

J. Moreno¹
J. L. Pedreira²

El tratamiento del mutismo electivo: integración de psicoterapia y fluoxetina

- 1 MIR de Psiquiatría. Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SESPA). Avilés (Asturias).
- 2 Paidopsiquiatra. Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SESPA). Avilés (Asturias).

Treatment of elective mutism in children with fluoxetine

Correspondencia:

J. L. Pedreira Massa
Unidad de Salud Mental Infantil
Polígono la Magdalena
Hermanos Espolita, s/n
33400 Avilés (Asturias)

RESUMEN

El mutismo electivo (ME) en la infancia es un cuadro clínico heterogéneo, que presenta múltiples síntomas y variada comorbilidad.

Método: criterio de caso: CIE-10. Casos recogidos: 9 casos (4 chicos y 5 chicas).

Tratamiento: fluoxetina (0,7 mg/kg/día) + Psicoterapia.

Resultado: la mejoría clínica fue importante en todos los casos. El tiempo medio para la mejoría fue de 4 meses y 10 días (\pm 21 días). Se describen los perfiles clínicos de la mejoría.

Conclusiones: la Fluoxetina puede tener efectos beneficiosos en el tratamiento de niños con ME. La psicoterapia asociada a la fluoxetina originarán una mejoría clínica más evidente y disminuye el periodo de tratamiento que cuando se utiliza sólo farmacología o psicoterapia de forma aislada.

PALABRAS CLAVE

Mutismo electivo; infancia; tratamiento integrado; fluoxetina.

SUMMARY

The elective Mutism (EM) in children is a heterogeneous symptom and present several models of mutism and co-morbidity.

Methods: Diagnosis criteria: ICD-10th.

Patients: 9 patients (4 boys and 5 girls).

Treatment: Fluoxetine (0.7 mg/kg/day) + Psychotherapy.

Results: The improvement was important in all cases. Time for improvement: mean of 4 month 10 days (\pm 21 days). The improvement patterns are described.

Conclusions: Fluoxetine may be beneficial and safe in the treatment of children with EM. The Integrated Treatments, Psychotherapy and Fluoxetine, will be more clinical improvement and decreasing the period of treatment that only Psychotherapy or Psychopharmacology each one.

KEY WORDS

Elective mutism; children; integrated treatment; fluoxetine.

INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de MS descritos en la literatura médica fueron descritos por Kussmaul en 1877 con el nombre de "afasia voluntaria". Siendo Tramer ⁽¹⁾ quien en el año 1934 describe, por primera vez, un cuadro denominado "mutismo selectivo", para designar a niños que no hablando en la escuela sin embargo hablaban correctamente en su casa; su descripción merece la pena ser recordada por su justeza descriptiva: «Los niños en cuestión son susceptibles ("sensitivos" en el sentido de Kretschmer), se sienten fácilmente heridos por las bromas e ironías y reaccionan por eso intensamente a ellas; se muestran además tímidos y miedosos; ante cualquier cambio de medio reaccionan con mutismo y luego perseveran y se refugian en él. Los tipos de personalidad son diversos, principalmente hallamos entre ellos sujetos con una disposición asténica, neurótica o psicopática. También el medio juega aquí, claro es, un gran papel».

El mutismo selectivo (MS), según denominación CIE-10 ⁽²⁾ y DSM-IV ⁽³⁾, anteriormente se denominaba mutismo electivo [CIE-9 ⁽⁴⁾, DSM-III-R ⁽⁵⁾], lo que da cuenta de una modificación en la consideración del proceso. Es un cuadro que aparece en la etapa infanto-juvenil, no tiene una prevalencia muy relevante ⁽⁶⁾ y presenta una gran variedad de síntomas y signos acompañantes.

Las interpretaciones psicopatológicas han sido aportadas por las diferentes perspectivas teóricas ⁽⁷⁻⁹⁾, tanto desde la psicodinámica como desde la sistémica, la cognitivo-conductual y la biológica. Las conclusiones son poco alentadoras, pues cuando se está en la asistencia clínica las diferentes interpretaciones aportadas no son más que aspectos parciales y sesgados de la realidad del o de la paciente, por ello no es objetivo del presente estudio entrar en estos planteamientos.

Lo que tiene interés para la práctica clínica es aportar soluciones o formas de abordar los casos que presentan este tipo de trastorno mental. Puesto que el proceso tiene diversas facetas y/o formas de presentación, que cada una de ellas remite a un tipo concreto de expresión de un proceso mental y que tiene diferente impacto según sea el

momento del desarrollo, parece que lo más interesante consiste en diseñar tratamientos integrados, donde se contemplen estas diferentes perspectivas; éste es el objetivo del presente trabajo.

181

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Criterio de caso: para definir el caso empleamos criterios CIE-10 ⁽²⁾, en una categoría tan inespecífica y general como F94: *trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia*, se incluye F94.0 *Mutismo selectivo*: expresión y comprensión lingüística, evaluadas mediante test de aplicación individual, dentro de los límites de dos desviaciones típicas para la edad del niño/a; evidencia demostrable de un fallo constante y previsible para hablar en algunas situaciones sociales, a pesar de poder hablar en otras y la duración del mutismo selectivo excede de las cuatro semanas, pero además aporta unos criterios claros de exclusión: la ausencia de un trastorno generalizado del desarrollo y que el trastorno no pueda ser explicado por una falta de conocimiento del lenguaje hablado requerido para dicha situación.
2. Se recogieron los casos que cumplían estos criterios y que habían acudido por primera vez a consulta a la Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés durante los dos últimos años.
3. El instrumento de evaluación clínica fue la ESPI ⁽¹⁰⁾.
4. Los diagnósticos utilizados siguieron la clasificación CIE-10 ⁽²⁾.
5. Pauta seguida para el tratamiento con Fluoxetina: se inició con una dosis de 0,6 mg/kg de peso/día, en dosis única. Se incrementó semanalmente hasta alcanzar una dosis máxima de 40 mg/día, en los casos más severos. La duración mínima del tratamiento fue de seis meses.
6. Tratamiento psicoterapéutico: se realizó una psicoterapia de corte psicodinámico individual, con una periodicidad semanal. Se completó con dos tipos de intervenciones: apoyo a la familia y a al sistema escolar, con intervenciones cognitivo-conductuales.
7. Metodología: clínico-descriptiva.

182 RESULTADOS

Se recogieron 9 casos que cumplieron los criterios establecidos para el MS, lo que supuso una tasa de prevalencia tratada del 1,5%. El sexo y edad de los casos se exponen en la figura 1, lo que supone una edad media de 6 años y 9 meses y un ligero aumento de la prevalencia en las niñas (56%) en relación a los niños.

En todos los casos atendidos (Fig. 2) el MS aparecía ante extraños y en la escuela, en 2 de cada 3 casos aparecía en presencia de otros niños/as y en algo más de 2 de cada 5 casos también aparecía en la familia extensa.

La exploración del lenguaje detectó algunos trastornos menores en 2 de cada 3 casos (Fig. 3): rotacismo, defectos menores de pronunciación de algunos fonemas, dificultades de expresión, dislalias y, en un caso, una pobreza general del lenguaje de tipo cultural.

El análisis de los trastornos psicopatológicos de base resulta de un gran interés (tabla 1): a pesar de los reparos que algunos pudieran poner en 5 casos existieron trastornos de la organización de la personalidad (3 casos del tipo pasivo-agresivo y los otros 2 del tipo dependiente) que se encuadrarían en la personalidad tipo C de la DSM-IV; en dos casos se detectaron trastornos de ansiedad (uno de ellos como ansiedad de separación y en el otro

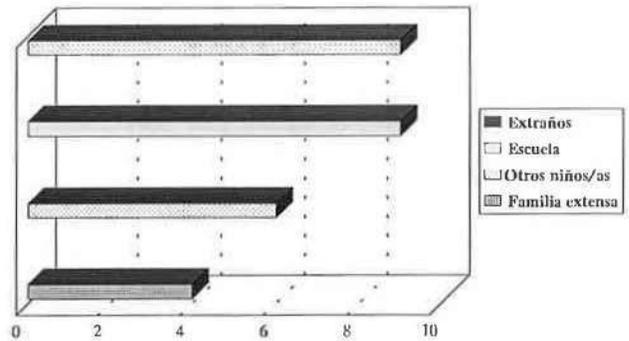


Figura 2. Presentación del mutismo.
1. ANTE EXTRAÑOS: aparece en el 100% de los casos.
2. EN LA ESCUELA: aparece en el 100% de los casos.
3. ANTE OTROS NIÑOS/NIÑAS: aparición variable hasta en el 66,66% de los casos.
4. EN LA FAMILIA EXTENSA: aparición variable hasta en el 66,66% de los casos.

caso como el equivalente a la fobia social de la edad adulta); en los dos casos restantes el trastorno psicopatológico también estaba relacionado con el apego y el proceso de vinculación: trastorno vincular reactivo de la infancia y el otro un trastorno depresivo.

Pero es de interés completar esta recogida, con los códigos Z de la CIE-10, de sumo interés en psicopatología de la infancia y la adolescencia (tabla 1): en un tercio de los casos se detectó una dificultad para la adaptación cultural, por ser emigrantes

- CASO Nº 1 5 A.
- CASO Nº 2 7½ A.
- CASO Nº 3 7½ A.
- CASO Nº 4 6 A.
- CASO Nº 5 5½ A.
- CASO Nº 6 7½ A.
- CASO Nº 7 7 A.
- CASO Nº 8 8 A.
- CASO Nº 9 7½ A.



Figura 1. Edad y sexo.

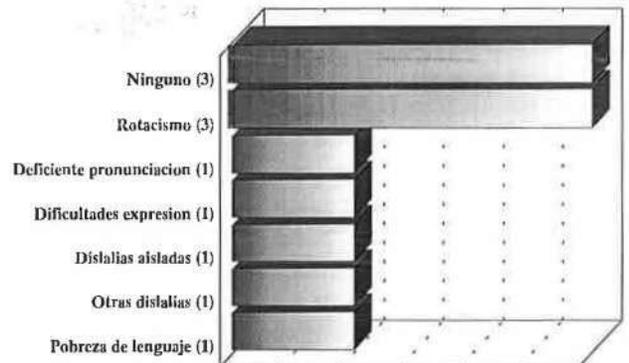


Figura 3. Trastorno del lenguaje asociado.

Tabla 1 Trastorno mental de base (CIE-10)

	Código F	Código Z
Caso nº 1	Ansiedad de separación (F93.0)	Supervisión y control inadecuado de los padres (Z62.0)
Caso nº 2	Personalidad dependiente (F60.7)	Soporte familiar inadecuado (Z63.2)
Caso nº 3	Personalidad pasivo-agresiva (F91.3)	Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo (Z63.8)
Caso nº 4	Fobia social (F93.2)	Dificultades con la adaptación cultural (Z60.3)
Caso nº 5	Trastorno vincular reactivo (F94.1)	Dificultades con la adaptación cultural (Z60.3)
Caso nº 6	Personalidad pasivo-agresiva (F91.3)	Supervisión y control inadecuado de los padres (Z62.0)
Caso nº 7	Personalidad dependiente (F60.7)	Dificultades con la adaptación cultural (Z60.3)
Caso nº 8	Personalidad pasivo-agresiva (F91.3)	Supervisión y control inadecuado de los padres (Z62.0)
Caso nº 9	Trastorno depresivo (F32.1)	Abandono emocional del niño (Z62.4)

(Z60.3); en otro tercio de los casos aparecía un control inadecuado por parte de las figuras parentales, bien fuera por exceso o por defecto o por la inseguridad y variabilidad a la hora de poner los límites (Z62.0) y, por fin, en el último tercio se repartían por igual: el abandono emocional del niño (Z62.4), existencia de un soporte familiar inadecuado (Z63.2) y problemas variados del núcleo primario de apoyo del niño/a (Z63.8).

En la misma tabla 1 podemos contemplar una cierta multiaxialidad: en los casos con inadaptación cultural: fobia social, trastorno vincular reactivo y personalidad dependiente, por partes iguales. En los casos en que el control de las figuras parentales era inadecuado: en dos casos aparecían personalidades pasivo-agresivas y, en el otro caso, destacaba la ansiedad de separación. En el caso de abandono emocional se detectó un trastorno depresivo y en los otros dos casos aparecían trastornos en la organización de la personalidad: cuando el soporte familiar era inadecuado se detectó una personalidad dependiente y cuando fallaba el grupo primario de apoyo el trastorno era pasivo-agresivo.

DISCUSIÓN

El MS está considerado como un trastorno cuya prevalencia es escasa, aunque se desconocen tasas fiables en la población. No obstante, investigaciones realizadas en población escolar de Reino Unido por Brown & Lloyd (1975) ⁽¹¹⁾ y Kolvin &

Fundudis (1981) ⁽¹²⁾ y en Canadá por Bradley & Sloman (1975) ⁽¹³⁾ sugieren que la tasa de prevalencia del MS permanece constante en los niños/as que nacen y viven en donde cursan sus estudios, adquiriendo una prevalencia inferior al 1 por mil. Si la muestra se toma entre niños/as inmigrantes en el Canadá, la tasa puede elevarse hasta el 7,9 por mil. Nuestro estudio se ha realizado con muestra clínica, con lo que el sesgo es mayor que al ser realizado directamente sobre población escolar. La tasa de MS es desconocida en España, por lo que queremos aportar una aproximación a la realidad clínica: la tasa de prevalencia del MS en población clínica asturiana, según el presente estudio, asciende a 4,76 por 10.000, lo que es una tasa realmente baja en comparación con otros procesos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia.

En la mayoría de los estudios señalan una presencia mayor del MS en las niñas que en los niños ^(6, 11-16), lo que también aparece en nuestro estudio (Fig. 1), pero con menor diferencia que en alguno de esos trabajos ^(6, 16) y se aproxima a los datos de Beidel et al ⁽¹⁴⁾.

En cuanto a la descripción del síntoma mutista, la mayoría de los trabajos anteriormente citados, así como los criterios de las clasificaciones internacionales hacen referencia al trastorno de la comunicación verbal en ambientes fuera del contexto familiar. Esta descripción poco precisa es la que nos motivó a describir dónde acontecía este tipo de clínica (Fig. 2), encontrando los siguientes datos: en la presencia de extraños y en el ambiente

184 escolar el MS está continuamente presente, a pesar que el contexto escolar suponga el medio más importante de sociabilización para la infancia y la adolescencia y el ambiente donde conviven, al menos, seis horas diarias durante nueve meses y un largo periodo de años. En dos de cada tres ocasiones, la clínica mutista aparecía con la simple presencia de otros niños/as en cualquier contexto que fuera y en dos de cada cinco casos también se hacia extensivo a la familia extensa.

Los criterios de exclusión de las clasificaciones de trastornos mentales referidas con anterioridad, señalan que para diagnosticar este tipo de trastorno no debe existir ningún cuadro de trastorno severo del lenguaje. En efecto, en nuestra muestra no existía ninguna alteración del lenguaje (constatada mediante grabación en el domicilio por la misma familia) en un tercio de los casos, en los dos otros tercios las manifestaciones alteradas eran mínimas: ligeros rotacismos u otro tipo de dislalias, deficiente pronunciación de algunos fonemas y en un caso una pobreza del lenguaje de tipo cultural (bilingüismo intrafamiliar, por ser una familia de otra Comunidad autónoma española con especificidad lingüística propia).

En los trabajos consultados ^(6, 17) se destaca la clínica fundamental en el seno de los trastornos de ansiedad, describiendo a este tipo de niños/as como ansiosos, dependientes, temerosos, tímidos y sensitivos. Por contra, otros autores ^(6-9, 12, 18) describen a este tipo de pacientes como niños/as con características pasivo-agresivas: tercos, desobedientes, opositores, manipuladores, controladores, rasgos negativos de personalidad. Pero en ambos casos se destaca una ansiedad hacia las situaciones de sociabilización y una conducta pasivo-agresiva que no se excluyen entre sí. La dificultad fundamental de los estudios se encuentra en la dificultad a la hora de la selección de los casos, ya que son muestras escasas y los criterios de selección no son homogéneos. El aislamiento, en los sistemas de clasificación actuales desde la DSM-III-R, del cuadro clínico conocido como Fobia social ha clarificado mucho alguno de estos aspectos, originando que autores actuales consideren al MS como un equivalente o una manifestación precoz en la infancia de este cuadro clínico.

El trabajo que creemos más interesante fue desarrollado en Alemania por Steinhausen & Juzi (1996) ⁽²⁰⁾, ya que utilizan criterios CIE-10 e incluyen en la evaluación el CBCL de Achenbach & Edelbrock en poblaciones clínicas, revelando elevados niveles de timidez y retraimiento, ansiedad y sintomatología de internalización; dicho grupo manifestaba bajos niveles de conductas opositoras, agresivas e hiperactivas.

De igual forma se han descrito posibles conductas parentales compatibles con malos tratos (físicos y/o emocionales) hacia los niños/as que presentan MS, ya que los padres no comprenden este tipo de conductas en sus hijos/as y terminan con una gran exasperación ante la persistencia y tenacidad de presentación de esta clínica en los niños/as, a pesar de que muchos padres y madres hayan pretendido realizar conductas de acercamiento.

En nuestra muestra (tabla 1) encontramos varios casos en ambas opciones, tanto en los trastornos de ansiedad, como en las conductas pasivo-agresivas, pero también hemos detectado un trastorno vincular y un trastorno depresivo, pero sobre todo una gran presencia de códigos Z, lo que hablaría a favor de una gran influencia del contexto socio-familiar, pero sobre una base constitucional sobre la que se configuraría la presentación clínica.

La introducción de los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) en el arsenal terapéutico para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia ha animado a varios equipos a emplearlos en diversos cuadros ^(17, 20-27), desde los cuadros depresivos a los trastornos obsesivo-compulsivos y a los trastornos de ansiedad. En los años 1992-94 habían aparecido algunos trabajos aislados y poco sistematizados sobre el empleo de Fluoxetina para el tratamiento del MS, pero Black & Uhde en 1994 ⁽²²⁾ publican un riguroso trabajo a doble ciego sobre el particular que clarifica la situación. Sus resultados son superponibles a los aquí expuestos: la mejoría del grupo tratado con Fluoxetina precisa de largos periodos de tratamiento y conjugar con otras medidas terapéuticas, precisándose más datos para poder comparar.

En nuestra muestra clínica destaca que al emplear Fluoxetina el periodo de mutismo disminuyó, al ser comparado con la evolución de seis casos

diagnosticados de MS hace varios años y que sólo habían sido tratados con psicoterapia individual, técnicas de counseling familiar y programas cognitivos en la escuela. Este grupo precedente tardó casi dos cursos escolares en conseguir un inicio de comunicación, mientras que al combinar este tratamiento con Fluoxetina en los casos que comunicamos, en el presente trabajo clínico, el tiempo de mutismo total osciló entre 3-4 meses, aunque el tratamiento debió continuar durante períodos más largos. Es de señalar que en ninguno de los nueve casos se presentaron efectos secundarios destacables, salvo algo más de irritabilidad al inicio del tratamiento en cinco casos y alguna molestia digestiva ligera en un caso. La adherencia al tratamiento fue satisfactoria, pues en ningún caso se detectó abandono del tratamiento prescrito.

CONCLUSIONES

El MS no es un cuadro que presente una elevada tasa de prevalencia, pero presenta una elevada

complejidad, tanto en la presentación clínica como en la psicopatología acompañante o determinante, así como en el abordaje terapéutico.

Los tratamientos empleados, hasta el momento actual, han aportado resultados dispares. Los tratamientos convencionales de tipo psicoeducativo y psicoterapéutico presentan efectos a muy largo plazo, lo que dificulta discernir con claridad si es la evolución propia del proceso o bien esos cambios son consecuencia del efecto terapéutico.

En nuestra experiencia la administración de un ISRS como es Fluoxetina, a dosis de 0,6 mg/kg peso/día al menos durante 6-8 meses, ha tenido unos resultados excelentes, facilitando establecer otros tratamientos de forma complementaria y acortar, de forma significativa, el tiempo de aislamiento comunicativo y normalizando el nivel de vida de los niños/as. No obstante, se precisan más estudios doble ciego que permitan asegurar los resultados.

El tratamiento farmacológico expresado con anterioridad no excluye el apoyo psicoterapéutico al niño y a su familia, así como precisa orientaciones cognitivas al contexto escolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tramer M. *Psiquiatría Infantil, de la Pubertad y de la Adolescencia*. Madrid: Morata; 1946. p. 329.
2. López-Ibor JJ (Dir.). *CIE-10 para los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Smithkline & Beecham; 1992.
3. American Psychiatric Association: *DSM-IV*. Washington: APA; 1994.
4. WHO. *ICD-9*. Genève: WHO; 1980.
5. APA. *DSM-III-R*. Washington: APA; 1987.
6. Dummit ES III, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J, Fairbanks JA. Systematic Assessment of 50 Children with Selective Mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(5):653-60.
7. Myquel M, Granon M. Le mutisme électif extrafamilial chez l'enfant: A propos de quatorze observations. *Neuropsychiatrie l'Enfant* 1982;30(6):329-39.
8. Garbellini M, Nanchen M, Kuhfuss E. Méthodologie relationnelle dans le cadre scolaire: Un cas paradigmatique. *Ther Familiale* 1984;5(3):227-50.
9. Lebovici S, Diatkine R, Klein, F, Diatkine-Kalmanson D. Le mutisme et les silences de l'enfant. *Psychiatrie l'Enfant*, 1985;35(2):79-132.
10. Pedreira JL. Diagnostic Problems in Child and Adolescent Psychiatry. En: Seva A, dir. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza; 1991, book I p. 497-512.
11. Brown J, Lloyd H. A controlled study of children not speaking in school. *Assoc Workers Maladjust Child* 1975;14:510-4.
12. Kolvin I, Fundudis T. Elective Mute Children: Psychological, Developmental and background factors. *J Child Psychol Psychiatry* 1961;22:219-32.
13. Bradley S, Sloman L. Elective Mutism in immigrant families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1975;14:510-4.
14. Beidel DC. Social Phobia and Overanxious Disorder in School-age Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:545-52.
15. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social Phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-8.
16. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, et al. Uncommon Troubles in Young people: prevalence estimates of selected Psychiatric Disorders in a nonreferred Adolescent population. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:487-96.

- 186
17. Wright H, Cuccaro M, Leonhardt T, Kendall D, Anderson J. Case study: Fluoxetine in the multi modal treatment of a preschool child with selective mutis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:857-62.
 18. Wright H. A clinical study of children who refuse to talk in school. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1968;7:603-17.
 19. Steinhausen H, Juzi C. Elective Mutis. An analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:606-14.
 20. Riddle MA, Scahill L, King RA, Hardin MT, Anderson GM, et al. Double-Blind, Crossover trial of Fluoxetine and Placebo in Children and Adolescent with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1062-9.
 21. Birmaher B, Waterman S, Ryan N, Cully M, Balach L, et al. Fluoxetine for Childhood Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(7):993-8.
 22. Black B, Uhde ThW. Treatment of Elective Mutism with Fluoxetine: A Double-Blind, Placebo-controlled Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(7):1000-6.
 23. Motavalli N. Fluoxetine for Selective Mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(6):701-3.
 24. Geller DA, Biederman J, Reed ED, Spencer Th, Wilens TE. Similarities in Response to Fluoxetine in the Treatment of Children and Adolescent with OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(1):36-44.
 25. DeVane CL, Sallee FR. Serotonin Selective Reuptake Inhibitors in Child and Adolescent Psychopharmacology: A review of Published Experience. *J Clin Psychiatry* 1996;57(2):55-66.
 26. Conde VJM^a, Ballesteros MC, Franco MA, Geijo MS. Evaluación crítica de la utilización de antidepresivos en la infancia. *Act Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997;25(2):105-17.
 27. Conde VJM^a, Ballesteros MC, Franco MA, Geijo MS. Evaluación crítica de la utilización de antidepresivos en la adolescencia. *Act. Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997;25(4):251-70.