

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE MUTISMO SELECTIVO: CASO CLÍNICO

Sara Heras Carretero
José Luis Graña Gómez¹
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

La prevalencia de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil oscilan aproximadamente entre el 15-20%. Por ello, es importante que los niños y adolescentes cuenten con un buen servicio en atención primaria. Haciendo gran hincapié en la intervención temprana. Aunque la prevalencia del mutismo selectivo sea un 1% aproximadamente, son grandes las consecuencias negativas que deja en la autoestima del niño cuando este trastorno no está diagnosticado, y por consiguiente no se ha llevado a cabo un tratamiento adecuado. Asimismo, en este trabajo se expone una intervención detallada e individualizada de un caso de mutismo selectivo, aplicando técnicas de carácter cognitivo-conductual. Igualmente se refleja la magnitud del cambio terapéutico con índices de no solapamiento. Las conductas problemas fundamentales en las que se centra el plan de trabajo, son la ansiedad y la ausencia del habla con adultos. Se aplica el tratamiento, siendo efectivo tras el cálculo del porcentaje de datos no solapados (PND), el porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM) y el no solapamiento de todos los pares (NAP).

PALABRAS CLAVE: *mutismo selectivo, intervención, tratamiento, caso clínico, tamaño del efecto.*

Abstract

The prevalence of mental disorders among children and teenagers in the population oscillates approximately 15-20%. Therefore, it becomes essential that children and teenagers have access to primary health care. Paying special emphasis on early interventions. Although the prevalence of selective mutism is 1% approximately, the negative consequences to the self-esteem of the children are considerable when the disorder is not diagnosed. As a consequence, accurate treatment has not been provided. Likewise, this paper exposes an intervention of a case of selective mutism with cognitive-behavioral techniques. In the same way, the magnitude of the therapeutic change is shown throughout the essay with indicators of non-overlapping. The mental disorders that this work focuses on are anxiety and the lack of speech in adults. The treatment is applied to be effective after the measurement of the percentage of data non-overlapped (PND), the data of percentage that do not overlap the medium (PEM) and non-overlapping of all the pairs (NAP).

KEYWORDS: *selective mutism, intervention, treatment, clinical case, effect size*

Introducción

La organización mundial de la salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo que se afirma que no hay salud si no atendemos a la salud mental (OMS, 2013). Así pues en las últimas décadas se

¹ Citar este artículo como: Heras, S. y Graña, J. L. (2019). Intervención en un caso de mutismo selectivo: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 200-223. doi:

¹ *Correspondencia:* Prof. Dr. José Luis Graña. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. Pozuelo de Alarcón. 28223. Madrid.

Correo electrónico: jlgranna@ucm.es

Fecha de recepción del artículo: 12-09-2019

Fecha de aceptación del artículo: 15-11-2019

han llevado a cabo múltiples estudios de carácter científico con el objetivo de incidir y recalcar su prioridad en el sistema público actual, ya que nos encontramos con un sistema de salud pública que no cuenta con los recursos suficientes y necesarios para prevenir los trastornos mentales.

En 2018 el porcentaje de población española diagnosticada con trastorno mental aumentó al 21% (Statista, 2018). En el libro blanco de psiquiatría de niños y adolescentes podemos observar como el 80% de los trastornos mentales que fueron diagnosticados en la población adulta, tuvieron su inicio antes de los 18 años. Asimismo no puede esperarse una salud mental óptima en el adulto si no la ha tenido en la infancia (González et al., 2019).

La prevalencia de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil oscilan aproximadamente entre el 15-20% (Koplowitz, 2014). Atendiendo a todo lo dicho, es de especial importancia que los niños y adolescentes cuenten con un buen servicio y prevención en atención primaria dentro de la sanidad pública, para que de esta manera, se logre disminuir la prevalencia de trastornos mentales que se diagnostican en la adultez. Haciendo gran hincapié en la intervención temprana infanto-juvenil, cuya finalidad radica en realizar un tratamiento individualizado trabajando las necesidades de cada niño.

En el presente trabajo se va a proceder a exponer un estudio sobre la intervención de un caso de mutismo selectivo en un niño de seis años de edad.

Definición de mutismo selectivo y clasificación

El mutismo selectivo (MS en adelante), trastorno estudiado por diversos investigadores, fuente de gran controversia, ha generado múltiples conflictos en cuanto a su significado, nombre y concepción. Podríamos remontarnos al año 1877 cuando el médico alemán Kussmaul estableció por primera vez el término mutismo voluntario o afasia voluntaria. Por aquel entonces se consideraba que el menor ejercía de forma voluntaria la inhibición del habla en contextos o circunstancias concretas (Olivares y Olivares-Olivares, 2018). El hecho de depositar toda la responsabilidad en el niño e interpretar esa conducta como un acto desafiante, no ayudaba en absoluto al bien del menor, el cual cargaba con una gran culpabilidad que de alguna manera retroalimentaba la alta ansiedad que sufría.

Durante el transcurso del tiempo se han llevado a cabo diferentes estudios para acordar y debatir sobre las múltiples terminologías acerca del funcionamiento del mutismo selectivo. Hasta que varios autores, llegaron a un acuerdo y cambiaron el supuesto de voluntariedad del menor, por una reacción involuntaria que se desencadenaba en el niño al exponerse a determinados contextos, percibidos como amenazantes. Como consecuencia, se producía una inhibición del habla causada por una alta ansiedad. Asimismo, se hizo hincapié en su forma involuntaria, y pasó de llamarse mutismo electivo, dado que era considerado una elección personal del menor, a mutismo selectivo, recalcando la importancia de la reacción automática e involuntaria. (APA, 1994 y 2013; Cline y Baldwin, citado en Olivares y Olivares-Olivares, 2018).

“El mutismo selectivo es un trastorno de la conducta que se inicia en la infancia y que se caracteriza por la dificultad del niño para interactuar verbalmente con determinadas personas y en determinadas situaciones, pudiendo mantener años esta conducta” (Guía para la detección precoz e intervención en mutismo selectivo de la Comunidad de Navarra, 2003). Se ha de tener en cuenta que cuando se desarrolla este trastorno, no hay otros problemas psicológicos o somáticos que expliquen esta situación.

El mutismo selectivo estuvo clasificado por el DSM-III dentro de los trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia, sin embargo, con la nueva llegada del DSM-5 pasó a situarse dentro de la sección de trastornos de ansiedad. El nuevo cambio que se introduce en el DSM actual, se debe a la eliminación del reconocimiento por parte de la persona que padece el trastorno, que su ansiedad o miedo es excesivo o irracional (APA, 2013).

El mutismo selectivo se caracteriza por la ausencia del habla en determinados contextos donde se

espera que el menor lo haga, como por ejemplo en la escuela, a pesar de que en otras situaciones hable con fluidez, como puede ser en el ámbito familiar.

Los criterios según el DSM-5 para diagnosticar mutismo selectivo son los siguientes:

- A. Fracaso persistente a la hora de hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que lo hagan como, por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o la comunicación social
- C. La duración de la alteración es de un mes por lo menos (no limitada o aplicable al primer mes de escuela).
- D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento de la lengua hablada en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (como la tartamudez, por ejemplo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Este sistema de clasificación se encuentra con muchos obstáculos para enfocar el tratamiento dado que no tiene en cuenta el momento del diagnóstico, las variables que hace que se mantenga el problema o el grado de proporción del habla del menor. Olivares (1994) realiza una propuesta muy interesante para clasificar el trastorno en función del grado de miedo a hablar, dando respuesta al obstáculo que nos encontramos con los sistemas categoriales. De esta forma pasa de un criterio categorial a un criterio dimensional, cuya funcionalidad es marcar la intensidad del miedo que manifiesta el menor de cara al futuro tratamiento terapéutico (Véase tabla 1).

Tabla 1. Propuesta de clasificación gradual del miedo desproporcionado a hablar

		Clasificación	Intensidad respuestas de ansiedad
Habla el (la) niño (a) en situaciones de interacción sociales?	SI	Con la mayoría de las personas	Aversión a hablar
		Solo con las personas del ámbito íntimo	Mutismo selectivo
	No	No habla con nadie	Mutismo progresivo
			Menos ↓ Más

Fuente. Olivares y Olivares-Olivares (2018)

Teniendo en cuenta ciertas variables para realizar un diagnóstico exacto e individualizado de mutismo selectivo, tenemos que centrarnos en diferentes subgrupos de clasificación que se han dado a lo largo del tiempo. Actualmente lo más novedoso que tenemos de clasificaciones son los subgrupos que contrastó Mulligan (2012) en un estudio con 186 menores que manifestaban mutismo selectivo, cuyo objetivo del estudio fue identificar los distintos perfiles para un tratamiento más individualizado. Los seis grupos se dividen en:

- **Mutismo global:** Este subtipo destaca por tener el mayor número de niños dentro de la muestra. Los integrantes de este grupo parecen estar menos deteriorados que los de las otras clasificaciones. Aunque los niños de este subtipo sufren problemas con la autoestima y la flexibilidad, por lo general no manifiestan problemas significativos en el rendimiento escolar, ni tampoco en las respuestas sensorial, emocional y de comportamiento, como lo hicieron algunos de los otros subtipos. Las características principales que definen a este grupo son las relacionadas con el manejo de ansiedad social y la comunicación interpersonal, las cuales

serán trabajadas como síntoma principal durante el proceso terapéutico, junto a la autoestima y flexibilidad cognitiva.

- **Ansiedad/mutismo del lenguaje:** Este subtipo se caracteriza por una puntuación significativamente más alta en ansiedad que en los otros grupos, tuvo el mayor porcentaje de trastornos comórbidos de ansiedad y de estrés ambiental junto con trastornos de aprendizaje. Por lo tanto el rendimiento académico es uno de los obstáculos con el que se encuentran los pertenecientes a este subtipo. De cara al tratamiento psicológico se dotará al menor de herramientas adecuadas con el objetivo de enfrentarse a las situaciones percibidas e incrementar la frecuencia y fluidez del habla.
- **Mutismo de bajo funcionamiento:** Estos menores se caracterizan por problemas de aprendizaje y por manifestar problemas sensoriales y ejecutivos, como la labilidad. Lo que respalda que sea el grupo con mayor porcentaje en utilizar los servicios de necesidades especiales.
- **Sensorial/patología:** Estos niños manifiestan un comportamiento de oposición y labilidad, la mayoría son bilingües. Es el subtipo más afectado en comparación con los otros, presentando problemas de aprendizaje, TDAH, depresión, ansiedad por separación, y retraso en las habilidades motoras, por lo que es el más difícil de tratar de cara al proceso terapéutico.
- **Emocional/conductual:** Este subtipo parece no tener problemas académicos con respecto a los demás grupos, presento diferencias significativas en la función ejecutiva, en la conducta negativista y desafiante e inestabilidad emocional. En relación con los familiares informaron que habían presentado alta timidez en la infancia, ansiedad y mutismo selectivo. Por ello, con este perfil se deberá trabajar la comunicación social y el habla mediante el desvanecimiento estimular y modelado.

Para que un tratamiento se lleve a cabo con el mayor éxito posible, es necesario indagar sobre las diferentes clasificaciones del mutismo selectivo, cuya finalidad será establecer un diagnóstico adecuado a las necesidades del menor.

Prevalencia de mutismo selectivo

Según el DSM-5 (2013) el mutismo selectivo es raro y se halla en menos del 1 % de los sujetos visitados en centros de salud mental.

El comienzo del trastorno generalmente se da entre los 2 y 4 años de edad (Olivares y Olivares-Olivares, 2018) a pesar de lo cual estos niños no son referidos a diagnóstico ni tratamiento aproximadamente hasta la edad escolar, momento donde empiezan la escuela (Oerbeck et al., 2014). Gran parte de los estudios que se han llevado a cabo sobre la distinción en función del sexo, no son concluyentes y hay discrepancias entre sí. Sin embargo, la mayoría de los investigadores indican que el porcentaje de niñas con este trastorno es más alto que el de los niños. (Camposano, 2011)

Los datos disponibles acerca del Mutismo Selectivo hacen referencia a una incidencia de 0,1 y 1,9% entre los menores de 17 años (Olivares y Olivares-Olivares, 2018), aunque se supone que las cifras pueden ser más altas debido a la dificultad que se da para detectar el problema y la subestimación del trastorno.

Etiología y factores de riesgo

El mutismo selectivo no es producto de un factor específico, sino que se desarrolla como consecuencia de las variables del menor (genética y psicológica), del entorno familiar y del contexto educativo. Estos factores interactúan entre sí e incrementan la posibilidad de tener este trastorno (Olivares-Olivares y Olivares, 2018).

En primer lugar nos centraremos en las variables del menor:

-Variable genéticas: Pueden ser “evolutivas (miedo a lo extraño y miedo a la separación de figuras de apego) y no evolutivas (variables temperamentales como la inhibición conductual, timidez y alteraciones estructurales o sistémicas como por ejemplo una lesión cerebral o problemas neuroquímicos)” (Olivares-Olivares y Olivares, 2018)

-Variables psicológicas: nos informan de cómo ha adquirido cualquier aprendizaje el niño a lo largo de su historia. El aprendizaje principal que se da en este trastorno, y que por lo tanto vulnera su aparición, son las respuestas de evitación/escape, las cuales se manifiestan mediante un proceso llamado generalización. Como hay estudios que afirman una asociación entre la inhibición conductual y el mutismo selectivo (Hua y Mejor, 2016), podemos concluir que esta variable en interacción con las respuestas de evitación/escape que manifiesta el menor sean variables significativas que incrementan la probabilidad de que aparezca/inicie este trastorno (Olivares-Olivares y Olivares, 2018)

De la misma forma estos niños con mutismo selectivo suelen tener mayor ansiedad social y un déficit de habilidades sociales significativo (Carbone et al., 2010), además correlacionan más con trastornos interiorizados (Bergman et al., 2002). A pesar de que en varios estudios se haya observado una comorbilidad con trastornos externalizantes (minoría), Olivares y Olivares-Olivares (2018) recalcan que las conductas agresivas y desafiantes que se encuentran en estos niños con mutismo selectivo suelen ser una consecuencia de la alta ansiedad que experimentan ante situaciones aversivas.

Después de exponer las variables más significativas del niño, como son la inhibición conductual y el proceso de aprendizaje, pasamos a centrarnos a las variables ambientales, cuya influencia se encuentra en el contexto familiar y educativo.

-Contexto familiar: A pesar de que en algunos estudios los resultados no han sido positivos y por lo tanto niegan la existencia de que las familias con mutismo selectivo suelen ser conflictivas y con aversión social (Muris y Ollendick, 2015), cuando estos se han replicado empleando otra metodología distinta como la observación en lugar del autoinforme, se afirma que tanto la psicopatología de los padres, como el proceso de modelado a situaciones afrontadas, y el estilo de crianza son variables que vulneran de forma significativa el desarrollo de este trastorno. (Edison et al., 2011)

Continuando en esta misma línea, las diferencias significativas sobre la *psicopatología parental* que han concordado con el MS son la fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación, sin embargo, es un territorio bastante conflictivo y que requiere de mayor investigación (Olivares y Olivares-Olivares, 2018).

Aunque no hay muchos estudios claros sobre la relación entre el mutismo selectivo y el apego, si hay varias investigaciones que relacionan la seguridad temprana de apego con la competencia social de los niños (Groh et al., 2014). Por lo tanto, podemos concluir que tener un apego inseguro será un factor de vulnerabilidad para presentar bajas habilidades sociales, que a su vez, relacionándolo con lo que ya hemos citado anteriormente, será un factor de riesgo para presentar mutismo selectivo.

El estilo de crianza también es una variable relevante a tener en cuenta dentro de los factores de vulnerabilidad, ya que puede llegar a determinar la aparición del MS, sobre todo en los primeros años de vida del menor (Olivares y Olivares-Olivares, 2018).

La figura de seguridad puede llegar a reforzar accidentalmente la ausencia del habla de su hijo y por lo tanto incrementar esta vulnerabilidad.

Además se han realizado estudios en los que se afirma que los padres de los niños con MS eran más controladores y más sobreprotectores. Estos asumen el control cuando los niños manifiestan ansiedad (Edison et al., 2011).

Todavía no hay certeza de si es un estilo de crianza específico puede llegar a desencadenar MS o si solamente es un comportamiento que ejercen los padres en los contextos donde el niño no habla. Quedan todavía por realizar más investigaciones que den resultados sólidos. Lo que sí que podemos percibir según Moller (2016) son los diferentes constructos que incrementan la vulnerabilidad del mutismo, como son la *sobreimplicación* y *el rechazo parental*. Asimismo la *sobreimplicación* engloba

tres constructos: el control excesivo del comportamiento del menor, la intrusión y la sobreprotección. Esta variable se da cuando no se puede distinguir entre un exceso de control y un exceso de protección. De la misma manera, esto puede producir una ansiedad desadaptativa en los niños aumentando la percepción de amenaza, reduciendo el control que tienen y dificultando la exploración del entorno. (Van der Brugger et al., 2008). En oposición, el rechazo parental (Wood et al., 2006), que conlleva un comportamiento hostil y poco cálido (sin alternativas), tiende a producir una perspectiva del menor negativa, factor que vulnera la probabilidad de que desarrolle ansiedad (Bögels y Brechman-Tossaint, 2006).

Por otro lado, se ha visto que los estilos que emplean el desafío parental (retándoles, asumir riesgos, salir de su zona de confort) y fomentan la autonomía, tienden a reducir la probabilidad de que aparezca este trastorno (Majdandžić et al., 2014) ya que la resolución de conflictos con éxito les lleva a un mayor autoconcepto y autoestima, al contrario que el rechazo parental (Paquette y Bigras, 2012).

Teniendo en cuenta todo esto, podemos sospechar que cambiando ciertos comportamientos de los padres se reducirá la probabilidad de tener ansiedad. Así pues, el estilo educativo que ponga en práctica ciertos comportamientos que fomenten la autonomía y el desafío del menor reducirá la probabilidad de presentar MS.

El modelado de respuestas de ansiedad que manifiestan los padres es otra de las variables que vulneran el riesgo de desarrollar este trastorno ya que los niños observan como sus padres responden con ansiedad ante estas situaciones poniendo en práctica habilidades de afrontamiento inadecuadas (Draque y Ginsburg, 2012).

Además el contexto educativo en muchas ocasiones no está preparado para abarcar este tipo de trastorno ya que no tienen ni la información ni los recursos suficientes. Con lo cual, sería necesario de cara a la intervención, acudir al contexto escolar para dar unas pautas a los profesionales. (Suelen reforzar que el niño no hable) (Olivares-Olivares-Olivares, 2018).

Dentro del contexto ambiental pueden aparecer varios estresores como son: la inmigración, la hospitalización o muerte de un familiar entre otros, que favorecen al desarrollo del trastorno, ya que generan una alta ansiedad, la cual puede convertirse en desadaptativa si no se interviene a tiempo (Olivares y Olivares-Olivares, 2018).

Justificación

Consecuencias del mutismo selectivo

Son varias las consecuencias de no realizar un diagnóstico y una intervención temprana a tiempo. El no hablar en ciertos contextos, sobre todo, en el escolar, puede ser un impedimento para rendir académicamente y desarrollar habilidades sociales adecuadas (Crundwell, 2006).

Asimismo, se ha encontrado que la alta ansiedad y el déficit de habilidades sociales, son algunas de las consecuencias que sufre el niño a corto plazo (Cunningham et al., 2006).

Por otro lado, las consecuencias a largo plazo no se han estudiado con precisión, sin embargo, algunos estudios indican que los adultos que tuvieron mutismo selectivo y no tuvieron una remisión completa se percibían a sí mismos con más problemas en el ámbito social e informaban ser menos independientes. Además presentaban problemas de comunicación como miedo a hablar con extraños o a usar el teléfono. Esto tiene grandes repercusiones en el ámbito laboral o en las actividades de ocio (Steinhausen et al., 2006).

Conclusiones y objetivos

Volviendo a rescatar el porcentaje de trastornos mentales que se da en la población infanto-juvenil, que son aproximadamente entre el 15%-20%, es de especial importancia la prevención e intervención en atención primaria dentro de la sanidad pública y del contexto escolar.

Aunque la prevalencia del mutismo selectivo sea un 1% aproximadamente, hay que destacar que es un trastorno muy infradiagnosticado ya que las personas que están alrededor del niño creen que es debido a su timidez excesiva, y por lo tanto, no consideran que pueda llegar a ser el inicio de este trastorno. Solamente se suele acudir a un psicólogo cuando el niño baja su rendimiento escolar o tiene conflictos con sus iguales. Hasta entonces ha habido un periodo largo, en el cual, el menor se ha sentido incomprendido y “raro” por no ser capaz de hablar como los demás, influyendo en la baja autoestima.

Los profesores y padres que no están informados de este trastorno pueden actuar regañando al niño, catalogándole como desafiante o de personalidad extremadamente tímida, contestando en muchas ocasiones por él y reforzando de esta manera el problema.

Por ello, es importante hacer hincapié en que haya más profesionales especializados en atención temprana en el contexto escolar, ya que de esta manera se detectaría a tiempo el problema y se podría dotar de información y de herramientas a los padres.

Asimismo, el primer objetivo de este trabajo es mostrar detalladamente una intervención individualizada en un niño con mutismo selectivo, siendo el segundo objetivo demostrar a través de índices de no solapamiento, la magnitud del cambio terapéutico o el tamaño del efecto de esta intervención.

Metodología

Datos biográficos

Alejandro (nombre ficticio) tiene 6 años y una hermana mayor de 7 años. Ambos viven con su padre y su madre en la casa familiar. Los padres tienen una vida laboral muy ocupada por lo que apenas pasan tiempo con sus hijos.

Motivo de consulta

Se trata de un paciente de 6 años que acude a la Unidad Clínica ya que a finales del año, el equipo educativo del colegio informa a los padres de que A. manifiesta comportamientos de mutismo y escasa lingüística con los profesores durante la evaluación.

Según afirman los padres el comportamiento en el contexto familiar entra dentro de lo que consideran normal a un niño de su edad, lo definen como “cabezota y que suele salirse con la suya” con las cosas materiales del hogar o con su hermana, un año mayor que él. Le describen como un niño excesivamente tímido tanto con sus familiares como con personas desconocidas.

Acuden a la Unidad Clínica por primera vez y su demanda es de apoyo o facilitación a que su hijo consiga mantener una conversación con adultos.

Exploración inicial

El paciente acude puntual con su familia, se muestran aseados y educados en el trato.

No presenta problemas de orientación. Su lenguaje es escaso, llegando en ocasiones a ser inexistente, con monosílabos o mediante expresiones no verbales de asentimiento o negación. No parece presentar problemas de atención ni memoria.

Se muestra tímido aunque participativo en las tareas o actividades propuestas por los terapeutas, la presencia de su hermana facilita la interacción durante gran parte de la evaluación, favoreciendo la fluidez de las sesiones.

Se mantiene contacto con el colegio, con la tutora y profesora de inglés, quienes al concluir la evaluación informan que A. mantiene comportamientos de falta de comunicación y de regulación emocional.

Durante la compleja evaluación se denota en los padres diferentes pautas educativas en relación al cuidado de los hijos, llevándoles en ocasiones a discusiones.

Objetivos terapéuticos

Como objetivos principales por parte de los padres:

- “Quisiéramos conseguir que A. pueda mantener conversación con adultos desconocidos”.
- “Queremos que A. mejore la relación que tiene con su hermana y que controle las explosiones de ira”.

Las conductas problemas que se van a tener en cuenta de cara al tratamiento pueden resumirse en:

- Comportamientos de mutismo y falta de comunicación con adultos.
- Explosiones de ira en el contexto del colegio y en el hogar.

Los objetivos tanto terapéuticos como del paciente se centran en aumentar la producción de palabras con los adultos, sin embargo, en el inicio del tratamiento se trabajará la disminución de la activación y las habilidades sociales para que de esta forma se facilite la exposición con adultos.

Los objetivos a lo largo de la intervención son:

- Manejo de la ansiedad y bajar su nivel de activación.
- Fomentar habilidades de afrontamiento y habilidades sociales.
- Mejora del control/manejo/regulación emocional.
- Aumentar la producción de palabras con adultos.
- Mantenimiento de logros y prevención de recaídas.

Aparición del problema. El problema principal de A. no posee una fecha de inicio cronológica. Los padres han solicitado ayuda cuando han considerado oportuno trabajar “su timidez”, puesto que será necesario mantener conversaciones con adultos, especialmente maestros. Los padres afirman que sólo mantiene una conversación (referida a adultos) con ellos y familia extensa, como abuelos/as y tíos/as (monosílabos).

Según perciben los padres las explosiones de ira se han desarrollado en el colegio debido a los pensamientos rígidos del paciente y su intención de “salirse con la suya”.

Curso del problema. El problema ha ido creciendo por la protección de los padres, ya que estos terminan respondiendo por A. Esto ha favorecido el mutismo del menor, generalizándose de adultos desconocidos a adultos con los que tiene relación frecuente, e incluso con algunos compañeros de clase. En sesión, se observa como en variedad de ocasiones mira a su hermana esperando que ella responda por él.

Las explosiones de ira se ven incrementadas por la alta ansiedad que experimenta ante situaciones que percibe como peligrosas, no sabiendo gestionarla y descargándola en varias ocasiones con sus iguales.

Diagnóstico

Tras una evaluación completa se llega a la conclusión de que el menor presenta Mutismo selectivo [313.23 (F94.0)], según los criterios del DSM-V (APA, 2013).

Contraste de hipótesis: Instrumentos de evaluación

Otras áreas a considerar

Autocontrol (específico y general). Su nivel de autocontrol es moderado ya que, en determinadas ocasiones se caracteriza por inhibición conductual y comunicativa, y en otras, experimenta ataques de ira y agresividad.

Recursos personales. A. es un niño de 6 años, aspecto altamente positivo para recibir la educación y el entrenamiento en las habilidades de las que carece. Se encuentra en una edad idónea para la adquisición de nuevos conocimientos.

Apoyo social. El paciente cuenta con una red social característica de su edad: familia con la que convive en el domicilio, familia extensa tanto paterna como materna, y algunos compañeros de colegio.

Situación vital y estilo de vida. Presenta una dinámica vital guiada principalmente por los horarios del sistema escolar y de sus padres. Al salir del colegio realiza actividades extraescolares como natación y clases del inglés. El fin de semana la familia suele realizar alguna actividad en común.

Cuestionarios e instrumentos

Para recoger información sobre el paciente utilizamos diferentes tipos de instrumentos. En primer lugar recogimos información mediante una primera entrevista con los padres. Se pasaron diferentes cuestionarios, tanto a los padres como al niño y se recogió información mediante autorregistros en el contexto escolar.

1. Entrevista clínica semiestructurada (Muñoz, 2010). Mediante la entrevista se recaba y se observa información general, personal y contextual, de esta forma se realiza un análisis histórico del problema. Los padres refieren que en casa el comportamiento de A. entra dentro de lo que ellos consideran normal para un niño de su edad, es expresa de manera adecuada y abierta. Se observa que los padres tienen diferentes perspectivas a la hora de educar y ello les lleva a discusiones, yendo a terapia de pareja durante un tiempo. El padre muestra un papel sumiso y ausente en la educación de sus hijos, mientras que la madre asume un papel de sobreprotección combinándolo en varias ocasiones con el estilo autoritario.

La madre del paciente verbaliza que experimenta mucha vergüenza cada vez que Alejandro no contesta a los adultos, por lo que acaba respondiendo por él.

Los padres refieren que tiene algunas rabietas y conflictos con sus compañeros en el contexto escolar, así como con su hermana, con la diferencia de que cuando alguna profesora le pregunta qué ha pasado en el conflicto, Alejandro se queda callado, mientras que en casa siempre responde. (“En muchas ocasiones Alejandro no ha hecho nada y no sabe defenderse por lo que al final la profesora termina echándole la culpa a él, tengo miedo de que eso siga así porque le perjudica en el contexto escolar”).

Por último los padres comentan que tienen miedo por si todo esto repercute en las relaciones sociales del contexto escolar, en el rendimiento académico y sobre todo refieren tener miedo de que Alejandro no sepa pedir ayuda a un adulto cuando le pase algo.

Análisis funcional de la conducta problema**Tabla 2.** Análisis funcional de la conducta problema: antecedentes, conducta y consecuentes

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
<p>Remotos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo educativo incongruente - Padre permisivo-pasivo - Madre autoritaria-sobreprotectora - Temperamento inhibido (inhibición conductual) - Pocas relaciones interpersonales <p>Próximos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momentos evaluativos - Déficit de regulación emocional - Personal académico o evaluativo en primera estancia - Conocer personas nuevas 	<p>Fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intranquilidad - Sudoración - Respiración acelerada - Alta activación <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Ansiedad - Vergüenza - Rabia o ira <p>Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupaciones - Pans - Etiquetación <p>Motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitación de situaciones sociales - Jugar con grupo reducido - Movimientos de manos por angustia - Movimiento de cabeza para hablar 	<p>A corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades escolares (comportamiento disruptivo) - Dificultades en relaciones sociales con adultos - Escape/evitación - Bajo estado de ánimo - Agresividad - Centro de atención para padres <p>A largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Fracaso escolar - Aislamiento social - Depresión

2. Línea de vida: cuyo objetivo es obtener información sobre los sucesos importantes de Alejandro a lo largo de su historia, tanto positivos como negativos.
 - Aspectos positivos
 - 0 años. Acogimiento y cariño familiar
 - 1 año. Contacto con otros niños de guardería
 - 3 años. Continuando en el colegio con los mismos iguales
 - 4 años. Comparte amigos con la hermana
 - Aspectos negativos:
 - Ritmo de padres trabajadores y poco tiempo
 - Cansancio y fatiga por parte de los padres
3. Autorregistro de mutismo selectivo. (véase la figura 1). Además de realizar una entrevista con los profesionales del colegio, se diseñó un autorregistro para que la tutora o los maestros implicados en el proceso de enseñanza del alumno observaran las conductas del menor durante el recreo. De esta manera tendríamos información de su comportamiento en el contexto escolar.

Tabla 3. Autorregistro de mutismo selectivo

Cuando se plantea una pregunta					
¿Quién?	Responde con monosílabos	No responde	Responde con gestos verbales	Contesta cuando se le repite la pregunta	Nº veces observado

El autorregistro ayudó a añadir información sobre el comportamiento del niño de forma más detallada en el contexto escolar. Se observó que en la mayoría de las situaciones, el menor no respondía, o si lo hacía era con gestos no verbales, sobre todo cuando la persona que preguntaba era un profesor. Respecto a los niños con los que jugaba y le planteaban cualquier pregunta, parecía que A. hablaba con fluidez, sin embargo, en cuanto esta misma cuestión se la hacían niños de aproximadamente 11 años de edad, se expresaba con monosílabos.

4. Grabaciones: Se pidieron a los padres que grabaran al menor jugando con su hermana en el contexto familiar para evaluar el lenguaje y la forma de socialización. Se vio que A. Hablaba perfectamente con fluidez y tenía un vocabulario alto.
5. Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS): diseñado por GILLIS (1992), mediante este cuestionario se pretende detectar en los primeros años de escolaridad, los posibles trastornos ansiosos. El test contiene un total de 20 ítems relacionando una mayor puntuación con un mayor número de síntomas ansiosos. Durante la evaluación A. muestra una puntuación directa de 17, siendo esta una ansiedad muy elevada. Este dato se va reduciendo durante el tratamiento hasta llegar a una puntuación directa de 7.

6. **SMQ - Cuestionario de Mutismo Selectivo**): diseñado por Bergman, Keller Piacentini y Bergman (2008). Este test es cumplimentado por los padres y cuantifica la frecuencia del habla del niño. Cuenta con 17 ítems agrupados en diferentes contextos: hogar, escuela y situaciones sociales. Los ítems tienen cuatro posibles respuestas (0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = Frecuentemente, 3 = Siempre). A menor puntuación, mayor gravedad del trastorno. Durante la evaluación su puntuación directa alcanzó los 10 puntos, indicando gravedad e interferencia en el menor.

Los instrumentos fueron aplicados cada cuatro semanas durante el tratamiento, como se muestra en las figuras 1 y 2.

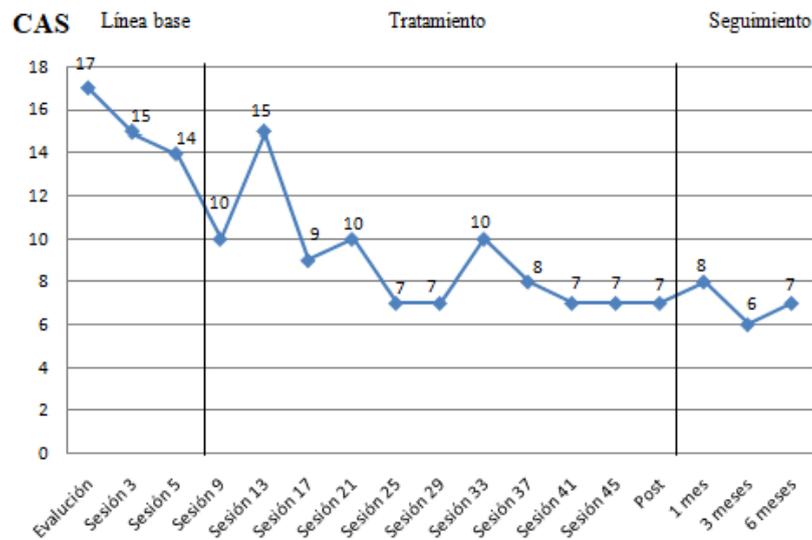


Figura 1. Gráfico sobre la evolución terapéutica en el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)

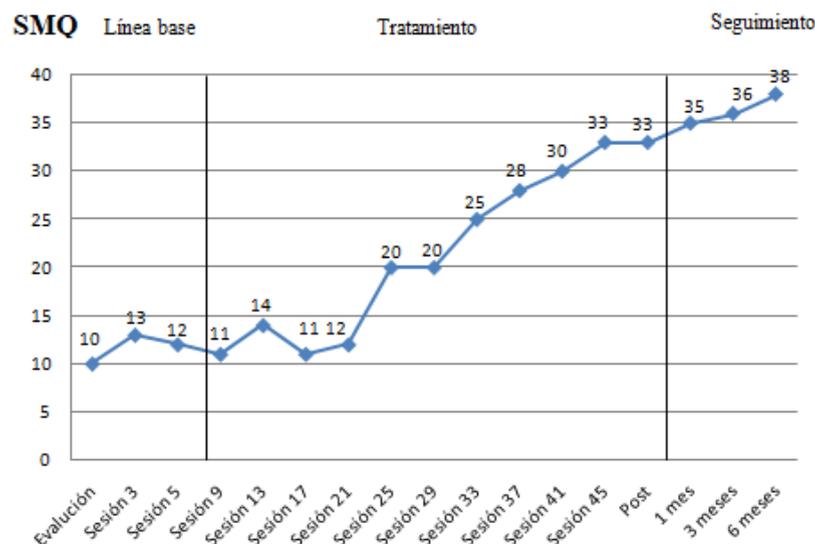
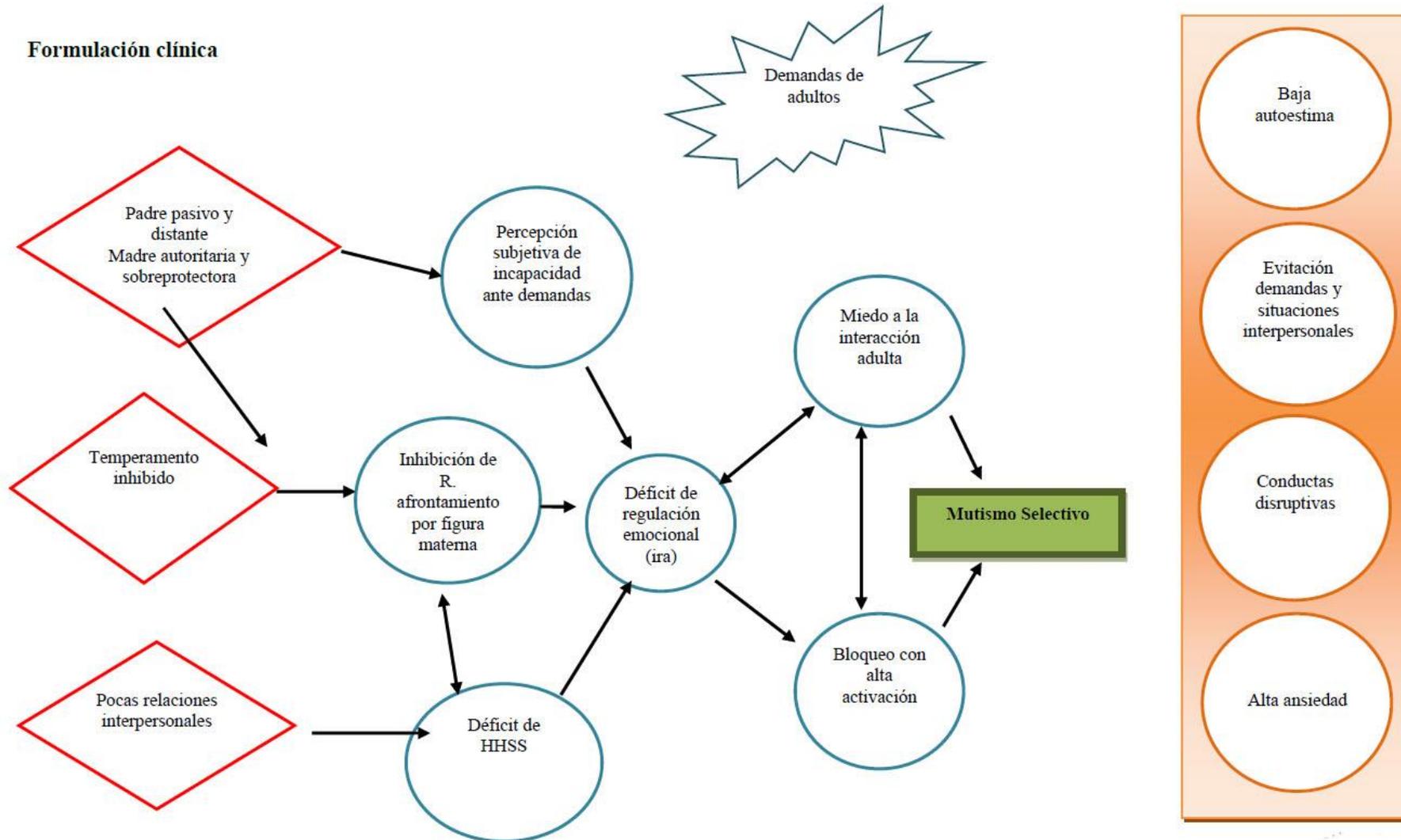


Figura 2. Gráfico sobre la evolución terapéutica en el Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ)

Formulación clínica



Hipótesis de origen. El modelo disfuncional parental, basado en una madre cuyo estilo educativo oscila entre autoritario y sobreprotector y en un padre prácticamente ausente en casa, siendo este dócil y consentidor de comportamientos, ha supuesto para el menor un papel importante en el desarrollo de la problemática.

El estilo educativo, junto a su temperamento inhibido ha generado en el menor una percepción subjetiva de incapacidad ante las demandas llegando a provocar un déficit en las habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes. Todo esto se ve reforzado por una madre ansiosa que actúa con un estilo sobreprotector contestando en todas las ocasiones por él, ayudando a que el menor haga una evitación/ escape ante las demandas y manteniendo de esta forma el problema. A todo lo anterior se suma una falta de habilidades sociales por parte de los padres, ya que ambos refieren no tener a penas relaciones interpersonales, por lo que el paciente no tiene oportunidad de desarrollar habilidades sociales mediante un adecuado modelado por parte de los padres.

La inhibición conductual como respuesta de afrontamiento junto a la percepción subjetiva de incapacidad ante las demandas y miedo a la interacción adulta, se ve incrementado por un déficit de regulación emocional que provoca una alta ansiedad y bloqueo ante las demandas de los adultos, dando lugar al mutismo selectivo.

Hipótesis de mantenimiento. La problemática se mantiene por la convivencia en el hogar (acomodación del entorno a la dificultad, disminución de las situaciones en las que necesita hablar y preocupación excesiva parental). La ansiedad experimentada por la madre cuando el menor no responde ante las demandas de adultos hace que enseguida responda por él, aliviando a corto plazo su ansiedad y la del paciente.

Esto provoca que Alejandro presente unas creencias internalizadas de incapacidad comunicativa y tome como respuesta la alta ansiedad y el bloqueo ante este tipo de situaciones.

Como consecuencia al mantenimiento se prevé a corto plazo problemas sociales, rabietas y bajo estado de ánimo y a largo plazo, aislamiento social, problemas de conducta y baja autoestima.

Plan de trabajo

Tras una evaluación exhaustiva del funcionamiento del menor mediante cuestionarios, entrevistas y autorregistros y fijándonos tanto en los criterios del DSM-V como en la tabla de clasificación de Olivares (1994) expuesta en el inicio, observamos que el paciente presenta mutismo selectivo, dado que no hay una ausencia de habla cuando se encuentra con personas pertenecientes al ámbito íntimo. Asimismo contamos con un perfil que, desde la perspectiva de Mulligan (2012), lo denominaríamos emocional/conductual, ya que manifiesta que cuenta con la presencia de algunos comportamientos desafiantes, inestabilidad emocional y un patrón de timidez marcado por los padres.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se elabora un tratamiento individualizado adaptado a las necesidades del paciente con técnicas de la corriente cognitivo-conductual obtenidas de la investigación científica. Haciendo un gran hincapié en el perfil emocional/conductual, basado en el desvanecimiento estimular, modelado, manejo de contingencias, refuerzo del habla y comunicación social y exposición (Mulligan, 2012).

De este modo se llevará a cabo un cronograma temporal del tratamiento establecido, indicando los objetivos terapéuticos con sus respectivas técnicas (ver tabla 2).

Tabla 2. Plan de trabajo

Nº de sesiones	Objetivos	Técnicas
1-6	Dotar de conocimientos a los padres acerca del mutismo selectivo y favorecer la adherencia al tratamiento. Afianzar la relación entre el terapeuta y el niño.	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución de información: presentación de la formulación clínica y propuesta de tratamiento - Psicoeducación sobre mutismo selectivo y pautas - Juegos no verbales o narración de cuento - Pedir a los padres una lista de reforzadores (sociales, físicos o actividades)
7-10	Disminución de la activación fisiológica y del nivel de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación diferencial de Jacobson adaptada a niños y respiración abdominal.
11-15	Mejora de la relación afectiva entre hermanos Aumentar la producción de palabras con los terapeutas Aprendizaje vicario de habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Pautas cariñosas - Modelado de los terapeutas (Role-playing) - Videos de dibujos (HHSS) - Pautas de comunicación
16-19	Mejora del control/manejo/regulación emocional Incrementar la coherencia en los diferentes estilos educativos con los padres Incrementar el manejo del problema en el contexto escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación emociones - Técnica del semáforo - Identificación y etiquetación emocional. - Ejercicios/actividades de expresión de emociones de manera no verbal - Pautas del mutismo selectivo - Manejo de contingencias

20-24	Lograr que el niño hable sin la presencia de una figura de seguridad (hermana) Conseguir que el niño hable ante adultos desconocidos	- Desvanecimiento estimular - Moldeado
25-29	Dotar de estrategias al niño para afrontar las situaciones temidas Aumentar la producción de las conductas adecuadas mediante la autoobservación	- Autoinstrucciones con CR - Automodelado mediante grabaciones
30-37	Disminuir el miedo al ridículo Aumentar la producción de palabras con adultos desconocidos	- Exposición a situaciones ridículas - Modelado del terapeuta - Exposición a situaciones ansiógenas
38-45	Mantenimiento de logros y prevención de recaídas	- Repaso de técnicas aprendidas - Seguimiento

Resultados

El tratamiento del paciente se llevó a cabo en 43 sesiones de 60 minutos cada semana. Las últimas sesiones se espaciaron quincenalmente y para realizar el seguimiento se añaden 2 sesiones más al tratamiento.

Las tres primeras sesiones se dedicaron a la evaluación del paciente a través de cuestionarios, entrevistas y autorregistros, cuya finalidad fue realizar un análisis topográfico para plantear un tratamiento individualizado y adaptado a las necesidades del paciente. La cuarta sesión se dedicó entera a devolver la información de la evaluación a los padres, se les explica el análisis funcional del menor y el tratamiento establecido. Asimismo, mediante la psicoeducación del mutismo selectivo y las pautas se les recalca la importancia que tiene su participación proactiva durante el tratamiento. Igualmente, se les indica cómo actuar cuando se da una ausencia de habla ante adultos desconocidos. En primer lugar, es imprescindible que se realice una pregunta abierta al menor, esperar su tiempo y si

se produce un largo silencio, iniciar nuevamente la misma pregunta esperando otros segundos hasta que el menor responda. Si este continúa sin contestar se establece la pregunta de manera cerrada, donde el niño solamente tenga que responder mediante monosílabos.

Durante estas sesiones de evaluación nos encontramos con el obstáculo de la ausencia de habla por parte del menor, por lo que es necesario y conveniente que su hermana acuda a terapia junto a él para que de esta forma se pueda evaluar su conducta.

El objetivo durante las sesiones 4, 5 y 6 fue afianzar la relación entre el terapeuta y el niño por lo que en el inicio del tratamiento se utilizaron cuentos (“por una gota de miel” y “ayuda desinteresada”), videos y dibujos para que se estableciera una buena alianza. De este modo se identificaban emociones de manera no verbal, se realizaban dibujos y finalmente ambos intercambiaban la descripción de sus dibujos. Dado que el menor manifestaba una ausencia del habla en la intervención del terapeuta, su hermana, la cual ejercía como figura de seguridad, participaba como coterapeuta para que el menor se fuera habituando a hablar dentro del ámbito clínico.

Para trabajar la disminución de la activación fisiológica y del nivel de ansiedad se llevó a cabo la relajación diferencial de Jacobson adaptada a niños pequeños, también conocida como relajación muscular de Koeppen. Se estableció un clima donde, tanto la hermana como el menor, pudieran estar relajados, con una música y un sillón confortable. De esta manera, se les explicó con ayuda de ejemplos visuales e imitación de animales, la técnica de relajación, haciendo un recorrido por los principales grupos musculares: cabeza-cara, cuello-hombros, tronco y extremidades. Conjuntamente se entrenó al paciente en respiración diafragmática mediante la técnica del barco. A lo largo de estas sesiones se insistió a los padres en la práctica diaria de estas técnicas con los menores.

Debido a los ataques de explosión de ira del menor, los padres insistían en que se trabajara la relación afectiva entre ambos, por lo que mediante *rol-playing* se ponía en práctica pautas cariñosas. Igualmente, se aprovechó este objetivo para trabajar paralelamente las habilidades sociales. Así pues, mediante el modelado de los videos que se exponían de dibujos animados y la puesta en práctica de las habilidades sociales, se intentaba que el menor y su hermana imitaran las situaciones vistas mediante un *rol playing*.

Así, de forma progresiva y gradual, el paciente va aumentando la producción de palabras delante del terapeuta, siempre y cuando, esté presente su figura de seguridad. Es importante destacar que mientras esta iniciativa se llevaba a cabo en consulta, los padres tomaban la responsabilidad de poner en práctica lo aprendido en las sesiones mediante juegos, ya que era trascendental que ellos pudieran ser una referencia en habilidades sociales para sus hijos.

Posteriormente con el objetivo de reducir las explosiones de ira del menor provocadas por la alta ansiedad, se trabajó la identificación de emociones y etiquetación mediante juegos de expresión no verbal. Con ayuda de la técnica del semáforo se logró que el paciente pudiera identificar de forma visual el inicio de la emoción. Simultáneamente se hizo hincapié en incrementar la coherencia en los diferentes estilos educativos de los padres mediante el manejo de contingencias, la importancia de la aplicación de castigos y premios de forma inmediata, la prioridad de los premios antes que los castigos acompañándolos siempre de refuerzo social. Esto fue un gran obstáculo durante el tratamiento ya que la madre participaba de forma más proactiva que el padre por falta de tiempo.

Para incrementar el manejo del problema en el contexto escolar, se informó al profesorado sobre la actuación ante la ausencia del habla del menor, pautas mencionadas ya anteriormente.

Teniendo en cuenta que todas las sesiones anteriores fueron junto a su hermana, el principal objetivo después de estas sesiones fue que el niño pudiera hablar sin la presencia de su figura de seguridad. Asimismo, mediante la técnica de desvanecimiento estimular su hermana se situaba cada vez más lejos de él hasta abandonar la sala, mientras la terapeuta va realizando algunas cuestiones para que el menor responda. Posteriormente cuando se logró este objetivo, se expuso gradualmente mediante moldeado o aproximaciones sucesivas un terapeuta desconocido para jugar con el niño.

Con el fin de prepararle para la exposición posterior se utilizó previamente la técnica de autoinstrucciones. Haciéndole creer que era Cristiano Ronaldo ya que era uno de sus referentes, de esta manera interiorizaba frases como “yo soy Cristiano Ronaldo y puedo con esto” “me va a salir muy bien” “no pasa nada si no me sale” “estoy seguro que me va a salir”. Consecutivamente la terapeuta hacía de periodista entrevistando al menor como si fuera Cristiano Ronaldo, jugando así con el humor. Mientras se realizaba esta entrevista, se ponía una cámara para que una vez que finalizara el juego, pudiera verse a sí mismo hablar (automodelado), aumentando de esta forma la producción de palabras en cada intento.

Cuando ya se alcanzaron los objetivos citados anteriormente, se inició una breve exposición al ridículo mediante el modelado del terapeuta y siempre desde el humor. Para ello se realizaron actividades como salir a la calle y hacer el “Si” de Cristiano Ronaldo en voz alta o imitar caras ridículas poniéndose bizco, sacando la lengua etc...

Por último, para aumentar la producción de palabras con adultos desconocidos, se realizó una jerarquía entre la madre y la terapeuta para exponer al menor de manera gradual a las situaciones ansiógenas. La jerarquía fue la siguiente:

- Pedir una bolsa de gusanitos estando la terapeuta al lado
- Preguntar al camarero donde están los baños estando la terapeuta al lado
- Preguntarle al conserje donde está la sala de ordenadores estando la terapeuta al lado
- Preguntar a una persona desconocida estando la terapeuta a 10 metros distancia
- Preguntar a dos personas desconocidas estando la terapeuta al lado
- Preguntar a dos personas desconocidas estando la terapeuta a 10 metros de distancia
- Preguntar a un grupo de tres personas desconocidas estando la terapeuta al lado
- Preguntar a un grupo de tres personas estando la terapeuta a 10 metros de distancia
- Describir su personaje favorito a una persona durante 50 segundos
- Describir su personaje favorito a dos personas durante 50 segundos
- Describir su personaje favorito a cuatro personas durante 3 minutos
- Mantener conversación con un medico

Para analizar apropiadamente los datos obtenidos durante la intervención, se ha llevado a cabo un análisis estadístico de los datos. Al tratarse de un diseño único se ha optado por utilizar índices para la estimación del tamaño del efecto basado en el no solapamiento de datos interfases, que muestran la magnitud del cambio terapéutico, no indicando necesariamente un cambio clínicamente significativo (Sanz y García-Vera, 2015).

Existen varios índices basados en el no solapamiento. De ellos, se han escogido el porcentaje de datos no solapados (PND), porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM) y no solapamiento de todos los pares (NAP). Los dos primeros son más fáciles de calcular e interpretar, aunque cuenta con algunas limitaciones, mientras que el tercero intenta suplir estas limitaciones conservando propiedades psicométricas muy buenas.

Es importante examinar la figura 2 donde se puede ver la evolución terapéutica del paciente a lo largo de las sesiones. Asimismo, se puede observar la eficacia y utilidad de los tratamientos en este trastorno.

Porcentaje de datos no solapados (PND)

Este índice evalúa la magnitud del cambio terapéutico en diseño de caso único y se obtiene el porcentaje de los datos de la fase de tratamiento que superan el dato más extremo de la línea base. En la figura 3 se muestra el cálculo del PND en cada una de las medidas psicopatológicas en el caso de Alejandro. Así pues el porcentaje en relación al CAS sería $PND = (N^{\circ} \text{ datos del tratamiento que superan el dato extremo de la línea base} / \text{total del } N^{\circ} \text{ de tratamiento}) \times 100 = (13/14) \times 100 = 92.85 \%$ indicando un efectividad muy alta y por otro lado el SMQ un $PND = (12/14) \times 100 = 85,71 \%$ siendo este bastante efectivo.

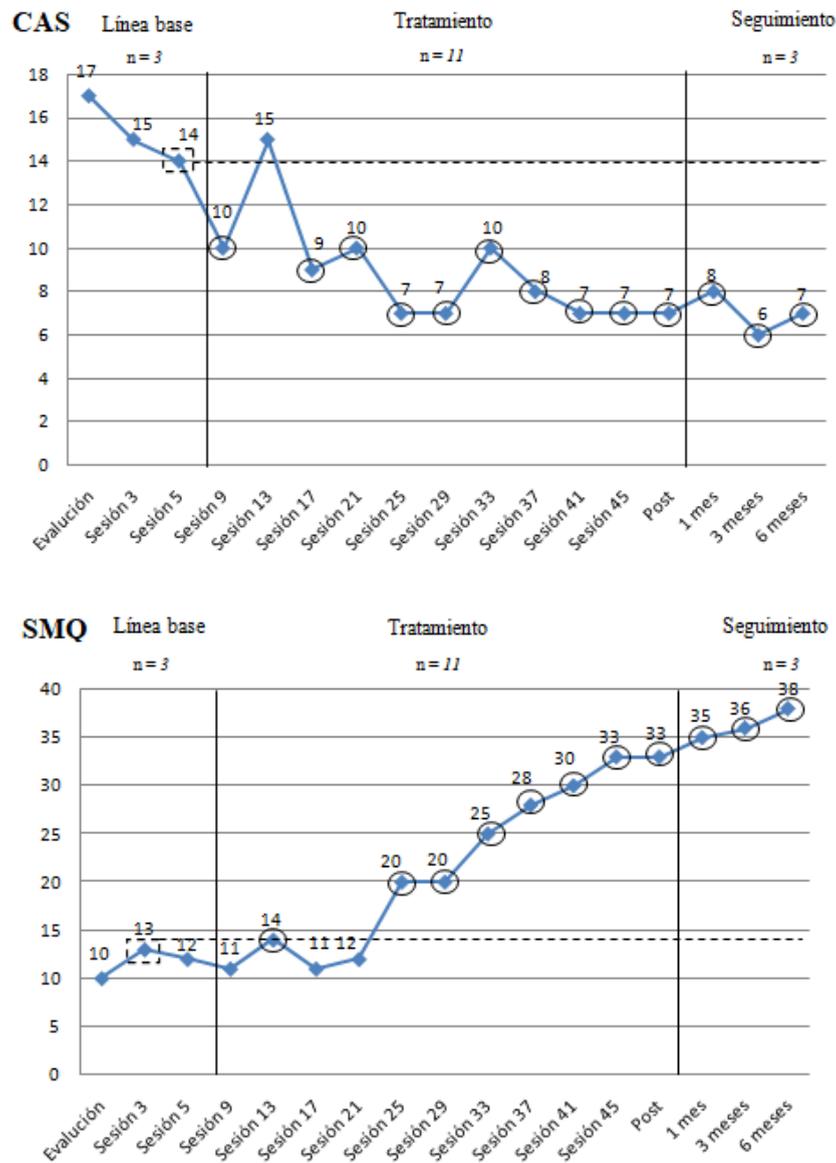


Figura 3. Cálculo del porcentaje de datos no solapados (PND) para el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) y el Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ)

Porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM)

Con este índice se obtiene el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que están por encima a la mediana de los datos de la línea base. Teniendo en cuenta que la mediana no solo recoge la puntuación extrema si no todas las puntuaciones de la línea base. Por tanto se considera efectivo cuando los datos del tratamiento no se encuentran alrededor de la mediana. Asimismo puede observarse en la figura 4 con respecto al CAS el $PEM = \frac{N^{\circ} \text{ datos del tratamiento que se encuentran por encima de la mediana}}{\text{total de } N^{\circ} \text{ de tratamiento}} \times 100 = \frac{14}{14} \times 100 = 100\%$ mostrando que el tratamiento ha sido muy efectivo, mientras que el SMQ nos encontramos con un $PEM = \frac{12}{14} \times 100 = 85,71\%$ con lo que podemos decir que ha sido moderadamente efectivo el tratamiento.

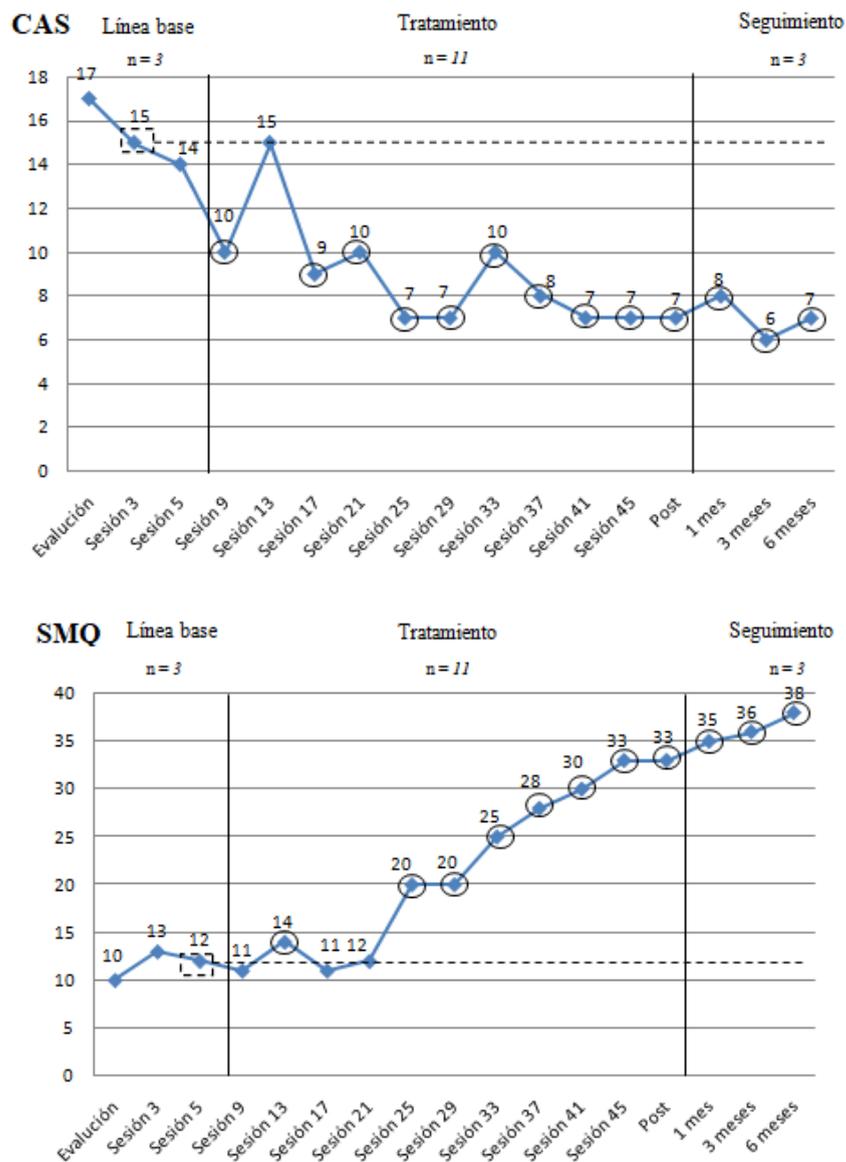


Figura 4. Cálculo del porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM) para el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) y el Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ).

No solapamiento de todos los pares (NAP)

Por último, con este índice se comparan por pares los datos del tratamiento y la línea base teniendo en cuenta todos los solapamientos posibles entre estos. Por lo que el resultado que obtenemos con este índice es el porcentaje de datos que muestran mejoría con respecto a la LB.

El cálculo de este índice es bastante complejo por lo que para más información véase Sanz y García-Vera (2015). Se trata de comparar cada puntuación del pretratamiento con los datos del tratamiento y seguimiento en términos de solapamientos (S) y empates (E) del total de pares. Se considera no solapamiento si el dato de la segunda y tercera fase supera al de la línea base. Asimismo, en el cuestionario CAS el $NAP = ((N^{\circ} \text{ de pares sin solapamiento}) + (0.5 \times N^{\circ} \text{ de empates})) / N^{\circ} \text{ total de comparaciones} \times 100 = ((41) + 0.5 / 42) \times 100 = 98,8\%$ de los datos muestran mejoría con respecto a la línea base. Por otro lado el cuestionario SMQ el $NAP = ((39 + 0) / 42) \times 100 = 94,04\%$. Por consiguiente, el tratamiento se considera muy efectivo. En resumen, se puede observar en la tabla 3 la efectividad de las técnicas utilizadas durante el tratamiento en función del índice del tamaño de efecto.

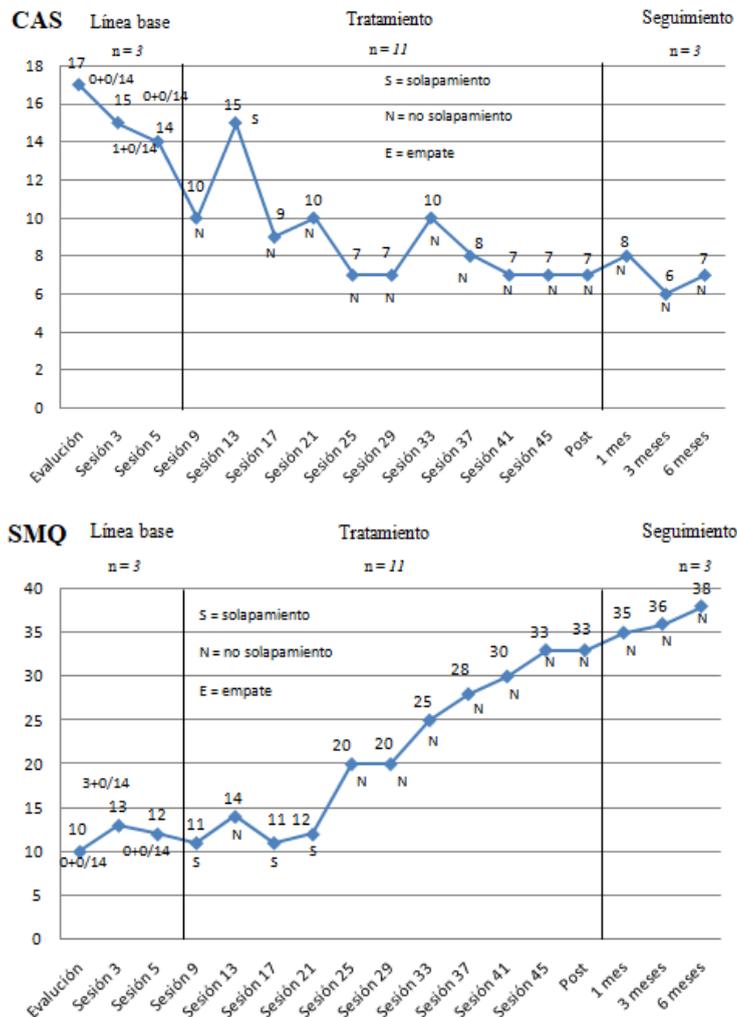


Figura 5. Cálculo del índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) para el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) y el Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ)

Tabla 3. Efectividad de las técnicas en función del índice de tamaño del efecto

Variable Dependiente	Índice de tamaño del efecto		
	PND	PEM	NAP
Ansiedad (CAS)	92.85 % Tto. Muy efectivo	100% Tto. Muy efectivo	98,8% efecto grande
Mutismo selectivo (SMQ)	85,71 % Tto. Bastante efectivo	85,71 % Tto. Moderadamente efectivo	94,04% efecto grande

Discusión

La prevalencia de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil oscilan aproximadamente entre el 15-20% (Koplowitz, 2014). Por ello, es importante que los niños y adolescentes cuenten con un buen servicio en atención primaria. Haciendo gran hincapié en la intervención temprana, cuya finalidad radica en realizar un tratamiento individualizado trabajando las necesidades de cada niño. Como ya se ha dicho anteriormente, es necesario informarnos de las diferentes clasificaciones del mutismo selectivo para aplicar un tratamiento adecuado a sus necesidades. Aunque la prevalencia del mutismo selectivo sea un 1% aproximadamente, son grandes las consecuencias negativas que deja en la autoestima del niño cuando este trastorno no está diagnosticado, y por consiguiente no se ha llevado a cabo un tratamiento adecuado.

Asimismo, en este trabajo se expone una intervención detallada e individualizada según el tipo de perfil del paciente y sus necesidades, aplicando técnicas de carácter cognitivo-Conductual. La evolución y efectividad en este procedimiento muestra la importancia de desarrollar un tratamiento a tiempo, teniendo en cuenta las conductas problema del paciente.

El segundo objetivo de este trabajo tenía como propósito demostrar a través de índices de no solapamiento, la magnitud del cambio terapéutico o el tamaño del efecto de esta intervención mediante índices de no solapamiento entre fases. Así pues, estos índices (PND, PEM y NAP) aportan objetivamente los resultados del cambio terapéutico. Volviendo a las gráficas que se han expuesto anteriormente, se observa que el tratamiento ha sido muy efectivo, por lo que el cambio ha sido grande. Sin embargo, los índices de no solapamiento muestran ciertas limitaciones ya que el PND se basa solamente en un dato de la línea base y el PEM aunque intenta superar esta barrera, cuenta con restricciones a la magnitud de los datos que se encuentran por encima o por debajo de la mediana. Por otro lado el NAP cuenta con menos limitaciones que las anteriores y es una de las técnicas más avanzadas para estimar el tamaño del efecto en diseños de caso único. (Sanz y García-Vera, 2015).

El obstáculo con el que contamos es que estos índices no indican cual ha sido el factor responsable del cambio terapéutico. Por lo que sería muy útil plantear un análisis de diseño experimental con la finalidad de identificar y cuantificar las causas del efecto del tratamiento.

Además sería recomendable para estudios futuros realizar un análisis estadístico que permita evaluar la significación clínica de los cambios terapéuticos de este caso clínico.

Conclusiones

La exposición de un caso clínico de mutismo selectivo ha permitido dar visibilidad y conciencia de este trastorno, haciendo gran hincapié en el diagnóstico temprano e intervención individualizada del menor con intención de reducir posibles problemas de mayor gravedad que puedan aparecer en la adultez, si este no es tratado. Por otro lado, la aplicación de índices estadísticos ha mostrado que el tratamiento con técnicas de corte cognitivo-conductual ha sido efectivo en el tratamiento individualizado y adaptado tanto al perfil del menor como a las conducta problemas que requiera.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Washington, DC: APA (traducido al español en 1995).
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Bergman, R. L., Piacentini, J. y McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.
- Bögels, S. M. y Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St. Pierre, J., y Boyle, M. H. (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(8), 1057-1067.
- Camposano, L. (2011). Silent suffering: Children with selective mutism. *The Professional Counselor*, 1(1), 46-56.
- Cortés, C., Gallego, C., Marco, M., Martínez, I., y Olló, C. (2004). El Mutismo Selectivo: Guía para su detección, evaluación e intervención precoz en la escuela. *Navarra. CREENA*.
- Crundwell, R.M.A. (2006). Identifying and teaching children with selective mutism. *Teaching Exceptional Children*, 38, 48-54.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H. y Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1363-1372.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E. y Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skill, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 245-255.
- Drake, K. y Ginsburg, G. (2012). Family factors in the development, treatment and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 144-162.
- De Pedro, J., Saiz, J., Roca, M. y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica* 23(2), 67-73.
- Edison, S. C., Evans, M. A., McHol, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M. y Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious and non-anxious children. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 270-290.
- Gillis, J. S. (1992). *Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS*. España: TEA S.A

- González, C., Barrera, M., Cano, I. M. y Díaz, I. (2019). Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de planes estratégicos de salud mental autonómicos. *Psiquiatría infanto-juvenil*, 36 (1), 20-30.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.
- Hua, A., y Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1), 114-120.
- Koplowitz, A. (2014). Libro blanco de la psiquiatría del niño y adolescente. Recuperado de: <https://www.madrid.org/cs/>.
- Majdandžić, M., Möller, E. L., De Vente, W., Bögels, S. M. y Van den Boom, D. C. (2014). Fathers challenging parenting behavior prevents social anxiety development in their 4-year-old children: a longitudinal observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 301-310.
- Möller, E. L., Majdandžić, M. y Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 45, 17-33.
- Muñoz, M. (2010). Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica. Madrid, España: Síntesis.
- Mulligan, C.A (2012) Selective: identification of subtype and influence on treatment. PCOM Psychology Dissertations. paper 210.
- Muris, P. y Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in the DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 151-169.
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, O. y Kristensen, H. (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.
- Olivares, J. y Olivares, P. (2018). Mutismo selectivo, naturaleza, evaluación y tratamiento. España: Editorial Piramides.
- Olivares, J. (1994). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- OMS (2013). 10 datos sobre la salud mental.
- Paquette, D. y Bigras, M. (2012). The risky situation: A procedure for assessing the fatherchild activation relationship. *Early Child Development and Care*, 180, 33-50.
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.
- Statista (2018). Enfermedad mental: prevalencia por edad en España.
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K. y Metzke, C. W. (2006) A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751-756.
- Van der Brugger, C. O., Stams, G. J. J. M. y Bögels, S. M. (2008). Research Review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J. y Barrios, V. (2002). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321.