



UNIVERSIDAD  
DE PALERMO

Licenciatura en Psicología

**Trabajo final de integración**

***“Caso Clínico: Proceso Psicoterapéutico de una niña con Mutismo Selectivo”***

Autor: María Gabriela Marina

Profesor tutor: Dra. Nora Inés Gelassen

Fecha de entrega: Agosto 2012

1. Introducción .....	3
2. Objetivos .....	3
2.1. Objetivo general .....	3
2.2. Objetivos específicos .....	3
3. Marco teórico .....	4
3.1. Trastornos psicopatológicos de inicio en la infancia .....	4
3.2. Clasificación de los trastornos de inicio en la infancia .....	4
3.3. Ansiedad .....	5
3.3.1. Definición .....	5
3.3.2. Clasificación .....	6
3.3.3. Sintomatología .....	7
3.4. Fobia .....	8
3.4.1. Definición .....	8
3.4.2. Clasificación .....	9
3.4.3. Fobia Social .....	9
3.4.3.1. Sintomatología .....	9
3.5. Mutismo .....	11
3.5.1. Aproximación histórica al concepto de mutismo .....	11
3.5.2. Clasificaciones actuales .....	12
3.5.3. Sintomatología .....	16
3.6. Contexto familiar y educativo como variables del surgimiento y mantenimiento del mutismo selectivo .....	17
3.7. Modelo Cognitivo Comportamental .....	19
3.7.1. La terapia cognitiva comportamental en niños .....	20
3.7.2. Tratamiento psicológico del mutismo selectivo. Un modelo de intervención....	21
3.7.2.1. Descripción de las técnicas .....	22
4. Metodología .....	23
4.1. Tipo de estudio .....	23
4.2. Participantes .....	24
4.3. Instrumentos .....	24
4.4. Procedimiento .....	26

5. Desarrollo .....	26
5.1. Descripción y análisis de la sintomatología presentada en la paciente .....	26
5.1.1. Entrevista semidirigida .....	27
5.1.2. Entrevista breve para padres .....	28
5.1.3. Entrevista breve para maestros .....	29
5.1.4. Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar.....	31
5.1.5. Protocolo para la detección de posibles casos de mutismo Selectivo .....	32
5.1.6. Escala de Ansiedad Social .....	32
5.1.7. Escala Breve de Fobia Social .....	33
5.2. Diagnóstico diferencial con el trastorno de fobia social .....	36
5.3. Manifestación y mantenimiento de la patología en la paciente. Relación con el contexto familiar y educativo .....	38
5.4. Intervenciones efectuadas .....	41
6. Conclusión .....	44

Bibliografía

## 1) INTRODUCCION

La Presente Práctica de habilitación profesional se realizó en el Servicio de Psicología Pediátrica de un Hospital Interzonal de Agudos , ubicado en la Provincia de Buenos Aires.

El mencionado servicio dispone atención a niños y adolescentes que son derivados de los diferentes servicios médicos del hospital, prestando servicio a la demanda espontánea proveniente de las escuelas zonales como así también de juzgados y/o fiscalías de menores y su zona de influencia.

Entre las actividades desarrolladas en el hospital se llevaron a cabo, en primer lugar, el recorrido diario de las diferentes salas de internación pediátrica.

El mismo se realizó con el objetivo de relevar posibles casos de niños o adolescentes en situación de internación que ameritasen una consulta y/o un tratamiento posterior en el servicio de psicología infantil.

En segundo lugar, se efectuaron observaciones de las entrevistas psicológicas realizadas a niños y a padres en el marco de un proceso psicoterapéutico a cargo de los distintos psicólogos intervinientes en el servicio mencionado, bajo la supervisión de la Dra. Nora Inés Gelassen.

## 2) OBJETIVOS

### 2.1) Objetivo general

Describir y analizar el tratamiento psicoterapéutico de una niña de 7 años de edad con sintomatología de mutismo selectivo.

### 2.2) Objetivos específicos

- I. Describir y analizar la sintomatología presentada por la paciente.
- II. Establecer el diagnóstico diferencial del caso con el trastorno de fobia social.
- III. Describir la relación existente entre el estilo familiar y educativo de la paciente y el surgimiento y/o mantenimiento del trastorno.

IV. Describir las intervenciones efectuadas desde la terapia cognitivo conductual en el presente caso clínico.

### 3) MARCO TEORICO

#### 3.1) Trastornos psicopatológicos de inicio en la infancia

La psicopatología infantil ha diferenciado entre los trastornos emocionales de comienzo en la infancia y los trastornos emocionales característicos del adulto (Kaplan, 1999).

Una explicación concerniente a esta diferenciación ha sido la evidencia sobre el hecho de que una gran cantidad de trastornos en las emociones de los niños, pueden constituir exageraciones en las tendencias normales del desarrollo en lugar de fenómenos puramente cualitativos. (Kaplan, 1999).

Según Ajuriaguerra (1996), es la desadecuación de la conducta del niño al período evolutivo correspondiente a su edad el rasgo diagnóstico fundamental que permite establecer la presencia o ausencia de patología emocional.

Para Torres Iglesias, Domínguez Santos y Rodríguez Sacristán (2004), esto no sería suficiente para dar cuenta de la presencia de psicopatología en el niño. Por lo tanto, la psiquiatría infantil debió tomar como propio al modelo integrador de la psicopatología del desarrollo, dándole un enfoque abarcativo al hecho del enfermar psíquico infantil. Así, considera que la integración de los condicionantes biológicos, la dinámica intrapsíquica y el contexto sociocultural son fundamentales para comprender la psicopatología infantil (Tsiantis & Macri, 1995). Además, señala a la influencia de la familia como principal factor que afectaría al desarrollo de comportamientos normales y patológicos, emergiendo la interacción genético ambiental como elemento clave en el armado de la patología. Este modelo considera también que la variabilidad en la sintomatología se debe al fenómeno de la cronodependencia, quien organiza las estructuras psicopatológicas infantiles de tal forma que las manifestaciones serán específicas dependiendo de la edad, del momento evolutivo del niño y de las circunstancias ambientales (Torres Iglesias et al., 2004).

#### 3.2) Clasificación de los trastornos de inicio en la infancia

El interés por clasificar las enfermedades de los niños es un fenómeno reciente, de aparición posterior al desarrollo de las clasificaciones en psiquiatría del adulto (Doménech, 1989).

En los últimos tiempos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), han publicado sus clasificaciones con el fin de proveer un instrumento que permita unificar criterios a la hora de establecer diagnósticos psicopatológicos (Doménech, 1989).

El Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, el DSM IV (APA, 2000), clasifica y describe a los trastornos mentales según categorías diagnósticas.

Dentro de la sección de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia, clasifica a los siguientes trastornos: Retraso Mental, Trastornos del aprendizaje, Trastornos en habilidades motoras, Trastornos de la comunicación, Trastornos del desarrollo, Trastornos por déficit de atención y comportamiento, Trastornos de la ingestión y conducta alimentaria, Trastornos por tics y Trastornos de la eliminación. En el apartado Otros trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia, clasifica a los Trastornos de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Trastorno reactivo de vinculación en la infancia o la niñez, Trastorno de movimientos estereotipados y al Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

Por su parte la OMS (1992), en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), clasifica a los trastornos infantiles de la siguiente manera: Retraso Mental, Trastornos del Desarrollo, Trastornos emocionales y conductuales con inicio en la infancia y adolescencia. Este último incluye a los Trastornos hiperquinéticos, Trastornos de conducta y Trastornos mixtos de la conducta y las emociones. Dentro de los Trastornos emocionales con comienzo específico en la infancia se incluye a los Trastornos de Ansiedad, dentro de los cuales se clasifican a los Trastornos de Ansiedad por separación, Trastorno de Ansiedad Fóbica, Trastorno de Hipersensibilidad social, Trastorno de rivalidad entre hermanos y Otros trastornos de las emociones. Tanto el Mutismo electivo como el Trastorno de vinculación son considerados dentro del apartado Trastorno del funcionamiento social con comienzo específico en infancia y adolescencia. Por último clasifica también al Trastorno por tics y al Trastorno mental no especificado.

### 3.3) Ansiedad

### 3.3.1) Definición

Según Sandin y Chorot (1995), la utilización del concepto de ansiedad ha estado asociada al uso de diversos términos tales como miedo y fobia. En la actualidad no suele asumirse esta distinción permaneciendo el concepto de ansiedad y miedo identificados como equivalentes, razón por la cual se consideran indistintamente dentro de los trastornos de ansiedad. La diferenciación residiría en que el miedo estaría asociado a un estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad respondería a un estado emocional difuso sin un estímulo externo reconocible.

Siguiendo a Echeburúa Odriozola (1996), el miedo es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias que prepara al organismo para reaccionar y que, adaptativamente, equilibran la tentación de curiosidad innata del infante. Así entonces, como fenómeno evolutivo estructurante y normal, debe ser discriminado de la ansiedad que resulta desadaptativa (patológica) y que se presenta como un trastorno emocional en la infancia, interfiriendo con el proceso normal del desarrollo.

Kendall (como se cita en Bunge, 2010), postula que aproximadamente entre un 10 y un 20% de niños en población general muestran niveles de ansiedad patológica. A pesar de que las respuestas de ansiedad se presentan como una reacción normativa, es común que los niños y los jóvenes presenten sintomatología ansiosa en nuevas situaciones como por ejemplo ir a la escuela el primer día de clases. De esta manera, el niño tratará de evitar las situaciones causales del malestar, interfiriendo en el normal funcionamiento y afectando negativamente su desarrollo. Tanto Verduin como Kendall (como se cita en Bunge, 2010), aseguran que los niños con trastorno de ansiedad, suelen evitar situaciones e interacciones necesarias para su edad, conduciendo al surgimiento de dificultades tanto en el plano social como en el académico y en su futuro bienestar emocional, ocasionando un malestar significativo.

Según Belloch, Sandin y Ramos (1995), la propiedad más importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria confiriéndole un valor funcional de utilidad biológico-adaptativa, que será desadaptativa si se anticipa un peligro irreal que dispara una respuesta irracional. La ansiedad entonces, puede ser entendida como una respuesta normal y estructurante o como una respuesta desadaptativa o patológica y la diferencia entre estos dos tipos de ansiedad sería una cuestión de grado que dependería de la intensidad en sus manifestaciones.

### 3.3.2) Clasificación

Según Belloch et al. (1995), la categorización del DSM IV realiza una interpretación unitaria de los trastornos de ansiedad independientemente de la etapa de desarrollo evolutivo de la persona, en consecuencia, no sería apropiado mantener entidades nosológicas basadas en la ansiedad como verdaderas entidades diagnósticas asociadas a las etapas del desarrollo.

Según Kaplan (1999) la cuarta edición del DSM, describe a la ansiedad por separación como el único trastorno de ansiedad de inicio en la infancia. Por lo tanto, los niños que antes eran diagnosticados con trastorno de hiperansiedad (descrito en el DSM III), hoy lo serían con el diagnóstico de ansiedad generalizada descrito para los adultos. De la misma manera, quienes cumplían con criterios diagnósticos de Ansiedad por evitación, hoy cumplen los criterios diagnósticos establecidos para el trastorno de ansiedad social o fobia social.

Por su parte, para la OMS, existirían varias razones para diferenciar los trastornos emocionales de inicio en la infancia y los trastornos de los adultos. Para ello considera el hecho de que la mayoría de los trastornos emocionales de la infancia serían exageraciones de las características evolutivas propias de la edad en lugar de anomalías y que muchos de los trastornos emocionales en los adultos carecen de precursores en la infancia (Kaplan, 1999).

Así, según la OMS (1992), existen cinco trastornos de ansiedad de inicio en la infancia: Trastorno de Ansiedad por separación, Trastorno de ansiedad Fóbica, Trastorno de hipersensibilidad Social, Trastorno de rivalidad entre hermanos y Otros trastornos de las emociones (de la identidad, de ansiedad excesiva y de rivalidad entre compañeros).

### 3.3.3) Sintomatología

Según Sandin y Chorot (1995) la ansiedad no es un fenómeno unitario, de manera tal, que los diferentes trastornos de ansiedad responden a un patrón de respuestas que implican tres componentes:

1) El subjetivo o cognitivo que se relaciona con la experiencia interna e incluye variables relacionadas con la percepción y evaluación de los estímulos: experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, aprensión, etc. Aquí, la persona experimenta un estado emocional desagradable conocido como miedo.

2) El fisiológico o somático, que acompaña al estado emocional de miedo ocasionando cambios fisiológicos característicos que responden a un incremento en la actividad del sistema

nervioso autónomo o a funciones corporales voluntarias e involuntarias: sudoración, dilatación pupilar, temblor, palidez facial, aceleración cardíaca y/ o respiratoria, incremento de tensión muscular, agitación, palpitaciones, vómitos y temblores.

3) El motor o conductual que corresponde a los componentes observables de la conducta, fundamentalmente a las respuestas instrumentales de escape y evitación.

Este triple sistema de respuesta sugiere la interacción de sus componentes de manera tal que el componente subjetivo se considera el elemento central del mismo, en donde la experiencia subjetiva de los cambios fisiológicos u orgánicos pueden percibirse como desagradables contribuyendo a conformar el estado subjetivo de ansiedad. (Sandin & Chorot, 1995).

Kaplan (1999) dentro de los factores biopsicosociales que posibilitarían la aparición de sintomatología de ansiedad en los niños, postula como factor fundamental a la dependencia de la figura materna y a la tendencia temperamental a ser extremadamente tímidos como predisponentes para la aparición de trastornos de ansiedad. Además considera como factor de aprendizaje a la imitación directa por medio de la cual un niño puede aprender un patrón de respuesta de ansiedad fóbica ante distintas situaciones. Esto daría cuenta, por ejemplo, de la adaptación fóbica a situaciones nuevas (como ir a la escuela) adquirida por un niño a partir de la imitación de las conductas evitativas de miedo o de las conductas aprendidas de padres con timidez excesiva.

En esta dirección, Ruiz Sancho y Lago Pita (2005), postulan que un estilo parental de sobreprotección, punitivo o extremadamente crítico, puede contribuir a la génesis de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, razón por la cual incorporaría un sistema de respuesta de ansiedad fóbica que sería transmitida por los padres e incorporados por los niños a través de mecanismos identificatorios básicos.

Según lo postulado por Kaplan (1999) en su Sinopsis de Psiquiatría, son las respuestas de ansiedad las que aparecen como tales ante la presencia de un estímulo que se evalúa como amenazante dando lugar a la presencia de patología fóbica: el estímulo fóbico.

### 3.4) Fobia

#### 3.4.1) Definición

Según Belloch et al. (1995), la palabra fobia deriva del griego phobos, miedo o pavor; denotando reacciones de miedo intenso acompañado de evitación inducida por situaciones reales o anticipadas que no justifican tales respuestas. Esta autora describe como característica central de los trastornos fóbicos, a las conductas de miedo y de evitación asociadas a estímulos más o menos específicos en las cuales las reacciones de ansiedad no están justificadas por el peligro real de la amenaza. El adulto que sufre de este trastorno es consciente de la irracionalidad de los mismos, aunque esta característica frecuentemente puede estar ausente en los niños.

Kaplan (1999) define a la fobia como un miedo irracional que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temidos, en donde la anticipación del estímulo fóbico produce respuestas de ansiedad que alteran significativamente la capacidad funcional de quien lo sufre.

De acuerdo a los principios generales sobre los cuales se asienta la conceptualización de la fobia y según lo postulado por Kaplan (1999), la patogenia de las fobias puede responder a la interacción entre factores biológicos, genéticos y ambientales. Según este autor, son las respuestas de ansiedad quienes funcionan como impulso motivador del organismo para evitar una emoción dolorosa. Así, el organismo aprende que ciertas acciones le permiten evitar estímulos desagradables conformando patrones de evitación que permanecen estables a lo largo del tiempo. Este comportamiento evitativo se establece como síntoma debido a su eficacia, protegiendo a la persona de la ansiedad fóbica.

### 3.4.2) Clasificación

Además de la agorafobia, el DSM IV (APA, 2000), describe otros dos tipos de fobia: la fobia específica y la fobia social, también llamada trastorno de ansiedad social.

### 3.4.3) Fobia Social

#### 3.4.3.1) Sintomatología

El DSM IV (APA, 2000), describe al Trastorno de fobia social (o Trastorno de ansiedad social) dentro de los Trastornos de ansiedad. Establece que para su diagnóstico es necesaria la presencia de temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar. Considera además que en los niños, es necesario que sus capacidades para relacionarse con familiares sean normales y

hayan existido siempre. Además, la exposición a las situaciones sociales debe provocar una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de crisis de angustia situacional. En los niños, esta respuesta puede traducirse en inhibición o retraimiento en situaciones sociales ajenas al marco familiar. Ante estas situaciones, el individuo reconoce que el temor es excesivo o irracional, aunque en los niños puede faltar ese reconocimiento. Las situaciones sociales se evitan o se experimentan con ansiedad lo cual interfiere acusadamente con la rutina normal del individuo, sus relaciones laborales o sociales. Es condición para su diagnóstico que estos comportamientos no se deban a efectos fisiológicos derivados de una sustancia, a una enfermedad médica ni se expresan mejor por la presencia de otro trastorno mental. La duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses en menores de 18 años. Si hubiese una enfermedad médica, el temor no se relaciona con estos procesos (por ejemplo, el miedo no es debido a la tartamudez).

En relación a las diversas situaciones temidas por quienes padecen este trastorno, autores como Torgersen (1979), describen al hecho de ser observado, comer con extraños, interaccionar socialmente y ser el centro de una evaluación social, como situaciones que suscitan respuestas de ansiedad, conformando el cuadro de ansiedad social o fobia social.

Otro autores consideran que situaciones tales como debates en clases, ir a fiestas, participar en actividades deportivas, hablar ante figuras de autoridad (profesores, maestros, etc.) e ir a encuentros sociales informales; pueden generar en la persona respuestas de ansiedad. Entre ellas se encuentran manifestaciones psicofisiológicas como sentir un nudo en la garganta, ruborizarse, palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, sudoración, dolor de estómago y de cabeza y en ocasiones, ataques de pánico. En los niños, por su etapa evolutiva, estas manifestaciones pueden presentarse en forma de llanto, tartamudeo o quedarse paralizado. (García López, Piqueras, Díaz Castela & Ingles, 2008).

Esta variabilidad situacional y sintomatológica ha generado la necesidad de distinguir entre distintos tipos de fobia o ansiedad Social. (García López, et al., 2008).

Belloch et al. (1995), describen un tipo de respuesta de ansiedad ante una situación social específica: la fobia social restringida, en la cual el tipo de respuestas de ansiedad, se daría en circunstancias como hablar con personas extrañas al ámbito familiar.

En este sentido, Olivares Rodríguez, Piqueras Rodríguez y Alcazar, (2006), siguiendo a Heimberg, distinguen diferentes subtipos de fobia social. La fobia social específica (circumscripción o limitada), si las respuestas de ansiedad se presentan ante un número limitado de situaciones

concretas como hablar, comer o escribir en público. La fobia social no generalizada, si se evitan muchas situaciones en contextos sociales distintos y la fobia social generalizada si se evitan todas o casi todas las situaciones sociales. Según García López et al., la fobia social específica conformaría un tipo de trastorno de ansiedad social menos generalizado pero mas grave e incapacitante.

También Turner, (como se cita en Kaplan, 1999), distingue distintos tipos de fobia social, postulando que la del tipo generalizada se nombrará si la persona teme frecuentemente situaciones tales como iniciar y/o mantener una conversación.

Por su parte, autores como Bernstein y Rapoport (1997), postulan que la presencia de miedo persistente y acusado frente a situaciones sociales pueden desencadenar sintomatología somática. Así, describen la aparición de palpitaciones, diaforesis, temblor, diarrea y rubor facial como reacciones típicas de la fobia social, señalando que en los niños más pequeños pueden observarse actitudes de aferramiento e incluso mutismo.

En esta línea, autores como Heimberg, Holt y Schneider (como se cita en Olivares Rodriguez et al., 2006) han aislado tres dimensiones de situaciones fóbico – sociales relevantes, en las cuales los síntomas se presentarían ante la inminencia de hablar formalmente con personas ajenas al ámbito familiar.

En relación a la prevalencia, Belloch et al. (1995) postula que este subtipo de fobia se presenta como uno de los trastornos más frecuentes en la población infantil y adolescente, con un rango entre el 6,2 y el 12,5% para la prevalencia vital y con una proporción de 1: 4 en relación al sexo (varón: mujer). Postula también la necesidad de estudios más exhaustivos en relación a las fobias clínicamente significativas debido a la gran cantidad de evidencia relacionada con la existencia de esta patología en niños y a la presencia de síntomas fóbicos en la niñez de pacientes adultos con diagnóstico de fobia específica.

Dejando de lado la diferenciación entre los subtipos, varios autores coinciden en afirmar la alta comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos en niños y en adolescentes. Algunos autores establecen que esta comorbilidad varía entre el 70 y el 92 %, destacándose entre los trastornos de más alta comorbilidad a los trastornos del estado de ánimo y a otros trastornos de ansiedad. En consecuencia, se ha ampliado el foco de atención de dichos trastornos hacia otros para los cuales el grado de asociación no estaba tan claro, como por ejemplo, el mutismo selectivo (Belloch et al., 1995).

### 3.5) Mutismo

#### 3.5.1) Aproximación histórica

A las corrientes teóricas y terapéuticas biomédicas y psicodinámicas, les corresponde el mérito de haber intentado las primeras descripciones y aproximaciones al estudio de este trastorno. Esto se ha visto reflejado en la terminología empleada para designar al mutismo y en las modalidades terapéuticas aplicadas para su resolución a lo largo de la historia. Así entonces, en 1877, Kussmaul describió lo que hoy conocemos como mutismo selectivo con el nombre de afasia voluntaria: trastorno de conducta originado por el fracaso en el intento del habla ante determinadas situaciones, aunque la capacidad para realizar esa acción se encontraba intacta. Treuper, en 1897, describió al problema aduciendo una inhibición voluntaria del habla por parte del sujeto para la pérdida del lenguaje y Tramer en 1934, describe el caso de un niño que rechazaba el habla en la escuela, aunque lo hacía normalmente en el ámbito familiar, utilizando por primera vez el término “mutismo electivo”. Esta denominación es tomada por la APA recién en 1980 para nombrar a este trastorno de conducta por primera vez dentro del DSM III (Olivares Rodríguez, Alcazar & Olivares Olivares, 2007).

Ajurriaguerra (1996), incluye dentro de los cuadros de mutismo al mutismo electivo, al mutismo total adquirido y al mutismo electivo del adolescente, teniendo en cuenta que, en estos sujetos, el lenguaje está constituido y los trastornos no entran en el cuadro de la afasia.

Así, entonces, se ha nombrado a este trastorno como Timidez en el habla, Negativismo, Mutismo funcional, Fobia a hablar o Habla suprimida, resaltando la existencia del problema en el supuesto de que los niños ‘elegían’ no hablar (Olivares Rodríguez et al., 2007).

Es el aporte de Reed (1963) quien acerca la consideración del mutismo electivo como una respuesta de evitación aprendida, relacionando su origen con variables que producen un amplio espectro de respuestas de ansiedad en la persona. De esta manera, puede ser interpretado como una conducta aprendida como resultado de una pluralidad de factores precipitantes (Olivares Rodríguez, Méndez Carillo & Macia Anton, 1996).

Es recién en 1994, con la publicación del DSM IV, en donde la expresión mutismo electivo es sustituida por mutismo selectivo, siendo esta última la más utilizada en el ámbito actual de la psicología.

#### 3.5.2) Clasificaciones actuales

El mutismo selectivo es clasificado dentro del DSM IV como un Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia en la sección correspondiente a Otros trastornos, junto a los trastornos de ansiedad por separación, al trastorno reactivo de vinculación y al trastorno de movimientos estereotipados (APA, 2000).

El DSM IV (APA, 2000), establece como característica esencial del mutismo selectivo a la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas (la escuela o compañeros de juego) cuando es de esperar que se hable, pese a hacerlo en otras situaciones. Consigna que esta alteración debe interferir tanto en el rendimiento escolar, laboral y/o en la comunicación social y que su duración debe ser de por lo menos 1 mes, no limitándose al primer mes de escolaridad. La incapacidad del sujeto para hablar no se debe solo a la falta de conocimiento o de fluidez de la lengua hablada. Además, la presencia de los síntomas no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (tartamudeo por ejemplo), o si apareciera exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo (autismo o asperger, por ejemplo) ni esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Se describen también conductas de comunicación utilizadas en lugar de las verbalizaciones usuales: gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, vocalizaciones monosilábicas, cortas o monótonas o con voz alterada.

Los niños con este trastorno pueden presentar características tales como timidez excesiva, retraimiento social, aislamiento y negativismo, ocasionando deterioro en la actividad social y escolar. Además pueden presentar algún tipo de trastorno de la comunicación (trastorno de lenguaje expresivo entre otros) y, en casi todos los casos, un diagnóstico adicional de fobia social.

En relación a los datos epidemiológicos, para la APA, este trastorno es raro y se halla en menos del 1% de los sujetos visitados en centros de salud mental. Aunque debe tenerse en cuenta que serán derivados a centros de salud recién en el momento en que presentan problemas al ser evaluados en actividades que requieran el uso del habla, lo cual ocurre en los primeros años de escolaridad (Olivares Rodríguez et al., 2007).

En relación a la edad de inicio, el DSM IV (APA, 2000), indica que la misma es antes de los 5 años, aunque puede no presentarse hasta el ingreso escolar.

Olivares Rodríguez et al. (1996) dan cuenta de una edad de inicio cercana a los 3 años, aunque, si bien los padres indican que “el niño siempre ha sido así”, el trastorno es reconocido como tal al inicio de la escolaridad. Al respecto de las diferencias en función del sexo, según el DSM IV (APA, 2000), este trastorno es ligeramente más frecuente en niñas que en niños,

aunque, Olivares Rodríguez et al. (2007) constataron una frecuencia de ocurrencia mayor en niños (66,6%) que en niñas (33,3%), siendo las niñas quienes presentan una mayor propensión a presentar mas problemas de ansiedad.

En relación al curso del trastorno, El DSM IV (APA, 2000), postula que es variable, aunque en el caso de la fobia social, los síntomas de ansiedad pueden ser crónicos.

Por su parte, Olivares Rodríguez et al. (2007) postulan que existiría un tránsito entre lo que denomina aversión a hablar, el mutismo selectivo y el mutismo progresivo. Este pasaje se daría en función de la intensidad de los síntomas que presente el niño. De esta manera, la duración del trastorno suele superar los 5 años y la edad media de los niños diagnosticados sería de 9 años de edad.

En la CIE 10 (OMS, 1992) constan tres secciones dedicadas a los trastornos infantiles. Aquí, el mutismo electivo es clasificado junto al trastorno de vinculación, dentro del apartado correspondiente a Trastorno del funcionamiento social con comienzo específico en infancia y adolescencia. La principal novedad de este apartado esta representada en la inclusión de la categoría Trastorno del funcionamiento social.

Clasifica al mutismo selectivo como un trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el habla, de manera tal que el niño deja de hablar en algunas situaciones aunque demuestra su capacidad lingüísticas en otras. El diagnóstico presupone un nivel de comprensión del lenguaje normal, capacidad de expresión suficiente para la comunicación social y evidencia de que el individuo puede hablar casi normalmente en algunas circunstancias concretas. Sin embargo, algunos niños pueden presentar algún retraso del lenguaje y una gran disparidad en el uso del mismo según el contexto social, como por ejemplo que hable en algunas ocasiones mientras que en otras permanezca mudo. Esta dificultad debe ser persistente. También se describen otras alteraciones socioemocionales tales como ansiedad, retraimiento social y comportamiento oposicionista. Estos niños pueden presentar un diagnóstico adicional de fobia social.

La diferencia fundamental entre ambas categorizaciones, reside en que la clasificación de la OMS, delimita esta patología dentro de un trastorno de comportamiento (dentro de los trastornos de funcionamiento social) que suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad o fobia social, retraimiento o negativismo. Es por esto que, pesar de que las clasificaciones actuales definen al mutismo selectivo como una entidad diagnóstica independiente, al presentar solapamiento entre las características para su delimitación y las características propias de los

trastornos de ansiedad, se atribuye a los niños con este padecimiento un diagnóstico adicional de fobia social. (Olivares Rodríguez et al., 2006)

En este sentido, diversos autores, entre ellos Kaplan (1999) y Black y Hude (1992) han llegado a postular que el mutismo selectivo puede no representar un trastorno distinto y podría ser mejor definido como un subtipo de fobia social. Kaplan (1999) afirma que casi el 90% de niños con mutismo selectivo cumplen también con criterios diagnósticos de fobia social, de acuerdo a información aportada por padres y profesores que dan cuenta de presencia de altos niveles de ansiedad social en los mismos.

En este sentido, algunos autores consideran al mutismo selectivo como una variante extrema de la fobia social donde el miedo intenso puede conducir a la inhabilidad para hablar en ciertas ocasiones o acontecimientos sociales (García López et al.).

Kristensen (2000), postula que diferentes investigaciones han dado cuenta de la estrecha relación entre el mutismo selectivo y los trastornos de ansiedad clasificados como tal. También, autores como Black y Uhde (1992) mantienen que el mutismo selectivo debería ser incluido entre los trastornos de ansiedad o como una variante de la fobia social (Olivares Rodríguez et al; 2007).

En este sentido autores como Yeganeh, Beidel, Turner, Pina y Silverman, (2003), han establecido que los niños con mutismo selectivo presentaban niveles más altos de malestar social. El trabajo de investigación realizado sobre una muestra de 45 niños de entre 4 y 10 años de edad, arrojó consistentes resultados acerca de la relación entre los niños con mutismo selectivo y los niños con trastorno de ansiedad social. La totalidad de los niños con mutismo, presentaban síntomas compatibles con el trastorno de ansiedad social y, un 53% de ellos recibieron un diagnóstico adicional de otro trastorno de ansiedad. Por lo tanto, estos autores sugieren que el mutismo selectivo debe conceptualizarse, evaluarse y tratarse como un trastorno de ansiedad social.

Por su parte, Olivares Rodríguez et al. (2007), postulan que debe establecerse una diferenciación dentro del continuo que denomina “miedo desproporcionado a hablar”, entre la aversión a hablar, el mutismo selectivo y el mutismo progresivo o total, teniendo en cuenta la frecuencia, la intensidad y la duración de las respuestas de ansiedad implicadas en cada uno.

Este autor considera al mutismo selectivo como un trastorno de conducta cuya característica principal es la inhibición persistente del habla que se produce, en la mayoría de los casos, en los años preescolares asociado con la asistencia a los centros de enseñanza. Esta

inhibición interfiere intensamente en el desarrollo individual, social y escolar del niño dificultando su adaptación.

Este problema de conducta, respondería a una pluralidad de variables orgánicas y ambientales, las cuales se suponen responsables de la presencia o ausencia de aprendizajes básicos. A su vez, esto dificultaría la adquisición de recursos conductuales que impedirían que el sujeto pueda hacer frente a las nuevas situaciones de interacción social, ocasionando la presencia de un patrón de respuestas de ansiedad, conformando su caracterización clínica. (Olivares Rodríguez et al., 1996).

Entonces, según este autor, una definición operativa del mutismo selectivo debería considerar los siguientes aspectos:

1. Descenso generalizado de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal (hasta su anulación).
2. Negativa persistente a hablar en situaciones sociales específicas o con carácter general ante personas ajenas al ámbito íntimo.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

### 3.5.3) Sintomatología

Las distintas manifestaciones descritas dan cuenta de un patrón de respuestas característico del mutismo selectivo. Este conjunto o patrón de respuestas de ansiedad supone la participación de tres componentes: el cognitivo, el psicofisiológico y el motor, descritos por Olivares Rodríguez et al. (2007).

En cuanto a *respuestas motoras*, los niños con este trastorno suelen presentar aislamiento social, negativismo, pataletas, modos de comunicación alternativos (cuchicheos, gestos, muecas, movimientos de cabeza, etc.), uso de monosílabos, expresiones cortas o lenguaje escrito en lugar de lenguaje oral. Estos tipos de respuesta pueden entenderse como respuestas de evitación, tanto

pasivas como activas, que proporcionan al sujeto una vía de escape frente a la presencia de los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad. El sujeto evitará relacionarse socialmente logrando su cometido. Si se aísla, nadie le preguntará y no tendrá que contestar y, si debe hacerlo, lo hará sin contacto visual o utilizando formas no convencionales que minimicen la interacción social.

También, ante las situaciones que requieran el uso del habla, el niño con mutismo selectivo responderá con distintos tipos de *respuestas corporales o fisiológicas* poco frecuentes y inadecuadas para la ocasión. Así, incrementan la sudoración (se restriega las manos contra su ropa frecuentemente), experimentan tensión muscular excesiva (se los ve como tensionados o agarrotados o con los puños cerrados), pueden presentar tics o movimientos inusuales del cuerpo (balanceo del tronco o frecuencia inusual de las veces que se rascan la cabeza o se tocan la nariz o la cara), y un aumento notable del ritmo de su respiración. Es usual que, aun después de haber logrado evitar o escapar a la situación temida, algunos niños presenten náuseas, cefaleas y alteración en la visión.

En cuanto a las *respuestas de tipo cognitivo*, son las expectativas y sus consecuencias, que han seguido una y otra vez a los intentos y logros de evitar las situaciones temidas, las que le confirman la imposibilidad de hablar en tales situaciones. Es por eso que el mudo selectivo se mantiene en la creencia de que no puede hablar en determinadas ocasiones, lo cual será reconfirmado por el malestar evidente en ese momento y por el alivio al evitarlo. Así, la conducta de evitación se mantiene por reforzadores negativos, toda vez que la evocación de situaciones pasadas negativas relacionadas con la exposición a una situación nueva potencialmente peligrosa, se constituya en el motivo fundamental para ejecutar las respuestas de escape y de evitación.

### 3.6) Contexto familiar y educativo como variables del surgimiento y mantenimiento del Mutismo Selectivo.

Varios autores coinciden en afirmar la estrecha relación existente entre el mutismo selectivo y el ambiente o marco particular propicio para su desarrollo. Kaplan (1999), Ajuriaguerra (1996) y Olivares Rodríguez et al. (2007) entre otros, han realizado postulados al respecto.

Kaplan (1999), como se ha señalado anteriormente, afirma que el mutismo selectivo podría ser considerado como un subtipo de fobia social. En este sentido, la ansiedad fóbica puede ser transmitida desde los padres, por imitación directa; quienes enseñan a sus hijos a ser ansiosos

mediante la sobreprotección ante los peligros o la exageración de los mismos. Es entonces que la sobreprotección maternal o una relación muy íntima pero ambivalente entre madre e hijo, propiciaría la presencia de este trastorno en el niño.

En concordancia, Ajuriaguerra (1996), situando al trastorno en las cercanías a un retraso en el lenguaje, postula que no podría comprenderse la presencia de mutismo en el niño sin tener en cuenta el marco familiar particular para su aparición y mantenimiento. Este autor afirma que el mutismo del niño se inscribe dentro de una historia familiar perturbada, en la cual la desarmonía parental originaría una grave inseguridad en el mismo. De la misma manera, una madre ambivalente que establece relaciones de dependencia – hostilidad con el niño y un padre pasivo y desinteresado, contribuyen a la presencia del trastorno, en donde el uso del lenguaje o el silencio, toma el lugar de arma que gratifica o castiga.

Olivares Rodríguez et al. (1996) son quienes postulan, en su modelo explicativo sobre las causas que permiten el surgimiento y mantenimiento del mutismo selectivo, un principio de vulnerabilidad que propiciaría la aparición del trastorno. Así, describen determinantes biológicos y psicológicos propios del niño y variables ambientales que facilitarían la aparición de este trastorno.

Dentro de los *determinantes biológicos*, la ansiedad como respuesta ante la separación se presentaría como un sistema de protección en los primeros años de vida, que evolucionaría hasta miedos reales que terminarían reemplazando al mecanismo protector. Sitúa este pasaje en el momento en que los niños ingresan a los centros educativos. Además, factores propios del niño, como timidez excesiva, inhibición, inseguridad y poca confianza en sí mismo, impedirían la adquisición de recursos apropiados para enfrentar situaciones de interacción social con extraños.

Como *determinantes psicológicos*, este autor sitúa al aprendizaje de las respuestas de escape y evitación ante la presencia de extraños y a las carencias o déficits en la historia de aprendizaje, como factores de vulnerabilidad para la presencia del mismo. La escasa o nula experiencia en la comunicación oral incrementaría la dificultad para enfrentar las nuevas situaciones de interacción-comunicación social con personas ajenas al ámbito familiar. También sería relevante un insuficiente desarrollo en la adquisición y en el uso de habilidades lingüísticas, tales como fluidez en la expresión oral, amplitud de vocabulario, etc.

Por otro lado, el contexto social, familiar y educativo se presentan también como variables de capital importancia que propician el surgimiento y el mantenimiento del trastorno. Los modelos familiares y el estilo educativo (en cuanto a modelado y transmisión de información

se refiere) que los padres u otros adultos significativos imparten al niño, cobran vital relevancia en la presencia del mutismo selectivo y en su perpetuidad.

Al respecto, Olivares Rodríguez et al. (1996) describen modelos familiares del tipo de quienes evitan relacionarse con personas ajenas al ámbito familiar, proporcionan instrucciones específicas para evitar hablar con extraños o presentan algún tipo de psicopatología, como las fuentes de modelado que facilitarían la aparición de mutismo en los niños. Estas familias actúan de modelo para el niño al evitar la interacción con personas extrañas al ámbito familiar, dando instrucciones específicas para evitar hablar con extraños, imposibilitando el desarrollo de habilidades sociales e incrementado la conducta de evitación. Además, la presencia de alteraciones como ansiedad, depresión, trastornos de personalidad por parte de los padres, que aportan inseguridad al niño, colaborarían en el aprendizaje de conductas evitativas.

También los estilos educativos dentro de la familia y en el ámbito escolar, se presentan como otro factor de riesgo que incrementa la posibilidad de presencia de la patología. Un estilo educativo autoritario y coercitivo, en el cual el empleo frecuente de refuerzo negativo, las amenazas sobre la conducta esperada del niño, la atención permanente sobre los fallos y la exposición abrupta a situaciones novedosas, favorecerían la aparición del trastorno. De la misma manera asisten en este sentido conductas centradas en reforzar positivamente la conducta de escape o evitación, aliviando al niño ante cualquier agobio. Finalmente, describen una modalidad variable y contradictoria, caracterizada por la ausencia de relación entre lo que el niño hace y el modo de comportarse del adulto, de manera tal que aplica de forma no contingente tanto el castigo como el premio ante la misma situación en distintas oportunidades (Olivares Rodríguez et al., 1996).

En el contexto educativo, el déficit o la inadecuación del entrenamiento de los profesionales (falta de preparación del profesional,) constituye una variable relevante respecto del inicio del mutismo selectivo (Olivares Rodríguez et al., 2007).

### 3.7) Modelo Cognitivo Comportamental

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).

La Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), surgió en los años '70 de la mano de Aaron Beck como un abordaje de tratamiento para la depresión y diversas investigaciones han probado su eficacia para diversos trastornos, sobre todo los del estado de ánimo y ansiedad (Bunge, Mandil & Gomar, 2010).

El postulado fundamental de la 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).

La importancia de estas interpretaciones, no radica en su veracidad o no, sino en las consecuencias que ejercen sobre el comportamiento y la emoción, de manera tal que la interpretación de estos hechos como positivos, negativos o neutros producen pensamientos que determinan el estado de ánimo de la persona (Bunge et al., 2010).

### 3.7.1.) La Terapia cognitiva comportamental en niños.

Tal cual refiere Bunge et al. en relación al cumplimiento del objetivo fundamental de la TCC, el empirismo colaborativo se erige como el tipo de vínculo terapéutico definido mediante el cual el terapeuta y el paciente trabajarán juntos en busca de evidencia que permita someter a revisión las creencias disfuncionales que sostienen el trastorno.

Además, existe evidencia empírica suficiente para afirmar que la intervención sobre el procesamiento individual de información presenta importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck & Clark, 1997).

Según Bunge et al. para que esto sea posible, la TCC asume que el individuo tiene la capacidad de diferenciar entre pensamiento racional o irracional, lógico o ilógico, y entre pensamientos y emociones, entre otras condiciones necesarias. El adulto podrá entender, a veces con guía, las inconsistencias al respecto; pero los niños pequeños difícilmente sean capaces de hacerlo.

Según este autor, de aquí se desprenden una serie de limitaciones que surgirían en la aplicación de este modelo en los niños, debido a la escasa motivación para realizar el tratamiento (ya que son acercados a él por un adulto), la capacidad de comunicación del niño (lo que dificultaría establecer una relación cooperativa) y al desarrollo intelectual al momento del tratamiento. Además, debe tenerse en cuenta que en la infancia, los esquemas centrales son susceptibles de influencia (por encontrarse en formación), de manera tal que será fundamental el

trabajo con los estilos de interacción familiar y los patrones de aprendizaje desadaptativos para lograr la estabilidad y la generalización de los resultados.

Además, como sostienen Olivares Rodríguez et al. (2007), las intervenciones psicológicas con niños tienen como fin ayudarles al logro de una mayor adaptación y autonomía, lo cual implica colaborar con ellos en el aumento de su capacidad en el cumplimiento de objetivos, entrenándolos para que se adapten de manera eficiente a su entorno. Es por eso que no podrá prescindirse de la colaboración de los padres, maestros y otras personas significativas que componen su entorno de interacción generando y manteniendo la conducta problema.

Diversos autores afirman que la TCC con niños y adolescentes ha crecido enormemente en los últimos años a la vez que se han realizado investigaciones que permitieron vislumbrar opciones de tratamiento para trastornos para los cuales antes no se hallaban respuestas (Bunge et al., 2010)

Tal es el caso de Olivares Rodríguez et al. (2007) quienes proponen un Tratamiento psicológico del mutismo selectivo para niños basado en la Terapia Cognitivo Comportamental.

### 3.7.2) Tratamiento psicológico del mutismo selectivo. Un modelo de intervención.

Según Olivares Rodríguez et al. (2007), el patrón de respuestas de ansiedad presente en los niños con mutismo selectivo supone la participación de tres componentes con manifestaciones clínicas descritas anteriormente. Este tipo de respuestas son mantenidas por reforzadores negativos y positivos, toda vez que la evocación de situaciones pasadas motivan la ejecución de este tipo de respuestas, entendidas como respuestas de evitación (a veces activa y a veces pasiva), que le proporcionan una vía de escape seguro frente a la inminencia del estímulo ansiógeno.

Es por esto que sólo puede entenderse el mantenimiento del mutismo asociando este patrón de respuestas (a la situación de habla temida) con su activación automática frente a la posibilidad de ocurrencia de dicha situación. De aquí se desprende el papel fundamental de los reforzadores en el desarrollo y en el mantenimiento del mutismo.

Entonces, siguiendo a Reed (1963), el tratamiento del mutismo psicológico debe dirigirse a extinguir todo refuerzo y a realizar aproximaciones a las situaciones que resultan ansiosas para el niño.

En este sentido, Olivares Rodríguez et al. (2007) proponen que, si se entiende al mutismo como un comportamiento aprendido y mantenido por refuerzos positivos y negativos, la aplicación de técnicas de moldeamiento, desvanecimiento estimular, reforzamiento (positivo y negativo) y extinción, estarán dirigidas al aprendizaje de respuestas alternativas. En cambio, si el miedo a hablar se presenta como una respuesta de ansiedad, serán indicadas las técnicas de relajación y de respiración. De igual manera, si el miedo a hablar se mantiene por la confirmación de las expectativas respecto a las situaciones temidas, serán efectivas técnicas tales como el entrenamiento en habilidades sociales, el modelado y el automodelado. Además, si el niño no habla a nadie, las técnicas a usar serán moldeamiento, muestreo de refuerzos y modelado, pero, si el habla se produce ante pocas personas, este autor propone el uso de desvanecimiento estimular y automodelado filmado. Por el contrario, si el habla se produce ante muchas personas en una sola situación o ante pocas personas en diversas situaciones, la técnica empleada será desvanecimiento estimular.

#### 3.7.2.1) Descripción de las técnicas

Para la extinción de los refuerzos que sostienen la conducta problema, para la reducción de los niveles de ansiedad y para cambiar las expectativas negativas sobre los acontecimientos, Olivares Rodríguez y Méndez (2005) definen las siguientes técnicas:

*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. En este caso, la conducta pretendida será el uso del lenguaje oral con otras personas.

*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. Este procedimiento se repetirá con personas a las cuales el niño no hablaba, tratando de que finalmente hable a la persona extraña en ausencia de la persona conocida.

*Reforzamiento positivo:* El objetivo de esta técnica es incrementar la probabilidad de ocurrencia de la respuesta deseada (el lenguaje hablado). Para ello, se proporcionará un objeto o situación valorado positivamente por el niño de forma inmediata a la producción del habla.

*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. Por ejemplo, se le impide al niño abandonar la consulta hasta tanto emita una palabra. Si lo hace, podrá irse y, tras hablar se sentirá aliviado, reforzando la conducta esperada del habla.

*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 (mirar al interlocutor mientras habla, modificar la postura y el tono de voz, iniciar y mantener conversaciones, iniciar el juego con los otros niños, etc.) que como consecuencia del aislamiento social se han ido deteriorando o no han sido aprendidas.

*Modelado:* Se basa en la observación del comportamiento en un modelo como método de aprendizaje y de modificación de conductas. Los niños observan constantemente cómo sus compañeros hablan a las personas en las situaciones en las que ellos se ven imposibilitados para hacerlo.

*Automodelado filmado:* Esta técnica consiste en utilizar grabaciones filmadas del niño con mutismo selectivo hablando con su propia madre para modelar su conducta. También se graba a las personas que el niño no habla: contestando a las preguntas que previamente se han grabado cuando el niño se las hace a su madre o bien formulando las preguntas ante las respuestas del niño a su madre. Con estas grabaciones, se hace un montaje en el que aparece el niño preguntando y las personas a las que no habla contestando o éstas preguntando y el niño respondiendo verbalmente.

En relación al número de sesiones requerido para el logro del habla espontánea, Olivares, Rodríguez et al. (2007), postulan una media de 40 sesiones, mientras que para el logro del habla como respuesta a preguntas la media es de 12 sesiones.

#### 4) METODOLOGÍA

#### 4.1) Tipo de Estudio: Descripción de caso único.

#### 4.2) Participantes

Se trabajó con una paciente de siete años de edad, de nombre J quien fue derivada al Servicio de este hospital por la psicopedagoga de la dirección de Medicina Preventiva, quien asistió a la paciente por derivación de establecimiento educativo al que concurre.

Al momento del inicio del tratamiento, J cursaba estudios de 2do grado del EGB .

EL grupo familiar de la paciente se compone de ambos padres y de dos hermanas de 12 y 5 años de edad, de las cuales la menor presenta sintomatología compatible con el mismo trastorno identificado en J.

El motivo de consulta inicial fue la ausencia de habla de la paciente con personas extrañas a los miembros de su familia de origen. Los síntomas iniciales comenzaron a los 2 años de edad, presentando en la actualidad sintomatología concordante con un cuadro de mutismo selectivo.

#### 4.3) Instrumentos

Con el objetivo de recabar información sobre el estado comportamental, emocional y situacional de la paciente, los psicólogos del servicio de psicología infantil han administrado y analizado los instrumentos y herramientas que se detallan a continuación, a los que se ha accedido a través de la lectura de los mismos.

\* Entrevista semidirigida

\* *Entrevista Breve para padres (Olivares Rodríguez, Alcazar & Olivares Olivares, 2007)*: Instrumento elaborado para recabar información relevante relacionada con el mutismo selectivo y las variables que pueden estar influyendo en su mantenimiento. Explora también los refuerzos y castigos utilizados por los padres y su grado de eficacia.

\* *Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar (Olivares Rodríguez, Alcazar & Olivares Olivares, 2007)*: Instrumento que proporciona un indicador de la necesidad de intervención y analiza porque el

sujeto tiene miedo a hablar, que ha hecho para superarlo, cuanto miedo le da hablar, con que personas concretas, etc. Consta de 5 ítems de respuesta cerrada.

\* *Protocolo para la detección de posibles casos de mutismo selectivo (Olivares Rodríguez, Alcazar & Olivares Olivares, 2007)*: Cuestionario que contiene preguntas para explorar la presencia de mutismo selectivo. Está dirigido a garantizar información básica. No establece criterios diagnósticos.

\**Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend – Social Anxiety and Distress Scale, SADS (Watson, 1969)*: Es una escala para evaluar, desde un punto de vista subjetivo, el grado de ansiedad y evitación. Consta de 28 ítems que diferencian entre ansiedad de actuación y ansiedad social, proporcionando una puntuación general relacionada con la gravedad total de ansiedad y de evitación. Es un instrumento de autoaplicación del cual no existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad.

\* *Escala Breve de Fobia Social –Brief Social Phobia Scale, BSPS (Davidson et al., 1991)*: Escala de 11 ítems que se divide en 2 subescalas: miedo/evitación (ítems 1-7) y síntomas fisiológicos (ítems 8-11). Los ítems de miedo se califican mediante una escala Likert de 0-4 (0, nada; 4, extremo, incapacitante y/o extremadamente estresante). Los ítems de evitación se califican mediante una escala Likert de valores de frecuencia (0, nunca; 4, siempre, 100 %). Los ítems de manifestaciones neurovegetativas, se califican utilizando la misma escala de intensidad que el miedo. Se obtiene una puntuación total y puntuaciones en cada subescalas, con el objetivo de evaluar la gravedad de los síntomas. La puntuación total obtenida oscila en un rango de 0-72. El punto de corte propuesto por los autores es 18.

\* *Entrevista breve para maestros/educadores (Olivares Rodríguez, Alcazar & Olivares Olivares, 2007)*: Dirigida a recabar información relacionada sobre la modalidad vincular y el estilo conductual de la niña en el ámbito escolar con el objetivo de identificar las posibles conductas problema que mantienen los síntomas.

\**Historia clínica*: Se tuvo acceso a la historia clínica elaborada en el Servicio de psicología pediátrica del hospital. La misma fue de utilidad para la conceptualización del caso, el tipo de abordaje y las distintas intervenciones que se llevaron a cabo dentro del proceso psicoterapéutico.

\**Informes de las intervenciones realizadas en el contexto de la terapia individual*: Se accedió a la descripción de las intervenciones realizadas por la terapeuta en cumplimiento de la estrategia de abordaje planteada.

Además, parte de la información obtenida sobre la paciente surgió de las entrevistas realizadas a los padres, la cuales pudieron ser observadas en calidad de observador no participante. Cabe destacar, además, que no pudieron observarse los encuentros dentro del ámbito terapéutico, dadas las características sintomáticas inhibitorias de la paciente.

#### 4.4) Procedimiento

El tratamiento se realizó en los consultorios externos del área de Psicología del Servicio de Pediatría del Hospital a través de aproximadamente 10 encuentros.

Se implementó la modalidad de un encuentro semanal de aproximadamente 1 hora de duración.

Al inicio del tratamiento y con el fin de recabar la información necesaria para el establecimiento del diagnóstico, se realizaron en primer término entrevistas semidirigidas y estructuradas a ambos padres.

En segundo lugar la psicóloga a cargo entrevistó a la orientadora escolar de la institución a la cual asiste la paciente, con el fin de recabar información sobre la modalidad vincular y el estilo conductual de la niña en el ámbito escolar para identificar las posibles conductas problema que mantienen los síntomas.

Además, con ayuda de la madre, la psicóloga interviniente administró a la paciente diversos instrumentos con el objetivo de indagar el tipo de respuestas ante determinadas situaciones para establecer en que momentos y bajo que circunstancias se producía la aparición de la sintomatología.

Una vez establecido el diagnóstico de mutismo selectivo, se comenzó con la aplicación del tratamiento basado en la Terapia Cognitiva Conductual.

Cabe aclarar que la información obtenida surge del análisis de los diferentes instrumentos y herramientas realizado por la psicóloga interviniente en el caso y de las observaciones realizadas.

#### 5) DESARROLLO

En cumplimiento con los objetivos propuestos en el presente trabajo, se detallará a continuación la información obtenida sobre J a través de los distintos instrumentos dispuestos por la psicóloga interviniente para tal fin.

### *5.1) Descripción y análisis de la sintomatología presentada por la paciente*

#### *5.1.1) Entrevista semidirigida*

En el momento del ingreso al servicio de psicología infantil del Hospital, se realizó una entrevista de admisión a la madre de J, con el objetivo de recabar información sobre la problemática presentada por la paciente, el estado actual de la misma y obtener datos relacionados con la composición familiar. Esto permitió el acercamiento a la situación del paciente y permitió establecer una línea de trabajo a seguir.

En el momento de la admisión, J tenía 7 años de edad y cursaba, como repitente, el 1er grado de EGB .

Su grupo familiar está compuesto por el padre, la madre y dos hermanas de 5 y 12 años de edad quienes conviven en la casa paterna junto a la paciente. La madre es ama de casa y el padre trabaja como custodio en una fábrica permaneciendo la mayor parte del tiempo fuera de la casa.

La casa cuenta con una sola habitación, en la cual hay dispuestas tres camas. Una de ellas es compartida por la paciente, su madre y la hermana menor debido a las recurrentes pesadillas que sufre J por las noches. Las otras dos camas son ocupadas por la hermana mayor y el padre de las niñas respectivamente.

Sobre las intervenciones pasadas realizadas en la niña, la madre cuenta que estuvo en tratamiento psicológico por indicación de la psicopedagoga del establecimiento educativo, asistiendo por un corto período sin observarse cambio alguno. Nunca le han indicado que tomara medicación ni le han realizado otro tipo de estudios clínicos.

Sobre los síntomas presentados por J, la madre relata que la niña no habla afuera de la casa con ninguna persona extraña al ámbito familiar, ni siquiera en el colegio, con ningún docente ni con sus compañeras de clase. Ante la situación de habla, “se pone toda colorada, dura y mira el suelo”. Solo habla normalmente y nunca dejó de hacerlo, dentro de su casa con sus padres y hermanas, comportándose de manera normal como siempre lo había hecho.

Según su madre, dejó de hablar a los 3 años de edad y como consecuencia de esto, la niña no escribe ni lee, razón por la cual repitió 1er grado. La describe con un comportamiento acorde a las niñas de su edad mientras están dentro de su casa, en donde se comporta naturalmente y sin ninguna inhibición, higienizándose y vistiéndose por sus propios medios y jugando con sus hermanas y con su padre. Muestra dificultad para hacer la tarea, frustrándose cuando algo no le sale bien. Demuestra su enojo con pataletas o rabietas en dichas ocasiones. En el colegio permanece a un costado, sola y no tiene ninguna amiga. Al salir de allí permanece callada hasta llegar a la casa en donde cambia su actitud y comienza a hablar normalmente.

Describe que su hija escucha las conversaciones que mantiene fuera de la casa, pero nunca participa de ninguna conversación, evitando todo tipo de contacto visual con extraños.

La madre estima que la dificultad de su hija reside en que “no puede hablar ya que es muy tímida y vergonzosa, igual que yo.”

Esta descripción realizada es coincidente con lo postulado en los manuales de clasificación DSM IV, (APA 2000) y CIE 10 (OMS, 1992) y lo referido por Olivares Rodríguez et al. (1996, 2006) sobre la edad de inicio del trastorno, las características sintomatológicas y el patrón de respuestas somáticas y motoras propias del mutismo selectivo, como así también del alcance de los mismos.

Además, este tipo de respuesta proporcionado por la paciente, coincide con lo descrito por Sandin y Chorot (1995) en relación a los componentes fisiológicos y conductuales propios de la ansiedad, como también a lo relatado por García López et al. sobre manifestaciones típicas de la fobia social.

#### 5.1.2) Entrevista breve para padres

La entrevista fue realizada a ambos padres durante los encuentros iniciales con el objetivo de determinar las situaciones que pueden dar origen a la presencia de sintomatología en la paciente, su frecuencia y las características de la misma. Se trató también de indagar sobre los posibles estímulos que refuerzan positiva o negativamente la presencia de los síntomas en la niña, en concordancia con lo postulado por Olivares Rodríguez et al (2007).

En relación a la historia vital de la niña, ambos padres coinciden en señalar que la misma hablaba y se desarrollaba con total normalidad hasta los 3 años de edad, momento en que dejó de hacerlo sin motivo aparente. La primer consulta fue realizada por indicación de la psicopedagoga del colegio, a la edad de 6 años, ya iniciada la escolaridad, momento en que la sintomatología era

evidente. Esto es coincidente con lo descrito en el DSM IV (APA, 2000) y postulado por Olivares Rodríguez et al (1996) sobre la edad de inicio del mutismo, cita cerca de los 3 años de edad, siendo manifiesta recién en el inicio escolar, tal cual sucedió con la paciente.

En relación a las circunstancias en que la niña evita hablar, ambos coinciden en que esto sucede siempre fuera del ámbito de la casa y frente a personas desconocidas, mientras que dentro del hogar el comportamiento es normal y “hasta grita, dice malas palabras y pelea con sus hermanas”. En las ocasiones en que sale del hogar y debe enfrentarse con la posibilidad de dialogar con otras personas, recurre a conductas de evitación como esconderse detrás de sus padres, retirar la vista, quedarse quieta mirando para abajo o permanecer a un costado de la situación de diálogo, aislada. Según la madre la niña siempre “se pone dura, toda colorada y mira el suelo”. Esto concuerda con lo postulado por Olivares Rodríguez et al.(1996) sobre la presencia de determinantes biológicos en el niño (en este caso, presencia de ansiedad como respuesta) y psicológicos (aprendizaje de respuestas de evitación y escape, déficit en la historia de aprendizaje de conductas adaptativas) que colaboran en hacer de la niña un ser vulnerable frente a estas situaciones, propiciando la aparición de este patrón de respuestas ante la situación de habla o interacción social con extraños.

En relación al tipo de respuestas presentadas por la paciente, sus padres describen respuestas fisiológicas tales como rigidez corporal, enrojecimiento facial, sudoración y balanceo del cuerpo ante la posibilidad de enfrentar las situaciones de habla. Esto ocurre incluso en casa de su tía y en el colegio.

Estas conductas son concordantes con lo descrito por Olivares Rodríguez et al. (2007) acerca del patrón de respuestas característico del mutismo selectivo. Así entonces, J acude a estas respuestas de evitación aprendidas, tanto pasivas como activas que le otorgan una vía de escape logrando su cometido: al aislarse no se ve obligada a contactar ni verbalmente ni visualmente con extraños, impidiendo enfrentarse con los estímulos ansiógenos.

Puede agregarse también que los síntomas presentados son los descritos acerca de la fobia social, tal cual señala el DSM IV (APA, 2000) y postulan autores tales como Torgensen (1979), García López et al. y Kaplan (1999); como así también lo postulado por Olivares Rodríguez et al. (2006) dentro de la caracterización propia de la fobia social específica.

### 5.1.3) Entrevista para maestros

Esta entrevista fue realizada a la orientadora escolar de la institución educativa a la cual asiste J, quien solicita una evaluación psicológica de la niña ya que no establece ningún tipo de relación con sus pares ni docentes y su rendimiento académico es muy bajo.

La docente relata que J nunca estableció contacto verbal con nadie dentro del colegio y que siempre permanece aislada del resto del grupo. Por su conducta, los compañeros no suelen tenerla en cuenta para sus juegos en el recreo, quedando excluida del grupo de pares. Durante los recreos, permanece a un costado, aislada y sola. La maestra relata que “siempre se la ve triste”.

En relación al rendimiento académico, al momento de la entrevista, la paciente se encontraba repitiendo 1er grado del EGB ya que no había alcanzado los niveles deseados de aprendizaje (no puede leer, ni escribir) necesarios para la promoción. En situación de trabajo áulico, la niña realiza sus actividades siempre de forma individual, aunque con mucha dificultad, razón por la cual debe concluir en casa aquello que no completó durante el día de clases. En ocasiones en que se le ha ofrecido ayuda se ha mostrado reticente a aceptarla, manifestando ansiedad a través de respuestas fisiológicas como mantener los puños cerrados, transpirar o agitarse. Si la actividad propuesta es de tipo grupal, suele presentar sintomatología como la descrita anteriormente y, al no poder realizar dichas actividades, la niña suele manifestar sentimientos de frustración e inadecuación a través de balanceo en el cuerpo y rigidez corporal. Estas manifestaciones suelen darse con regularidad y son las que mas llaman la atención de la docente. Tampoco participa de la clase de educación física ya que no quiere sacarse el guardapolvo, ni de la merienda grupal, llevándose la comida a casa dentro de su mochila. En esos momentos ella permanece cerca de su maestra o sola en su banco.

En relación a cuales han sido las medidas implementadas por los maestros para ayudarla, la docente refiere que se ha intentado hablar con la alumna sobre estas situaciones aunque nunca han obtenido ningún tipo de respuesta verbal por parte de la niña. Tampoco realiza contacto visual con sus compañeros de clase. En ocasiones se la exime de realizar algunas tareas (compartir un asiento con el compañero, contestar en voz alta o leer) siendo la docente quien responde por ella. Ante la imposibilidad de establecer una comunicación verbal, la docente relata que ante su insistencia, J suele responder con movimientos de cabeza, asistiendo o negando, sin mantener contacto visual. No utiliza modos de comunicación alternativos con ninguno de sus compañeros, manteniéndose al margen de todas las actividades grupales dentro y fuera del aula.

No utilizan en la institución ningún sistema de premios y/o castigos que refuercen o tiendan a eliminar las conductas de J.

De lo relatado por la docente se evidencia claramente la presencia de sintomatología de mutismo y de fobia social en la niña, concordante con lo postulado en el DSM IV (APA, 2000) con respecto a las características sintomáticas y a las alteraciones significativas que las mismas producen sobre la persona. Además, se corresponde con lo postulado sobre fobia social por autores tales como Torgensen (1979), García López et al. y Kaplan (1999) en relación a las diversas situaciones temidas y al tipo de respuestas dadas por quienes padecen fobia social. Es coincidente también con lo postulado por Olivares Rodríguez et al. (2006) quien consigna esta caracterización dentro de la fobia social específica. Queda evidenciado también lo descrito por Olivares Rodríguez et al. (2007), respecto de los síntomas propios del mutismo selectivo, el ámbito en que se manifiestan, el momento de aparición de los mismos y las repercusiones negativas sobre el desarrollo de individual, social y escolar de quien lo padece. Es claramente observable que, si bien los síntomas estuvieron presentes en la niña desde los 3 años de edad, los mismos se evidencian y producen sus efectos recién en el ingreso escolar, dificultando su desarrollo académico (repite 1er grado). También es evidente el alcance de la patología en el desarrollo social de la niña, toda vez que permanece aislada del resto del grupo sin poder integrarse, manifestando sentimientos de frustración (a través del enojo) frente a las actividades que no puede realizar. Para ello, J hará uso de las conductas de evitación aprendidas (no hablará ni mantendrá contacto ocular) que le permiten escapar de los estímulos ansiógenos, tal cual expresa Olivares Rodríguez et al. (2007) en relación a las conductas evitativas propias de niños con mutismo.

5.1.4) Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar.

Con ayuda de la madre, la psicóloga interviniente administró a la paciente el cuestionario exploratorio para la estimación de la gravedad del miedo a hablar (ver Anexo), con el objetivo de indagar sobre el tipo de respuestas dados por la paciente y establecer bajo que circunstancias se producía la aparición de la sintomatología.

Del análisis del cuestionario surge que la paciente manifiesta ponerse tensa (aprieta sus puños y sudan las manos) y tener pensamientos de anticipación sobre las situaciones sociales que suscitan el habla, despertando en ella sentimientos de temor. Por esta razón es que evitará hacerlo en dichas ocasiones, incluso ante personas a las que podría haber hablado (la niña no habla con sus familiares fuera del hogar, ni con extraños).

La sintomatología presentada es la descrita en el DSM IV (APA, 2000) y en la CIE 10 (OMS, 1992) como propia de mutismo selectivo. Además, es coherente con lo postulado por Olivares Rodríguez et al. (2007) y por Sandin y Chorot (1995) sobre la conformación de un patrón de respuesta somática (rigidez muscular, puños apretados, sudoración excesiva) y subjetiva (pensamientos de anticipación a las situaciones temidas) propias de la ansiedad y del mutismo selectivo.

También es concordante con lo expuesto por Belloch et al. respecto de las manifestaciones de ansiedad presentadas en circunstancias tales como hablar con personas extrañas al ámbito familiar. Además, los síntomas son coincidentes con los descritos por Torgensen (1979) en relación a las respuestas de ansiedad que se suscitan conformando el cuadro de fobia social.

#### 5.1.5) Protocolo para la detección de posibles casos de mutismo selectivo.

Con ayuda de la madre, la psicóloga interviniente administró a la paciente este instrumento (ver Anexo) con el objetivo de explorar la presencia de mutismo selectivo y de garantizar información básica.

La paciente manifiesta la imposibilidad de hablar en el colegio, ante un profesor o con sus compañeros de clase, aunque refiere poder hacerlo en su casa con la familia. Además, reconoce tener dificultad en el ámbito escolar a causa de la imposibilidad de comunicarse, como así también percibe el enojo de los padres ante esta situación de evitar el habla.

Esto es coherente con lo descrito en el DSM IV (APA, 2000) y en la CIE 10 (OMS 1992), en relación a las características esenciales del mutismo selectivo en donde la incapacidad persistente de hablar en la escuela o ante los compañeros de colegio interfiere en el rendimiento escolar y en la comunicación social, a pesar que sus capacidades lingüísticas se desarrollen normalmente en otros ámbitos, como en el hogar.

Además, la negativa a hablar y la existencia de comunicación oral espontánea dentro del ámbito familiar coinciden con la descripción de la caracterización clínica del mutismo selectivo según Olivares Rodríguez et al. (1996).

#### 5.1.6) Escala de Ansiedad Social (SADS)

Con el propósito de evaluar el grado de ansiedad y evitación y la gravedad del trastorno presentado por la niña, la psicóloga interviniente administró la Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend (SADS) (ver Anexo) con la ayuda de la madre.

Esta escala pretende realizar una evaluación subjetiva basada en la experiencia interna del sujeto acerca de la percepción y la evaluación de los estímulos que presenta el ambiente y las conductas de evitación utilizadas como respuesta.

Los resultados arrojados mediante el análisis de dicha escala confirman puntuaciones considerables, ya que si bien esta escala no propone puntos de corte, a mayor puntuación obtenida mayor gravedad del trastorno.

La paciente obtuvo un puntaje total de 28 puntos, (puntaje máximo otorgado para esta escala), lo cual indica una alta y definida presencia de sintomatología ansiosa y de conductas de evitación utilizadas como mecanismo de afrontamiento ante situaciones sociales.

La niña manifiesta sentimientos de nerviosismo y de tensión e imposibilidad para poder relajarse en presencia de desconocidos, lo cual le provoca sentimientos de disgusto. Refiere además, sentirse incómoda ante la posibilidad de hablar en esas ocasiones, situación que será evitada, aunque se trate de una persona conocida (maestra, compañeros de grado, tías, etc.) Es por esto que rechaza las posibilidades de conocer gente nueva, o de integrarse a un grupo de personas desconocidas, inventando excusas para evitar compromisos sociales como cumpleaños, actividades grupales en la clase, situación de juego en la plaza, etc. De este modo evitará acercarse a un grupo de gente, evidenciando tendencia al aislamiento.

Lo descrito da cuenta de la presencia de un alto grado de ansiedad frente a las situaciones sociales, lo cual es manifestado a través de la puesta en práctica de las conductas aprendidas de tipo evitativo que le proporcionan una vía de escape frente a las mismas.

Esto concuerda con lo postulado por Sandin y Chorot (1995) y por Olivares Rodríguez et al. (2007) en relación al componente subjetivo considerado central en el patrón de respuestas de ansiedad presente en el mutismo selectivo. La experiencia subjetiva de los cambios fisiológicos producidos por el estímulo ansiógeno, al ser percibidos como desagradables, contribuyen a la conformación del estado subjetivo de ansiedad. De esta manera se suscitan las respuestas motoras y conductuales que sostienen y conforman el estado subjetivo de ansiedad permitiendo el despliegue de las conductas evitativas aprendidas propias del mutismo selectivo.

Esto es coherente con lo descrito en el DSM IV (APA, 2000) acerca de los síntomas presentes en los niños con diagnóstico de fobia social y sobre las consecuencias de los mismos,

produciendo reacciones tales como inhibición, retraimiento y conductas de evitación de las situaciones sociales, los cuales están presentes en forma evidente en la paciente.

#### 5.1.7) Escala Breve de Fobia Social (BSPS)

Con el propósito de evaluar la presencia e intensidad de síntomas característicos de la fobia social, la psicóloga interviniente administró la escala Breve de Fobia Social (ver Anexo).

Se trató de determinar cuanto temor experimenta la paciente y en que medida evita diversas situaciones sociales, como así también la presencia e intensidad de cuatro de los síntomas neurovegetativos típicos presentes en personas con fobia social. Los resultados arrojados mediante el análisis de la presente escala confirman puntuaciones considerables.

Tabla 1. Puntajes obtenidos en la Escala Breve de Fobia Social (BSPS).

Parte I	
Miedo (ítems 1-7)	27
Evitación (ítems 1-7)	27
Parte II	
Sintomatología Fisiológica (ítems 1-4)	12
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>66</b>

Siendo el punto de corte propuesto para esta escala de 18 puntos (Davidson et al., 1991), puede establecerse una firme y contundente presencia de sentimientos de temor, conductas de escape frente a ellos y sintomatología concordante con fobia social en la paciente.

Del análisis de los resultados obtenidos, cabe destacar que el miedo experimentado por J frente a las situaciones sociales, resulta incapacitante y extremadamente estresante en la mayoría de los casos. Estos sentimientos y sus consecuencias son percibidos y experimentados ante la situación de hablar en público, con extraños y ante personas de autoridad. También, el ser objeto de crítica o el exponerse a una situación humillante son eventos que provocarían en ella un alto grado de incapacidad y sentimientos de inadecuación e inhibición, lo cual suscita la puesta en práctica de conductas de evitación cada vez que se ve expuesta a alguna de ellas. De la misma manera, el hecho de hacer algo mientras es observada, despierta sentimientos de temor constantemente, dominando su vida, razón por la cual frecuentemente evitará hacerlo. Además, ante la posibilidad de establecer contacto con otras personas, responderá con síntomas fisiológicos de sudoración, enrojecimiento y palpitations de manera constante, lo cual resultaría

incapacitante y estresante en la niña. En menor medida experimenta respuestas fisiológicas de temblores y sacudidas frente a las situaciones descritas, siendo estas de carácter moderado.

Esta descripción es concordante con lo postulado por Kaplan (1999), en relación a la patogenia de las fobias en la cual, ante la anticipación de las situaciones temidas o ante la percepción de una situación evaluada como temerosa, J hará uso de las respuestas de ansiedad evitativas que terminarán resultando inhabilitantes e incapacitantes, impidiendo su normal desarrollo.

Las manifestaciones psicofisiológicas presentes en la niña son coincidentes con las postuladas por autores como García López et al. como las más frecuentes en niños diagnosticados con fobia social. De la misma forma, las respuestas presentadas a partir de la experiencia de temor, concuerdan con lo expuesto por Torgensen (1979) y Olivares Rodríguez et al., (2006) en relación a la fobia social específica. Además, este tipo de respuesta coincide con lo descrito por Belloch et al. en relación al tipo de respuesta dada dentro de la fobia social restringida ya que la respuesta evitativa se presenta en situación de habla en público. También, lo manifestado por J esta en línea con lo propuesto por García López et al. sobre las consecuencias inhabilitantes de las respuestas evitativas sobre la persona fóbica a partir de la percepción de miedo.

Lo antes expuesto evidencia la presencia de síntomas de ansiedad social y de mutismo selectivo en la paciente tal cual son descritos por los autores de referencia.

Este cuadro psicopatológico es manifestado a partir de las respuestas fisiológicas y motoras descritas, tales como enrojecimiento facial, sudoración, tensión muscular, rigidez corporal, balanceo del cuerpo y aumento del ritmo en la respiración dadas por la niña toda vez que debe enfrentar o que anticipa pensamientos negativos sobre situaciones que evalúa como desagradables y ante las cuales siente temor. Estas situaciones son siempre de índole social en las cuales es necesario la realización de algún tipo de interacción con la otra persona.

Este contexto de interacción social suele provocar en la paciente sentimientos de nerviosismo, incomodidad e inadecuación, razón por la cual tratará de evitarlos. Para ello hará uso de las conductas aprendidas con el fin de evitar enfrentarlas, negándose a hablar en la totalidad de los casos, evitando mantener contacto ocular y/o físico con extraños y rechazando la participación en actividades grupales, manteniéndose aislada.

Este patrón de respuesta resulta inhabilitante e incapacita a la niña impidiendo su normal desarrollo individual, social y académico, causando repercusiones negativas sobre su persona.

Tanto las respuestas descritas ante las situaciones de interacción social como las conductas evitativas desplegadas por la paciente y sus consecuencias, se corresponden con lo descrito por el DSM IV (APA, 2000) sobre las características diagnósticas necesarias para determinar la presencia de fobia social.

### 5.2) *Diagnóstico diferencial con el trastorno de fobia social.*

A partir de la descripción y del análisis de la sintomatología presentada por la paciente y detallada en el punto anterior, los síntomas presentados por la paciente dan cuenta de la presencia de sintomatología concordante con mutismo selectivo tal cual se describe en el DSM IV (APA, 2000) y en la CIE 10 (OMS, 1992). De la misma manera, la sintomatología presentada puede relacionarse con lo descrito acerca de la fobia social, en dichos manuales.

Así entonces, como surge de los instrumentos referidos para la detección de síntomas de mutismo selectivo y a partir de lo descrito en este aspecto por padres y maestros, puede determinarse que la paciente, según lo postulado por Olivares Rodríguez et al. (1996) presenta los siguientes síntomas propios de mutismo selectivo:

- Descenso de la frecuencia de habla hasta su anulación (la paciente hablaba con normalidad en todos los ámbitos hasta los 3 años de edad).
- Incapacidad o negativa de hablar ante la presencia de extraños, aunque demuestre capacidad de hacerlo dentro del ámbito íntimo con algunas personas.
- Inexistencia de algún otro tipo de trastorno que justificara esta incapacidad (tartamudeo, TGD o alguna otra patología).
- Presentación de un patrón de respuesta somática, fisiológica y cognitiva destinadas a evitar el estímulo ansiógeno (rigidez corporal o tensión muscular excesiva, nerviosismo, agitación, aumento de la sudoración, balanceo del tronco en ocasiones, enrojecimiento facial, evitación de contacto ocular, retraimiento, aislamiento e inhibición) propia del mutismo.
- Presencia de conductas de evitación aprendidas destinadas a escapar de la situación.

A partir del análisis de la información obtenida en la Escala Breve de Fobia Social (Davidson, 1991) y de la Escala de Ansiedad (Watson & Friend 1969), como así también de lo relatado en las diversas entrevistas, se evidencia la presencia de síntomas concordantes con fobia social.

A saber:

- Temor persistente a la exposición en situaciones sociales (hablar con personas ajenas al ámbito íntimo, hablar en público, participar de actividades sociales, ir a fiestas, interaccionar con extraños, ser observado, exponerse a situaciones humillantes, etc.).
- Incapacidad de relacionarse socialmente con extraños, aunque pueda hacerlo en el ámbito familiar.
- Patrón de respuestas de ansiedad ante estas situaciones (sudoración, enrojecimiento, palpitaciones, nerviosismo, tensión, dificultad para relajarse, inhibición, retraimiento, tendencia al aislamiento, etc.)
- Comportamientos de evitación que interfieren en la rutina y el desarrollo integral de la persona.

Cabe consignar que tanto la descripción del DSM IV (APA, 2000), como la realizada por autores tales como Olivares Rodríguez et al. (1996, 2006, 2007) correspondiente a la fobia social, incluyen todos los síntomas propios del mutismo selectivo, dando cuenta del solapamiento existente entre los síntomas de ambos trastornos.

Como se describe en el análisis de las entrevistas y en los instrumentos de evaluación, la paciente presenta claramente síntomas de ambos trastornos, razón por la cual podría establecerse una concurrencia o comorbilidad total entre ambos.

Esto estaría en línea con lo postulado por autores tales como Torgensen (1979), García López et al. y Kaplan (1999), en relación a la alta comorbilidad existente entre estos trastornos.

Además, esta caracterización sintomática presente en la niña, es signada por Olivares Rodríguez et al. (2006, 2007) como propia del mutismo selectivo, quien también la consigna dentro de la fobia social específica. Esto evidencia la congruencia entre los síntomas de ambos trastornos.

Además, también dan cuenta de este solapamiento a través de diversas investigaciones, autores tales como García López et al., Yeganeh et al. (2003) Black y Uhde (1992) y Kristensen (2000), quienes postulan la conveniencia de tener en cuenta la consideración del mutismo selectivo como una variante extrema de la fobia social, lo cual permitiría su conceptualización, evaluación y tratamiento como un trastorno de ansiedad.

### *5.3) Manifestación y mantenimiento de la patología en la paciente. Relación con el contexto familiar y educativo.*

Tanto en la entrevista de admisión realizada a la madre, como en la Entrevista breve para padres, la madre se mostró extremadamente temerosa y ansiosa, utilizando para su verbalización un tono de voz muy bajo que a veces imposibilitaba la escucha por parte del terapeuta. Además, presentó un vocabulario restringido, contestando en la mayoría de los casos, con monosílabos, razón por la cual la psicóloga se vió obligada a repreguntar para poder así obtener mayor información. En contadas ocasiones la entrevistada estableció contacto visual con la psicóloga, evitando el mismo durante la mayor parte del tiempo de duración de dichos encuentros. Pudo observarse también que la postura corporal evidenciaba una tensión muscular excesiva. Por su parte, el padre se presentó de manera correcta y formal, aunque también evidenció comportamientos que podrían referir a cierta inhibición o timidez en su manera de comunicarse o expresarse.

En la entrevista breve para padres, es notoria la referencia del padre a una identificación de la hija con la forma de actuar de su madre, señalando a ambas como tímidas y vergonzosas, motivo que ocasionaría el mutismo en su hija.

Por su parte la madre refiere comprender lo que le pasa a su hija ya que, (como también fue señalado en la entrevista de admisión), cuenta haber sufrido la misma imposibilidad de pequeña, sin poder hablar hasta los 11 años de edad, padeciendo un sentimiento de vergüenza y timidez a la hora de hacerlo, aún en la actualidad. Además, cuenta que repitió dos veces segundo grado y que la hermana menor (en ese momento de 5 años) manifiesta los mismos síntomas que su hermana.

En este sentido, podría explicarse la inhibición persistente al habla, presente en J, (y en su hermana menor que no es objeto de evaluación aquí) desde la presencia de variables ambientales que proporcionan el desarrollo del trastorno y que son claramente visibles en el entorno de la

niña. Esto estaría en concordancia con lo postulado por Olivares Rodríguez et al. (2007), Kaplan (1999) y Ajuriaguerra (1996), en tanto que existiría una estrecha relación entre la aparición del mutismo selectivo, el marco familiar propicio y los determinantes biológicos y ambientales que lo sostienen, claramente identificables en este contexto.

Además, es dable destacar lo postulado por Kaplan (1999) en relación al aprendizaje por imitación directa de los distintos tipos de respuesta propios de personas con cuadros de fobia social, siendo clara la relación existente entre las conductas aprendidas de la niña respecto del actuar temeroso, ansioso y sobreprotector de su madre.

Tanto en la entrevista de admisión como en la entrevista realizada a los padres, su madre refiere que frecuentemente, J se sobresalta durante las horas de sueño, razón por la cual duerme con ella en la cama. Además, a consecuencia de verse imposibilitada para resolver las tareas escolares, usualmente manifiesta su frustración a través del enojo y del llanto, siendo su hermana mayor quien termina resolviendo sus obligaciones escolares, librándola de ellas. Esta actitud es apoyada por ambos padres quienes manifiestan “no saber que hacer con la niña”.

En este sentido, cabe destacar que la presencia de actitudes de sobreprotección tanto de la madre, como de la hermana mayor contribuirían al mantenimiento de las conductas inapropiadas usadas por J. Estos comportamientos son descritos como variables centrales en el mantenimiento del trastorno de mutismo y en la formación de respuestas de ansiedad fóbica postuladas por Kaplan (1999), Ajuriaguerra (1996) y por Olivares Rodríguez et al. (2006)

En la entrevista breve para padres, el padre refiere que su preocupación gira en torno a la incapacidad de la niña de establecer relaciones sociales con sus pares lo cual obstaculizaría sus progresos en el colegio, temiendo que vuelva a repetir el grado.

Ambos padres refieren que “no saben que hacer” con la niña ya que ni siquiera puede hablar con sus tías porque permanece callada y aislada, igual que en el colegio.

Frente a las diversas situaciones en que se presentan estas conductas inadecuadas, los padres refieren que actualmente no hacen nada en el momento, pero sí al llegar a la casa, en donde en ocasiones, J es reprendida por no “hacer el esfuerzo” para poder hablar igual que lo hace en la casa. Además, se le advierte sobre las consecuencias negativas sobre su conducta (no va a tener amigos y va a volver a repetir de grado).

La madre relata sentir vergüenza por el comportamiento de su hija y aunque comprende lo que le pasa, suele manifestar su enojo con la hija comunicándole este sentimiento, ocasionando, a veces, el llanto en la niña.

En tanto, sus comportamientos adecuados (situaciones de habla normal en la casa), no son incentivados ni resaltados positivamente por ninguno de los padres, ya que ambos refieren, muy por el contrario, comparar esas situaciones apropiadas con las que frecuentemente presenta de manera inapropiadas.

En relación a las conductas intentadas por los padres para que estos comportamientos desaparezcan, ambos mencionan que, en la actualidad prefieren contestar por ella en lugar de esperar que lo haga por sí sola. Su hermana mayor colabora también en este aspecto, facilitándole la resolución de las tareas y hablando en su lugar (en la plaza por ejemplo).

En cuanto a soluciones intentadas, surge de la entrevista de admisión y de la entrevista breve a padres que la madre solía obligarla a asistir a los cumpleaños de sus compañeros de colegio o a la plaza con el objetivo de que pudiera socializar con sus pares, pero las respuestas evitativas y ansiosas de la niña terminaron por hacerla desistir en estos frustrados intentos. El objetivo sería que “pierda el miedo” y pueda relacionarse con los chicos de su edad. Manifiesta que el padre no sabe que hacer con esta situación.

De la entrevista realizada no puede establecerse que los padres recurran al uso de premios de manera constante ni consecuente. Ambos manifiestan que no utilizan ningún tipo de castigo hacia ninguna de sus hijas.

A partir de la información obtenida es destacable la relevancia del contexto familiar en la aparición y en el sostenimiento de la patología en la niña. Lo descrito por sus padres es coherente con lo postulado por Olivares Rodríguez et al. (1996) sobre la injerencia de los modelos y estilos familiares en este sentido. En este caso, el modelo familiar y el estilo educativo imperante, un estilo coercitivo y autoritario, dan cuenta de la dinámica dentro de la cual la paciente ha aprendido y reforzado sus conductas de escape y evitación, tal cual se detalla en las entrevistas a los padres, en relación a las soluciones intentadas o a las actitudes de los padres frente a las situaciones de evitación del habla. Es entonces como, a través del refuerzo negativo, (amenazas y reproches sobre su conducta de evitación y alivio proporcionado por su hermana o por su madre), se consolidan en la paciente las conductas que le impiden la interacción social y el aprendizaje de habilidades sociales que perpetúan en ella la imposibilidad de hablar y de relacionarse fuera del hogar.

Esto estaría en línea con lo postulado por Ruiz Sancho y Lago Pita (2005), en relación a los mecanismos identificatorios básicos a través de los cuales los niños incorporarían el sistema de respuestas propuesto por sus padres.

En la entrevista breve a la maestra, se evidencia también la colaboración, tal cual sostiene Olivares Rodríguez et al. (2007) del contexto escolar en el mantenimiento del trastorno en la niña, siendo notable la existencia de un déficit en relación a la falta de preparación de los docentes para prestar ayuda a Juliana frente a las diversas situaciones que se presentan en la vida diaria dentro del colegio. Usualmente suelen responder por ella o librarla de algunas actividades, reforzando así sus conductas de escape y perpetuando el problema, tal cual relata la maestra durante la entrevista realizada.

#### 5.4) *Intervenciones efectuadas*

La información obtenida sobre las intervenciones realizadas a la paciente surge de lo manifestado por la psicóloga interviniente en el caso.

Cabe aclarar que no pudo observarse a la paciente dentro del espacio terapéutico debido a las características inhibitorias propias de la patología.

A la luz de las relaciones manifestadas por los resultados obtenidos de la evaluación psicológica que permitieron establecer el trastorno de mutismo selectivo y de fobia social en la paciente, el equipo terapéutico tratante formulo los siguientes objetivos:

En primer lugar, se trato de orientar a los padres, a través de la psicoeducacion, sobre las características de la patología de su hija y sobre los cambios necesarios que debían realizar en el contexto familiar, para colaborar en la mejoría de las conductas de la niña hija.

En segundo lugar y de acuerdo a lo postulado por Bunge et al. al respecto; se consideró necesario tratar de establecer algún tipo de motivación en la niña que permitiese un acercamiento al tratamiento, habida cuenta de las limitaciones presentadas (fundamentalmente, dificultad en la comunicación e inhibición conductual) que impedirían el establecimiento de la relación cooperativa necesaria para el inicio del tratamiento.

En tercer término, una vez instalada esta motivación y generado algún tipo de vínculo empático con la paciente, se comenzó con la aplicación de intervenciones centradas en el tratamiento de la evitación/inhibición del habla.

De lo manifestado por la psicóloga interviniente, durante la etapa destinada a proporcionar información, al primer encuentro solo concurrió la madre a quien se le realizó la entrevista de admisión. Luego, en un segundo encuentro, asistió acompañada por el padre, momento en que se completó la entrevista breve para padres.

En esta ocasión, se brindó información a ambos padres respecto de la ansiedad, explicándoles sus características, como se manifestaba, cuales eran los probables circuitos funcionales que la sustentan dentro del hogar, cuales son las reacciones que produce la ansiedad en el cuerpo, etc. En este sentido, se dieron indicaciones expresas de cómo manejar la ansiedad en la paciente y que tipos de conductas debían reforzar. Específicamente se señaló la importancia sobre el hecho que la niña comenzara a dormir sola y que la madre pudiese realizar sus actividades diarias (compras, trámites, etc.) sin tener que ser acompañada por la hija. Así entonces, en estas ocasiones podría dejar a J en casa de su tía en compañía de las hermanas. También se señaló que le pidiesen a J que les hablara al oído cuando no estuviesen en su casa o frente a extraños. Cada vez que esto ocurriese debía ser acompañado por algún tipo de refuerzo social (felicitaciones o reconocimiento), o material (comprar algo de su agrado en el kiosco).

A partir de este encuentro, se acordó con la madre que debía comenzar a venir con la niña. Así es como a la siguiente entrevista concurre J con su madre y con la hija menor, de 3 años de edad (quien tampoco hablaba). J manifestó una actitud muy temerosa, negándose a ingresar al consultorio, actitud de la cual desistió a partir de la insistencia de su madre. Durante todo el encuentro se mantuvo parada, de espaldas al consultorio, mirando hacia la puerta, sin contactar visualmente con la psicóloga, manteniendo una postura rígida y tensa. Se le mostraron los juguetes del consultorio con el objetivo de despertar algún interés en ella pero sin obtener ningún resultado. Su hermana menor, mientras tanto, acataba los intentos realizados sobre J, jugando con los juguetes propuestos, dibujando, etc.

Esta actitud temerosa se mantuvo durante varios encuentros, en los que siempre permanecía en dirección a la puerta, de espaldas, o en una esquina del recinto, mirando hacia la pared. En estas ocasiones, se intentó hablar con J a través de la madre, preguntándole a ella sobre cosas de interés de la niña. Ante las contestaciones de la madre J reaccionaba poniéndose más ansiosa.

A partir del siguiente encuentro y en vistas de generar algún tipo de interés, se trató de indagar sobre gustos y preferencias de la niña. Para esto, se le pidió que llevara, de tarea para su casa una serie de preguntas a responder por escrito sobre a que le gustaba jugar, que tipos de dibujos o programas eran de su interés, cual era su juguete favorito, etc. J refirió que le interesaba un dibujo animado llamado “Puca”. Este material consta en la historia clínica de la paciente.

A partir de esta información, se comenzó a trabajar con videos de este dibujo, proyectándolos en el consultorio para intentar generar en la niña algún interés, tratando de disminuir además, los síntomas de ansiedad manifiestos durante los encuentros. Así entonces, la semana siguiente ingresa con la misma actitud temerosa, manteniendo el mismo tipo de conducta rígida junto a su madre, pero ante la proyección del video, manifiesta interés mirando el capítulo completo. A partir de aquí, cada vez que la psicóloga hablaba a la madre, la niña comenzó a mirar también a la psicóloga y a prestar atención sobre lo que se decía durante el encuentro lo cual fue aprovechado por la terapeuta, quien directamente comenzó a dirigirse visualmente hacia la niña, tratando de establecer contacto ocular con ella.

Esto fué utilizado como *refuerzo positivo*, en tanto que se le indicó que, cada vez que ingresara al consultorio sin mantenerse al lado de su madre y mirase a la psicóloga cuando esta le hablase, verían un poco de la serie animada en la televisión. Si así no lo hiciese, entonces no sería proyectada esta serie. El uso de esta técnica, coincide con lo propuesto por Olivares Rodríguez y Méndez (2005), para el incremento de la conducta deseada, que en principio, en este caso, no está dirigida al logro del habla, sino a mantener un contacto ocular previo que permitiese la vinculación entre la psicóloga y la niña para poder trabajar.

Además se le indicó a la madre el empleo de refuerzo social (felicitaciones o saludo cariñoso) y material (golosinas al salir del consultorio), cada vez que esta nueva actitud de su hija se presentase en el consultorio.

Una vez despierto el interés en la niña y establecido un principio de vinculación con la misma, se procedió a intervenir en cumplimiento del tercer objetivo propuesto: la aplicación de intervenciones centradas en el tratamiento de la evitación/inhibición del habla.

A partir de esto, en los sucesivos encuentros, se intentó retirar paulatinamente a la madre del consultorio, con el objetivo de lograr que la niña pudiera permanecer dentro de ese ámbito totalmente sola y pudiese interaccionar con la psicóloga en ausencia de la madre. Así, la madre ingresaba con la niña, pero transcurridos unos minutos se le pedía que se retirase. Esta intervención de *desvanecimiento estimular* (Olivares Rodríguez & Méndez, 2005) estaba orientada a lograr que, en principio y gradualmente, la interacción frente a extraños se produjese en ausencia de su madre a través del retiro gradual de la misma, para luego extender esta conducta a la producción del habla frente a extraños.

Al mismo tiempo, como la madre concurría con la hija menor al hospital, ella también ingresaba al consultorio junto a J. La terapeuta advirtió que esta presencia era bien recibida por

J, ya que en encuentros anteriores había utilizado su permanencia en el consultorio y su buena disposición para poder dar indicaciones o para comunicarse con J a través de su hermana. Por esta razón es que se decidió incorporar a la hermana al tratamiento, utilizándola como modelo de aprendizaje y modificación de conductas. El uso de esta técnica de *modelado* es pertinente, según Olivares Rodríguez y Méndez (2005) en tanto el paciente presente un alto nivel de inhibición frente al habla, tal cual ocurre en J. De esta manera resultaría beneficioso la observación e imitación de conductas en un modelo referente para el paciente, como lo era su hermana.

Así entonces, cada vez que la psicóloga proponía una actividad para realizar, esta era indicada en primer lugar hacia la hermana menor quien respondía gustosa, lo cual era imitado inmediatamente por J, logrando avances significativos. Cada conducta esperada era reforzada socialmente por su terapeuta.

A partir de esta inclusión, en los sucesivos encuentros, J comenzó a oponer cada vez menos resistencia logrando ingresar sin su madre al consultorio, lograba sentarse, dibujar, escribir y contestar preguntas por escrito dentro del ámbito terapéutico. Inclusive, logró comenzar a comunicarse a través de señas con la cabeza (asistiendo o negando) y de señalar con sus manos objetos de preferencia como lápices o libros. También logro pasar de grado, bajo la condición de que continuase con el tratamiento psicológico.

El fin del tratamiento se vio precipitado debido al cierre del servicio dentro del hospital por razones de infraestructura edilicia, razón por la cual, la paciente fue derivada a otro Centro de salud .

## 6) CONCLUSION

A lo largo de este trabajo final de integración se ha pretendido describir y analizar el proceso psicoterapéutico en una niña de 7 años de edad. La misma presentaba un diagnóstico previo de mutismo selectivo.

El tratamiento fue realizado mediante la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas derivadas del modelo cognitivo comportamental, referidas como las más utilizadas en el tratamiento del mutismo selectivo (Olivares Rodríguez et al., 2007).

El objetivo fundamental de dicho tratamiento se centró en lograr la extinción de los refuerzos que propiciaban la aparición de los síntomas y en la realización de aproximaciones a las situaciones que resultaran ansiosas para la niña (Reed, 1963), considerando que las

intervenciones aplicadas deben tener como fin ayudar a la paciente en el logro de una mayor adaptación y autonomía (Olivares Rodríguez et al., 2007).

Al momento del ingreso al servicio, la paciente presentaba una marcada tendencia negativa a hablar frente a personas extrañas al ámbito familiar, aunque si podía hacerlo dentro del ámbito íntimo, en el cual presentaba conductas apropiadas a su edad, comportándose sin inhibición alguna y valiéndose por sí misma. El comportamiento inadecuado se evidenciaba claramente ante las situaciones que suscitaban en la paciente la necesidad de realizar algún tipo de interacción social, las cuales provocaban un patrón de respuesta típico de la ansiedad tales como tensión, rigidez muscular, enrojecimiento facial, sudoración, palpitaciones, agitación y en ocasiones balanceo de su cuerpo. Estas respuestas consideradas de evitación, colaboran con la paciente en su logrados intentos de escapar de las situaciones percibidas como temerosas, lo cual además, es reforzado permanentemente por el contexto familiar y escolar, ámbitos que propician el uso recurrente de este tipo de respuestas en la niña perpetuando así su malestar. Como consecuencia, la niña permanece aislada y retraída socialmente, lo cual ocasiona un marcado deterioro en su actividad social y académica interfiriendo notablemente en su desarrollo.

Este cuadro sintomático y conductual evidencia la presencia de un trastorno de mutismo selectivo, el cual fue confirmado a través de la evaluación psicológica realizada, mediante la cual se obtuvo evidencia suficiente para su establecimiento. También pudo establecerse una marcada presencia de síntomas patológicos concordantes con fobia social.

Dicha sintomatología fue descrita por sus padres y su maestra en las entrevistas realizadas, evaluada por la psicóloga interviniente a través de las distintas herramientas propuestas por ella para tal fin, como así también observados por la misma durante los encuentros dentro del espacio terapéutico.

El diagnóstico diferencial realizado con el trastorno de fobia social, permitió establecer la concurrencia sintomática entre ambos trastornos en la paciente, razón por la cual se puede determinar la presencia de una alta comorbilidad sintomática entre ellos.

La revisión y articulación teórica realizada con la información psicológica obtenida de los instrumentos de evaluación, evidencian que los síntomas presentados por la paciente dan cuenta de un cuadro de mutismo selectivo, tal cual es descripto en los manuales de diagnóstico.

Esta caracterización sintomática también es detallada como propia de los cuadros de fobia o ansiedad social, hallándose presente en la paciente sintomatología concordante con este trastorno (en las escalas de ansiedad y fobia social utilizadas para tal fin). Esto daría cuenta del

solapamiento existente en los síntomas de ambos trastornos en la paciente, tal cual es postulado en la bibliografía consultada.

A partir de lo expuesto, podría decirse que la paciente presenta principalmente un cuadro de fobia social, altamente inhabilitante (según los resultados psicológicos obtenidos) dentro del cual, las conductas evitativas relacionadas con la imposibilidad y la negativa a hablar (propias del mutismo), se presentan como los síntomas que evidencian y sostienen al cuadro fóbico de la niña.

Es decir que podría establecerse que no necesariamente el cuadro de fobia social en la paciente debía manifestarse con una sintomatología de mutismo. Pero, esta manifestación ocurre debido a las características particulares del entorno y a los determinantes psicológicos y biológicos en J, que ocasionan su aparición. Aquí, el mutismo selectivo se presenta como un síntoma en sí mismo, sostenido por la patología fóbica de base que lo posibilita o sustenta.

Esto estaría en concordancia con lo expuesto por Torres Iglesias et al. (2004), en relación a los factores que sostienen y dan cuenta de la variabilidad sintomática presente en los cuadros psicopatológicos en los niños, los que se manifiestan de acuerdo a la edad, el momento evolutivo y las circunstancias ambientales.

Además, esto sustenta lo postulado por autores como Torgensen (1979), García López et al. (2008), Kaplan (1999), Yeganeh et al. (2003), Black y Uhde (1992) y Kristensen (2000) en relación a la conveniencia de considerar al mutismo selectivo como una variante extrema de la fobia social y no como una entidad diagnóstica independiente.

El análisis del contexto familiar y educativo de la paciente, realizado sobre las entrevistas a los padres y a la maestra, permitió detectar las variables que dieron origen y que mantienen los síntomas en la niña.

Así entonces, pudo afirmarse que, en este caso existió una estrecha relación entre la patología de la niña y el particular ambiente que propició su desarrollo y mantenimiento, tal cual postulan autores como Kaplan(1999), Ajuriaguerra (1996) y Olivares Rodriguez et al. (2007) al respecto.

En este sentido, y como surge del análisis realizado, el estilo autoritario, coercitivo y sobreprotector de sus padres, en consonancia con los determinantes biológicos y psicológicos presentes en la niña ( ansiedad como respuesta, aprendizaje de conductas evitativas) hicieron de la misma una persona vulnerable que desarrolla sentimientos de inseguridad y poca confianza sobre sí misma, las cuales incrementarían la dificultad para enfrentar nuevas situaciones de

interacción – comunicación social con extraños. Así entonces, J, ante estas situaciones, despliega el patrón de respuestas aprendidas, consolidadas y reforzadas dentro de este ámbito familiar que actúa como modelo de conducta, imposibilitando el desarrollo de habilidades sociales e incrementando las conductas de evitación. Además, el déficit en el entrenamiento de los profesionales de la educación, también han contribuido al mantenimiento de los síntomas en la niña, los cuales son desplegados también en el colegio. (Olivares Rodríguez et al., 2007).

La descripción de las intervenciones realizadas a la paciente se realizó sobre lo manifestado por la psicóloga interviniente, ya que debido a la inhibición conductual presentada por la niña, no se permitía el ingreso al consultorio de personas extrañas a J para no interferir en la aplicación de las distintas estrategias de trabajo ni en los logros alcanzados por la paciente.

Las intervenciones aplicadas, derivadas del modelo cognitivo comportamental, respondieron en principio a anular los efectos de los refuerzos negativos, presentes en el contexto familiar y a propiciar refuerzos positivos, ausentes en el contexto de la niña, sobre los comportamientos deseados en la paciente. En este sentido, a través de la psicoeducación, y con el trabajo en consultorio, trató de indicarse a los padres cuales serían las actitudes a tomar frente a la conducta deseada y cuales debían ser las actitudes a abandonar que reforzaban la conducta indeseada en la niña.

También fueron dirigidas al logro de la producción de habla frente a personas extrañas, para lo cual se intentó la aplicación de desvanecimiento estimular, signándolo en primer lugar a lograr el contacto ocular necesario para poder en principio, interaccionar socialmente dentro del ámbito terapéutico. Esta conducta aprendida en este ámbito podría ser desplegada luego en otros contextos.

Con el fin de que la paciente modificara y aprendiera la conducta deseada es que se aplicó la técnica de modelado, incorporando a su hermana menor como modelo a seguir, lo cual obtuvo excelentes resultados.

El tratamiento debió finalizar por motivos ajenos a los intereses de la paciente y de la terapeuta, habiéndose logrado hasta ese momento avances considerables en J de acuerdo a lo propuesto por la psicóloga tratante, aunque no se pudo lograr la producción de habla, motivo que origina la consulta inicial.

En este sentido, se pudieron identificar dificultades relacionadas con cuestiones de índole institucional, que dificultaron el trabajo de la psicóloga con su paciente y, en consecuencia el logro del objetivo principal. El hospital, mediando el tratamiento, debió mudar sus instalaciones a

otro sector, sin contar en el mismo con la comodidad mínima necesaria para atender las necesidades del paciente. El nuevo lugar de atención era la sala de médicos residentes, la cual se compartía ocasionalmente con los mismos, debiendo realizarse los encuentros en algunas oportunidades, en la capilla del hospital. Finalmente, esta situación derivó en la suspensión del tratamiento y en la derivación de la paciente a otro centro de salud.

Otra limitación identificada que impidió el logro del objetivo principal fue el hecho de que, usualmente, la madre de la niña suspendiera los encuentros programados o dejara de asistir por largos períodos, lo cual dificultaba sostener las intervenciones realizadas y lograr que tuvieran el efecto deseado. Esto se veía también dificultado a partir de la poca colaboración del padre, quien asistió solamente en una ocasión.

Además, las características de la patología, dan cuenta de la necesidad de una intervención sobre la dinámica familiar, ya que claramente ha quedado establecida la relación existente entre el estilo familiar de la paciente y la presencia de psicopatología en la misma.

En este aspecto hubiese sido positivo, para el logro de mayores avances en la niña, realizar intervenciones destinadas a disminuir las conductas de sobreprotección y de refuerzo negativo de su hermana mayor quien acudía en su ayuda ante el mas mínimo requerimiento sin permitirle a la niña intentar actuar por sí sola, reforzando su conducta y perpetuando su vulnerabilidad.

Además, hubiese sido necesaria la inclusión del padre en el tratamiento, ya que, parte de las conductas coercitivas o amenazantes eran proferidas por él a la niña, perpetuando su sentimiento de inadecuación e invalidez, reforzando las conductas inhibitorias y evitativas que sostienen la patología.

También hubiese sido necesaria la indicación de tratamiento terapéutico a la madre, quien claramente manifiesta síntomas de inhibición y timidez excesiva y se presenta como una fuerte figura de identificación de la niña, ya que sus conductas evitativas y su estilo sobreprotector y ambivalente frente a las conductas de la hija perpetúan su sentimiento de incapacidad y vulnerabilidad.

Hubiese sido pertinente además, la realización de intervenciones conjuntas con la maestra de grado, ya que este se presenta como un ámbito natural donde se manifiestan los síntomas y en el cual la paciente afirma sus sentimientos de incompetencia e inadecuación.

En este sentido, resultaría efectiva la inclusión de la maestra como coterapeuta en el ámbito áulico, mediante la aplicación de intervenciones dirigidas a reforzar conductas deseadas

(el empleo de refuerzos sociales, como el reconocimiento de logros frente a los pares), técnicas dirigidas a proporcionar habilidades sociales en la niña y técnicas de extinción destinadas a lograr aislar la conducta problema de la obtención de un privilegio que la refuerza, como usualmente ocurre en este ámbito.

En cuanto a las limitaciones encontradas para la realización del presente trabajo, las mismas se relacionaron con la imposibilidad de acceder a los encuentros dentro del ámbito terapéutico.

Esto entorpeció la obtención de la información referida a las intervenciones realizadas dentro del mismo y obstaculizó la posibilidad de observar cuestiones actitudinales o comportamentales de la paciente, como así también las respuestas de la misma ante cada intervención. Esta información hubiese redundado en el logro de una mayor profundidad al momento de responder al último objetivo propuesto en este trabajo.

## 7) BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (4a ed.). Washington: APA.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de Psiquiatría Infantil* (4a ed.). Barcelona: Masson.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Volumen 2. Madrid: MC Graw-Hill.
- Beck, A., & Clark, D. (1997) El estado de la cuestión en la teoría y procesos terapéuticos. En I. Caro Gabalda, *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización. En Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos* (2a. ed.). Buenos Aires: Akadía.
- Bernstein, G., & Rapoport, J. (1997). *Separation Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorders. Textbook of child and adolescent Psychiatry*, 467-480. Washington D.C: American Psychiatric Press.
- Black, M., & Uhde, T. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 711-718. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1342579?dopt=Abstract>
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2010). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos* (2a. ed.). Buenos Aires: Akadía.
- Davidson, J., Potts, N., Richichi, E., Ford, S., Krishnan, K., Smith, R., et al. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.

- Doménech, E. (1989). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En Rodríguez Sacristán, J. (ed.). *Psicopatología del niño y Adolescente* (pp. 178-183). España: Universidad de Sevilla.
- Echeburúa Odriozola, E. (1996). Trastornos de ansiedad en la infancia. En Belloch, A. y Ibáñez, E. (Eds.) *Manual de Psicopatología* (pp.54 - 80). Valencia: Promolibro.
- García López, L., Piqueras, J., Díaz Castela, M., & Inglés, C. (2008). Trastorno De Ansiedad Social en la infancia y adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(3), 501-533. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72718207.pdf>
- 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
- Olivares Rodríguez, J; Méndez Carrillo F. & Macia Anton, D. (1996). Mutismo Selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología conductual*, 4, 169-192. Recuperado de: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1996/art02.2.04.pdf>
- Olivares, J. & Méndez F. (2005) *Técnicas de modificación de conducta* (4ª. Ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares Rodríguez, J., Piqueras Rodríguez J. & Rosa Alcázar, I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema* 18, (2) 207-212. Recuperado de : <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72718207.pdf>
- Olivares Rodríguez, J., Piqueras Rodríguez, J. & Alcázar, A. (2006). Tratamiento Multicomponente de un Caso de Mutismo Selectivo. *Terapia Psicológica*, 211-219. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78524211>>

- Olivares Rodríguez, J; Alcazar, A. & Olivares Olivares, P. (2007). *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid: Pirámide
- Organización Mundial de la salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª ed.; CIE-10).Madrid: Meditor.
- 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/abstract>
- Ruiz Sancho A., & Lago Pita B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En AEPap (ed.) *Curso de Actualización Pediatría 2005*. (pp.265-280). Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de <http://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad>
- Sandin, B; & Chorot P. (1995). Concepto y caracterización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch y E. Ibáñez (eds.) *Manual de Psicopatología* (pp.54 - 80). Madrid :Mc Graw Hill.
- Torgensen, S. (1979). The nature and origin of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*, 134,343-351. En Rodríguez Sacristán, J. (ed.), *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. (pp. 1191-1213).España: Universidad de Sevilla
- Torres Iglesias, A., Domínguez Santos, M. & Rodríguez Sacristán, J. (2004) La Psiquiatría Infantil hoy: Principales fundamentos teóricos. *Avances en Salud Mental Relacional*, (3) 3. Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0303/4.pdf>
- Tsiantis, J & Macri, I (1995). Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. En Rodríguez Sacristán, J. (ed.), *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. (pp. 1191-1213).España: Universidad de Sevilla
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448.
- Yeganeh, R., Beidel , D., Turner, S.; Pina, A. & Silverman, W. K. (2003). Clinical

distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Recuperado de: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)61003-0/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)61003-0/abstract)