

MUTISMO SELECTIVO

**Beate Oerbeck, Katharina Manassis, Kristin Romvig Overgaard
& Hanne Kristensen**

Edición: Matías Irrarázaval & Andres Martin

Traductores: Fernanda Prieto-Tagle & Marcela Mezzatesta



Beate Oerbeck PhD

Hospital Universitario de Oslo,
División de Salud Mental y
Adicciones, Oslo, Noruega

Conflictos de interés: no se
declaran

Katharina Manassis MD,
FRCP(C)

Universidad de Toronto,
Departamento de Psiquiatría,
Toronto, Canadá

Conflictos de interés: no se
declaran

Kristin Romvig Overgaard
MD, PhD

Hospital Universitario de Oslo,
División de Salud Mental y
Adicciones, Oslo, Noruega

Conflictos de interés: no se
declaran

Hanne Kristensen MD, PhD

Centro de Salud Mental del
Niño y el Adolescente, Noruega
del Este y del Sur, Oslo,
Noruega

Conflictos de interés: no se
declaran

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de Licencia Creative Commons Atribución No Comercial. El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au.

Cita sugerida: Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, Kristensen H. Mutismo selectivo (Irrarázaval M, Martin A, Prieto-Tagle F, Mezzatesta M. trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

El mutismo selectivo (MS) es un trastorno caracterizado por un fracaso constante de hablar en situaciones específicas (p.ej., escuela, situaciones sociales) a pesar de hacerlo en otras situaciones (p.ej., hogar). El MS es un cuadro clínico poco frecuente pero importante, que causa un impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico si no es tratado. Desde la publicación en 2013 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), el MS se clasifica como un trastorno de ansiedad, y su nombre cambió de mutismo *electivo* a *selectivo*, reflejando un cambio en la comprensión del MS, de una acción voluntaria, a la incapacidad de hablar en situaciones específicas. Este capítulo revisa la presentación clínica, prevalencia, evolución, etiología, diagnóstico, evaluación y tratamiento del MS, con un énfasis en los aspectos relevantes para los profesionales de salud.

Tabla F.5.1 Cambios en la comprensión del mutismo selectivo a través del tiempo

1877	1934	1994	2013
Neurólogo Adolph Kussmaul: <i>Afasia voluntaria</i>	Psiquiatra infantil Moritz Tramer: <i>Mutismo electivo</i>	DSM-IV: El <i>mutismo selectivo</i> es clasificado dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	DSM-5: El <i>mutismo selectivo</i> es clasificado como un trastorno de ansiedad

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El síntoma principal del MS es la incapacidad de hablar en ciertas situaciones, sobre todo en el jardín de infantes o en la escuela. Generalmente los síntomas son específicos al contexto. Esta discrepancia en el comportamiento del habla es central en el trastorno, pero a menudo conduce a malentendidos y sospechas, ya que tanto los educadores como los padres tienden a pensar que los niños se comportan en todas las situaciones de la misma manera en que ellos los observan (p.ej., si un niño no habla en la escuela, el educador puede pensar que el niño tampoco habla en casa). El MS también puede ser específico a personas (p.ej., el niño puede no hablar con algunas personas, pero sí puede hacerlo con otras). En una misma situación, la presencia de diferentes personas puede incrementar o disminuir considerablemente los síntomas. Por ejemplo, personas amables y divertidas, que hablan y mantienen la “conversación” independientemente de la participación del niño, son de gran ayuda. Los niños con MS a menudo encuentran más fácil hablar con otros niños que con adultos. Algunos ocasionalmente podrán susurrar algo a su mejor amigo en la escuela. Los videos breves (en inglés) en los cuadros laterales ilustran las características clínicas del MS.

Un aspecto importante de los niños con MS, es que difieren considerablemente en su capacidad para utilizar la comunicación no verbal (p.ej., contacto visual, gestos, asentir y apuntar). Mientras que algunos utilizan eficazmente la comunicación no verbal, otros no, e incluso no se ríen ni tosen en frente de otras personas. A menudo estos últimos son incapaces de expresar

“No puedo comenzar a hablar, porque entonces todos hablarán de lo que estoy haciendo...”

(Adolescente)



Haga clic en la imagen para ver un vídeo de una niña con mutismo selectivo (inglés)

sus necesidades (ir al baño, hambre, sed, o dolor), lo que pone en evidencia la potencial gravedad de este trastorno.

A pesar del estrés considerable que experimentan en la escuela, el rechazo a ir a la escuela es poco frecuente. El MS a menudo se presenta con otros trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social, y con trastornos del neurodesarrollo, especialmente trastornos del lenguaje. Los niños inmigrantes y bilingües están sobrerrepresentados.

El caso clínico de Ann ilustra los rasgos temperamentales a menudo presentes en niños con MS. También ilustra cómo la incapacidad para hablar puede ser diferente en distintos contextos, lo que puede causar frustración dado que las personas piensan que el mutismo es deliberado.

Normalmente, el MS se inicia entre los 2 y los 5 años de edad, pero generalmente no es detectado hasta que los niños comienzan la escuela, donde hablar es un aspecto fundamental del aprendizaje y la socialización. Los niños con MS generalmente tienen miedo de cometer errores y no les gusta ser el centro de atención. Su “solución”—el mutismo y, a veces, tratar de ser invisible—es parte del problema. Cuando ocasionalmente *sí* hablan, todos les prestan atención, lo que les provoca ansiedad, perpetuando el mutismo en un círculo vicioso.

A menudo se les pregunta a los niños con MS por qué hablar es tan difícil para ellos; y generalmente se les hace muy difícil explicarlo. Algunos niños mayores

“Me gustaría hablarte, pero hay algo, que no sé qué es, que me lo hace imposible...”

(Adolescente)



Haga clic en las imágenes para ver el documental *Ayúdame a hablar (Help Me to Speak, en inglés)* que muestra la historia de dos niños con mutismo selectivo. La parte 1 (arriba, 12:15) y la parte 2 (abajo, 13:11) ilustran los síntomas y la conducta.



Ann

Ann, una niña de 5 años de edad, fue derivada al servicio de salud mental debido a la sospecha de un MS. Su mutismo había comenzado cuando ingresó al jardín de infantes, a la edad de 3 años. Tanto sus padres como sus educadores pensaban que el mutismo mejoraría espontáneamente y habían postergado la búsqueda de ayuda. Actualmente les preocupaba que su no hablar continuara en la escuela y querían ayuda.

Ann se había desarrollado de acuerdo a lo esperado, pero sus padres la describían como tímida y que “le costaba soltarse” en situaciones nuevas y en la presencia de personas no familiares. Ambos padres reconocían ese rasgo temperamental en ellos mismos, y su madre aún luchaba con su ansiedad social.

En casa, Ann era una niña alegre y feliz. Hablaba libremente con ambos padres, con su hermana menor y con una compañera de juego. Cuando familiares venían de visita, ella hablaba con sus abuelos maternos pero no con los abuelos paternos, lo que los entristecía. Esto les llevaba a pensar que el no hablar era deliberado y decían a los padres que había que presionarla más a hablar, lo que resultaba en conflictos.

Fuera de casa, Ann hablaba con sus padres cuando nadie la escuchaba, pero sus padres tenían que hablar por ella en todas las situaciones, como por ejemplo, en las tiendas y al ir al dentista. Cuando era invitada a una fiesta de una amiga, Ann iba solamente si uno de sus padres la acompañaba, pero no hablaba.

En el preescolar, Ann parecía feliz, pero no hablaba ni a los adultos ni a los otros niños. Hablaba con sus padres en el guardarroba, pero se callaba cuando aparecían otras personas. Sin embargo, utilizaba gestos libremente, y se comunicaba bien de manera no verbal con sus educadores y compañeros, asintiendo y apuntando. Ella siempre era incluida en los juegos y los demás niños le hablaban a menudo, y no parecía molestarles su no hablar. Este comportamiento contrastaba con sus primeros meses en el preescolar. En ese entonces, ella lloraba un largo rato cuando sus padres se iban, y no se comunicaba mediante gestos. El incremento de su comunicación no verbal y su comportamiento en general en el preescolar alimentaba la esperanza de que su mutismo remitiría espontáneamente.

con MS han descrito como la sensación de tener un gran bulto en la garganta que les dificulta hablar. MS tiene un impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico de estos niños (Carbone et al, 2010; Remschmidt et al, 2001; Bergman et al, 2002).

PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN

Se estima que el MS afecta a aproximadamente al 1% de la población infantil, con tasas que varían de un 0.1% a un 2.2%, dependiendo de la muestra y de los criterios diagnósticos utilizados. Aunque se ha descrito una proporción similar entre géneros, la mayoría de las investigaciones sugieren que el MS es más frecuente en las niñas (proporción niñas/niños de 1.5:1 a 2.6:1) (Bergman et al, 2002; Hua & Major, 2016). Cuando se pregunta a los padres *cuándo* comenzaron los síntomas, generalmente se les hace difícil identificar el momento, diciendo a menudo que el niño “siempre ha sido así”. Este tipo de afirmación subraya un rasgo de temperamento que a menudo se observa en el MS: la inhibición conductual—caracterizada por timidez, retraimiento, y miedo a lo desconocido (Gensthaler et al, 2016a; Muris et al, 2015).

Los pocos estudios de seguimiento disponibles muestran que, aunque los síntomas del MS pueden disminuir con el tiempo, en algunos casos persisten. Cuando son adultos, estas personas frecuentemente sufren problemas de comunicación y ansiedad social, y tienen mayor riesgo de sufrir otros trastornos psiquiátricos (Remschmidt et al, 2001; Steinhausen & Juzi, 1996). Sin embargo, la presión a hablar disminuye, dado que los adultos pueden elegir más fácilmente con quiénes quieren estar, y qué quieren hacer.

ETIOLOGÍA

Hasta la fecha, no se ha encontrado ninguna causa para el MS. Sin embargo, la comprensión de este trastorno ha cambiado a lo largo de los años, desde ser concebido como una acción voluntaria del niño, a una incapacidad para hablar en ciertas situaciones (ver Tabla F.5.1). Al igual que en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, se hipotetiza una interacción entre factores genéticos, temperamentales, del neurodesarrollo y ambientales, que son resumidos a continuación (para una vista general del MS y profundización en su etiología, ver Cohan et al, 2006b; Muris & Ollendick, 2015; Hua & Major, 2016):

- *Factores genéticos.* El MS, la reticencia social y la ansiedad social tienden a ser hereditarios (Black & Uhde, 1995). Se encontró que una variación genética específica se asocia tanto al MS como al trastorno de ansiedad social (Stein et al, 2011)
- *Temperamento.* El rasgo de inhibición conductual (temor y evitar situaciones que no son familiares) generalmente se asocia a un mayor riesgo de presentar ansiedad posteriormente (Hirshfeld-Becker et al, 2007). Consistentemente con la asociación entre el trastorno de ansiedad social y el MS, también se ha observado una asociación entre el MS y la inhibición conductual (Gensthaler et al, 2016a)
- *Factores del neurodesarrollo.* Los niños con MS tienen mayores tasas de trastornos del neurodesarrollo. Los más prevalentes son los trastornos

del habla y del lenguaje, pero los trastornos de la eliminación y retrasos motores también son frecuentes. Existe una leve superposición con el trastorno del espectro del autismo y la discapacidad intelectual, aunque la mayoría de los niños con MS tienen un CI en el rango promedio (Kristensen, 2000; Cohan et al, 2006b)

- *Factores ambientales.* Los niños bilingües están sobrerrepresentados en el MS. Las transiciones, como por ejemplo, comenzar la escuela o conocer personas nuevas, son especialmente difíciles para estos niños y pueden desencadenar un MS. En contraste con los niños tímidos, que adquieren confianza después de un tiempo, los niños con MS continúan sin hablar y son retraídos.

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos

- El mutismo selectivo es descrito en el DSM-5 como un fracaso constante para hablar en situaciones específicas (p.ej., escuela, situaciones sociales) a pesar de hacerlo en otras situaciones (p.ej., hogar) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)
- El DSM-5 especifica que, para establecer el diagnóstico, la ausencia específica del habla debe estar presente por lo menos durante un mes. *Esto no aplica al primer mes de escuela*, debido a que muchos niños se tornan silenciosos cuando enfrentan una situación nueva, como lo es el ingresar a la escuela
- El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimientos o a la incomodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social
- La alteración no es explicada mejor por un trastorno de la comunicación (p.ej., trastorno de fluidez de inicio en la infancia o tartamudeo) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico

LA PREGUNTA DIAGNÓSTICA CLAVE

¿Habla el niño normalmente al menos en un contexto (p.ej., hogar), pero presenta mutismo en otros contextos (p.ej., jardín de infantes o escuela)?

- En caso afirmativo, solicite a los padres que profundicen en la presentación clínica del comportamiento de habla del niño: hace cuánto tiempo se presentó el mutismo, qué se ha echo al respecto para ayudar al niño, y cuáles han sido los resultados.

Además:

- Asegurarse que el niño no tiene un problema de audición.
- Recopilar información sobre la historia del desarrollo general del niño (oral, motor, lenguaje), para excluir el mutismo agudo debido a un trauma psicológico o a un daño cerebral adquirido.
- Es indispensable recopilar información del funcionamiento académico en el jardín de infantes o la escuela.
- Es recomendable realizar una evaluación del lenguaje no verbal y la capacidad de razonamiento (inteligencia).

- Por último, la ausencia de habla del niño debe interferir con el funcionamiento cotidiano: la ausencia de habla entorpece la capacidad del niño para desenvolverse en la escuela o en las interacciones sociales.

El MS se denomina mutismo *electivo* en la CIE-10, y se incluye en la sección “trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia” (Organización Mundial de la Salud, 1990). Los criterios de exclusión de la CIE-10 incluyen los trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia, trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje, y el mutismo transitorio como parte de la ansiedad por separación en los niños pequeños. El borrador beta de la CIE-11, disponible desde Agosto del 2016, propone cambiar el nombre a mutismo *selectivo*, lo incluye en la sección “trastornos de ansiedad y relacionados con el estrés”, y tiene una descripción similar a la del DSM-5.

Desafíos diagnósticos

La superposición diagnóstica entre el MS y una serie de otros trastornos psiquiátricos infantiles puede dificultar el diagnóstico del MS. Ni el DSM, ni la CIE especifican si el criterio “fracaso consistente de hablar” significa hablar a adultos. Cabe señalar que algunos niños con MS hablan o susurran a su “mejor amigo” en la escuela. Otro desafío es determinar si los niños que hablan *algo* en la escuela (por ejemplo, en grupos pequeños de estudiantes, a solas con un educador, o con educadores y niños en grupos pequeños) aún califican para el diagnóstico. En estos casos, el apoyo a favor o en contra del diagnóstico se puede encontrar en el grado de impacto negativo que crea el mutismo. Sin embargo, no existen directrices más específicas. Debe utilizarse el juicio clínico, y la decisión finalmente depende de las habilidades y experiencia del profesional.

El diagnóstico de MS en niños bilingües es particularmente difícil. A menudo son pasados por alto—su mutismo es atribuido a su falta de comprensión del nuevo lenguaje. En este subgrupo, también frecuentemente se pasan por alto los trastornos comórbidos del habla y del lenguaje, enmascarados por el mutismo y el bilingüismo. Es fundamental recopilar información o evaluar la habilidad verbal del niño en su idioma nativo. Para realizar el diagnóstico, el aspecto principal es que el mutismo sea prolongado o desproporcionado al grado de conocimiento del segundo idioma y exposición a este (Toppelberg et al, 2005).

Comorbilidad

Los niños con MS a menudo presentan síntomas de otros trastornos de ansiedad, particularmente del trastorno de ansiedad social. Las investigaciones realizadas han encontrado esta comorbilidad en alrededor de un 90% de los casos (Gensthaler et al, 2016b; Oerbeck et al, 2014).

El trastorno de ansiedad por separación es frecuente, especialmente en los niños más pequeños. Sin embargo, el rechazo a ir a la escuela es raro. Los trastornos del neurodesarrollo también son frecuentes, y los más prevalentes son el trastorno del habla y del lenguaje, los trastornos de la eliminación, y los retrasos motores. Se ha encontrado una comorbilidad con el trastorno del espectro del autismo en menos del 10% de los casos. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es muy poco frecuente (Kristensen, 2000).

El diagnóstico del mutismo selectivo en niños bilingües

- El mutismo debe tener una duración de al menos seis meses
- El mutismo debe estar presente en ambos idiomas
- Hay síntomas asociados de ansiedad o conducta inhibida.

Ha habido controversia respecto a la comprensión de la conducta negativista que se observa en los niños con MS. Los niños con MS han sido descritos como controladores, obstinados y negativistas, lo que a menudo implica un problema primario en la dinámica familiar. Por lo tanto, el cambio en el DSM-5, donde el MS es entendido como un trastorno de ansiedad, más que una manifestación de comportamiento opositorista, es significativo.

El mayor estudio hasta la fecha en niños con MS (n=130) encontró que la ansiedad social era la característica asociada más prominente. Casi la mitad de ellos también tenía puntuaciones clínicas en el límite para problemas del habla y del lenguaje—un aspecto importante, dado que estos problemas pueden pasar fácilmente desapercibidos en estos niños. El otro 45% mostraba puntuaciones clínicas en el límite para el comportamiento negativista. Sólo un 12% tenía ansiedad social “pura” (Cohan et al, 2008). Los autores sugieren que el negativismo observado en los niños con MS, a menudo está presente solamente en situaciones que requieren comunicación verbal. Es decir, se tornan opositoristas y desafiantes cuando se les presiona a hablar, cuando esto les produce ansiedad.

Diagnóstico diferencial

La superposición de síntomas que se encuentra a menudo en la clínica, puede dificultar el diagnóstico. Esto es particularmente cierto cuando se utilizan los criterios diagnósticos del CIE-10, que requieren excluir la presencia de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, trastornos específicos del habla y del lenguaje, y el mutismo transitorio como parte de la ansiedad por separación en los niños pequeños. Según el DSM-5, el MS no debe ser diagnosticado si los síntomas *se explican de mejor forma por otros trastornos*, como el trastorno de la comunicación, el trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Aunque es difícil, se subraya la importancia de diagnosticar los trastornos comórbidos del neurodesarrollo. Uno de los objetivos de realizar estos diagnósticos es destacar las áreas de fortalezas y dificultades, para organizar apoyo e intervención adecuada en el jardín de infantes o en la escuela. Si el niño muestra retrasos múltiples en lo social o en la comunicación, o mutismo en el contexto de otros comportamientos socialmente extraños, es más probable que el trastorno del espectro del autismo sea el diagnóstico primario. La gran superposición entre el MS y el trastorno de ansiedad se puede observar tanto en el DSM como en la CIE. Es fundamental realizar un diagnóstico preciso en los niños con un trastorno de ansiedad social en los que se sospecha un MS. Para esto, es necesario recopilar información de múltiples fuentes sobre la presencia del mutismo selectivo. Descartar la presencia de un MS en los niños aduciendo que estos sólo presentan ansiedad social es potencialmente peligroso.

EVALUACIÓN

La evaluación diagnóstica del MS debe estar basada en información de ambos padres y de los educadores, para garantizar información precisa sobre el fracaso de hablar del niño en ciertas situaciones sociales. Es crítico obtener una perspectiva de múltiples informantes, dada la naturaleza situacional del trastorno.

ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

- La mayoría de los niños con MS colaboran en las situaciones estructuradas de evaluación si quieren hacerlo y están bien preparados
- Los padres pueden sumarse a la evaluación y tratamiento, y pueden ayudar con la presentación de los elementos de la evaluación si el niño lo desea
- Antes de comenzar la evaluación, explicarle al niño que no es necesario que hablen al examinador
- Mostrar el material de evaluación, y explicar los formatos alternativos de respuesta que pueden utilizar, como apuntar, asentir, o responder por escrito (en niños mayores)
- El niño debe sentarse al lado del profesional, no de frente, como es usual en las evaluaciones, para evitar el contacto visual directo que muchas veces pone incómodos a estos niños. De esta forma, el niño y el profesional se concentran en el material de evaluación que está frente a ellos
- En los niños con MS, es preferible utilizar pruebas de vocabulario receptivo que no miden el tiempo, ya que estos pueden demorar más en responder debido a su temor de cometer errores
- Una prueba útil es el *Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody* (Dunn & Dunn, 2007), donde el profesional dice una palabra y el niño apunta la imagen que corresponde a esa palabra en un conjunto de alternativas. También pueden ser utilizadas otras pruebas no verbales, dirigidas a proveer una estimación rápida de la habilidad verbal, las aptitudes académicas y la inteligencia
- Para evaluar potenciales problemas de articulación y el lenguaje pragmático del niño, se anima a los padres a grabar al niño hablando en situaciones cotidianas en casa, por medio de una grabadora digital (p.ej., jugando, hablando a un hermano o a los padres)
- Crear atención conjunta utilizando una actividad lúdica, más que centrándose en el niño
- “Pensar en voz alta” cuando se habla (p.ej., “¿Me pregunto si esto cabe aquí?”), más que preguntar directamente al niño
- Elegir temas de conversación que estén relacionados con una actividad agradable que hacen juntos el niño y el examinador, u otros temas neutros, más que hablar de los sentimientos del niño o de sus cosas personales
- Períodos de silencio son inevitables cuando se trabaja con estos niños. Algunas personas hayan estos silencios incómodos, y tienden a llenarlos hablando. Tratar de estar relajado y asegurarse de dar tiempo suficiente al niño para responder, más que conversar o hablar por el niño todo el tiempo
- Después de un tiempo prudente, continuar de forma calma el “diálogo”, aun cuando el niño no responda verbalmente. De esta forma se aliviará la presión a hablar, aumentará su comodidad, y el “diálogo” avanzará
- Recibir las eventuales respuestas verbales de manera neutra, sin demasiada emoción. Reconocer tranquilamente lo que el niño dijo y continuar con lo que estaban haciendo juntos.

De hecho, los padres pueden desconocer que el niño no habla en la escuela. La evaluación generalmente incluye una combinación de entrevistas de diagnóstico y cuestionarios completados por los padres y educadores, y observaciones del comportamiento del niño. A los niños mayores se les puede pedir que asientan a las preguntas, o que completen cuestionarios escritos. Algunos niños pequeños con MS (de 4 a 5 años de edad) son capaces de completar “mapas de habla”, con la ayuda de uno de los padres. Sin embargo, el grado en que los niños con MS transmiten información en esta nueva y estresante situación, con adultos desconocidos, es bastante variable, y no es esencial para el diagnóstico.

EJEMPLO DE UN MAPA DE HABLA PARA NIÑOS PEQUEÑOS, VERSIÓN ESCOLAR

Este mapa de habla es útil para la evaluación del mutismo selectivo. Dependiendo de la edad, se puede pedir al niño que apunte o dibuje estrellas en las situaciones en las que sí habla; o se pueden utilizar notas adhesivas de colores, por ejemplo, verde para hablar, amarillo para comunicación no verbal, y rojo para mutismo. El mapa puede proporcionar información sobre cómo ve el niño su conducta de hablar en diferentes situaciones. También puede ser utilizado para evaluar cambio a través del tiempo.

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Persona que ayudó a completar el mapa _____ Fecha _____

En el camino a la escuela



En la sala de clases



En un grupo pequeño



Solo con el educador u otros adultos (¿Quiénes?)



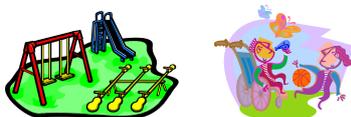
En otras salas de la escuela



Durante las comidas



Durante el recreo



Entrevistas diagnósticas

El *Cuestionario para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia para Niños en Edad Escolar: Versión Presente y Durante la Vida* (K-SADS-PL, por sus siglas en inglés) (Kaufman et al, 2013) y la *Entrevista para los Trastornos de Ansiedad del DSM-IV, Versión para Padres y Niños* (ADIS-IV-C/P, por sus siglas en inglés) (Albano & Silverman, 1996) son las entrevistas más utilizadas. Estas entrevistas están diseñadas para niños de 6 a 18 años de edad, pero es posible realizar un diagnóstico adecuado en niños menores de seis años, siempre y cuando la conducta y la interferencia en el funcionamiento, sean adaptados a un niño preescolar (Birmaher et al, 2009). Alternativamente, se puede utilizar la *Evaluación Psiquiátrica para Niños en Edad Preescolar* (PAPA, por sus siglas en inglés) (Egger & Angold, 2004).

Dado que el MS es un trastorno de ansiedad, la ADIS es particularmente relevante. La ADIS evalúa la ansiedad, el estado de ánimo, externalización, tics, consumo de sustancias, y trastornos generalizados del desarrollo, según el DSM. El “termómetro de emocional” es de gran utilidad, ya que permite al niño y sus padres cuantificar la gravedad de los síntomas ansiosos, y la interferencia de estos con el funcionamiento del niño. Las puntuaciones de ansiedad son utilizadas para facilitar el diagnóstico. Además, puede utilizarse para la automonitorización (en niños mayores) y la monitorización parental de la ansiedad, y para evaluar la respuesta al tratamiento con el paso del tiempo.

Los niños más pequeños pueden ser capaces de utilizar modelos visuales más simples, como caras sonrientes y tristes/preocupadas, dibujadas a mano o impresas. Véase el *mapa de habla* para niños pequeños, en el contexto escolar. Dependiendo de la edad, se puede pedir al niño que apunte o dibuje estrellas en las situaciones en las que habla. También se pueden utilizar notas adhesivas de colores: verde para hablar, amarillo para la comunicación no verbal, y rojo para el mutismo. Los niños mayores también pueden construir sus propios mapas de habla, como por ejemplo, la lista de personas con las que hablan, y las personas con las que se esforzarán para hablar con ellas en diferentes situaciones. Los profesionales deben ser creativos, para involucrar al niño en el proceso.

Escalas de evaluación

General

Existen varias escalas para los síntomas de ansiedad (ver [Capítulo F.1 del Manual](#)). La *Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil* (RCADS, por sus siglas en inglés), que es de uso libre, incluye un elemento de conducta del habla:

Elemento 38. *Mi niño tiene miedo de hablar en frente de la clase.*

Las respuestas posibles son “nunca”, “a veces”, “frecuentemente” y “siempre”, y existe una guía disponible en la página web.

Cuestionarios de mutismo selectivo

Los cuestionarios estandarizados más ampliamente utilizados fueron desarrollados por Lindsey Bergman, y se incluyen en su reciente manual para el tratamiento del MS (Bergman, 2013). Existe una versión para los padres, *El Cuestionario de Mutismo Selectivo* (Bergman et al, 2008), y una versión para los

Ejemplos del Cuestionario de Habla en la Escuela de Bergman (versión del educador)

- *Cuando es llamado por su educador, este estudiante responde verbalmente.*
- *Este estudiante hace preguntas apropiadas al educador.*

(Opciones de respuesta: siempre, a veces, raramente, nunca)

educadores, el *Cuestionario de Habla en la Escuela* (Bergman et al, 2002), ambos se están disponibles gratuitamente en esta [página web](#). Se pueden obtener versiones en otros idiomas [contactando al autor](#).

Aunque se puede obtener una puntuación global sumando las puntuaciones, como una representación de la gravedad del mutismo, estos cuestionarios son sólo medidas cuantitativas de la gravedad y *no existe un punto de corte diagnóstico*. El diagnóstico debe estar basado en la evaluación clínica. Los cuestionarios de MS son útiles en la evaluación de los síntomas del MS antes, durante y después del tratamiento. En la versión para padres, se debe valorar la conducta del niño en tres contextos diferentes: escuela, hogar, y situaciones sociales fuera de la escuela. A partir de esto, se obtienen puntuaciones totales para cada subescala y una puntuación global. La versión para el educador evalúa la conducta de comunicación en la escuela, como es percibida por el educador.

El *Inventario de Ansiedad en la Comunicación Social* (S-CAI, por sus siglas en inglés), desarrollado por Elisa Shipon-Blum, destaca la variedad de conductas de MS incrementando las opciones de respuesta: etapas no comunicativa, no verbal, de transición y verbal (véase apéndice F.5.3). Un esquema visual que ilustra las diferentes etapas puede verse [aquí](#).

TRATAMIENTO

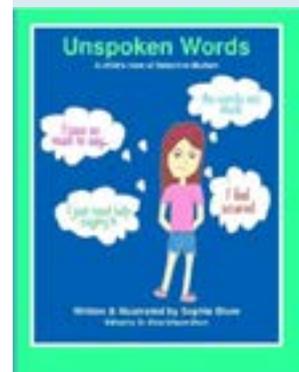
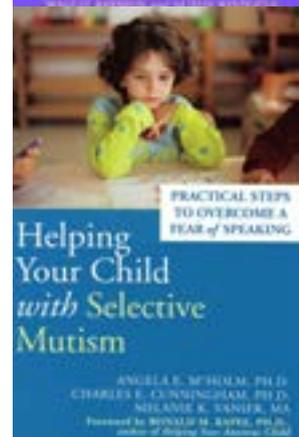
Puede ser útil conceptualizar el tratamiento considerando tres grupos de factores:

1. *Factores de vulnerabilidad* (genética, temperamento, ansiedad social, inhibición conductual, y trastornos del neurodesarrollo). El foco del tratamiento no es modificar el temperamento. Si existe un trastorno del neurodesarrollo, debe implementarse ayuda adecuada en la escuela.
2. *Factores desencadenantes* (transiciones y eventos inesperados como comenzar a asistir al jardín de infantes o a la escuela, migración, tener que usar un nuevo idioma). Los niños con MS tienen mejores resultados cuando se les prepara, se les entrena, y se les da más tiempo para ajustarse a la nueva situación o transición, así como también cuando se les proporciona un ambiente estructurado, donde saben qué esperar.
3. *Factores mantenedores* (la conducta de las personas que rodean al niño con mutismo). Hay dos riesgos opuestos. Uno es aceptar la evitación a hablar del niño, hablar por él/ella, y aceptar su incapacidad para mejorar su comunicación. El otro es esperar una comunicación que el niño es incapaz de realizar en esa situación específica. Aunque tienen buenas intenciones, ambas actitudes no ayudan, aumentan el malestar del niño, y pueden agravar los síntomas (ver el cuadro de texto a continuación).

El MS es considerado como un trastorno difícil de tratar y hay pocos estudios de buena calidad de la eficacia del tratamiento. La literatura respecto al tratamiento ha estado dominada por estudios de casos o series de casos clínicos, que incluyen una amplia gama de enfoques de tratamiento; y que reflejan en gran medida la orientación teórica de los autores. Aún hay poca información sobre los

Recursos psicoeducativos de utilidad para niños con mutismo selectivo y sus familias

(Haga clic en la imagen para obtener más información)





Consejos para los pares

La mayoría de las personas le tienen miedo a algo. A este niño se le hace difícil hablar. Hay algunas maneras de ayudarlo a hablar. Puedes ayudarlo de esta forma:

- Cuando una persona no habla, las demás personas pueden sentirse incómodas en presencia de esa persona. Sé amistoso con ese niño y trata de incluirlo en juegos y actividades
- No hables con otras personas sobre que este niño no puede hablar y, en general, no hables por el niño
- No hagas un alboroto si el niño comienza a hablar, simplemente continúa con lo que estabas haciendo.

resultados de los tratamientos, y los predictores de estos resultados. Los pocos estudios de resultados a largo plazo son retrospectivos y dan poca información respecto al tratamiento realizado en los servicios de salud en años anteriores. En el 2006, una revisión de la literatura sobre el tratamiento psicosocial recomendó con cierta cautela la terapia cognitivo conductual (TCC) (Cohan et al, 2006a). En los últimos años, se han desarrollado intervenciones de TCC basadas en la evidencia, especialmente adaptadas para niños con MS (Klein et al, 2016; Bergman, 2013; Oerbeck et al, 2014). Todas abogan por una intervención temprana y, aun cuando hay diferencias en el diseño, frecuencia, duración y localización de las sesiones de tratamiento, existen similitudes sorprendentes entre éstas y el trabajo pionero en el tratamiento del MS en grupos ingleses, canadienses y norteamericanos (Johnson & Wintgens, 2007; McHolm et al, 2005; Kearney, 2010). Otro grupo canadiense publicó una revisión sobre el tratamiento del MS (enfoques psicosociales y uso de fármacos) (Manassis, 2009).

Tratamientos psicosociales

Para efectos prácticos, a continuación se describen los factores clave del tratamiento. Después de esto, se presenta una breve revisión de la evidencia sobre las intervenciones psicosociales, y se ilustran con ejemplos de casos clínicos.

- En general, las intervenciones son multidisciplinarias, y se centran en disminuir la ansiedad, aumentar el habla social, y mejorar el impacto negativo en el funcionamiento relativo al MS

- Todos los enfoques enfatizan los componentes conductuales de la TCC, ya que el mutismo y la temprana edad de inicio hacen menos viable la reestructuración cognitiva. Se utilizan tareas de exposición graduada y recompensas por hablar (refuerzo contingente)
- La participación de los padres es fundamental. Es indispensable realizar psicoeducación sobre el MS e informar a los padres sobre las mejores formas de ayudar a su hijo a reducir las conductas que permiten y perpetúan el mutismo (por ejemplo, hablar por sus niños mudos), y cómo crear oportunidades de comunicación en situaciones de baja ansiedad en el hogar y en público. En el cuadro de texto lateral, se sugiere literatura que puede ser utilizada en niños con MS. Vea también ahí un [folleto de información para padres, desarrollado por SMIRA](#), un grupo de apoyo inglés para el MS.
- Es necesaria una extensa participación y coordinación con los educadores, dado que los niños con MS tienden a ser más sintomáticos en la escuela. Para esto, se utiliza la psicoeducación sobre el MS, consultorías durante el tratamiento, y tareas de exposición gradual simples.
- Debido a que los niños con MS suelen no hablar a su terapeuta, es vital generar estrategias que aseguren el involucramiento temprano del niño. Es fundamental buscar información sobre lo que realmente le gusta al niño, utilizar juegos favoritos divertidos y actividades lúdicas, y elegir recompensas atractivas.
- Una meta principal del tratamiento es disminuir la ansiedad sobre hablar, al reducir la presión para hablar y aumentar la comodidad, al no esperar, por ejemplo, que el niño mire directamente al terapeuta. Este comportamiento puede parecer una intervención paradójica, y que

Una pregunta de una madre

Mi hija M. tiene 8 años, y está en segundo grado. Siempre ha sido muy tímida, y hablaba sólo a mi esposo y a mí, a mi hijo, a sus abuelos y a algunos tíos y tías. Actualmente, ella le habla a todos los miembros de nuestra familia inmediata. En la escuela, ella sólo le habla a su profesora de educación física, en forma privada. Hemos visto a un terapeuta durante un año [...] El terapeuta y yo estamos tratando de informar a los educadores de M. sobre el MS. He estado trayéndola temprano, antes de que los otros niños lleguen a la escuela, y a veces, M. lee algunas palabras a su educadora. También he grabado sus informes de lectura en voz alta para que la educadora pueda oírlos. M. tiene una amiga muy buena a quien habla en la escuela. Se siente muy cómoda con esta amiga, y gracias a ella ha podido hacer nuevos amigos y asistir a actividades después de la escuela. Sus educadores, especialmente su profesora de educación física, creen que M. está utilizando a esta niña como muleta. Quieren separarlas el próximo año. Estoy totalmente en contra de esto, debido a que M. está menos ansiosa si está con esta niña. Yo sé lo frustrante que es cuando no recibes ninguna comunicación. Creo que la educadora probablemente piensa que puede curar a M. si la mantiene alejada de su amiga. Pero creo que mantener a M. con niños con los que se siente cómoda sólo puede ayudarla. Parecen pensar que ella necesita tener otros amigos. M. tiene otros amigos, simplemente no puede iniciar amistades por su cuenta.

Mi pregunta es, “¿Debería ser separada M. de la única niña con la que se siente cómoda para hablar?”

¿Qué piensa usted?

Greta

Greta era una niña de 5 años de edad que presentaba MS desde los 3 años, cuando comenzó a asistir al jardín de infantes. Ella era bilingüe, y presentaba mutismo en ambos idiomas. Su hermano adolescente seguía presentando MS a pesar de un largo contacto con los servicios de salud mental.

Al introducir las tareas de exposición durante las tres visitas domiciliarias, Greta comenzó a hablar con el terapeuta en la segunda sesión, cuando jugaban su juego favorito. Continuó hablando con el terapeuta cuando el tratamiento se realizó en una sala separada del jardín de infantes. Estaba ansiosa por participar en la elaboración de una lista de personas que debían ser invitadas a participar en el tratamiento, y prefirió comenzar con sus compañeros. Curiosamente, la primera compañera que invitó era una niña tímida e inhibida—Greta le dijo al terapeuta que su amiga también necesitaba tratamiento para poder hablar!

Después de 6 semanas, Greta comenzó a susurrar a sus compañeros fuera de la sala de tratamiento, y durante las siguientes 2 semanas, comenzó a hablar libremente a sus compañeros y a adultos. En el seguimiento, 5 años después, aún hablaba en todas las situaciones y no presentaba síntomas de ansiedad social.

trabaja contra el objetivo último de aumentar el habla. Sin embargo, se ha observado que esto es crucial para que los niños con MS se relajen, y se involucren en comunicación con personas desconocidas en una situación nueva.

La terapia conductual integrada para el MS, desarrollada por Lindsey R Bergman

Este tratamiento se realiza en los servicios de salud, por profesionales experimentados y con la participación de los padres, utilizando tareas de exposición gradual al estímulo/situación temida (en este caso la comunicación verbal) (Bergman, 2013). Los terapeutas están en estrecha comunicación con los educadores para garantizar la relevancia de las tareas de exposición en la escuela. Un estudio piloto controlado aleatorizado que incluyó a 21 niños (de 4 a 8 años de edad) encontró un aumento significativo del habla después del tratamiento, mientras que los controles en la lista de espera no demostraron mejoría (Bergman et al, 2002). Es importante destacar que el 67% de los niños que recibieron tratamiento ya no cumplían con los criterios diagnósticos para MS, y la mejoría clínica se mantuvo a los 3 meses de seguimiento (Bergman et al, 2013). No se evaluó la comorbilidad diagnóstica pero se encontró una reducción significativa de síntomas de ansiedad social reportados por los padres, pero no de los descritos por los educadores. Vea el Apéndice F.5.1 para un resumen de las 20 sesiones del enfoque de tratamiento de Bergman.

El manual de Bergman proporciona formularios y gráficos útiles en la evaluación y el tratamiento del MS, incluyendo ejercicios de exposición sugeridos. Se destacan las tareas estructuradas, las recompensas planificadas, la descripción de los resultados y la calificación de los sentimientos del niño. Vea los apéndices F.5.2 y F.5.3 para ver ejemplos de lo anterior. [Haga clic aquí](#) para acceder a los recursos del manual que pueden ser descargados.

Tratamiento de la Ansiedad de la Comunicación Social (S-CAT, por sus siglas en inglés), desarrollado por Elisa Shipon-Blum

Este tratamiento también es realizado en el servicio de salud, con la participación de los padres, utilizando tareas de exposición gradual y asesoría a los educadores para garantizar una comprensión adecuada del MS y la relevancia de las tareas de exposición en la escuela. La terapia consiste en nueve sesiones, 3 veces por semana, utilizando la transferencia de control a los padres entre las sesiones para promover la generalización de los logros terapéuticos. El S-CAT incorpora estrategias conductuales y cognitivas para ayudar a los niños a comunicarse socialmente dentro de un marco de etapas de verbalización (ver Apéndice F.5.3). Estas etapas son cada vez más exigentes y utilizan la *Escala de Comodidad con la Comunicación Social en el MS* (puede encontrar una descripción detallada [aquí](#)).

Un estudio piloto del programa S-CAT, sin un grupo control, que incluyó a 40 niños con MS de 5 a 12 años de edad, observó un aumento significativo del habla, según lo reportado por los padres. Una menor gravedad de los síntomas del MS, y colaboración de la familia en la terapia se asociaban a mejores resultados (Klein et al, 2016). Se puede encontrar [aquí](#) una descripción detallada del programa S-CAT de Shipon-Blum.

La intervención basada en el hogar y en la escuela para el MS, desarrollada por Hanne Kristensen y colaboradores

Este tratamiento comienza en casa, donde el niño se siente más cómodo y donde es más probable que comience a hablar, y se extiende a la escuela donde los síntomas son más graves. Este enfoque podría ser particularmente útil en áreas rurales o donde no hay acceso a servicios de salud especializados ya que un educador u otra persona clave puede llevar a cabo la intervención bajo la supervisión de un profesional. Vea el Apéndice F.5.4 para una visión general de la intervención basada en el hogar y en la escuela.

En un estudio piloto de siete niños preescolares diagnosticados con MS de larga duración (media de 20 meses), se observaron resultados favorables de la intervención (Oerbeck et al, 2012). Seis de los siete niños hablaban libremente en todos los contextos preescolares después de un promedio de 14 semanas

Ellen

Ellen tenía 6½ años de edad cuando fue evaluada por primera vez. Había migrado con su familia a Europa desde el sudeste asiático cuando tenía 3 años. En su país ella hablaba tanto el idioma local como su lengua materna. Sus padres describían a Ellen como una niña silenciosa y tímida toda su vida, pero que sin embargo se había desarrollado normalmente. Cuando ingresó al jardín de infantes se volvió completamente silenciosa en la escuela, pero su educadora estaba encantada de tener a una niña obediente y no disruptiva en su clase. Tranquilizó a los padres diciéndoles que Ellen probablemente participaría bien una vez que se adaptara a su nuevo entorno. Sin embargo, Ellen no habló en la escuela ese año ni el siguiente.

Ellen fue derivada a una valoración por parte del equipo de salud mental al final del primer curso de primaria debido a que, producto de su silencio, la educadora había tenido problemas para evaluar su progreso académico. A Ellen se le diagnosticó un MS. Se observó que había comunicación no verbal con sus compañeros, lo suficiente para hacer algunas amistades. A menudo era incluida en juegos y varios estudiantes hablaban por ella en la clase. El profesional que la evaluó sugirió iniciar terapia conductual para fomentar el habla. Su familia estuvo de acuerdo que “un comienzo fresco” en una nueva escuela el siguiente curso resolvería el problema, por lo que no fueron llevadas a cabo las intervenciones.

En su nueva escuela, en segundo grado, Ellen aún no hablaba. Además, había perdido contacto con sus compañeros de la escuela anterior y se sentía intimidada en la nueva escuela. Se volvió cada vez más retraída, poniendo la cabeza sobre su escritorio la mayor parte del día, sin mirar hacia arriba. La escuela dispuso que un terapeuta del lenguaje trabajara con Ellen, e introdujo un programa de modificación de la conducta que había ayudado en casos similares, pero después de 4 meses no habían avances. Se realizó una segunda evaluación de salud mental—Ellen tenía entonces 7½ años—y se sugirió iniciar tratamiento farmacológico. Viendo el gran impacto en el funcionamiento de su hija, los padres estaban dispuestos a considerar esta opción.

Se comenzó con 10 mg de fluoxetina al día. Ellen toleró bien el fármaco, y no presentó efectos secundarios. Seis meses más tarde, se observó que sonreía más, pero aún no hablaba a pesar del trabajo realizado con el terapeuta del lenguaje y a pesar de continuar con el programa conductual. Se aumentó la dosis a 15 mg por día (cápsulas de 20mg y 10mg en días alternados). En tres semanas, empezó a susurrar a sus compañeros. Después de un mes más, comenzó a hablar con la educadora si estaban a solas. Ellen continuó con el tratamiento farmacológico y le permitió continuar con la misma educadora en el tercer curso de primaria, lo que resultó en el desarrollo de buenas relaciones sociales, amistades y un buen progreso académico. Se suspendió la terapia farmacológica poco después del inicio del cuarto grado ya que Ellen continuaba hablando normalmente en todos los ambientes.



Haga clic en las imágenes para ver el documental *Ayúdame a hablar (Help Me to Speak, en inglés)* que muestra la historia de dos niños con mutismo selectivo. La parte 3 (arriba, 14:05) y la parte 4 (abajo, 13:11) ilustran aspectos del tratamiento psicológico y farmacológico.



Al igual que en muchos trastornos psiquiátricos infantiles, en los que se carece de estudios sobre la dosis óptima, la regla general al prescribir medicamentos en el MS es “comenzar con una dosis baja y aumentarla poco a poco”.

de tratamiento, y aún lo hacían en el seguimiento 1,5 años más tarde. En un estudio controlado aleatorizado que incluyó a 24 niños con MS (de 3 a 9 años), se encontró un aumento significativo del habla después de tres meses de tratamiento, sin cambios en los controles de la lista de espera (Oerbeck et al, 2014).

Un estudio de seguimiento en 24 niños, 1.5 años después de un tratamiento de seis meses, mostró que el efecto no disminuía. Por el contrario, se observó un aumento pequeño pero significativo de la conducta de habla con el tiempo (Oerbeck et al, 2015). Una menor edad al inicio del tratamiento y una menor gravedad de los síntomas estaban asociadas a mejores resultados. Un estudio de seguimiento a largo plazo de 30 de 32 niños (de 3 a 9 años de edad) que completaron este programa en Noruega observó que, según lo reportado por los padres y los educadores, 21 de los 30 niños ya no cumplían con los criterios diagnósticos para el MS. Cuatro niños aún presentaban MS y cinco mostraban una remisión parcial (p.ej., hablaban en algunas pero no en todas las situaciones escolares) (datos no publicados).

Terapia farmacológica

El uso de fármacos en niños con MS es en gran medida *off label* (fuera de ficha técnica), dada la escasez de evidencia empírica; la terapia farmacológica debe ser considerada solamente en circunstancias muy especiales. Actualmente existen dos ensayos de ciego pequeños, uno para la fluoxetina, y otro para la sertralina (Manassis et al, 2016). Los fármacos utilizados se basan en gran medida en la extrapolación de resultados del tratamiento en otros trastornos de ansiedad. Es importante reconocer esta realidad y explicar las razones para el uso de los fármacos, por ejemplo, ausencia de respuesta al tratamiento psicológico, o el fuerte vínculo entre el MS y el trastorno de ansiedad social (Compton et al, 2014). Esto a menudo hace que las familias se pregunten si vale la pena arriesgarse a los posibles efectos adversos de los fármacos. Sin embargo, hay un alto riesgo de que el funcionamiento social y académico empeore si el MS no es tratado eficazmente, y la terapia farmacológica tiene el potencial de mejorar estos resultados en el funcionamiento (Manassis & Tannock, 2008). Si la ansiedad disminuye con los fármacos, algunos niños progresan más rápidamente con el tratamiento psicosocial. También es reconfortante para la familia, si se les indica que la respuesta al tratamiento farmacológico (tanto positiva como negativa) y los efectos secundarios serán supervisados de cerca, y que el plan es suspender el fármaco una vez que el niño hable normalmente en la mayoría de los contextos.

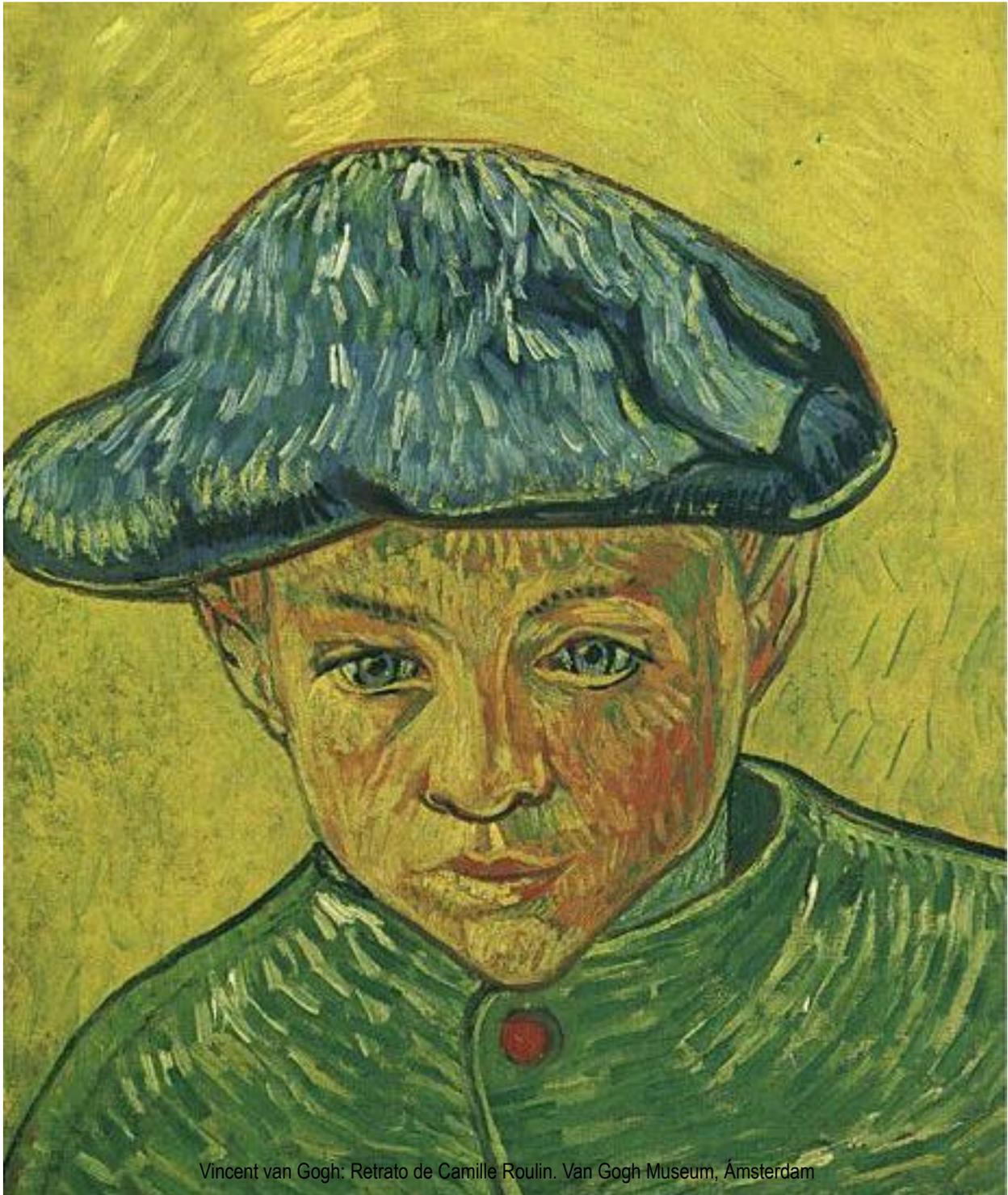
Una vez que el niño muestra avances en hablar en situaciones sociales es importante mantener los fármacos por algunos meses para optimizar los beneficios del tratamiento psicosocial concurrente, permitir a los niños desarrollar confianza en sus nuevas habilidades sociales y evitar retrocesos

¿Cuándo puede ser útil el uso de fármacos en el MS?

En el caso de Ellen, los síntomas de la niña persistieron durante más de dos años a pesar de cuatro meses de tratamiento psicosocial intensivo. Un “nuevo comienzo” por medio de un cambio de escuela había fracasado y su funcionamiento social estaba claramente afectado. Estos eventos parecían justificar el uso de fármacos. Sin embargo, la pregunta de si utilizar o no fármacos en el MS no tiene una respuesta fácil (ver también los videos 3 y 4). Al decidir si recomendar o no la terapia farmacológica, deben considerarse varios factores:

- La limitada evidencia de su eficacia y el potencial para efectos secundarios, particularmente en niños pre-puberales

- Los fármacos deben ser utilizados en conjunto con un tratamiento psicosocial, no como una monoterapia
- Debe ser claro que el niño no está respondiendo al tratamiento psicosocial por sí solo, y que los síntomas son graves e incapacitantes. Se debate sobre cuanto al tiempo que debe continuar el tratamiento psicosocial antes de agregar un medicamento, pero la mayoría de los autores sugieren varios meses
- Debido a que los niños mayores parecen tener una tasa más baja de respuesta al tratamiento psicosocial que los más pequeños (Oerbeck



Vincent van Gogh: Retrato de Camille Roulin. Van Gogh Museum, Ámsterdam

et al, 2015), los fármacos deben ser considerados más pronto en niños mayores. También deben considerarse antes en lugares donde los tratamientos psicosociales no son disponibles.

- El profesional debe sopesar los potenciales riesgos y beneficios de la terapia farmacológica en cada caso, y ayudar al niño y su familia a comprender estos riesgos y beneficios.

Elección del fármaco

La fluoxetina es el fármaco más estudiado, aunque existen estudios de otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y dos estudios respecto a los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs): la fenelzina y la moclobemida (Manassis et al, 2016). Se debe evitar el uso de IMAOs en niños dado los potenciales efectos secundarios y las interacciones con alimentos. Recomendamos comenzar con fluoxetina, y cambiar a sertralina si hay baja tolerancia o no hay respuesta.

¿Cómo deben prescribirse los fármacos?

Los niños pequeños (menores de 7 años) pueden comenzar un una dosis de 5mg de fluoxetina al día, tanto en su forma líquida o (si no está disponible) tomando una cápsula 10mg en días alternos. Debido a su larga vida media, la dosis de fluoxetina puede ser valorada ajustando el número de cápsulas por semana. Si se hace el cambio a sertralina, inicialmente se deben prescribir 12.5mg al día (p.ej., la mitad de una cápsula de 25mg). Como en el caso clínico de Ellen, puede ser necesario ajustar la dosis, porque los niños varían en sus requerimientos y tolerancia a los fármacos.

Es prudente monitorizar el peso del niño, que en ocasiones se ve afectado producto de las náuseas asociadas a los fármacos, especialmente al inicio del tratamiento. No es infrecuente que se presente una activación conductual, un efecto secundario de los ISRSs (Strawn et al, 2015); puede requerir la reducción de la dosis, o un cambio del fármaco. Aunque es infrecuente, debe mencionarse a la familia la posibilidad de un aumento de la conducta suicida (Bridge et al, 2007), así como también las estrategias a implementar para garantizar la seguridad. Al evaluar el beneficio, es importante obtener información de los educadores y los padres, así como del niño una vez que sea capaz de comunicar algo. Durante la terapia farmacológica, a menudo no se nota una mejoría en el hogar, donde los síntomas son menos graves; pero si es observable en la escuela. La mejoría puede tardar tiempo: normalmente de dos a cuatro semanas en una dosis óptima, pero a menudo deben pasar varias semanas antes de que el cambio se traduzca en una comunicación verbal más adecuada. Es ideal realizar un seguimiento regular, por ejemplo, cada dos semanas, para monitorizar los efectos secundarios, ajustar la dosis, y continuar el tratamiento psicosocial.

No se recomienda reducir o suspender los fármacos durante las vacaciones de verano, ya que el inicio de clases en el otoño es a menudo un período difícil para los niños con MS, que a veces precipita recaídas. Sin embargo, cuando el niño habla normalmente en la mayoría de los contextos sociales y ha establecido un buen funcionamiento social y académico, el profesional debe reducir los fármacos. Generalmente, esto se hace reduciendo la dosis, esperando un par de semanas para evaluar si emergen nuevamente los síntomas, reducir la dosis y esperar nuevamente,

y finalmente suspender el fármaco si los síntomas no reaparecen. Si los síntomas reaparecen, debe aumentarse la dosis al nivel más bajo que previamente fue eficaz. Posteriormente, la dosis puede ser evaluada cada seis meses, asegurándose que el niño continúa con la dosis más baja necesaria. Los riesgos y beneficios de la terapia farmacológica a largo plazo son desconocidos.

ASPECTOS CULTURALES ESPECÍFICOS

Los límites entre la normalidad y la patología varían entre las culturas. Por lo tanto, el que una conducta sea considerada problemática o no va a diferir. El umbral de tolerancia para el mutismo situacional varía según la cultura, el contexto social y la familia. Sin embargo, en el MS—esto es, en términos del trastorno mismo—casi todas las culturas (incluso aquellas donde la timidez/reticencia es considerada una cualidad positiva) considerarían esta conducta como un problema, y los padres querrían ayudar al niño a mejorar su funcionamiento.

En nuestra opinión, en relación al MS, los aspectos relativos a la cultura que requieren mayor sensibilidad son los relacionados al tratamiento:

- Internacionalmente, existe una gran variabilidad respecto a la importancia que se le da a la habilidad del niño para presentar oralmente en la escuela. También hay variación respecto a la presión que se considera aceptable al ayudar a un niño a mejorar su conducta verbal
- En la implementación del tratamiento psicosocial, varía de un país a otro si el personal sanitario está autorizado o dispuesto a ayudar al niño en casa o en la escuela
- Con respecto a la terapia farmacológica, existe gran variabilidad en la disposición de las personas a utilizar medicamentos para el MS. En muchos países, este tratamiento es considerado “fuera de etiqueta”, es decir, que los médicos prescriben los medicamentos sin la autorización oficial de los organismos reguladores de salud, generalmente porque no existe suficiente evidencia de su eficacia.

PUNTOS CLAVE

- El MS es un trastorno de la infancia relativamente infrecuente que causa un impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico.
- El síntoma principal del MS es el fracaso consistente de hablar en contextos específicos (p.ej., escuela, situaciones sociales), a pesar de hablar normalmente en otras situaciones (p.ej., en el hogar).
- El MS es hereditario, y está asociado al rasgo de temperamento de inhibición conductual.
- Los trastornos comórbidos son prevalentes, especialmente otros trastornos de ansiedad y trastornos del neurodesarrollo, y es importante evaluar la presencia de estos en los niños con MS.
- La evaluación requiere experiencia, sensibilidad, e información detallada de los padres y educadores, así como también la evaluación del niño.
- Generalmente, los primeros pasos en el tratamiento son la psicoeducación y el manejo conductual.

- El tratamiento de elección es un tratamiento estructurado, centrado en la exposición gradual a la tarea temida (hablar), con recompensas contingentes.
- Cuando no hay respuesta o hay respuesta parcial al tratamiento psicosocial, puede ser útil añadir la terapia farmacológica. Los fármacos deben considerarse desde el comienzo si no hay disponibilidad de un tratamiento psicosocial.
- Siempre que sea posible, los fármacos deben ser utilizados en conjunto con un tratamiento psicosocial y no como monoterapia.
- Hasta la fecha, ningún fármaco ha sido aprobado para el tratamiento del MS en niños y adolescentes. Sin embargo, un número creciente de estudios sugieren un optimismo cauteloso respecto a los ISRSs.
- Si no es tratado, el MS se asocia a un mayor riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos de ansiedad, así como también un impacto negativo en el funcionamiento social y académico.

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albano AM, Silverman WK (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Graywind Publications Inc.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bergman LR (2013). *Treatment for Children with Selective Mutism. An integrative Behavioral approach*. New York: Oxford University Press.
- Bergman LR, Keller ML, Piacentini J et al (2008). The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:456-464.
- Bergman LR, Piacentini J, Mccracken JT (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:938-946.
- Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J et al (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 51:680-689.
- Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA et al (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children. A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*, 43:680-686.
- Black B, Uhde TW (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:847-856.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297:1683-1696.
- Carbone D, Schmidt LA, Cunningham CC et al (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1057-1067.
- Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E et al (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37:770-784.
- Cohan SL, Chavira DA, Stein MB (2006a). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1085-1097.
- Cohan SL, Price JM, Stein MB (2006b). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27:341-355.
- Compton SN, Peris TS, Almirall D et al (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82:212-224.
- Dunn LM, Dunn DM (2007) *Peabody Picture Vocabulary Test-IV*. San Antonio, TX: Pearson Assessments.
- Egger HL, Angold AC (2004). The preschool age psychiatric assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: Delcarmen-Wiggins R & Carter A (eds) *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M et al (2016a). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1007/s00787-016-0835-4
- Gensthaler A, Maichrowitz V, Kaess M et al (2016b). Selective mutism: The fraternal twin of childhood social phobia. *Psychopathology*, 49:95-107.
- Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A et al (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28:225-233.
- Hua A, Major N (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28:114-120.
- Johnson M, Wintgens A (2007). *The Selective Mutism Resource Manual*, Brackley, UK: Speechmark Publishing.
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D et al (2013). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) 2013 Working draft*. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.
- Kearney CA (2010). *Helping Children with Selective Mutism and their Parents: A Guide for School-Based Professionals*. New York, NY: Oxford University Press.
- Klein ER, Armstrong SL, Skira K et al (2016). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* DOI: 10.1177/1359104516663497
- Kristensen H (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:249-256.
- Manassis K (2009). Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9:235-243.
- Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25:571-578.
- Manassis K, Tannock R (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:700-703.

- McHolm AE, Cunningham CE, Vanier MK (2005). *Helping your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Muris P, Hendriks E, Bot S (2015). Children of few words: Relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3- to 6-year-olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 18:151-169.
- Muris P, Ollendick TH (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18:151-169.
- Oerbeck B, Johansen J, Lundahl K et al (2012). Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3-5 years: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17:370-383.
- Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH et al (2015). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24:757-766.
- Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T et al (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19:192-198.
- Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B et al (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251:284-296.
- Stein MB, Yang B-Z, Chavira DA et al (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 69:825-831.
- Steinhausen H-C, Juzi C (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:606-614.
- Strawn JR, Welge JA, Wehry AM et al (2015). Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 32:149-157.
- Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A et al (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:592-595.
- World Health Organization 1990. *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.



Apéndice F.5.1

Resumen de las 20 sesiones de Terapia Integrada de Comportamiento para niños con mutismo selectivo

	TEMA	CONTENIDO
1	Introducción	Vista general del tratamiento y comenzar a aumentar la comodidad del niño con la situación novedosa
2	Cuadro de sentimientos, sistema de recompensas	Introducción y práctica utilizando el “cuadro de los sentimientos,” una medida de ansiedad subjetiva adecuada al nivel de desarrollo. Introducir al niño y su familia en el uso de un sistema de recompensas conductual, para reforzar el comportamiento del habla y ayudarles a desarrollar un sistema adaptado a ellos
3	Lista de la clases y construcción de jerarquía	Recopilar detalles sobre la conducta verbal del niño en la sala de clases. Construir una “escalera del habla” o jerarquía (lista gradual de situaciones que involucran comunicación verbal, en las que va a trabajar el niño)
4	Práctica de la exposición*	Revisar los fundamentos de la intervención de exposición, y comenzar con sesiones de exposición, que guíen las futuras exposiciones dentro y fuera de la sesión
5-9	Exposiciones iniciales (leves)*	Desarrollar, realizar, y asignar ejercicios de exposición, para las situaciones en las cuales el niño tiene dificultades para hablar, en la sesión y fuera de ella (escuela, familia extensa, comunidad, etc.)
10	Sesión de punto medio del tratamiento	Foco en revisar los avances hasta el momento, y resolver los obstáculos para el éxito del tratamiento (p.ej., incumplimiento de los educadores o los padres, problemas con el sistema de recompensas, falta de generalización, oposicionismo del niño)
11-14	Exposiciones intermedias (moderadas)*	Continuar trabajando en las exposiciones de la jerarquía del niño (“escalera del habla”) con retroalimentación de la familia y los educadores
15	Continuación de las exposiciones* e introducción de la transferencia de control	Continuar con las tareas de exposición, e introducir el concepto de transferencia de control, donde la responsabilidad del trabajo realizado hasta el momento es entregada a los padres y al niño. Comenzar a elicitar ideas en los padres y el niño sobre exposiciones fuera de la sesión
16-17	Exposiciones avanzadas y foco adicional en la transferencia de control	Trabajo en tareas avanzadas de exposición, y mayor foco en la transferencia de control y responsabilidad del tratamiento a la familia, así como también al educador si es adecuado
18-19	Revisión de los avances; exposiciones avanzadas y transferencia de control	Reconocer las áreas donde se ha progresado, e identificar las situaciones donde permanece la dificultad para hablar. Desarrollar estrategias para continuar trabajando esas áreas, particularmente si permanece la alteración en el funcionamiento. Permitir que la familia y los educadores ofrezcan sugerencias de tareas de exposición, dirigidas a las áreas donde permanecen los síntomas
20	Prevención de recaídas y graduación	Mostrar el cuadro de progreso al niño, para reconocer y reforzar los avances. Desarrollar una lista de los desafíos que permanecen, y hacer una lluvia de ideas en conjunto, para continuar trabajando en esas áreas. Revisar las estrategias de prevención de recaídas. Entregar el certificado de graduación, y si el tiempo lo permite, hacer una pequeña celebración

* Cuando sea adecuado al nivel de desarrollo del niño, durante estas etapas de la intervención, se pueden añadir técnicas simples de reestructuración cognitiva

Apéndice F.5.2

Ejemplo de un formulario utilizado para realizar una tarea estructurada, según el manual de Bergman

Tarea:

Recompensa esperada:

Resultado: [1] No intentado - no posible
[2] No intentado - el niño no lo tolera
[3] Intentado pero no completado
[4] Completado como fue asignado
[5] Completado con modificaciones

Puntuación del niño después de la exposición (de 1 a 5; variando la intensidad de caras felices y tristes)

Marcar aquí _____ si no se obtuvo la puntuación del niño.

Explicar el resultado:

Apéndice F.5.3

Etapas en la Escala de Comodidad en la Comunicación en el MS (Social Communication Comfort Scale, en inglés) (Elisa Shipon-Blum)

Etapa 0: El niño no responde o inicia la comunicación (parece paralizado)

Etapa 1: El niño se comunica utilizando comunicación no verbal (no hablada) y responde o inicia la comunicación apuntando, asintiendo, haciendo gestos, escribiendo o haciendo ruidos no verbales

Etapa 2: El niño está en transición hacia una comunicación verbal (hablada) y responde o inicia la comunicación realizando sonidos o utilizando intermediarios verbales, que pueden incluir susurros o utilizar un dispositivo de grabación

Etapa 3: El niño se comunica hablando, y responde o inicia la comunicación utilizando palabras en su voz normal, baja, o modificada, por medio de un guión ensayado o el habla espontánea.

Apéndice F.5.4

Vista general de la intervención basada en el hogar y en la escuela, desarrollada por Hanne Kristensen y colaboradores

- **Una sesión psicoeducativa antes del tratamiento, realizada con los padres y educadores.**

El mutismo selectivo a menudo provoca especulaciones etiológicas (p.ej., que el niño lo hace deliberadamente, o es resultado de un trauma). En esta sesión es importante asegurar una comprensión común del MS basada en la evidencia, y analizar cómo se puede ayudar de mejor forma al niño.

- **Tres sesiones semanales realizadas en el hogar con el niño y sus padres**

Sesión 1. Explique el objetivo de la visita (adaptado a la edad del niño), que otros niños también luchan con la incapacidad de hablar fuera de casa, que la mayoría no saben por qué, y que realmente quieren hablar pero no saben cómo hacerlo. Explique que es posible mejorar si se practica paso a paso, que estarán preparados para lo que van a hacer, y que recibirán pequeños regalos por hablar. Introduzca el libro de trabajo (mapa de habla, autoadhesivos, hojas para dibujar) y una cinta de audio (para jugar y escuchar sus sonidos y su voz), ambos de uso opcional y como herramienta para mejorar el vínculo. Elegir juntos un juego favorito—que necesite hablar (p.ej., contar, nombrar)—así como recompensas. Muestre al niño cómo este juego (tarea de exposición) se realizará en la segunda sesión, con etapas más fáciles y difíciles (ver sesión 2).

Sesión 2. Revisar la sesión 1 y el libro de trabajo o cinta de audio, si estos fueron utilizados entre las sesiones. Realizar la tarea de exposición planificada en seis etapas, incrementando la dificultad: (1) padre y niño juegan un juego con el terapeuta fuera de la sala y la puerta cerrada; (2) el terapeuta fuera de la sala con la puerta abierta; (3) el terapeuta entra a la sala durante el juego; (4) el terapeuta permanece en la sala, sin jugar; (5) el terapeuta se sienta junto al padre y al niño, sin jugar; (6) el terapeuta participa del juego con el niño y el padre.

Sesión 3. Revisar la sesión 2 y continuar con la tarea de exposición desde donde quedaron en la sesión 2. Preparar al niño para las próximas sesiones, que serán realizadas en la escuela, utilizando la misma tarea de exposición y material de juego; inicialmente acompañado por el/los padres, y después por el/los educador(es).

- **17 sesiones semanales en la escuela** (si es posible dividir en dos sesiones de 30 minutos cada una, para favorecer los resultados del niño):

Contenido similar al de las sesiones 2 y 3, pero en otro lugar (escuela). El programa consiste en seis módulos, con objetivos predeterminados de dificultad creciente (ver abajo). Los niños con MS comienzan en el nivel cero (no hablar a los adultos)

Meta

- 1 Hablar con el terapeuta en otra sala de la escuela, con el padre/madre presente.
- 2 Hablar con el terapeuta en otra sala de la escuela, sin la presencia del padre/madre.
- 3 Hablar a un educador en otra sala de la escuela, con la presencia del terapeuta.
- 4 Hablar a otros educadores (y niños) en otra sala de la escuela, con la presencia del terapeuta.
- 5 Hablar a los educadores (y niños) en algunas situaciones sin la presencia del terapeuta (habla a algunos educadores, pero no a todos; habla con algunos grupos de la escuela, pero no con todos).
- 6 Habla a los educadores (y niños) en todas las situaciones, sin la presencia del terapeuta (habla normal/ casi normal).