

ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE CON MUTISMO SELECTIVO

A. P. González, J. R. Gutiérrez-Casares, A. Pérez, M. Bolívar

Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz

Según definición de la APA⁽¹⁾ el mutismo selectivo (o electivo) es un trastorno de la infancia que se caracteriza por un rechazo persistente o incapacidad para hablar en una o más situaciones sociales, a pesar de conservar, en otras ocasiones, la capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado. Lo más frecuente es que los niños mutistas dejen de hablar en la escuela o en presencia de adultos que no sean de la familia y conserven el habla en presencia de familiares, aunque hay casos en que no se cumplen estas características⁽²⁾.

El término "mutismo electivo" fue utilizado en la literatura por primera vez en 1934 por Tramer⁽³⁾, aunque el cuadro clínico ya había sido descrito por Kussmaul en 1877⁽⁴⁾.

Aunque la APA no especifica que los síntomas deban tener una determinada duración para realizar el diagnóstico, algunos autores postulan que debería ser necesaria una duración de al menos seis meses, para distinguirlo de los muchos casos de mutismo sintomático que se presentan cuando los niños inician su escolaridad y que suelen resolverse de forma espontánea^(2,5,6). La prevalencia del mutismo selectivo, estrictamente diagnosticado, se halla alrededor de 1/6000 niños^(5,7).

Si bien estos niños suelen presentar un desarrollo y unas capacidades lingüísticas normales, la tercera parte de ellos presentan trastornos del lenguaje y la mitad de ellos un trastorno o retraso en el desarrollo del habla⁽²⁾. Se ha descrito una mayor prevalencia entre ellas de retraso mental, trastornos madurativos y trastornos neurológicos^(5,8,9).

Paniagua y Saeed⁽¹⁰⁾ distinguen el mutismo selectivo, en el cual el niño habla con los más íntimos, del *mutismo progresivo* en el que el silencio llega a extenderse incluso a los más allegados, y hacen diferencia en el pronóstico de ambos tipos.

Muchos niños, antes de presentarse el mutismo, tienen historia de absentismo escolar, problemas de separación, ansiedad, características obsesivo-compulsivas, inmadurez emocional, desconfianza o gran dificultad para expresar emociones^(6,11).

En la posible etiología se han aportado múltiples etiopatogenias. Bajo un modelo psicoanalítico, teniendo como base la observación de casos, se han aportado observaciones sobre los mecanismos relacionados con la inhibición oral, control anal, ansiedad de separación, doble vínculo o identificación con el padre^(12,13).

También se han observado alteraciones en las relaciones familiares, sobre todo entre los padres^(2,3,14), así como es frecuente la aparición de antecedentes de timidez en el niño o en la familia^(2,15). Algunos autores mencionan la existencia de

algún tipo de abuso previo como posible causa^(7,9). En algunas ocasiones se ha postulado que el mutismo selectivo sea una variante de la fobia social⁽¹⁶⁾ y esto ha servido para postular enfoques terapéuticos, sobre todo psicofarmacológicos.

Algunos autores han sugerido que puede haber distintos subgrupos de mutismo selectivo pero, salvo el trabajo de Hayden⁽⁹⁾ esta posibilidad no ha sido examinada de forma sistemática. Este autor distingue varios tipos:

- La forma *simbiótica*, es el grupo más frecuente y al que suele hacerse referencia en las descripciones generales. Se caracteriza por la presencia de una madre celosa de las relaciones sociales del niño, un padre no verbal y un niño que parece sumiso pero con gran poder de manipulación.
- Los *pasivo-agresivos*, que muestran conductas antisociales y agresivas y que utilizan el silencio de modo hostil. Suele desarrollarse en familias con rasgos antisociales.
- El grupo *reactivo o depresivo*, tienen un padre o madre con trastorno afectivo, que muestran características depresivas y rechazo social. Es frecuente que se hallen antecedentes familiares de trastornos afectivos y de timidez.
- El grupo con *fobia al habla* tienen un claro temor a escucharse, incluso en una grabación, con respuestas de excitación y con gran componente vegetativo. Muestran síntomas compulsivos, con rituales abundantes.

CASO CLÍNICO

Nuestra paciente es una adolescente de 13 años, que nos es remitida desde su Unidad de Salud Mental (USM), donde había estado en tratamiento psicoterápico durante tres meses, pese a lo cual no había mejorado su estado de mutismo.

Había sido una niña de apariencia normal hasta 12 meses antes del episodio index, vive en un pueblo pequeño. Su madre ha sufrido múltiples ingresos psiquiátricos por episodios depresivos graves, que la obligaron a pasar semanas en cama y que la incapacitaban para realizar sus actividades de ama de casa. Su padre, a veces, consumía excesivas cantidades de alcohol y, en esos momentos, se volvía violento con su madre sobre todo en las situaciones en que ésta se encontraba más deprimida. Algunos períodos de su vida los ha pasado con una tía materna que vive en otra ciudad y con la que tiene una buena relación de confianza, pero no la puede apoyar como quisiera ya que sufre un cuadro de distimia.

La paciente había presentado un desarrollo psicomotor dentro de la normalidad, un rendimiento escolar medio y buena integración en su ambiente, sin signos sugerentes de problema afectivo ni del lenguaje. A principios de 1994 (con 12 años) comenzó a estar triste y a preocuparse, con gran sufrimiento, por el ambiente familiar. Comienza a salir menos con sus amigas, pierde apetito y, en el colegio, descuida algunas tareas. Empeora durante la primavera, coincidiendo

con la menarquia, aunque consigue terminar el curso académico y, posteriormente, marcharse a un campamento donde sobre un fondo de normalidad aparente, se objetiva la persistencia de algunos síntomas y alteraciones emocionales. Durante este período su padre sufre un accidente y la paciente no muestra el más mínimo interés por él, incluso manifiesta su deseo de que "ojalá no se cure".

Con el comienzo del curso académico 94/95 el empeoramiento es claro, se manifiestan los síntomas de mutismo en determinados ámbitos, sobre todo el colegio. Es enviada a la consulta de Psicología y responde con una negativa, alegando que tiene miedo de que si la gente se entera la tome por una enferma mental, como le ocurre a su madre. A pesar de iniciar tratamiento psicológico continúa empeorando su estado de ánimo, en la consulta no habla y el ámbito del mutismo se extiende hasta casi ser absoluto, excepto en determinadas situaciones familiares. Empeora su rendimiento escolar, aunque se mantiene en un nivel aceptable, pierde apetito, comenta que "se ve gorda" y deja de salir con sus amigas.

En esta situación, nos es remitida por las dificultades para la exploración y por la posibilidad diagnóstica de un "cuadro psicótico" o de "anorexia mental grave". Al ser derivada a nuestra ciudad se incrementan sus miedos a ser etiquetada de enferma mental y a que la ingresen por loca, como a su madre (este tipo de quejas es la única expresión verbal que emerge de su mutismo) y por este mismo motivo se niega a todo tipo de tratamiento farmacológico.

Tras la primera consulta, que se realiza en el Servicio de Urgencias, se decide mantenerla en su domicilio y citarla para valoración más detallada. Se administra tratamiento ansiolítico para control del componente angustioso que mostraba. En las primeras consultas mantiene su oposición frontal a acudir, se muestra con la mirada siempre hacia abajo, tapándose la cara con el pelo y presenta un aspecto desaseado (se niega a arreglarse el pelo, siempre acude con la misma ropa, se niega a levantarse los días de consulta).

Se le realiza historia clínica, tomando datos de los padres, otros familiares y colegio. Las exploraciones física y neurológica, al igual que la analítica, fueron normales. Buscando la forma de comunicarnos con ella, la que se mostró más adecuada fue la forma escrita y realizada a través del procesador de textos de un ordenador personal. Con este sistema colabora con nosotros, le gusta y a veces ella misma lo solicita.

El cuadro clínico se caracteriza porque la paciente se encuentra triste, muy preocupada por las enfermedades. Cree que tiene una enfermedad muy grave, un pólipo o una leucemia, aunque no sabe bien qué significan estas palabras. No disfruta con nada y sólo se encuentra más tranquila cuando escucha a solas la música que le gusta. Muy retraída en sus relaciones sociales, apenas sale con sus amigas y, cuando lo hace, es a la fuerza y no habla con ellas. Tiene gran dificultad para conciliar el sueño por la noche, luego le cuesta gran

esfuerzo levantarse por la mañana. Con frecuencia llega tarde a clase. Existe pérdida de apetito, con pérdida moderada de peso. Aunque comenta que se ve gorda no tiene obsesión por adelgazar. Muy nerviosa en todo tipo de situaciones sociales, sobre todo en las que le son más novedosas o desconocidas. No se aprecian trastornos en la sensopercepción, ni otras alteraciones en el contenido del pensamiento que esas ideas de padecer enfermedad grave.

Debido a la falta de colaboración en las exploraciones no pueden aplicarse tests como Rorschach, en el que sólo nos escribe lo que ve y nos señala en una lámina dónde lo ve. En las primeras láminas ofrece respuestas populares, sin embargo en las láminas en las que aparece el color (relación con el exterior) da respuestas extrañas. Se aprecia una tendencia a padecer enfermedades con componente orgánico (conversivos, somatización o cuadros psicósomáticos).

En general, el diagnóstico podría encuadrarse como una paciente con mutismo selectivo, dentro del grupo reactivo-depresivo. Se realiza planificación terapéutica basada en un:

- Tratamiento farmacológico de su cuadro afectivo y angustia: aquí nos encontramos con la dificultad de la negativa por parte de la paciente. Con la colaboración de los padres, prescribimos tratamiento con paroxetina (20 mg/día) y clonacepan (1 mg/día) que se le administra de forma bastante regular.
- Psicoterapia individual, una sesión semanal. Al principio más dificultosa pero, poco a poco la paciente colabora más a medida que va percibiendo el medio como menos hostil y que disminuye su ansiedad.
- Trabajo con la familia, informando periódicamente de la evolución y recogiendo la información y las dudas que nos aportan.

Los resultados, a los cinco meses de tratamiento han sido una recuperación del rendimiento escolar, recuperación de su estado de ánimo y de sus relaciones sociales, recuperación del apetito y peso. A pesar de ello, persiste una cierta hipotimia y en algunos ambientes, cada vez menos numerosos, las conductas mutistas.

En el mismo período de tiempo, la situación familiar ha mejorado mucho, pese a que su madre presentó un episodio depresivo. Por el momento no se aprecian resistencias familiares a la mejoría de la paciente.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El mutismo selectivo se manifiesta por importantes alteraciones en el uso del lenguaje, cuyo rasgo más importante es el fracaso para el uso del mismo en uno o varios ambientes definidos. El silencio del paciente parece más un rechazo a hablar que una incapacidad para ello. Debido a que el trastorno es muy raro no se conocen las variaciones u oscilaciones de la sintomatología. Todas estas características generales del mutismo

282 se dan en nuestra paciente, la cual, como describen algunos autores⁽³⁾, rechaza hablar pero parece interesada en la comunicación a través de palabras sueltas, dibujos, gestos o pantomimas y, en nuestro caso, una pantalla de ordenador personal.

Si bien la edad más frecuente de aparición es entre los tres y ocho años, se han descrito casos de pacientes que, como la muestra, tienen el inicio de la enfermedad por encima de los 12 años⁽¹⁷⁾.

Se acepta que niños con mutismo electivo pueden tener un mayor riesgo de trastornos del lenguaje, enuresis o encopresis⁽⁹⁾, lo cual no ocurría en nuestra paciente, que sí presentaba los antecedentes psiquiátricos familiares y las alteraciones de las relaciones interpersonales descritas por otros autores^(5,9,17) así como otros síntomas frecuentes: timidez, aislamiento social, rasgos compulsivos, ansiedad y depresión^(1,5,9).

Aunque algunos autores han propuesto un tratamiento psicoterapéutico para el mutismo, la mayoría de la literatura avala el uso de tratamientos conductuales⁽¹⁸⁾. En aquellos pacientes en los que existen trastornos psiquiátricos asociados está indicado el uso de tratamientos específicos para dichos trastornos⁽¹⁶⁾. Así nuestra paciente recibió tratamiento con paroxetina y clonacepan dado que presentaba un trastorno depresivo asociado con rasgos ansiosos. El uso conjunto de las distintas modalidades terapéuticas produjo una mejoría significativa del cuadro clínico pero, al cabo de cinco meses, la paciente seguía presentando alteraciones psicopatológica menores que podría estar en relación con el hecho de que el pronóstico se describe como peor en los pacientes de 12 años o mayores^(9,17), y en aquéllos en que el mutismo llega a ser absoluto⁽¹⁰⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. rev). Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1987.
- 2 Wilkins RA. A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *Br J Psychiatry* 1998; **146**:198-203.
- 3 Tramer M. Elektiver Mutismus bei Kindern. *Z Kinderpsychiat* 1934; **1**:360-365.
- 4 von Misch A. Elektiver Mutismus im Kindersalter. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 1952; **19**:49-87.
- 5 Kolvin I, Fondudis T. Elective mute children, psychological development and background factors. *J Child Psychol Psychiatry* 1981; **22**:219-232.
- 6 Brown JB, Lloyd H. A controled study of children not speaking at school. *J Association Workers with Maladjusted Children* 1975; **14**:510-514.
- 7 Mac Gregor R, Pullar A, Cundall D. Silent at school-elective mutism and abuse. *Arch Dis Child* 1994; **70**:540-541.
- 8 Klin A, Volkmar FR. Elective mutism and mental retardation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; **32**:860-864.
- 9 Hayden TL. Classification of elective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980; **19**:118-133.
- 10 Paniagua FA, Saeed MA. A procedural distinction between elective and progressive mutism. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1988; **19**:207-210.
- 11 Mayer R, Ramanini MT. Il mutismo elettivo. *Neuropsichiat Infant* 1973; **147**:717-727.
- 12 Sreeve DF. Elective mutism: origins in stranger anxiety and selective attention. *Bull Meninger Clin* 1991; **55**:491-504.
- 13 Ambrosino SV, Aleesi M. Elective mutism; fixation and the double bind. *Am J Psychoanal* 1979; **39**:251-256.
- 14 Wergeland H. Elective mutism. *Acta Psychiatr Scand* 1979; **218**:228.
- 15 Lesser-Katz M. Stranger reaction and elective mutism in young children. *Am J Orthopsychiatry* 1986; **56**:458-469.
- 16 Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social fobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**:1090-1094.
- 17 Kaplan SL, Escoll P. Treatment of two silent adolescent girls. *J Am Acad Child Psychiatry* 1973; **12**:59-71.
- 18 Baker L, Cantwell DP. Disorders of language, speech and communication. En: Lewis Ml (ed): *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991:516-521.