemática de J con la consecuente falta de participación en la relación con ella, la atribución de un lugar protagónico a la madre que refuerza su lugar de traductora y, finalmente, la postergación de una posición activa en la resolución del problema porque el papel de la madre es una solución “eficaz” y complementaria a su ajenidad.

Específicamente puede identificarse la actuación del terapeuta como una reformulación, ya que apunta a modificar la percepción de la situación como “no-problemática” e “indetectable”, permitiendo que la valoración de la escuela entre en la escena vincular.

El discurso del padre de J expresa la sorpresa acerca de que tiene que involucrarse en el cambio. Parece asombrado de que el problema no sea “solo” de su hija. Expresa una voluntad de cambio pero un desconocimiento total del camino a seguir. Frente a estos obstáculos, él suele dejar en manos de la madre de J la toma de decisiones sobre el bienestar de todos sus hijos. Para comenzar a trabajar con estas resistencias al cambio el terapeuta recurre a lo que podría considerarse una intervención psicoeducativa, le brinda información sobre el mutismo selectivo desde la perspectiva educativa. En este tipo de intervención se busca influir indirectamente sobre el consultante presentándole el problema de manera indirecta para que se sienta involucrado pero no acusado. De esta manera, se aspira a que se bloquee el circuito de soluciones intentadas, poniendo en tensión la premisa de que él no tiene nada que ver con el problema, de que “lo de J” no es un problema y la idea de que las decisiones maternas son siempre correctas (Nardone & Watzlawick, 1992).

5.3 Abordaje familiar de una paciente con mutismo selectivo

Ya se planteó en el desarrollo que, según Kaplan (1999), los mejores resultados en el mutismo selectivo suceden a partir de un tratamiento multimodal con intervenciones individuales, conductuales y familiares que aborden y favorezcan los aspectos del niño ligados a la adquisición de independencia. Este diseño multimodal incluye, explícitamente, la combinación de psicoterapia individual y familiar y el asesoramiento/acompañamiento de los padres tanto para el diagnóstico como en el tratamiento.

Así es que en un segundo tiempo se analizó la entrevista vincular con la madre de J. En los videos observados, la madre describe pormenorizadamente las múltiples situaciones en las que J la necesita para comunicarse y deja entrever la convicción que tiene sobre la necesidad de ocupar ese rol, aún a expensas de descuidar las necesidades

de su otra hija. Estas afirmaciones son significativas, de acuerdo al punto de vista del terapeuta entrevistado, pues dan cuenta de las soluciones maternas intentadas para asistir a su hija (Wainstein, 2006a).

Relata: “J esta todo el tiempo conmigo cuando está en casa y yo la estoy ayudando todo el tiempo, incluso cuando estoy ocupada, dejo de hacer lo que sea para escucharla.” Ese “lo que sea” puede ser interrumpir una llamada telefónica de manera inmediata, dejar de darle la comida a su otra hija, retrasarse en su propia agenda o cambiar sus planes si J demanda otra cosa o la convoca como “voz” ante la presencia de “extraños”.

En este punto y ante estas afirmaciones, la terapeuta busca cuestionar la naturalización de su función comunicacional y en principio busca invertir la consideración del problema a través de su exageración: ¿qué pasaría si en alguna situación límite alguien más necesitara de su ayuda total? ¿Cómo lo tiene planificado? Una pregunta simple que busca forzar la respuesta de lo inestable de la solución implementada. La madre de J parece sorprenderse puesto que pareciera que nunca consideró que nadie pudiera necesitarla tanto como J. Pide ejemplos a la terapeuta de qué sería “que alguien la necesite más que J”. Y en ese punto, la terapeuta invierte la afirmación, dejando a la imaginación de la madre la respuesta. Formula otra pregunta, sobre qué pasaría si ella misma, por alguna razón inesperada, no puede asistir a J como su referente para comunicarse “con el mundo exterior” –introduciendo la idea de que ellas dos forman un mundo aparte-. Y la madre llanamente responde que no lo pensó nunca.

De este modo, la intervención de la terapeuta busca poner de manifiesto la extrema dependencia de ambas, el costo que pagan los demás miembros de la familia y lo inestable de la solución implementada. En este punto, se empieza a visibilizar la primera permeabilidad de la madre en términos de cuestionar las soluciones intentadas (Haley, 1973). La terapeuta la coloca paradójicamente ante un dilema donde algo de “lo propio” de la madre va a cambiarse de lugar: o acepta cambiar para ayudar a su hija o acepta que no está dispuesta a cambiar por su hija. Este posicionamiento subjetivo es el primer movimiento de cambio que necesita el proceso terapéutico para movilizar toda la estructura relacional de la familia.

En ese momento de la sesión se produjo una interrupción y cuando el terapeuta volvió de intervenir plantea esta situación explícitamente a la consultante: “lo que estuvimos charlando con el equipo era que nos parecía que todo lo hecho hasta acá fue muy bueno para J porque fortaleció los lazos familiares y la sensación de confianza que ella tiene en usted. Sin embargo, esto bien hecho se encuentra con el crecimiento de Julieta y es usted, la figura de mayor confianza de su hija, la que tiene que seguir guiándola en las nuevas herramientas que tiene que incorporar”. Así, paradójicamente, se la recata en su lugar protagónico y se la incita a cambiar.

Esta forma de ofrecer un sentido a la situación de la consultante se puede pensar en el marco de las reformulaciones. En este caso la presentación que el terapeuta hace de una visión alternativa de la situación problemática en la que se encuentra la consultante funciona como una redefinición de su comportamiento en términos dilemáticos. Es una forma de una cierta complejidad, considerando que las reformulaciones pueden ir desde simples redefiniciones de ideas o comportamientos, hasta complicadas reestructuraciones paradójicas. También puede recurrirse a metáforas para reformular una situación (Haley, 1973).

El terapeuta utiliza la idea del ‘crecimiento’ de J como modo de externalizar las razones para el cambio. No centrado en la disfuncionalidad familiar sino en las necesidades vitales de J. Hablando de su conducta sostenedora como si fuera un beneficio que debe incrementarse y aprovecharse, ambas pueden aliarse para pensar distintas estrategias para lidiar con el problema.

En la historia clínica se puede encontrar una propuesta que se le hace a la consultante en este sentido: “la idea no es cambiar, sino reorientar esa capacidad en la dirección que es necesaria ahora”. En ese punto la madre puede volverse menos resistente y empieza a explayarse sobre los síntomas de ansiedad y angustia de J frente a los extraños. Y en ese punto, la terapeuta le pide que defina que son “los extraños para su familia”. Así, la madre cuenta que ellos tienen muy poca vida social, que son “de quedarse en casa”, de salir solos en familia y que toda rutina social es extraña a la

familia. Y surge la contradicción frente a que el crecimiento de su hija demanda la inclusión de los extraños: la escuela, las maestras, las otras familias, los otros niños.

Se indaga además sobre los niveles de bienestar que J tiene cuando está en situaciones sociales con su madre y se identifica cierto placer en asistir a cumpleaños pero la total imposibilidad de la niña de participar, por ejemplo, de los actos escolares. En ese punto la terapeuta apela a la significación emocional de esto, para comprometer aún más a la madre y le pregunta si no le gustaría “tener fotos de su hija como dama antigua o como paisanita” en algún acto escolar. En ese punto, la madre logra conmoverse y se conecta con su propia percepción del problema que es mucho más ajustada a la realidad sintomática de su hija de lo que sostiene previamente.

La terapeuta la rescata sosteniéndola en su función materna y le dice que “es momento” de mostrarle a J que “el mundo que la rodea es una aventura”. La palabra aventura es elegida cuidadosamente porque tiene un doble sentido, por un lado es esperanzador y positivo y, por el otro, contiene incertidumbre. A continuación le agrega: “en las aventuras hay nuevos desafíos, momentos de zozobra, y algunas frustraciones que J atravesará necesariamente y que ella necesariamente querrá disminuir”. Así, se incluye la posibilidad de que ella también pueda ir aprendiendo a tolerar ese malestar necesario “de todo crecimiento”. La externalización de la incertidumbre como parte de la situación permite que se plantee la opción a que su madre pueda elegir entre “seguir alimentando” sus modos de calmar a J de todo malestar a toda costa o –inhabilitándola-, o probar nuevas estrategias de cambio genuino y debilitar su tendencia a que las demandas de J abarquen toda su vida. En este caso, la opción de elegir permite que la madre sienta menos angustia cuando no asiste a J de manera desmedida. La idea de “aventura” le permite pensar que su reticencia le brinda un camino nuevo y evitar sentir que J no tiene los recursos necesarios para superar su problema. De esta manera se le sugiere una forma menos conflictiva de pensar en ello.

La posibilidad de que la terapeuta nombre de manera positiva aquella estrategia que sostiene el síntoma y que a la vez, plantee la alternativa también como positiva (aventura), posibilita que la consultante, en este caso la madre de J, no se sienta juzgada y elija pensando en el bienestar de su hija sin sentirse un fracaso como madre. Es decir, no tiene que cuestionarse para hacer las cosas bien, hizo antes las cosas bien, ahora las

hará mejor. Esta modalidad fortalece la alianza terapéutica entre la familia y la terapeuta. Del mismo modo, permite resignificar los fracasos como pasos de una misma estrategia.

Esa tendencia a obturar todo malestar en su hija queda definido como la estrategia o modalidad singular de la madre para asistir a su hija, y se vuelve necesario que la madre participe de la estrategia que se le plantea en el tratamiento. En varias sesiones, apelando a distintas metáforas, se trabajó sobre la actitud de ella, indicándole la necesidad de que se sumara su esposo como asistente para pensar nuevas opciones. Para ello se le recomendó que cuando hablara con él y sus padres de su “amor incondicional” pusiera a la vez de manifiesto, que le traía el problema de no poder tolerar el más mínimo malestar en su hija. Esa sería la mejor forma en que ellos podían colaborar participando en la amplificación y complejización de los vínculos de J con los demás miembros de la familia.

5.4 Intervenciones en red, el abordaje a través del grupo de amigas

J concurría a su tratamiento todas las semanas y quincenalmente asistía a las sesiones con un grupo de cuatro amigas, elegidas por ella. Las intervenciones diseñadas por la terapeuta consistían en la puesta en acto de diversos juegos que promovían la interacción entre ellas.

Para el diseño de las consignas en sesión, la terapeuta siguió los ejercicios propuestos por diversas publicaciones de CREENA (1998), tendientes a la reinserción social de niños y adolescentes con diversos déficits. De este modo, la interacción mediada de J y sus amigas, permitió regular el intercambio y modificar los patrones comunicacionales por los cuales las amigas realizaban las mismas operaciones comunicacionales que los padres. Así, se crearon tiempos para permitirle a J mejorar su comportamiento verbal y se trabajaron las creencias de las amigas en torno a proveer nuevas herramientas comunicativas.

Entre las actividades observadas en los videos se identificaron estrategias de la terapeuta para promover acciones positivas y de valoración de los avances de J por parte de sus amigas; proponer ejercicios reflexivos sobre las consecuencias que las

desvalorizaciones pudieran tener sobre J y ampliar aquellas actividades que surgieran dentro del contexto de las reuniones grupales que favorecieran el respeto por los intereses comunes o divergentes de J y sus amigas.

A partir de estos ejes que enfocan el desarrollo de habilidades sociales y de autonomía, se seleccionaron diferentes tareas grupales que facilitaran la interacción de J y su autonomía dentro del ámbito educativo y social. Estas tareas implicaron delegarle de a poco un papel cada vez más protagónico en ejercicios que tenían diferentes metas.

Tal como lo definen Olivares Rodríguez y Mendez (2005), se aplicaron técnicas de moldeamiento, desvanecimiento estimular y reforzamiento positivo para, por un lado incrementar el repertorio de respuestas de J y visibilizar los cambios positivos y, por otra parte, promover el retiro de las personas que funcionaban como interlocutores exclusivos de la niña en aquellas situaciones en las que podía ir comunicándose por sí sola.

Por un lado se buscó que disminuyeran sus niveles de inhibición en la comunicación verbal, validando y reforzando los intentos que hacía de hablar con y sobre sus amigas. Se le pidió que administrara los tanteadores de los juegos realizados en sesión, se le encargaron tareas escritas que debían ser discutidas en grupo entre ella y sus amigas. El trabajo en el grupo pequeño y con el soporte reforzador de la terapeuta, permitió que poco a poco pudiera ir expresándose, ensanchando la base de sus contactos confiables, desde los padres a este grupo de amigas y luego al colegio. Por supuesto que los cambios fueron lentos y en algún modo parciales, podía comunicarse con cierta dificultad al comienzo y en tono muy bajo, pero fue una ruptura significativa respecto del absoluto mutismo inicial. En todo este proceso, el aprendizaje vicario y la modulación de las conductas de sus amigas por parte de las terapeutas, fue de gran impacto para amplificar la confianza y autonomía de J.

Hacia finales de ese primer año, se incluyó en algunas sesiones, al perro de J para poder evaluar e incluir en el trabajo terapéutico, todo el diccionario de comunicación afectiva y no verbal de J. Fue evidente cómo ella podía relajarse y

entregarse al contacto físico y emocional con su mascota. A partir de allí, se empezaron a trabajar ciertas creencias de J por las cuales las personas son vividas como amenazantes, retomando la creencia familiar acerca de “familiar” y “extraño”. Y se resignificó incluyendo en la categoría de “lo familiar” a su mascota y sus amigas.

5.5 Evaluación del proceso y resultados al año de tratamiento

A lo largo del año de tratamiento con J, la terapeuta utilizó diferentes recursos de modificación conductual propias de un abordaje netamente cognitivo y las articuló con una visión vincular dentro de un abordaje familiar.

Las resistencias de la madre de J a sus cambios fueron trabajadas mediante intervenciones paradójales y de externalización del síntoma. De este modo, las intervenciones en sesión se vieron amplificadas en contextos externos a la consulta.

Para tratar esta tendencia materna a sobreinvolucrarse con J, se comenzó de manera controlada en sesión, se optó por comenzar recurrir a una exposición paulatina en el consultorio, comenzando por la prescripción de tareas mínimas que realizaban la terapeuta, J y su mamá, que demandaban la participación activa de las tres –juegos de mesa por ejemplo- para ir progresivamente avanzando hacia prescripciones más arriesgadas.

Mientras se realizaban estas tareas en sesión se fue monitoreando los estados de ansiedad de ambas y la regulación mutua frente a la reacción especular de la otra. Rápidamente pudo identificarse que cuando una de las dos mostraba signos de impaciencia y ansiedad, la otra reaccionaba en el mismo sentido. En principio, estos ejercicios de exposición resultaron efectivos, puesto que afirmó el vínculo terapéutico y permitió que su madre reconociera este circuito. En términos comunicacionales se buscó no que J ampliara su vocabulario sino que pudiera dirigirse a su terapeuta durante las sesiones. Y ese objetivo mínimo se logró al cabo de pocas entrevistas. Se puede observar aquí el trabajo orientado a un objetivo mínimo, en el sentido de representar un cambio de conducta para el consultante sin llevarlo muy lejos de su comportamiento habitual. Las metas mínimas pero significativas son una manera de iniciar el proceso de

cambio evitando la desmoralización que suelen tener los consultantes (Hirsch & Rosarios, 1987). Por otra parte, también sirven para obtener información sobre la forma en la que éstos podrían responder a los cambios deseados (Haley, 1973; Wainstein, 2006a).

Después de haber testeado la tolerancia de ambas ante un cambio mínimo, para las siguientes sesiones, se fueron modificando las consignas para aumentar su eficacia. Se le pidió a J alguna tarea que la llevara fuera del consultorio, se le pidió que buscara algo en la administración acompañada de su madre primero y sola después. Lo que empezó a suceder, frente a la visibilización del problema es que ambos padres empezaron a manifestar el malestar frente a la demanda persistente de J de sostener las mismas conductas en su vida cotidiana. Empezaron a demandarle ellos un poco de participación a ella y a reforzar positivamente aquellas conductas que reflejaran un cambio. Todo resignificado como “evidencias” de su crecimiento saludable. Ante los logros mínimos de J, la terapeuta intervino prescribiendo “la recaída”. De modo de poder significarla como parte del proceso de cambio y no como fracaso. Así todos los consultantes –ahora si el sistema- empiezan a ver los beneficios del cambio propuesto y el malestar implícito en las viejas soluciones. Se puede ver aquí la forma en que una tarea puede resultar un medio adecuado para provocar cambios significativos (Wainstein, 2006a).

Las tareas en el consultorio implicaron beneficios y cambios positivos en la vida escolar de J al cabo de 20 sesiones. Primero fueron notorias en el espacio familiar y luego se volcaron al ámbito de la escuela. Lo primero que sucedió es que J empezó a pedir permiso para ir al baño durante el horario escolar. Luego vinieron sus participaciones en los pequeños grupos de trabajo entre compañeros. Estos cambios fueron reforzados por las consignas desplegadas en las intervenciones vinculares sobre su grupo de amigas fomentando más que nada su autonomía. Según Wainstein (2006a), buena parte de las soluciones intentadas funcionan finalmente como sostenedoras del síntoma. Por esta razón lo más significativo del tratamiento es lograr cambios mínimos que interfieran con ese circuito de síntoma/intento fallido/síntoma. De este modo, el cambio es definido no como grandes transformaciones –al menos no al comienzo- sino

como pequeñas modificaciones que llevan, en conjunto, a efectos transformadores (Nardone & Watzlawick, 1992).

Alcanzada esta meta la terapeuta diseñó un modo de evaluación de los nuevos estándares de bienestar para J donde ella no tuviera que explayarse demasiado, manejando nuevamente la meta de cambios mínimos y ponderando lo logrado. La tarea más desafiante propuesta durante el tratamiento fue la consigna de que J asistiera a un cumpleaños y pudiera quedarse sola. En comparación con la exposición paulatina que se había probado hasta ese momento, esta última tarea significaba una “inundación” de aquello que debería generarle más ansiedad y un rebrote sintomático. J pudo quedarse sola al cabo de una hora de compañía materna y estar dos horas más sola en compañía de aquellos otrora definidos como extraños. Ambas conductas fueron ponderadas y valoradas positivamente, el tiempo registrado y necesario para entrar en confianza y la identificación del momento indicado para el cambio. De este modo, no quedaba lugar para pensar en soluciones fallidas.

Una de las respuestas más frecuentes a los primeros cambios es la resistencia del circuito mantenedor del síntoma. En el caso de J, la expresión más fuerte de esa resistencia fueron los miedos maternos al fracaso de su hija en aquellos ámbitos ajenos a su control. Expresaba temor a que “sintiera sola y desprotegida”, a que “se enojara por sentirse abandonada” o a “exponerse a situaciones de peligro”. Estas creencias fueron ligadas a la definición familiar de “lo extraño” como construcción basada en el miedo y el prejuicio que fueron abordadas por la terapeuta en entrevistas a solas con la madre.

Al final del primer año J podía comunicarse eficazmente con su padre, de manera estereotipada y escueta con sus amigas, empezó a dirigirle la palabra a su maestra para tareas concretas o pedidos explícitos y amplió su vida social a espacios de juego e intercambio donde se sintió incluida por sus compañeros, más allá de sus dificultades para expresarse. La familia fue fortaleciendo la confianza en la institución y se volvieron más activos en las consultas respecto de su otra hija. De algún modo, la problemática familiar fue circulando sin estar circunscripta a J y su mutismo, colaborando así a la desfocalización del síntoma.

6. Conclusiones

El mutismo selectivo es un trastorno que tiene una base biológica indeterminada y que se despliega y afianza en un contexto familiar que lo refuerza. Las conductas de mantenimiento del síntoma están ligadas generalmente a creencias y comportamientos vinculares sostenidos en temores, prejuicios y conductas ansiosas especialmente en los padres del menor que desarrolla el trastorno.

Las soluciones intentadas suelen, de manera circular y dinámica, proveer al sistema una serie de beneficios secundarios ligados a altos niveles de dependencia y cohesión que los mantiene unidos, que les otorga un “sentido” de protección y cuidado. Este tipo de creencias es, paradójicamente, un soporte que en lugar de proteger a sus miembros, los hace más vulnerables y menos aptos para lidiar con otros sistemas donde están insertos: el escolar y los espacios sociales de intercambio.

En el caso analizado, fue muy evidente cómo la familia, y en especial la madre de Julieta tenía una fuerte decisión de ayudar a su hija, y al mismo tiempo, una gran resistencia al cambio que implicara resignar el rol central como referente familiar.

Las intervenciones diseñadas por la terapeuta tuvieron como objetivo interferir en ese circuito de mantenimiento a través de la deconstrucción de las creencias que mantenían las conductas sintomáticas. Al mismo tiempo, se trabajaron las emociones ligadas a las creencias ansiosas y se amplificaron los recursos de J a través del trabajo con sus amigas y su mascota.

El fundamento de esta inclusión es, por un lado, el enriquecimiento del repertorio social de la consultante y, por otra parte, la descentralización del problema del ámbito familiar para promover la extinción de la conducta problema (Wainstein, 2006^a).

La experiencia de poder observar todo el proceso, desde la primera consulta, la elaboración del diagnóstico, la planificación de las intervenciones y los cambios de los consultantes a través de los videos y de las entrevistas con la terapeuta, me permitieron conocer no solo el tipo de intervención posible en este trastorno, sino aprender sobre la necesidad de coherencia y planificación de los abordajes.

Las familias suelen llegar a la consulta con emociones encontradas, temores, resistencias, que necesitan de una respuesta clara y eficaz. La mirada institucional, el abordaje en equipo, la posibilidad de informar e informarse sobre los síntomas y necesidades de casos como este, permiten a los consultantes sentirse seguros y contenidos mientras intentan nuevas soluciones a sus problemas.

Siguiendo los objetivos de la práctica profesional, tuve la posibilidad de profundizar el estudio de la combinación de estrategias sistémicas y cognitivas para el tratamiento del mutismo selectivo. Esto me permite concluir que, dentro del modelo del MRI, la articulación es compatible y se utilizan de manera eficaz.

Se considera cumplido el objetivo general a partir del análisis de la historia clínica y de material de video, a través de los cuales se pudo observar la forma en que a lo largo de las sesiones se logró generar cambios en la situación presentada por la familia consultante, donde la niña identificada como paciente y sus padre muestran cambios significativos a lo largo del tratamiento.

En cuanto a los objetivos específicos, el primero de ellos estaba focalizado en la descripción del abordaje de un cuadro de mutismo selectivo integrando intervenciones cognitivas y sistémicas. Se partió de considerar la etiología de los problemas de los consultantes y de describir el modo en que las soluciones intentadas se transforman en parte del problema. La consultante presentaba un cuadro de inhibiciones comunicacionales que dificultan su integración escolar y el establecimiento de relaciones sociales. Las respuestas ensayadas por sus padres, en especial la madre, es parte del circuito de estabiliza el problema y lo perpetua (Hirsch & Rosarios, 1987). Ambos padres participaban adaptándose a las limitaciones que surgían del problema de la consultante a la hora de comportarse como traductores de la niña. La madre, especialmente, contribuía facilitándole los medios para evadir las situaciones problemáticas.

Las intervenciones llevadas a cabo y propuestas por la terapeuta tuvieron distintos grados de complejidad, desde tareas sencillas hasta complejas reformulaciones. Las mismas permitieron desarticular todo el sistema de creencias sostenedor del síntoma

a partir de las ideas propias de los consultantes, modificados mediante la intervención estratégica planificada en el centro.

A partir de las intervenciones mencionadas se lograron algunos cambios en relación con la situación problemática de la consultante. J pudo entablar comunicaciones escasas pero eficaces con su maestra y ampliar sus interlocutores, incluyendo a su padre más directamente. Estos comenzaron a colaborar para cortar el circuito autopertuante y J pudo empezar a depender menos de su madre.

En el mismo sentido, la terapeuta pudo visibilizar con ambas las dificultades de la estrategia materna, favoreciendo y reforzando el modo en que ambas se animaron a pequeñas modificaciones. También instaló la conducta del reconocimiento al logro en la dupla, muy habituada a valorar solo lo negativo.

El tercer objetivo apuntó a describir las estrategias de abordaje del problema con J y cuatro amigas. De este modo, se propiciaron circuitos nuevos de comunicación bajo la indicación terapéutica explícita. Mediante juegos y escenificaciones, J pudo ir comunicándose con ellas de manera más frecuente y autónoma. Para afirmar este aspecto, se siguieron distintos ejercicios específicos y manualizados para favorecerlos. Por último, en el cuarto objeto, se sintetizaron los logros obtenidos observados y registrados por la terapeuta.

Por otro lado, en términos de analizar las limitaciones, este trabajo se realizó a partir del análisis de video grabaciones de las sesiones y de entrevistas con la terapeuta. No hubo oportunidad de ver, en primera persona, a la familia consultante. Es posible suponer que algunos datos de los provistos por la terapeuta pudieran ser enriquecidos por la observación directa. De todos modos, el encuentro con el equipo terapéutico fue enriquecedor a la hora de comprender cómo se planifica un abordaje estratégico desde el modelo sistémico. Para concluir con las limitaciones, la historia clínica de la paciente se encontraban incompletas y, al encontrarme de esa forma con dicha historia clínica, recurrí a la terapeuta para lograr la información relevante al caso como las intervenciones.

Cabe agregar que, el formato de las videograbaciones tienen la ventaja de poder observar en detalle la secuencia de intervención y respuesta planteadas en cada entrevista y así, identificar claramente el tipo de abordaje propuesto. También en los espacios de supervisión se evaluaron los diferentes aspectos y las intervenciones sobre las sesiones con la red de amigas y familia proponiendo nuevas formas de intervención.

Para tratar dicho trastorno será importante investigar en Argentina, aquí no se han encontrado trabajos presentados ya que las investigaciones son importantes para poder replicar sus resultados y diseñar tratamientos más eficaces.

La perspectiva crítica que se puede realizar sobre el trabajo es el tiempo que demoró la realización del mismo. Fue un gran desafío el trabajo de investigación en relación a la elaboración escrita, no así la parte práctica. La institución llevo adelante el caso de una manera muy profesional a pesar de no tener tantas investigaciones previas que avalen estrategias de tratamiento. Otro punto importante es que no se utilizaron instrumentos diagnósticos como escalas o cuestionarios para profundizar la información del caso. Se podrían haber utilizado la escala de ansiedad social (SADS) o la escala breve de fobia social (BSPS), entre otras. En la bibliografía consultada para la realización del trabajo de investigación se observa la potencialidad de utilizar una intervención multimodal. Si bien la institución es sistémica, la terapeuta es sumamente crítica con la incorporación de otras intervenciones, como ha realizado durante el tratamiento utilizando intervenciones cognitivo conductuales ya que es la más apropiada para este tipo de trastorno. Por otro lado, se debió haber incluido a la hermana menor de J en los diferentes encuentros como así también se debió haber trabajado más en conjunto con la maestra para que de esta forma el tratamiento se pueda continuar en todos los ámbitos. En líneas generales estas son las perspectivas más críticas que se pueden concluir de este tratamiento.

Debo agradecer la disposición de todo el equipo de la institución que recibieron mis consultas con apertura y disposición logrando que pudiera sentirme alojada durante la pasantía desde un lugar de respeto y calidez.

Referencias Bibliográficas

- Aguilera Albesa, S. & Busto Crespo O. (2012) Trastornos del Lenguaje. *Pediatr Integral*; XVI(9): 683-690.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de Psiquiatría Infantil* (4a ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Alfaro Echarri, P; Iriarte Aranaz, G; Lerga Jiménez, MA; Lezaun Herce, F; Koldo, S & Villanueva Bengoechea, ML. (1998) *Habilidades de Interacción y Autonomía Social - Instrumentos para la atención a la diversidad*. CREENA. Gobierno de Navarra. Departamento de Educación y Cultura.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Bernardo, J., y Caldero, J.F. (2000). Investigación cuantitativa (4); Métodos no experimentales. En J. Bernardo, y J.F. Caldero, *Aprendo a investigar en educación* (77- 93). Madrid: RIALP, S.A.
- Black, B., & Uhde, T.W. (1995). Psychiatric characteristics of child with selective mutism. A pilot study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, (34), 847-856.
- Bima, A. (2010). *Tratamiento para pacientes agorafóbicos: correlaciones entre el enfoque cognitivo-conductual y el sistémico*. [Tesina de grado]. Universidad de Belgrano. Recuperado el 11 de enero de 2015 en http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/296_Tesina_Bima.pdf
- Blum, N. J., Kell, R.S., Starr, H.L., Lender, W.L., Bradley-Klug, K.L., Osbourne, M. L., & Dworick, P. W. (1998). Case study: audio feedforward treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (37), 40-43-
- Buses, R. T., & Downey, J. (2011). Selective mutism: a three-tiered approach to Prevention and intervention. *Contemporary school psychology*, (15), 53-63.

Recuperado de http://www.casponline.org/pdfs/pdfs/2011_journal_all_001-144.pdf#page=55

- Casabianca, R (2016) Dialogos entre terapeutas. *Revista Sistemas Familiares y otros sistemas humanos* Año 32 (2) – octubre.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder. All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (46), 1464-1472.
- Cohan, S.L., Chavira, D.A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S.C. & Stein, M.B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (4), 770-784.
- Conn, B., & Coyne, L. (2014). Selective Mutism in Early Childhood: Assesment and Treatment of an African American Preschool Boy. *Clinical Case Studies* doi: 10.1177/1534650114522912
- Cortés Urban, C., Gallego Gallego, C. & Marco Gallo, P. (2009). El mutismo selectivo. *Guía para la detección, evaluación e intervención precoz en la escuela*. Navarra: CREENA
- Díaz Atienza, J. (2001) Mutismo Selectivo: Fobia frente al Negativismo. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc*, 1 (3): I-VI II 2.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families. A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1451-1459.
- Estevez MJ (1995). *Mutismo electivo. Diseño de una escala conductual para un diagnóstico diferencial*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- García K. y Rigau, E. (2006) Material extraído del “Cuaderno 1” de la Asociación Catalana Síndrome X Frágil.

- Gomar, M., Mandil, J. & Bunge, E. (2010). *Manuel de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires (1ed). Argentina: Polemos
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy*. New York: Norton.
- Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales: La organización del cambio*. Buenos Aires, Argentina. Nadir. Pp. 188.
- Kaplan, H. & Saddock, B. (1999) *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249–256.
- Minuchin, S & Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*, Buenos aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Mitchell, A.D., & Kratochwill, T. R. (2013). Treatment of Selective Mutism: Applications in the Clinic and School Through Conjoint Consultation. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 23(1), 36-62. doi: 10.1080/10474412.2013.757151
- Nardone, G. & Watzlawick, P (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona. Herder.
- O.M.S.: CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Olivares Rodríguez, J; Alcazar, A. & Olivares, P. (2007). *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid. Pirámide
- Olivares Rodríguez, J; Méndez Carrillo F. & Macia Anton, D. (1996). Mutismo Selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología conductual*, 4, 169-192.
- Olivares, J; Rosa, A.I. y Olivares, P.J. (2007) *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid. Pirámide.

Red Norteamericana de Ansiedad en la Infancia (RNAI) (2004)

(<http://selectivemutism.org>)

Reed, G.F (1963). Elective mutism in children: a reappraisal. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, 4, 99 – 107. Recuperado de:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.1963.tb02059.x/pdf>

Prada Villalobos, S. (2013). Corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia: integración y paradigma. *Reflexiones*, 92(2), 155-161.

Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606–614.

Steinhausen, H., Watcher, M., Laimbock, K., & Winkler Metzke, C. (2006). A long term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Chile Psychology and Psychiatry*, 47 (7), 751-756.

Von Bertalanffy, L. (2012). *Teoría general de los sistemas*. (Trabajo original de 1976). México: Fondo de Cultura Económica.

Wainstein, M. (2006a). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

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

Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-051/101>

Watzlawick, P. & Nardone, G. (1992). *El arte del cambio: Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona, España. Herder. Pp. 177.

Yeganeh, R., Beide, D.C., & Turner, S.M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 23, 117-123. DOI: 10.1002/da