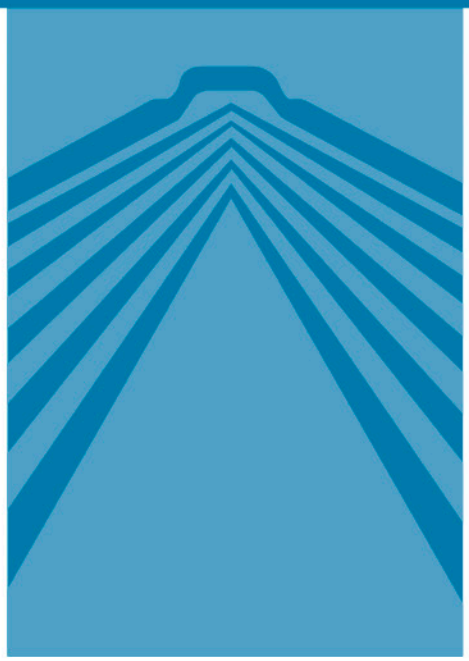


Mutismo selectivo

Naturaleza, evaluación y tratamiento

José Olivares Rodríguez
Pablo J. Olivares-Olivares

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Mutismo selectivo

Naturaleza, evaluación y tratamiento

JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ
CATEDRÁTICO DE UNIVERSIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

PABLO J. OLIVARES-OLIVARES
PROFESOR ASOCIADO EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Mutismo selectivo

Naturaleza, evaluación y tratamiento

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© José Olivares Rodríguez y Pablo J. Olivares-Olivares, 2018
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2018
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4029-2

A Antonia Olivares Alcalá.

Índice

Índice de cuadros 13

Índice de tablas 15

Índice de figuras 17

Abreviaturas 19

Presentación 21

1. Introducción 27

PARTE PRIMERA
Delimitación conceptual

2. Clasificación del mutismo selectivo 35

1. Perspectiva racional-fenomenológica 35
2. Principales sistemas nosológicos 37
3. Agrupaciones de naturaleza cuantitativa 40
4. Psicopatología del desarrollo y construcción de subtipos 48

3. Características clínicas 49

4. Otros aspectos descriptivos del trastorno 55

1. Edad de inicio, prevalencia e incidencia en función del sexo 56
2. La comorbilidad 59
   2.1. Comorbilidad con los trastornos interiorizados 60
   2.2. Comorbilidad con los trastornos exteriorizados 62
3. Diagnóstico diferencial 63

© Ediciones Pirámide

PARTE SEGUNDA
Naturaleza

5. Etiología 69

1. Variables que pueden incrementar la vulnerabilidad 70
   1.1. Variables del niño 70
   1.2. Variables ambientales: el contexto social 89
2. Inicio y desarrollo 114
3. Variables responsables del mantenimiento 120
   3.1. El aislamiento social 120
   3.2. Uso de sistemas/modos de comunicación alternativos al habla 122
   3.3. Atención y privilegios 122
   3.4. El castigo y los estilos de crianza inadecuados 123
   3.5. Variables cognitivas 123
   3.6. Variables psicofisiológicas 124
4. Implicaciones respecto de la evaluación y el tratamiento 125

PARTE TERCERA
Intervención psicológica

6. Estructura general del proceso 129

1. Observar, cuantificar y establecer las primeras relaciones 129
   1.1. Concretar la demanda y especificar el problema 129
   1.2. Primera formulación de hipótesis y deducción de enunciados 132
   1.3. Plan para corroborar las primeras hipótesis 133
   1.4. Resultados 134
2. Establecer relaciones funcionales, aplicar el tratamiento y cuantificar sus efectos 135
   2.1. Análisis funcional 135
   2.2. Formular hipótesis funcionales 136
   2.3. Diseño del plan para aplicar el tratamiento y su evaluación 136
   2.4. Aplicar el tratamiento y valorar los resultados 137
   2.5. Seguimiento de la estabilidad y la generalización de los efectos del tratamiento 139

7. La evaluación 141

1. Estrategias e instrumentos para la evaluación del mutismo selectivo 141
   1.1. Instrumentos para la detección en el marco comunitario 141
   1.2. Estrategias e instrumentos para el diagnóstico 143
   1.3. Otras medidas obtenidas mediante observación y registro de las respuestas 158
   1.4. Evaluación de la intervención a través de la satisfacción del cliente 167

8. El tratamiento 169

1. Tratamientos fundamentados en el modelo cognitivo-conductual 170

© Ediciones Pirámide

1.1. Tratamientos conductuales 171
1.2. Tratamientos cognitivos-conductuales 194
1.3. Aplicaciones clínicas 214
1.4. Otras estrategias relevantes 301
2. Otras modalidades de tratamiento 310
2.1. Psicofarmacológico y mixto 310
2.2. Psicodinámicos 312
2.3. Sistémicos 314
2.4. Multimodales o eclécticos 315

9. Conclusiones y tendencias futuras 317

Referencias bibliográficas 323

Anexos 355

Anexo I. Estrategias e instrumentos de evaluación 357
Anexo II. Guion para la filmación del AGFT. Caso Miguel 373

© Ediciones Pirámide

Índice de cuadros

Cuadro 1.1. Algunas expresiones y términos empleados para identificar el mutismo psicológico 28
Cuadro 1.2. Publicaciones relativas a la intervención psicológica en mutismo selectivo en España 31
Cuadro 2.1. Propuesta de clasificación gradual del miedo desproporcionado a hablar ... 37
Cuadro 2.2. Criterios para el diagnóstico de mutismo selectivo en el DSM-5 39
Cuadro 2.3. Pautas para el diagnóstico del mutismo selectivo según la CIE-10 40
Cuadro 2.4. Orientaciones respecto del tratamiento del mutismo selectivo en función de los subtipos propuestos por Mulligan 45
Cuadro 5.1. Reformulación de MacCoby y Martin del modo de control parental 98
Cuadro 5.2. Estilos de crianza paternos y consecuencias en el comportamiento infantil 99
Cuadro 5.3. Evidencia empírica que sustenta a cada uno de los factores estudiados por Jasp y Jorm 107
Cuadro 7.1. Cuestionario de fortalezas y dificultades 142
Cuadro 7.2. Preguntas para la detección en el formato de entrevista de posibles casos de mutismo selectivo 146
Cuadro 7.3. Protocolo de entrevista a padres para la detección del mutismo selectivo y obtener indicios de su interferencia 147
Cuadro 7.4. Guion de entrevista breve para detectar mutismo selectivo y explorar el uso del refuerzo y del castigo por los profesores/educadores 149
Cuadro 7.5. Selective mutism questionnaire 151
Cuadro 7.6. Alternativas de mayor intensidad en los ítems del Children's depression inventory-short 155
Cuadro 7.7. Registro del comportamiento oral y otras variables relevantes asociadas con el habla 159
Cuadro 7.8. Registro de respuestas motoras de ansiedad 161
Cuadro 7.9. Ejemplos de registros situacionales del habla en situaciones problemáticas para el mudo selectivo 162
Cuadro 7.10. Client satisfaction questionnaire 167
Cuadro 8.1. Delimitación y ejemplos de las estrategias conductuales utilizadas en el tratamiento del mutismo selectivo 172
Cuadro 8.2. Delimitación y ejemplos de las estrategias cognitivo-conductuales más frecuentes en el tratamiento del mutismo selectivo 192
Cuadro 8.3. El automodelado gradual filmado y trucado 204

© Ediciones Pirámide

Cuadro 8.4. Fases y objetivos de la solución de problemas sociales 213
Cuadro 8.5. Ejemplos de preguntas y respuestas para entrenar en descifrar, responder(se), actuar y evaluarse durante el entrenamiento de resolución de problemas sociales 262
Cuadro 8.6. Objetivos predeterminados para cada nivel/módulo de dificultad en la ejecución del habla 272
Cuadro 8.7. Propuesta de objetivos para un programa breve de prevención de la ansiedad desadaptativa 309
Cuadro 8.8. Factores parentales con incidencia potencial en la prevención del mutismo selectivo 309

© Ediciones Pirámide

Índice de tablas

Tabla 4.1. Estudios sobre la prevalencia del mutismo selectivo 58
Tabla 5.1. Porcentaje de familiares que no presentan ninguna psicopatología 72
Tabla 5.2. Trastornos comórbidos del mutismo selectivo asociados a los hitos del desarrollo evolutivo 82
Tabla 7.1. Resultados de las medidas de ansiedad social en la evaluación diagnóstica .. 154
Tabla 7.2. Resultados de las medidas del Children's depression inventory en la evaluación diagnóstica de una adolescente con mutismo selectivo..... 155
Tabla 8.1. Componentes más frecuentes en los tratamientos cognitivo-conductuales del mutismo selectivo..... 169
Tabla 8.2. Evolución del habla y del juego 225
Tabla 8.3. Evolución de las expectativas respecto del habla de los mudos selectivos ... 235
Tabla 8.4. Medias y desviaciones típicas del número de palabras pronunciadas..... 251
Tabla 8.5. Situaciones en las que se produjo el habla espontánea y frecuencia con que fue observada 258
Tabla 8.6. Antecedentes e historial de los niños de los grupos de tratamiento y control de lista de espera..... 276
Tabla 8.7. Evaluadores y evaluaciones realizadas..... 278
Tabla 8.8. Tabla de medias y desviaciones típicas desde el inicio del tratamiento hasta el seguimiento..... 280
Tabla 8.9. Evolución del estado diagnóstico..... 281
Tabla 8.10. Datos de la muestra, instrumentos de evaluación y efectos del tratamiento durante el seguimiento 300

© Ediciones Pirámide

Índice de figuras

Figura 3.1. Diagrama del análisis funcional realizado a partir de los datos de la evaluación diagnóstica 54
Figura 5.1. Relaciones entre los vínculos de apego y los trastornos interiorizados y exteriorizados 95
Figura 5.2. Principales grupos de variables cuya interacción es altamente propiciatoria para la aparición del mutismo selectivo 113
Figura 5.3. Patrón de respuestas alteradas que constituye la ansiedad desadaptativa ... 117
Figura 5.4. Propuesta del modelo explicativo para el inicio del mutismo selectivo 118
Figura 5.5. Paso de la aversión a hablar al mutismo selectivo 119
Figura 5.6. Mantenimiento del mutismo selectivo 121
Figura 6.1. Diagrama del proceso de la intervención psicológica en el mutismo selectivo 130
Figura 6.2. Diagrama de flujo para orientar la toma de decisiones 138
Figura 7.1. Medida de la intensidad del miedo a través del «termómetro del miedo» ... 156
Figura 8.1. Evolución del efecto de la exposición intensiva 180
Figura 8.2. Evolución de la intensidad de las respuestas de ansiedad durante la exposición graduada 183
Figura 8.3. Resultados de la producción de habla durante el desarrollo de la intervención psicológica 185
Figura 8.4. Intensidad del volumen del habla durante las distintas fases de la intervención 191
Figura 8.5. Diagrama de flujo de la práctica simulada 198
Figura 8.6. Resultados de la medida de las variables dependientes durante los períodos de observación en clase 206
Figura 8.7. Evolución de la frecuencia del habla a lo largo del curso del tratamiento . 211
Figura 8.8. Valor promedio del porcentaje de tiempo hablado y de juego 226
Figura 8.9. Resultados durante los períodos de observación en clase de Pere 233
Figura 8.10. Resultados durante los períodos de observación en clase de Juan 234
Figura 8.11. Resultados de los períodos de observación en clase de Teresa 235
Figura 8.12. Evolución de la frecuencia y duración de la interacción física en el patio de recreo 236
Figura 8.13. Frecuencia de «inicios» espontáneos de verbalizaciones, de las «respuestas» a preguntas y de las interrupciones o «bloqueos» de la comunicación oral («recaídas») en las tres situaciones sociales 241
Figura 8.14. Diagrama de flujo del proceso de selección de la muestra y resultados del tratamiento 245

© Ediciones Pirámide

Figura 8.15. Número de palabras verbalizadas diariamente en público 251
Figura 8.16. Número de palabras verbalizadas en público por día 252
Figura 8.17. Frecuencia del habla durante el tentempié en las dos fases de la intervención 259
Figura 8.18. Porcentaje de oportunidades de solución de problemas sociales aprovechadas durante la observación 263
Figura 8.19. Puntuaciones otorgadas en el School speech questionnaire a cada uno de los siete niños a lo largo de la intervención psicológica 274
Figura 8.20. Puntuaciones en el Selective mutism questionnaire durante la intervención psicológica en distintas situaciones de interacción social 275
Figura 8.21. Problemas informados por los mudos selectivos frente a los de una muestra de escolares noruegos sin mutismo selectivo 282
Figura 8.22. Esquema modificado del algoritmo para la terapia modular del comportamiento 285
Figura 8.23. Número de palabras pronunciadas durante las 11 primeras sesiones 291
Figura 8.24. Promedio de las calificaciones de la intensidad del miedo durante el tratamiento 293
Figura 8.25. Puntuaciones en el Selective mutism questionnaire durante el tratamiento .. 294
Figura 8.26. Evolución de las puntuaciones otorgadas a los ítems de la jerarquía 297
Figura 8.27. Evolución de la ansiedad a lo largo del tratamiento 298
Figura 8.28. Evolución de la comorbilidad desde el inicio de la intervención psicológica hasta la evaluación de seguimiento 301
Figura 8.29. Porcentaje de peticiones y respuestas a otros adultos 305
Figura 8.30. Porcentaje de respuestas audibles 306

© Ediciones Pirámide

Abreviaturas

A-B-A-B. Diseño de reversión.

A-B-C. Diseño de línea de base (A) con tratamiento (B) y seguimiento (C).

16 PF-5. The sixteen personality factor questionnaire. Fifth edition.

ADIS-IV-C. The anxiety disorders interview schedule for children for DSM-IV. Child version.

ADIS-IV-L. Anxiety disorder interview schedule for DSM-IV: Lifetime version.

ADIS-IV-P. The anxiety disorders interview schedule for children for DSM-IV: Parent version.

ADN. Ácido desoxirribonucleico.

AEA. Actividad eferente auditiva anómala.

AF. Análisis funcional.

AGFT. Automodelado gradual filmado y trucado.

ANOVA. Análisis de varianza.

ASEBA. Achenbach system of empirically based assessment school-age forms and profiles.

APA. American psychiatric association.

CAMHS. Child and adolescent mental health clinics (Centros de salud para tratamiento ambulatorio de niños y adolescentes).

CBCL. Child behavior cheeklist.

CCC-2. The children's communication checklist. Version 2.

CDI. Children's depression inventory.

CDI-S. Children's depression inventory-short.

CDS. Children depression scale.

CELF-3. Clinical evaluation of language fundamentals.

CEMDH. Cuestionario exploratorio del miedo desproporcionado a hablar.

CGI-I. Clinical global impression - Improvement.

CGI-S. Clinical global impression - Severity.

CIE. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.

CNTNAP2. Gen asociado con algunos trastornos del habla cuando está alterado por los anticuerpos su funcionamiento en la codificación de la proteína «contactin-associated protein-like 2» (Caspr2).

CSC. New York University child study center .

CSQ. Client satisfaction questionnaire.

DE. Desvanecimiento estimular.

DPICS. Dyadic parent-child interaction coding system.

DS. Desensibilización sitemática.

DSM. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

EAS. Emotionality activity and sociability temperament survey.

ECA. Estudio controlado aleatorizado.

ECBI. Eyberg child behavior inventory.

FICS. Family interaction coding sistem.

FS. Fobia social.

© Ediciones Pirámide

GAF. Global assessment of funtioning.

GC. Grupo control.

IBTSM. Integrated behavior therapy for selective mutism.

IC. Inhibición conductual.

IE. Independent evaluator.

IEBE. Independent evaluator behavioral evaluation.

ILC. The Norwegian version of the German inventory of life quality in children and adolescents.

IP. Investigador principal.

K-SADS-PL. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version.

LACT. Lindamood auditory conceptualization test.

LBM. Diseño de línea de base múltiple.

MASC. The multidimensional anxiety scale for children.

MATCH-ADTC. Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems.

MCBT. Modular cognitive behavior treatment.

MCC. Modelo cognitivo-conductual.

MS. Mutismo selectivo.

N=1. Diseño cuasi-experimental de caso único.

NICE. National institute for health and care excellence.

NMDAR. Receptor anti N-metil-D-aspartato.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

PCIT. Parent-child interaction therapy.

PPVT-III. Peabody picture vocabulary test. Form IIIA and IIIB.

PPVT-IV. Peabody picture vocabulary test. Form IV.

R. Refuerzo positivo.

RAOM. Reflejo acústico del oído medio.

RCADS. Revised child anxiety and depression scale.

RF. Programa de refuerzo de razón fija.

RV. Programa de refuerzo de razón variable.

SAS-A. The social anxiety scale for adolescents.

SAS-C-R. The social anxiety scale for children-revised.

SAS-C-R-P. The social anxiety scale for children-revised. Parents version.

SAS-C-R-Prof. The social anxiety scale for children-revised. Teachers version.

SCARED. Screen for child anxiety related disorders parent and child versions.

SDQ. Strengths and difficulties questionnarie.

SET. Social effectiveness therapy.

SMICS. Selective mutism interaction coding system.

SMQ. The selective mutism questionnaire.

SNAP. Strong narrative assessment procedure.

SOC-III. Standardized observation codes III.

SPAI-C. The social phobia and anxiety inventory for children.

SPAI-C-PV. The social phobia and anxiety inventory for children. Parents version.

SSP. Strange situation paradigm.

SSQ. School speech questionnaire.

TALK. Totally anxiety free talk and communication.

TOC. Trastorno obsesivo compulsivo.

TC. Tratamiento conductual.

TCC. Tratamiento cognitivo-conductual.

TE. Tamaño del efecto.

TES. Terapia para la eficacia social.

TND. Trastorno negativista desafiante.

YSR. Youth self-report.

© Ediciones Pirámide

Presentación

El mutismo selectivo (MS) es un trastorno del habla que generalmente se inicia antes de los cinco años. Se caracteriza por la reticencia a hablar o su evitación en situaciones sociales concretas. El MS ha evolucionado desde una concepción que le suponía una naturaleza voluntaria (así Kussmaul, 1877) hasta la actual, en la que la ausencia del habla se relaciona directamente con las respuestas de escape/evitación del malestar generado por lo que se teme, inscribiéndose en el grupo de los trastornos por ansiedad (American Psychiatric Association, APA, 2013).

Desde el punto de vista explicativo, es decir, de la comprensión del fenómeno que supone esta alteración del comportamiento, hemos avanzado mucho en los 141 años que han transcurrido desde la delimitación Kussmaul, pero seguimos teniendo pendientes grandes retos para concretar una explicación que, sustentada en la evidencia empírica, nos permita dar cuenta de por qué este patrón de respuestas alteradas posee las propiedades que descriptivamente muestra, cuáles son las variables que participan en la génesis de la vulnerabilidad de los niños a presentarlo, bajo qué circunstancias se puede desencadenar, por qué se desarrolla, qué variables están implicadas en su mantenimiento, etc. Todo el quehacer preventivo depende de nuestra capacidad para investigar, construir y fundamentar esta explicación.

En la actualidad existen varias líneas de teorización sobre la etiología del MS. Desde una perspectiva histórica, la primera propuesta se formuló en el enfoque psicodinámico hipotetizando que los conflictos internos no resueltos durante la infancia eran/son las causas del MS (por ejemplo, Yanof, 1996). La segunda la proporcionó el modelo conductual que lo delimitó como «(...) una función de eventos ambientales antecedentes y consecuentes que varían según la situación, las personas y el tiempo» (Kratochwill, 1981, p. 137), y más concretamente como el resultado de patrones de refuerzo inadecuados o disfuncionales (Leonard y Topol, 1993); investigadores como McHolm et al. (2005) sostienen que el MS se desarrolla en los niños pequeños del mismo modo que las fobias específicas. En tercer lugar, se propusieron postulados en los que se afirma que el inicio se halla en las experiencias traumáticas o acontecimientos vitales muy estresantes como, por ejemplo, los abusos o la muerte de un ser querido. La cuarta ha sido formulada por las corrientes sistémicas que conjeturan la existencia de una dinámica familiar desadaptativa como causa de la aparición del MS (véanse Anstendig, 1998; Meyers, 1984). Por último, en quinto lugar, desde posiciones biologicistas se ha hipotetizado una vulnerabilidad genética (Segal, 2003), sustentada en la interpretación de la herencia familiar como un factor predisponente.

La evidencia empírica descarta algunas de estas propuestas y apoya la continuidad de otras. Así, la comunidad científica admite que no podemos sostener la propuesta psicodinámica de que los conflictos intrapsíquicos sean la causa principal del MS, ni que las experiencias traumáticas y los acontecimientos vitales muy estresantes desempeñen un papel relevante en su inicio porque hay muy poca evidencia que las respalde (véanse Albrigtsen, Eskeland y Maehle, 2016; Andersson

© Ediciones Pirámide

y Thomsen, 1998); los niños que han sufrido traumas no son más propensos a desarrollar MS y en las ocasiones en las que un trauma ha acontecido en la primera infancia, la frecuencia con la que se les puede asociar con el desarrollo de de este trastorno (Camposano, 2011; Steinhausen y Juzi, 1996; Viana et al., 2009). Por ejemplo, en la investigación de Black y Uhde (1995) solo en el 13% de los casos se informó de este tipo de eventos.

La hipótesis sobre el papel de la herencia tampoco cuenta con respaldo empírico concluyente, incluido el derivado del estudio de gemelos univitelinos (Gray et al., 2002; Rice, 2008; Segal, 2003; Stein et al., 2011; Tachibana et al., 1982). Cuando los niños con MS tienen padres que cumplen los criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, tampoco se han documentado investigaciones con evidencias genéticas que la sustenten. Así, un nuevo análisis de los resultados informados por Black y Uhde (1995), sobre una muestra en la que el 70% de los parientes de primer grado presentaban historia familiar de fobia social y el 37% MS, permite sostener que tan factible es postular la herencia genética como causa potencial como la herencia cultural, que constituye al menos nuestra segunda naturaleza. Es decir, a la luz de la evidencia se puede afirmar que el papel de los estilos de crianza, más el efecto de los estilos educativos de los enseñantes y del personal auxiliar de los centros educativos y jardines de infancia, más el de la transmisión de información y del resto de variables implicadas en el aprendizaje social, producen consecuencias al menos tan importantes como las que pudiera propiciar la herencia genética. De ahí que, una vez descartadas las propuestas que no cuentan con un mínimo de evidencia empírica que las respalde, la posición más razonable es la que integra datos de naturaleza biológica, psicológica y social, es decir, las explicaciones que se contextualizan en el modelo biopsicosocial.

Desde la perspectiva científica, la investigación sobre el inicio, desarrollo, mantenimiento y tratamiento del MS presenta considerables carencias en la cantidad y la calidad del refrendo empírico de casi todos los intentos de explicación. Probablemente la baja prevalencia del trastorno ha propiciado que, salvo excepción, la investigación se haya limitado generalmente a muestras reducidas y estudios de caso único.

Por todo ello, desde nuestro punto de vista, el MS puede hipotetizarse como el resultado de la interacción de factores ambientales, psicológicos y probablemente genéticos, en línea con las aportaciones de Reed (1963) y Kratochwill (1981), así como con los resultados de las revisiones de Cohan et al. (2006a) o Muris y Ollendick (2015), quienes agrupan las variables etiológicas en genéticas, temperamentales, ambientales, del desarrollo neurológico y de la respuesta de evitación. Ahora bien, hemos de recordar que la evidencia empírica que avala a algunas de estas variables proviene principalmente de estudios transversales, lo que hace necesaria más investigación experimental y prospectiva para fundamentarlas con certeza (véase Yap y Jorm, 2015).

La pluralidad de variables que potencialmente pueden participar en el inicio del MS plantea el problema de su integración en una propuesta explicativa que quiera ser coherente con la evidencia empírica disponible. Una respuesta a este problema puede hallarse en la capacidad integradora del principio de equifinalidad de la psicopatología del desarrollo (véanse, por ejemplo, Toro y Ezpeleta, 2014; Viana et al., 2009). Por ello, tomando como referencia nuestras posiciones previas (véase Olivares, Méndez y Macià, 1996), hemos elaborado una nueva propuesta explicativa (Olivares-Olivares y Olivares, 2018) sobre el inicio, desarrollo y mantenimiento de este trastorno que conforma la base del capítulo sobre la etiología del MS que hemos redactado para la presente monografía. Nuestra pretensión es que la propuesta que realizamos:

1. Nos ayude a organizar las ideas que tenemos sobre el MS, a ofrecer un mapa del estado actual del conocimiento que tenemos sobre él y a entender por qué y cómo este fenómeno psicológico exhibe las propiedades que descriptivamente lo caracterizan.

© Ediciones Pirámide

2. Oriente nuestra investigación.
3. Explique los hechos a través de hipótesis contrastables.
4. Guíe nuestra toma de decisiones y la elección del tratamiento en el seno de la intervención psicológica.
5. Facilite la comunicación interprofesional.

En la actualidad, la conceptualización del MS es la propia de la psicopatología psiquiátrica, la cual sirve de base al diagnóstico. Así, para considerar la existencia del trastorno se requiere que:

1. La duración de la ausencia del habla sea superior a un mes y que esta no coincida con el inicio de la escolaridad por razones obvias.
2. Constatar el dominio del habla.
3. Verificar que produce interferencia y que esta afecta significativamente a las relaciones sociales (pudiendo también implicar al rendimiento educativo).
4. Descartar que:

    a) No se explique mejor por la existencia de un trastorno de la comunicación.
    b) No se presenta en el curso de un trastorno del espectro autista o psicótico (APA, 2013).

Pese a la innegable utilidad de esta delimitación, los psicólogos necesitamos consensuar una definición propia que, a la vez que complemente estos requisitos, explicite los mecanismos psicológicos implicados en la génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno.

El curso del MS tiene un inicio temprano, pero no disponemos de datos concluyentes sobre su evolución temporal y los pocos estudios que hay de seguimiento a largo plazo muestran que, cuando el trastorno remite sin que haya mediado tratamiento especializado («espontáneamente»), sus efectos negativos persisten, incluso en la edad adulta, en forma de problemas laborales, de comunicación y mayores tasas de trastornos psicológicos (así, Remschmidt et al., 2001; Sluckin, Foreman y Herbert, 1991 o Steinhausen et al., 2006).

Su prevalencia oscila entre el 0,03% y el 1%, dependiendo del origen de la muestra (APA, 2013). Es decir, afortunadamente es escasa, pero sin embargo lo que supone una ventaja en términos de afectación es un inconveniente para su investigación, a la hora de reunir muestras con un tamaño mínimo para que el tratamiento estadístico de los resultados de las intervenciones cuente con la suficiente potencia para refrendarlas. Además, los datos sobre su prevalencia no están claros respecto del sexo; solo algunos estudios han documentado que es más frecuente en las niñas (Muris y Ollendick, 2015). Ahora bien, lo que sí sabemos es que, a pesar de que las tasas para los trastornos por ansiedad son relativamente bajas (3%) en la infancia (Costello et al., 2003), los datos muestran un incremento elevado de su prevalencia durante los años de la escuela primaria (entre los cinco y los once años; Kessler et al., 2012) y por consiguiente del MS. Este hecho ubica la detección e intervención temprana del trastorno como la estrategia de primera elección y los centros educativos, los jardines de infancia y el hogar familiar como los lugares por excelencia donde aplicarla, antes de que el trastorno se consolide y generalice. Pero, además, hay que añadir en relación con la relevancia indicada para la detección e intervención temprana que:

1. La tasa de prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes está entre el 15% y el 20% (Beesdo, Knappe y Pine, 2009) y que, dentro de este rango, la investigación epidemiológica de Kessler et al. (2012) sitúa en el 38% su prevalencia entre los trece y los diecisiete años.
2. Los trastornos de inicio temprano tienden a ser crónicos o recurrentes y pronostican una amplia gama de discapacidades psicosociales y vocacionales, dando lugar a secuelas perjudiciales a largo plazo (Caspi et al., 1988).
3. La frecuencia de búsqueda de ayuda profesional para los trastornos de ansiedad es baja (Collins et al., 2004).

© Ediciones Pirámide

La relevancia de la familia y especialmente los padres se debe a que:

a) En las investigaciones aparecen reiteradamente relacionadas con algunos de los principales factores de riesgo para la ansiedad infantil (por ejemplo, el conflicto entre padres).
b) Son observadores privilegiados y generalmente son los primeros en detectar las alteraciones de las respuestas de los niños (Rapee et al., 2009; Van Voorhees et al., 2008; Wood et al., 2002).
c) Suelen ser los más interesados en colaborar para que se normalice cuanto antes el comportamiento alterado de sus hijos.
d) La evidencia empírica es inequívoca acerca del papel crítico que desempeñan las experiencias en el entorno familiar tanto en el desarrollo de factores de protección como de vulnerabilidad respecto de la ansiedad desadaptativa (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; McLeod et al., 2007a, 2007b, 2011; Rapee et al., 2009; Restifo y Bögels, 2009; Van Voorhees et al., 2008).

En consecuencia, la importancia del MS para psicólogos e investigadores deviene de la extensión e intensidad de sus efectos negativos en el desarrollo de los niños/adolescentes, así como del incremento de la vulnerabilidad a presentar otros trastornos comórbidos, especialmente de ansiedad y depresión. Como señalaban Ezpeleta et al. (2001), no debemos olvidar que los trastornos por ansiedad en la infancia son tan incapacitantes como los de cualquier otra categoría diagnóstica de orden clínico. Además, en línea con los cálculos de Bodden, Dirksen y Bögels (2008), los costes económicos para sus familias y los sistemas de salud públicos son veinte veces superiores a los de los niños sin trastornos de ansiedad.

La intervención psicológica en el MS cuenta con un notable arsenal de estrategias e intrumentos de evaluación, la mayor parte de los cuales todavía tienen pendiente su validación psicométrica.

Otro tanto ocurre con los tratamientos que, pese a que se han mostrado eficaces, desconocemos en qué medida difieren entre sí en eficacia y eficiencia, es decir, no sabemos para qué casos o grupos de mudos selectivos están indicados, cuáles de los elementos o técnicas que los integran son responsables de sus efectos y en qué medida, qué parte de estos efectos se pueden atribuir a la interacción de sus componentes, etc. Los tratamientos han sido derivados fundamentalmente del modelo cognitivo-conductual (MCC). El MCC es la aportación psicológica al modelo biopsico-social en el que se integran los conocimientos científicos que tenemos sobre el ser humano y por tanto la referencia científica por excelencia.

No obstante, pese a las exigencias que impone la metodología, no disponemos todavía de estudios controlados aleatorizados (ECA) de la intervención psicológica en el MS que tengan la suficiente potencia estadística como para que los resultados nos permitan llegar a conclusiones sólidas sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de nuestras intervenciones aplicadas en el formato de grupo. Como hemos indicado, hasta ahora han predominado los estudios de caso que, pese a haber sido realizados en el marco de los diseños cuasiexperimentales, no siempre cuentan con las modalidades más potentes de este modo de disponer las situaciones para que los resultados que se obtienen durante el tratamiento puedan asociarse razonablemente con este y no con otras variables extrañas.

En síntesis, hay mucha tarea pendiente pese a contar con logros más que notables tanto en el progreso de la evaluación como en el del tratamiento del MS.

El presente trabajo tiene como fin poner al día el estado de nuestro conocimiento sobre la naturaleza, evaluación y tratamiento del MS. Nos hemos propuesto plantear los retos pendientes y estimular su investigación para afrontarlos con las mayores probabilidades de éxito. Entendemos que de ello depende que sigamos avanzando en la prevención, mejoremos nuestras estrategias para la detección e intervención temprana, validemos y afinemos nuestras técnicas de intervención

© Ediciones Pirámide

(evaluación y tratamiento), confirmemos las bondades de los protocolos de intervención mediante aplicaciones fieles de sus manuales y garanticemos la solvencia de las réplicas para consolidar nuestros progresos. Para ello intentamos ofrecer una revisión en profundidad de las estrategias e instrumentos de evaluación (de los que incluimos copia en todos los casos en los que nos ha sido posible y en el resto remitimos a sus referencias respectivas), de las técnicas de tratamiento y de los distintos formatos que empleamos para aplicarlas (por ejemplo, los tratamientos *ad hoc* y los protocolos específicos e inespecíficos que se han utilizado con éxito).

Por último, queremos recordar que hace ya algunos años decíamos que todavía no contábamos con ninguna monografía escrita en nuestra lengua que abordase específicamente la problemática que conlleva la evaluación y el tratamiento psicológico de este trastorno del comportamiento (Olivares, 1994). Afortundamente esa carencia pudo suplirse (véanse Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares, 2007) y hoy nuestro reto es dar un paso más.

© Ediciones Pirámide

1 Introducción

La primera aproximación al estudio del trastorno que hoy conocemos como mutismo selectivo (MS, en adelante) no apareció hasta 1877. Este fue el año en el que el médico alemán Adolf Kussmaul (Kussmaul, 1877) describió un trastorno del comportamiento en el que los niños fracasaban al intentar hablar en determinadas situaciones, mientras que en otras lo hacían con total normalidad: podían hablar con plena fluidez en casa, mientras que permanecían completamente en silencio ante determinadas personas. Este hecho llevó a Kussmaul a definir el trastorno como «afasia voluntaria», es decir, como la ausencia de habla no debida a una alteración del funcionamiento del cerebro, sino a la inhibición voluntaria del habla por parte del niño. Esta circunstancia llevó posteriormente al psiquiatra suizo Moritz Tramer (Tramer, 1934) a proponer la expresión «mutismo electivo» para calificar el caso de un niño que rechazaba hablar en la escuela, pese a que mostraba que podía hacerlo correctamente y con naturalidad en casa. Esta nueva etiqueta diagnóstica todavía enfatizaba más, si cabe, el supuesto carácter voluntario de la ausencia del habla en determinadas situaciones: se declaraba responsables a los niños porque se creía que ellos decidían no hablar; se pensaba que utilizaban el habla como un instrumento para el logro de sus fines: la ausencia del habla se interpretaba como comportamiento oposicionista y manipulador. Tramer (1934) subrayaba la exhibición de un comportamiento anormalmente silencioso, excepto en su relación con un pequeño grupo de parientes íntimos y algunos pares.

En la actualidad la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992) todavía utiliza esta expresión que enfatiza «el carácter voluntario», la negación activa del niño a hablar.

En estos primeros intentos de delimitar el trastorno no se contemplaba la posibilidad de que el niño reaccionara inhibiendo el habla como respuesta a la percepción de un entorno amenazante y que el habla no se produjera como consecuencia de la interferencia producida por una elevada intensidad de las respuestas de ansiedad (véanse, por ejemplo, Olivares y Caballo, 2003; Sharp, Sherman y Gross, 2007).

En la revisión realizada por Kratochwill, Brody y Piersel (1979), estos hallaron 14 términos o expresiones que habían sido empleados generalmente para delimitar este trastorno, con mayor o menor frecuencia. El cuadro 1.1 recoge algunas de las expresiones empleadas a lo largo del tiempo para describir este patrón de comportamiento.

Como hemos indicado, las primeras delimitaciones del trastorno estaban caracterizadas por el supuesto de que los niños elegían de forma voluntaria no hablar, limitando su comunicación oral a personas muy íntimas y en situaciones muy específicas. En este sentido, Hoffman y Laub (1986) y Reed (1963) postularon que los niños con mutismo electivo elegían actuar como los mudos para obtener rédito de su comportamiento. Esta carac-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 1.1

Algunas de las expresiones y términos empleados para identificar el mutismo psicológico

Expresiones y términos	Autores
Mutismo voluntario o afasia voluntaria	Kussmaul (1877).
Inhibición del habla	Treuper (1897).
Timidez en el habla	Nadoleczng (1926); Rothe (1928); Spieler (1941).
Mutismo electivo	Adams (1970); APA (1980, 1987); Elson et al. (1965); OMS (1992); Sanok y Striefel (1979); Tramer (1934); Wulbert et al. (1973).
Negativismo	Bakwin y Bakwin (1972); Rigby (1929).
Mutismo funcional	Amman (1958).
Fobia a hablar	Mora, De Vault y Schopler (1962).
Evitación del habla	Lerea y Ward (1965).
Mutismo selectivo	Asociación Americana de Psiquiatría (1994, 2000 y 2013); Cline y Baldwin (1994); Kass, Gillman y Mattis (1967); Kratochwill, Brody y Piersel (1979); Piersel y Kratochwill (1981).
Habla reluctante	Williamson, Sewell, Sanders, Haney y White (1977).
Mutismo progresivo	Paniagua y Saeed (1987).

FUENTE: tomado de Kratochwill (1981), y Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares (2007).

terización del mutismo psicológico nos recuerda que no podemos obviar la predominancia de los enfoques intrapsíquicos en la primera mitad del siglo XX y su influencia en las primeras descripciones y delimitaciones de este trastorno infantil. El mutismo psicológico se entendía como un mecanismo de protección, producto de una fijación en una etapa infantil temprana durante la cual la vivencia de una situación como peligrosa hacía que esta se sustituyese por el rechazo a hablar (Salfield, 1950) o como una expresión comprometida de un conflicto familiar a través del cual se resolvía, de forma neurótica, el efecto del estresor mediante una sobredependencia de la madre (Pustrom y Speers, 1964). De hecho, desde el punto de vista del modelo psicodinámico, la comprensión del MS implica un conjunto de factores que serían los responsables de la reacción neurótica del niño: hipersensibilidad hacia los impulsos instintivos, existencia de un trauma psíquico durante el período crítico del desarrollo del lenguaje, seguridad insuficiente en el entorno del niño, persistencia del mutismo psicológico como mecanismo reductor del miedo y ambiente familiar basado en la dependencia y la permisividad (véanse por ejemplo Valner y Nemiroff, 1995; Yanof, 1996). A pesar de haber perdido protagonismo siguen vigentes algunas de sus hipótesis reformuladas desde otra perspectiva teórica, como la relativa a la existencia de un mecanismo reductor del miedo a lo largo del tiempo (véase Young, Bunnell y Beidel, 2012).

Desde esta perspectiva histórica, los manuales internacionales de clasificación de las mal llamadas genéricamente «enfermedades mentales» no han sido ajenos a las corrientes psicológicas predominantes. Por ello se puede constatar una evolución paralela entre estos y las corrientes dominantes que incluye tanto la terminología empleada para definir este trastorno como el propio concepto y su ubicación nosológica. Dicha evolución arranca desde una posición muy cercana al modelo intrapsíquico para arribar a otra más preocupada por el estudio de los trastornos del comportamiento, atendiendo estrictamente a las manifestaciones conductuales (motoras y psicofisiológicas). Esta evolución puede verse tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) como en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud

© Ediciones Pirámide

(CIE), texto de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), porque ambos se han ocupado de la caracterización clínica del mutismo selectivo.

En relación con los DSM, hubo que esperar hasta 1980 para que el denominado entonces mutismo electivo fuera incluido en el DSM-III (APA, 1980). Según los criterios de esta tercera edición, la característica básica del mutismo electivo era la negación continua a hablar en «casi» todas las situaciones sociales, incluida la escuela, a pesar de la capacidad de comprender el lenguaje hablado y de hablar en otras situaciones propias del contexto familiar o con algunos niños de la misma o de menor edad. Los niños que presentaban este trastorno, según el DSM-III (APA, 1980), se comunicaban con los demás utilizando gestos, como asentir o negar moviendo la cabeza, empleaban verbalizaciones monosilábicas y cortas de modo monótono, contaban con habilidades y destrezas propias de su edad para comunicarse oralmente (aunque en algunos casos pudiera estar asociado a un retraso leve del desarrollo) y se consideraba un requisito para el diagnóstico diferencial que se pudieran descartar problemas en el habla y/o presentar otro trastorno que pudiera explicar mejor su ausencia.

En la edición revisada del DSM (DSM-III-R; APA, 1987) se mantuvo el carácter voluntario del mutismo psicológico y se definió como «la negativa persistente a hablar en casi todas las ocasiones sociales, incluida la escuela (...) [sin que ello fuera debido a un] trastorno somático o mental [que disminuyera o anulara la] (...) capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado» (p. 110). Se suponía que no debería prolongarse más allá de unas cuantas semanas o meses, en la mayoría de los casos, aun cuando en ocasiones pudiera durar hasta varios años. Cuando el trastorno aparecía tras la emigración de un país a otro con distinta lengua, se diagnosticaba mutismo electivo, siempre y cuando la comprensión de la nueva lengua fuera suficiente.

La publicación del DSM-IV y el DSM-IV-TR (APA, 1994 y 2000) trajo consigo un cambio en la concepción del trastorno y en su denominación. El supuesto de voluntariedad en la retención del habla se sustituía por la evidencia disponible que informaba de la interferencia ejercida sobre la producción del habla por la intensidad de las respuestas de ansiedad, generadas por los estímulos o configuraciones estimulares asociados a estas. En consecuencia, el acento puesto en la elección personal (electivo) se sustituía por el papel desempeñado por la situación «selectivo», poniendo el énfasis en su carácter involuntario y automático. De hecho, se reconocía explícitamente (exigiéndose como criterio diagnóstico) la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales concretas en las que se esperaba que el niño lo hiciera (por ejemplo, en la escuela), pese a mostrar que era capaz de hablar en otras situaciones. Además, también se requería que el trastorno interfiriese significativamente en su rendimiento escolar y/o en la comunicación social, así como que hubiera transcurrido el tiempo suficiente para que el niño hubiese podido enfrentarse por sí mismo a la situación para intentar superarla sin ayuda: el tiempo mínimo estimado era de un mes y se subrayaba que no se limitara al primero del inicio de la escolaridad obligatoria a lo largo del tiempo.

Asimismo, se hacía hincapié en que la incapacidad para hablar no podía estar asociada a una falta de conocimiento de la lengua o de dominio de la fluidez del habla (destreza) que se requiriese en la situación social de la que se tratase, ni que la alteración pudiera explicarse mejor por la presencia de otro desorden de la comunicación como la tartamudez o que apareciese exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, de la esquizofrenia u otro de naturaleza psicótica.

En la CIE el mutismo psicológico apareció como categoría diagnóstica por primera vez en 1978, en su novena edición (CIE-9; OMS, 1978). También se empleó la expresión «mutismo electivo» para su denominación y fue clasificado dentro de los «trastornos emocionales específicos de la infancia y adolescencia» en la subcategoría «sensibilidad, timidez y trastorno de retraimiento social», caracterizándolo por la ansiedad y el temor al hablar con desconocidos, pero admitiendo su inclusión en otras categorías diagnósticas

© Ediciones Pirámide

como el «trastorno de adaptación», en la categoría de «otros», con la etiqueta «mutismo electivo como reacción adaptativa».

En contraposición al diagnóstico obtenido a partir de los modelos intrapsíquico y biomédico tradicional, predominante hasta la aparición del DSM-III-R y la CIE-9, el diagnóstico psicológico se centró en un modelo propio y específico de la psicología: el modelo cognitivo-conductual (MCC, en adelante). Este modelo no considera necesario comprender las dinámicas subyacentes para modificar las respuestas alteradas inadecuadas o problemáticas a lo largo del tiempo. Las teorías del aprendizaje en las que se fundamenta sostienen algunos supuestos básicos que permiten la comprensión e interpretación del mutismo psicológico desde esta perspectiva. Así, el MS se delimita como un patrón de respuestas aprendidas y específico de situaciones concretas, mantenido por los reforzadores negativos que alivian el estado aversivo que desencadena la situación y los positivos administrados por el entorno del niño.

Por tanto, el «diagnóstico psicológico conductual», frente al diagnóstico biomédico o psiquiátrico, se centra en objetivos conductuales específicos, en las condiciones bajo las cuales se desarrollan dichas respuestas. Si bien los psicólogos conductuales pueden utilizar etiquetas diagnósticas para la comunicación con otros profesionales y con las instituciones (por ejemplo, mutismo electivo o selectivo), el diagnóstico no tiene por objeto asignar personas a categorías tradicionales de diagnóstico (nosologías).

La evaluación psicológica persigue identificar las variables, tanto del individuo como del entorno, que participan en el mantenimiento del trastorno y permiten su delimitación como un patrón estable de respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras alteradas.

La construcción y delimitación del concepto operativo de MS ha ido contando en el ámbito psicológico con aportaciones de distintos autores (véanse Kratochwill, 1981; Olivares et al., 2007b; Viana et al., 2009). Estos autores han centrado sus contribuciones en los resultados de su investigación, huyendo de la caracterización del mutismo psicológico como un síntoma de una causa interna y subyacente a quien lo padece. Una definición operacional como la cognitivo-conductual concreta el MS como un trastorno por defecto en el que el valor de la frecuencia, de la duración y de la intensidad del habla es nulo en determinadas situaciones y/o ante ciertas personas.

Por todo ello, la terminología utilizada para calificar el trastorno ha pasado, como ya hemos indicado, de un periodo en el que la mayoría de autores utilizaban la expresión «mutismo electivo» por convención (por ejemplo, Richards y Hansen, 1978; Williamson et al., 1977; Olivares et al., 1990) hasta la actualidad, en la que el uso del adjetivo «selectivo» está cuasi generalizado. Recordemos que, aunque no en todos los casos ha sido así, la aproximación intrapsíquica/psicodinámica optó por el empleo del término «electivo», mientras que la terapia de conducta, fundamentada en el MCC, lo hizo por «selectivo»; el propio Kratochwill (1981) manifestaba que el término «electivo» implicaba demasiadas asunciones teóricas y prefería «selectivo» por entender que era el más apropiado para una descripción operativa de esta condición clínica.

En la sucesión de aportaciones relativas a la delimitación del concepto de MS, a autores como Kolvin y Fundudis (1981) les correspondió el enésimo refrendo de que era preciso constatar que no se presentaban las respuestas verbales necesarias para una comunicación oral, fluida y espontánea, con alguna(s) persona(s) perteneciente(s) al ámbito familiar o al de los amigos. Rutter (1977) subrayó la necesidad de verificar la ausencia de alteraciones neurológicas y Reed (1963) diferenció entre quienes usan el mutismo como una herramienta para conseguir sus fines «manipuladores» (respuestas operantes) y quienes lo padecen porque son víctimas de un patrón de respuestas de ansiedad (condicionadas) cuya intensidad es completamente desproporcionada respecto del peligro real que pudiera presentar la situación; además, el trabajo de este investigador merece una atención especial porque ya definía el mutismo psicológico como una respuesta de evitación aprendida y relacionaba su inicio con un amplio

© Ediciones Pirámide

conjunto de variables que producían/producen respuestas de ansiedad en quienes lo presentan.

En este contexto, Wright (1968) incidió en la independencia entre MS y desarrollo intelectual. Asimismo, Sluckin y Jehu (1969), Friedman y Karagan (1973) o Bauermeister y Jemail (1975), entre otros, recordaron que no debía presentarse discapacidad intelectual significativa ni alteración motora que impidiera la producción del habla si se quería diagnósticar este trastorno. Más tarde, Williamson et al. (1977) diferenciaron también el MS de la aversión a hablar y Cantewell y Baker (1985a y b) hicieron hincapié en el diagnóstico diferencial con problemas de origen estrictamente orgánico y/o sensorial, tales como la sordera o la alteración de la retroalimentación auditiva. Por otra parte, Paniagua y Saeed (1988) establecieron las diferencias entre el MS y el progresivo, caracterizándose este último por la ausencia de habla en casi todas las situaciones y en presencia de casi todas las personas, pudiendo llegar a ser total o completo.

En España hay que subrayar el hito que supuso el informe publicado en 1982 por los profesores Jaime Rodríguez Sacristán y Jerónimo Párraga Pérez (Rodríguez y Párraga, 1982) en el que se informaba, por primera vez en castellano, de los resultados del tratamiento exitoso de un caso de MS infantil mediante procedimientos conductuales. Posteriormente, otros trabajos han ido dando cuenta del interés científico por este trastorno en nuestro país (véase cuadro 1.2).

CUADRO 1.2

Publicaciones relativas a la intervención psicológica en mutismo selectivo en España

Año	Autores	Tipo de trabajo
1982	Rodríguez y Párraga	Informe de tratamiento de un caso.
1984	Martínez González, Sánchez Rissech, Casas Ros y Company Llusar	Informe científico del tratamiento de un caso de mutismo electivo en el marco escolar con la participación de los padres.
1984	Monras	Consideraciones sobre el mutismo electivo.
1986	Mariño	Informe científico sobre el tratamiento de un problema grave de inhibición relacional (mutismo) en la escuela.
1988	Cambra	Revisión del diagnóstico y las estrategias de intervención en el mutismo escolar.
1990	Echeburúa y Espinet	Informe científico del tratamiento de un caso de mutismo electivo en el contexto escolar.
1990	Olivares, Méndez y Macià	Informe científico del tratamiento de un caso de mutismo electivo en un adolescente con discapacidad intelectual.
1990	Pérez-Álvarez	Informe científico del tratamiento de un caso de mutismo electivo.
1993	Olivares, Macià y Méndez	Revisión sistemática de la literatura sobre la naturaleza, la evaluación y el tratamiento del mutismo selectivo.
	Olivares, Méndez y Maciá	Informe científico sobre la aplicación en tres casos de un nuevo tratamiento para el mutismo selectivo: el automodelado gradual filmado y trucado.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 1.2 *(continuación)*

Año	Autores	Tipo de trabajo
1994	Olivares	Publicación del libro *El niño con miedo a hablar.*
1999	Olivares	Publicación del capítulo «Terapia cognitivo-conductual del mutismo selectivo y la fobia social» en el libro editado por M. J. Mardomingo de la Asociación Castellana de Psiquiatría.
2000	López-Herrero	Tratamiento de un caso de mutismo elective en el colegio.
2001	Díaz Atienza	Publicación de un trabajo sobre el diagnóstico diferencial de la fobia frente a negativismo en un caso de mutismo selectivo.
2002	Olivares, Rosa-Alcázar y García-López	Publicación de un capítulo de libro sobre la evaluación y el tratamiento del mutismo selectivo.
2005	Olivares, Rosa-Alcázar y Piqueras	Publicación de un capítulo de libro sobre la evaluación cognitivo-conductual del mutismo selectivo.
2006	Olivares, Piqueras y Rosa-Alcázar	Informe científico del tratamiento multicomponente de un caso de mutismo selectivo.
2006	Olivares, Rosa-Alcázar, Piqueras y Sánchez-García	Informe científico del tratamiento de un caso de mutismo selectivo.
2007	Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares	Publicación del libro *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo.*
2012	Balbuena Teruel, Rueda Lozano y López Herrero	Estudio científico del tratamiento de un caso de mutismo selectivo en el contexto escolar.
2017	Rodríguez-Menchón y Saval-Manera	Informe científico del tratamiento de un caso de mutismo selectivo.

Por último, hemos de recordar que, a día de hoy, una definición operativa del MS debería incluir la constatación de un descenso gradual de la frecuencia del uso del habla en situaciones sociales concretas que incluyan la presencia de personas ajenas al ámbito íntimo familiar, mientras que en otras se verifica que esta se utiliza con fluidez y normalidad cada vez que se requiera. Asimismo, además de comprobar la existencia de una capacidad lingüística normal para la edad y contexto cultural del niño, también habrá que excluir cualquier problema/trastorno de orden psicológico o somático que pudiera explicar el porqué de la ausencia del habla en esas situaciones.

En consecuencia, se trata de un trastorno que dificulta/impide a los niños/adolescentes interactuar y comunicarse en los entornos sociales que son propios de sus edades, como las aulas y otros espacios de los jardines de infancia y los centros de enseñanza, los acontecimientos deportivos y los actos sociales (fiestas de cumpleaños propias y de otros o las reuniones de la familia extensa, como ocurre con las celebraciones navideñas, bautizos, comuniones, etc.), limitando cuando no impidiendo su desarrollo personal, social y vocacional.

© Ediciones Pirámide

PARTE PRIMERA
Delimitación conceptual

2 Clasificación del mutismo selectivo

Delimitar un trastorno para poder clasificarlo es un proceso complejo y necesario del que hasta ahora se ocupa la psicopatología; complejo porque requiere que pueda diferenciarse tan nítidamente como resulte posible de otros con los que puede compartir similitudes y necesario porque sin esta delimitación no sabríamos con certeza de qué estamos hablando. De hecho, como hemos podido observar en el epígrafe previo, la amplia variedad de etiquetas diagnósticas con las que se ha ido nombrando a lo largo de la historia de la psicopatología al MS no se debe a otra cosa que a la complejidad referida.

Este epígrafe tiene como objetivo describir el proceso que se ha seguido desde las distintas perspectivas para lograr perfilar la delimitación de este trastorno. En su base está la posición racional-fenomenológica que parte de los resultados de la observación y fundamenta en ellos la razón de sus clasificaciones. Los actuales sistemas nosológicos internacionales someten los resultados de la observación al consenso entre expertos y los acompañan de datos correlacionales (prevalencia, comorbilidad, variables culturales, etc.) a la luz del modelo biomédico, es decir, a semejanza de las enfermedades físicas (de ahí la inadecuada catalogación como «enfermedades mentales» de las alteraciones del comportamiento). Un paso más allá está en el intento de delimitar y clasificar, por ejemplo, los posibles subgrupos que pudieran diferenciarse dentro del MS, o diferenciar el perfil del MS de otros trastornos por ansiedad social, basados en la evidencia empírica que proporcionan el análisis de clúster o de conglomerados, taxonomía numérica o reconocimiento de patrones; en este caso se aplica la estadística multivariante tanto para separar a quienes, cumpliendo los actuales criterios para el diagnóstico de MS, presentan distintos perfiles que permiten su posterior reagrupación (subtipos), según su similitud (cohesión interna), para delimitar, por ejemplo, el MS de otros trastornos por ansiedad social. Por último, planteamos la manera en la que la actual psicopatología del desarrollo aborda esta cuestión.

1. PERSPECTIVA RACIONAL-FENOMENOLÓGICA

Como hemos adelantado, los primeros intentos de delimitar y clasificar el mutismo psicológico han sido fruto de esta perspectiva (véase Olivares et al., 2007d). Así, por ejemplo, se ha estudiado la diferenciación de este trastorno de otras modalidades de mutismo (véase, por ejemplo, un caso de mutismo como resultado de una hemiparesia izquierda leve en Puyuelo y Cerdán, 1984), de otros trastornos de ansiedad (véanse Capozzi et al., 2017; Gensthaler et al., 2016) o incluso de los subgrupos o subtipos que pueden considerarse dentro del MS, con el fin de obtener mayor claridad conceptual y mejorar la eficacia de los tratamientos aplicados (véase, por ejemplo, Mulligan, 2012),

© Ediciones Pirámide

dado que se supone que, por una parte, las variables responsables del mantenimiento de los distintos subtipos serán al menos parcialmente distintas para cada uno y que, por otra, cuanto más se concreten estas, más eficiente será el tratamiento.

Una aproximación al MS, desde las principales corrientes teóricas que se han ocupado de su estudio, constata el desacuerdo a la hora de conceptualizarlo o delimitarlo de forma unívoca y homogénea. Sin duda estas divergencias teóricas también han sido responsables de que se hayan propuesto distintos agrupamientos en función de las diversas perspectivas desde las que puede examinarse el trastorno.

Si adoptamos una perspectiva histórica, el primer intento de clasificación lo encontramos en el trabajo de Heuger y Morgenstern (1927), que ya diferenciaban entre mutismo específico y total. Estos autores dieron a conocer el primer caso publicado del que tenemos noticias; en él se describía cómo un niño que previamente había presentado el trastorno evolucionó a no hablar a ninguna persona en ninguna situación (mutismo total). Sesenta y un años después Paniagua y Saeed (1988) publicaron los resultados de su revisión de casos, en la que se aportaba evidencia empírica que permitía corroborar esta distinción.

Otros autores optaron por criterios distintos para llevar a cabo sus agrupaciones. Así, Kaplan y Escoll (1973) hicieron su clasificación tomando como referencia la edad de aparición del trastorno e incluyeron una nueva categoría denominada «mutismo adolescente», cuya edad de inicio debía ser posterior a los doce años y en la que el mutismo se daba con familiares y el terapeuta, pero no con sus pares.

Hayden (1980) estableció cuatro subgrupos atendiendo a una lista detallada de características para cada uno de ellos. Tales características eran específicas e incluían las ya identificadas por otros autores como recordaban Writht et al. (1985). En concreto, Hayden (1980) identificó cuatro modalidades de mutismo psicológico: simbiótico, fóbico a hablar, reactivo y pasivo-agresivo. La primera era la más frecuente e incluía los niños que mantenían una relación «simbiótica» con su madre, caracterizada por ser dominante y verbal, mientras que con el padre era pasiva, no verbal o no se daba ninguna relación («ausente»). La segunda era la menos frecuente («el fóbico a hablar») y se caracterizaba porque los niños tenían miedo de escuchar sus voces, realizaban rituales para hablar, estaban motivados para recuperar el habla y usaban con mayor frecuencia la comunicación no verbal que los integrantes de las otras modalidades. La tercera, el llamado «mutismo reactivo», agrupaba a quienes mostraban rechazo a hablar tras eventos traumáticos; en estos la depresión era frecuente. La cuarta y última modalidad se caracterizaba por el uso del silencio como una herramienta, expresando claramente hostilidad y rechazo a hablar; hoy se relacionaría con el trastorno negativista desafiante (véase, por ejemplo, Muris y Ollendick, 2015).

Wrigth et al. (1985) distinguieron dos subgrupos: «manipuladores» y «fóbicos». El primero integraba los niños que eligen mantenerse mudos y que no son propiamente «mudos psicológicos», porque no cumplen las condiciones que se requieren para la consideración del trastorno como tal, dado que utilizan la inhibición del habla como una herramienta con la que controlan su medio ambiente y obtienen todo o buena parte de lo que desean de los padres, profesores, amigos, etc. Tal comportamiento puede explicarse en el marco del aprendizaje instrumental u operante. Además, este subgrupo es el que mejor representaría en la actualidad a quienes en el pasado sostenían que este trastorno debía ser definido como un trastorno motivacional (Tancer, 1992). El segundo incluye los niños que pese a querer hablar, no lo hacen y sufren por ello; solo estos podrían ser considerados en la actualidad mudos psicológicos, porque en la conceptualización del MS solo se reconoce como tal la ausencia de habla que se asocia con la aparición de un patrón de respuestas de ansiedad que elicita/desencadena la situación temida. Como recordaban Standard y Le Couteur (2003), la mayoría de los investigadores han usado la expresión «mutismo selectivo» para enfatizar la «especificidad» de la manifestación clínica del trastorno y su carácter «involuntario».

© Ediciones Pirámide

De hecho, como ya hemos comentado e indicaba Kumpulainen (2002), si observamos la evolución que se ha producido en el uso de la denominación de este trastorno en los manuales diagnósticos y estadísticos (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría, podremos constatar la sustitución del adjetivo «electivo» por el de «selectivo» a lo largo de sus distintas ediciones.

Kolvin y Fundudis (1981) también clasificaron el mutismo psicológico en dos subgrupos atendiendo a su origen psicológico o traumático y distinguiéndolos por exclusión. El traumático lo conceptualizaron como el resultado inmediato de un acontecimiento biológico o físico desproporcionadamente intenso (así, por ejemplo, sordera profunda, discapacidad intelectual grave o autismo infantil), mientras que en el psicológico no se tendría constancia de la existencia de causa biológica o física que lo pudiera justificar.

Finalmente, Olivares (1994) partiendo de que las modalidades propuestas hacían referencia a un único trastorno, excluidos el «falso mutismo» (inhibición del habla con motivos manipuladores) y el de origen somático, siguiendo la posición de Eysenck, Wakefield y Friedman (1983) adoptó un criterio dimensional frente al categorial y propuso la existencia de un continuo calificado como «miedo desproporcionado a hablar», en el que en un extremo de la dimensión estaría la aversión a hablar y en el otro el mutismo progresivo o total, situándose en un punto intermedio el MS (véase cuadro 2.1).

2. PRINCIPALES SISTEMAS NOSOLÓGICOS

La edición actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2013) y la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10; OMS, 1992) indican que para realizar un diagnóstico ha de atenderse, entre otras, a las manifestaciones observables del trastorno, a los datos epidemiológicos, al curso y su cronicidad, a los hallazgos genéticos, a los factores de riesgo psicosocial, a los patrones neuropsicológicos y a la respuesta al tratamiento. El DSM-5 presenta categorías y criterios diagnósticos construidos por expertos («de arriba hacia abajo») para determinar posteriormente cuál(es) se ajusta(n) mejor a los problemas que presenta la persona evaluada. Son los clínicos quienes deciden qué información obtener, de quién y cómo combinarla para concluir si se cumplen los criterios diagnósticos de una determinada categoría. En cambio, la CIE-10, que también es categorial, clasifica los trastornos como presentes o ausentes a partir de una descripción (no operativa) del cuadro clínico de cada trastorno, las pautas para su diagnóstico y el diagnóstico diferencial.

Desde nuestro punto de vista, estos dos sistemas todavía carecen de funcionalidad terapéutica porque no tienen presente, el momento del diagnóstico, ni las variables responsables del mantenimiento del trastorno ni la existencia de distintos grados de generalización y consolidación, como

CUADRO 2.1

Propuesta de clasificación gradual del miedo desproporcionado a hablar

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

FUENTE: modificado de Olivares (1994).

© Ediciones Pirámide