

■ Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo

Miriam Rodríguez-Menchón & Juan J. Saval-Manera
Centro Terapéutico Espiral de Benidorm, España

Resumen

El presente estudio recoge el proceso de evaluación y tratamiento de una niña de siete años que presenta mutismo selectivo. El tratamiento se centró en la aplicación de técnicas conductuales y en la utilización del juego en cada una de las sesiones. En total fueron necesarias 20 sesiones en las que se combinó psicoeducación, entrenamiento a padres, exposición a situaciones sociales y exposición a situaciones en las que debía producirse el habla. Con el fin de realizar una exposición progresiva para la producción del habla, se diferenciaron tres fases o niveles de exigencia: 1) responder mediante monosílabos, 2) responder con oraciones, e 3) iniciar conversaciones. Los resultados de la intervención mostraron que la producción del habla con compañeros, conocidos y desconocidos aumentó progresivamente. En el seguimiento del funcionamiento de la niña en su centro escolar se observó que se relacionaba verbalmente con todos sus compañeros.

Palabras clave: mutismo selectivo, terapia mediante el juego, terapia conductual, entrenamiento a padres, economía de fichas.

Abstract

Behavioral treatment based on the game in a child with selective mutism. This study includes the evaluation and treatment of a 7-year old girl who has selective mutism. Treatment consisted on the implementation of behavioral techniques and the use of the game in each of the sessions. Along 20 sessions, we combined psychoeducation and training to parents, exposure to social situations and exposure to situations in which speech occurs. In order to realize a progressive exposure for performing the speech, three phases or levels of demand were established: 1) to answer by means of monosyllables, 2) to answer with prayers, and 3) to initiate conversations. The results of the intervention showed that the performance of the speech with peers, and known and unknown people was progressively increased. The monitoring of the functioning of the girl in her school center shows that she communicates verbally with all her mates.

Keywords: selective mutism, game-based therapy, behavioral therapy, parent training, token economy.

El mutismo selectivo está incluido entre los trastornos de ansiedad social en el Manual Diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) y se caracteriza por la inhibición selectiva del habla en situaciones en las que existe expectativa de hablar. Los niños que presentan dicho trastorno presentan competencia lingüística y comunicativa, pero esa habilidad sólo la muestran generalmente en el entorno familiar. La investigación existente acerca del mutismo selectivo es escasa, puesto que el interés por comprender mejor este problema es muy reciente y no existen datos concluyentes acerca de la etiología, el curso y las intervenciones más eficaces (Cohan, Chavira, & Stein, 2006).

El DSM-5 (APA, 2013) define el mutismo selectivo como:

a) Un fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. e., en el colegio) a pesar de hacerlo en otras situaciones; b) La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social; c) La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela); d) El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado

necesario en la situación social; e) La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. e., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Este trastorno resulta poco frecuente, ya que su prevalencia es de 1 por cada 1000 niños (Kumpulainen, Rasanene, Rasca, & Samppi, 1998; Steinhausen & Juzi, 1996). Aunque los resultados obtenidos por los investigadores respecto a la prevalencia del trastorno son variados, generalmente se afirma que se encuentra por debajo del 1% (Bergman, Piacentini, & McCrackem, 2002; Ford, Sladeczek, Carson, & Kratochwill, 1998; Viana, Beidel, & Rabian, 2009). Además, parece ser más frecuente en mujeres que en hombres, aunque tampoco existen datos concluyentes (Dummit et al., 1997; Steinhausen, Wachter, Laimbock, & Metzke 2006). En el ámbito escolar, el lenguaje verbal resulta necesario para determinar el rendimiento académico del niño (Shriver, Segool, Natasha, Gortmaker, & Valerie 2011) y frecuentemente el mutismo selectivo es identificado por

primera vez en este contexto (Black & Uhde, 1995; Steinhausen & Juzi, 1996). No obstante, en el centro escolar dicho problema puede intensificarse debido a la presión que se ejerce en el niño para que hable (Cohan et al., 2006).

En cuanto al origen del problema, los primeros autores que investigaron acerca de este trastorno suponían que la inhibición del habla se debía a una conducta de oposición del niño. Actualmente se acepta que la ansiedad tiene un peso considerable en el desarrollo del mutismo selectivo (Dow, Barbara, Sonies, Scheib, & Moss, 1995). Por otro lado, los autores de orientación más conductista contemplan que el niño que presenta mutismo selectivo ha sido reforzado por patrones de aprendizaje que le enseñan a utilizar el silencio como una estrategia para reducir su ansiedad ante situaciones o estímulos considerados amenazantes para él. El refuerzo que se proporciona por otras personas del entorno para la comunicación no verbal también influyen en el mantenimiento del problema (Krysanski, 2003). La ansiedad experimentada en ellos puede afectar considerablemente a su capacidad de aprendizaje y de concentración (Pionek-Stone, Kratochwill, Sladeczek, & Serlin, 2002), así como a su funcionamiento social (Cohan et al., 2006). De igual forma, se sabe que los niños con mutismo selectivo son más susceptibles a padecer trastornos de internalización (Cunningham, McHolm, & Boyle, 2006). Cabe destacar que el mutismo selectivo es muy resistente a la intervención, por lo que resulta un trastorno muy difícil de tratar (Krysanski, 2003). Por ello, es necesario que los psicólogos escolares y otros profesionales se encuentren capacitados para ayudar a identificar y a responder de forma adecuada a las necesidades de los niños con estas características (Sanetti & Luiselli, 2009; Schwartz & Shipon-Blum, 2005). Cuanto más tiempo transcurre sin recibir intervención, esos comportamientos disfuncionales se consolidan más y sus mecanismos de aprendizaje se fortalecen, por lo que disminuye la eficacia de las intervenciones (Krysanski, 2003). Por todo ello un diagnóstico e intervención precoces son imprescindibles (Auster, Feeney-Kettler, & Kratochwill, 2006; Cohan et al., 2006; Schwartz, & Shipon-Blum, 2005). En cuanto al contexto familiar, Yeganeh, Beidel y Turner (2006) sugieren que los padres de niños con mutismo selectivo pueden ser tolerantes y permisivos respecto a la aceptación de la inhibición del habla del menor. En este sentido, la familia es un componente muy importante en la resolución del problema (Dow et al., 1995) y de ella depende buena parte del éxito de la intervención.

En la investigación realizada hasta el momento aún no hay consenso, existiendo numerosas discrepancias en cuanto a cuál es la intervención o el tratamiento de primera elección para abordar el mutismo selectivo (Krysanski, 2003; Sanetti, & Luiselli, 2009; Schwartz & Shipon-Blum, 2005). A pesar de ello, se sabe que un enfoque conductual individualizado y multimétodo es la mejor opción de tratamiento (Krysanski, 2003). Algunas intervenciones que presumen de evidencia y apoyo empírico son las técnicas de reducción de la ansiedad, los enfoques conductuales, los cognitivo-conductuales y la farmacoterapia (Cohan et al., 2006). Otros autores consideran que para que la intervención sea adecuada, las técnicas más eficaces son las conductuales y las operantes (Labbe & Williamson, 1984; Olivares, 1999; Olivares, Macià, & Méndez, 1993). Sheridan, Kratochwill y Ramírez (1995) defienden la eficacia del reforzamiento, la economía de fichas, el moldeamiento, la instigación y el desvanecimiento estimular. Otros autores advierten de la similitud con los trastornos de ansiedad social (Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004) en los que el tratamiento que resultaría eficaz sería la exposición y el entrenamiento en habilidades sociales.

Respecto a las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales se sabe que utilizan el refuerzo, el desvanecimiento de estímulos, la desensibilización, el entrenamiento en habilidades sociales, y las técnicas de modelado y de iniciación de respuesta (Cohan et al., 2006; Dow et al., 1995; Krysanski, 2003; Schwartz & Shipon-Blum, 2005). Es útil eliminar el refuerzo negativo del que se beneficia el menor al no tener que hablar en una situación, pero no es recomendable el uso de castigos, ya que suelen aumentar la ansiedad (Cohan et al., 2006). Los investigadores coinciden en que los objetivos principales en el tratamiento de un niño con mutismo selectivo son disminuir la ansiedad y eliminar el refuerzo negativo de las conductas de silencio (Elizalde-Utnick, 2007; Krysanski, 2003). No obstante, también se ha observado que una exposición jerárquica en la que el niño deba comunicarse primero de forma no verbal para pasar progresivamente a una verbal es muy recomendable (Dow et al., 1995). En este sentido, Cohan et al., (2006) proponen que la exposición debería ir encaminada a aumentar progresivamente el número de personas y situaciones en las que se mantienen exposiciones con los niños. Se puede comenzar susurrando o señalando (aceptando esto como respuesta) pero poco a poco el nivel de exigencia requerirá en mayor medida respuestas verbales. Cohan et al. (2006) concluyeron en su meta-análisis que la terapia cognitivo-conductual que ha demostrado éxito incluye técnicas de manejo de la ansiedad y psicoeducación a padres.

Las pautas de actuación recomendadas para el centro escolar también parecen contradictorias. Por un lado, se recomienda a los profesores que no presionen al niño a hablar si éste se niega para no incrementar su estado de ansiedad (Elizalde-Utnick, 2007; Krysanski, 2003; Schwartz & Shipon-Blum, 2005), pero por otro lado, esto puede provocar que el profesor disminuya considerablemente sus demandas hacia él, y por tanto eliminar su participación en clase, lo cual afianza el mutismo selectivo (Krysanski, 2003). Además, hoy en día es ampliamente aceptado que la principal actividad en la infancia, aquello que caracteriza a un niño, es el juego. Todos los niños se ven envueltos en algún tipo de juego y a través del mismo comprenden cómo funciona el mundo, y cómo interactuar con el medio que les rodea (Piaget, 1932). Flinchum (1988) afirma que el juego dota al niño de libertad y fomenta sus habilidades interpersonales y sociales. Asimismo, según Wolpe (1958), en el tratamiento de las respuestas de ansiedad cualquier conducta que permite relajación en el individuo supone una forma de inhibir una respuesta de ansiedad por tratarse de conductas antagónicas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el objetivo del presente trabajo es examinar la eficacia de un programa de intervención basado en técnicas conductuales y operantes, y que utiliza el juego como base de la intervención, para el tratamiento de un caso de una niña en edad escolar con mutismo selectivo.

Descripción del caso

Identificación del paciente

María (nombre figurado) es una niña de 7 años de edad, escolarizada en primero de primaria en un colegio público. Vive con su padre y su madre, todos ellos originarios de un país centroeuropeo y con residencia en la misma zona en la que se encuentra el centro escolar al que acude. El nivel económico familiar es medio-alto. Es una niña muy alegre y perfeccionista, acude a clases de ballet y de pintura como actividades extraescolares. Le gusta mucho pintar y también sabe tocar el violín.

Motivo de consulta

Los padres de María demandan ayuda debido a que su hija no realizaba ninguna conducta verbal con otras personas que no fueran ellos mismos o familiares cercanos. Además, los maestros del colegio no habían conseguido que María hablara durante el curso académico. Esto suponía un problema ya que María no podía relacionarse de forma correcta con sus compañeros, y los profesores no podían evaluar los objetivos académicos. De la misma forma, tampoco hablaba en ninguno de los contextos en los que desempeñaba las actividades extraescolares mencionadas.

Historia del problema

María presenta un acento peculiar debido a su origen extranjero. Según lo relatado por su madre y su profesora, María un día pronunció unas palabras delante de sus compañeros en el colegio, y algunos de ellos se rieron o bromearon acerca de su acento. Desde ese momento la niña mostraba continuamente su negativa a hablar. Tras este suceso, los compañeros de María comenzaron a “protegerla” y cuando alguien le preguntaba algo ellos contestaban por ella, o contestaba María de manera no verbal. Poco a poco, los compañeros se acostumbraron a aceptar esa situación y María también, y se acomodó mediante un aprendizaje que reducía su ansiedad a hablar. Esa situación se fue normalizando tanto en las horas lectivas como en las del recreo. La profesora de María también intentaba proteger a la niña y verbalizaba en su clase frases como “ya hablará cuando ella quiera” o “¿Hoy tienes ganas de hablar?”. Todos estos comportamientos afianzaron y acentuaron el problema de María, que se generalizaba a todos los ámbitos de su vida diaria. Además, en el colegio parecían preocupados por la dificultad que tenían al evaluar el rendimiento académico de María. Respecto a sus padres, la forma en que respondían a esto se situaba en dos extremos diferentes; en ocasiones la protegen y contestan por ella, y en otras la presionan de forma excesiva y de forma pública para que llevara a cabo algún comportamiento verbal.

Evaluación del caso

La estrategia de evaluación llevada a cabo fue un enfoque multimétodo y multifuente. Por ello, se realizaron entrevistas con los padres y los profesores de María, se utilizó la observación y se aplicaron cuestionarios.

En la primera sesión de evaluación se realizó una entrevista recabando la historia clínica infantil. Además se proporcionaron los siguientes instrumentos descritos por Olivares, Rosa y Piqueras

(2005) para recoger información detallada del problema: “Cuestionario exploratorio del miedo desproporcionado a hablar”, “Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar”, así como modelos de registro de las respuestas de escape y evitación ante personas extrañas y ante personas conocidas en presencia de extraños. En la segunda sesión, se revisó la información recogida en esos cuestionarios y se realizó la observación de la menor, registrando conductas observables. En la tercera sesión se realizó una entrevista con dos de sus profesores para obtener información de su funcionamiento en el centro escolar. Los resultados obtenidos en la evaluación confirmaron que María padecía un cuadro de mutismo selectivo, de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-5 (APA, 2013).

Análisis topográfico

Con el fin de conocer de forma más detallada en qué situaciones presentaba más dificultades, y por qué se estaba manteniendo el problema de María, se realizó un análisis topográfico. En la Tabla 1 se presenta la información derivada del mismo.

Análisis funcional

En la Figura 1 se presenta el análisis funcional del caso. Como podemos observar, María presenta respuestas de ansiedad al hablar en situaciones sociales. El origen hipotético del problema radica en que María recibió la burla de sus compañeros al escuchar su acento y desde entonces su ansiedad aumentó considerablemente. Por ello, María evita cualquier comunicación verbal, las personas de su entorno aceptan su comunicación no verbal y contestan por ella (refuerzo negativo) y además obtiene beneficios por ello (refuerzo positivo). Como consecuencia, María presenta problemas escolares y sociales.

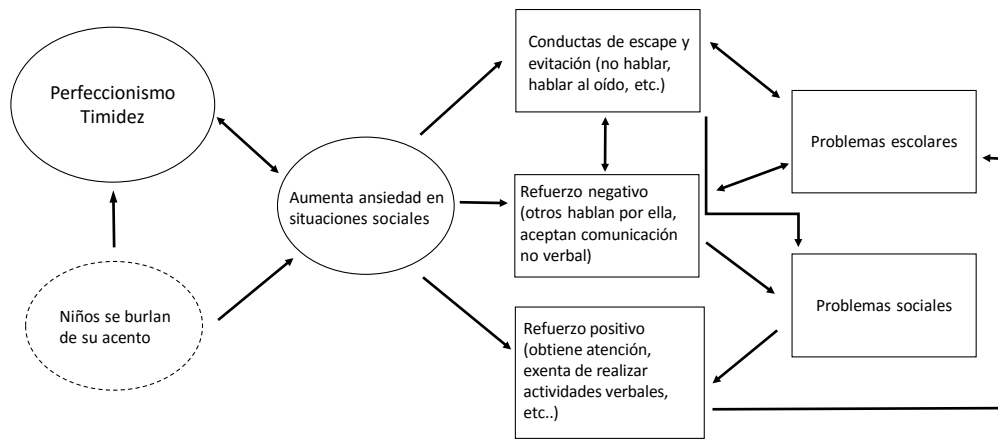
Aplicación del tratamiento

Tras informar a los padres del diagnóstico, se procedió a comenzar una intervención en la que destacaba la inclusión de técnicas conductuales y operantes. La novedad de este estudio se basa en comprobar si las técnicas conductuales aplicadas para el tratamiento del mutismo selectivo, utilizando el juego como estrategia de intervención, ofrece resultados positivos. Los objetivos terapéuticos de la intervención fueron: 1) Proporcionar información y explicación acerca del proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento del mutismo selectivo, tanto a los padres como a sus profesores; 2) Disminuir su nivel de ansiedad ante los comportamientos verbales; 3) Eliminar las conductas de evitación y escape en situaciones en las que se debe hablar; 4) Instruir a padres,

Tabla 1. Análisis topográfico del caso.

Ámbito familiar	Ámbito escolar- extraescolar- iguales	Ámbitos desconocidos
<ul style="list-style-type: none"> . Con los padres habla de forma fluida y según lo esperado para su edad. . Con sus padres, en presencia de otros, evita hablar y si lo hace les habla al oído. . Con personas familiares que ve a menudo, habla al pasar un tiempo con ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Ante sus profesores no realiza ninguna conducta verbal. . Hacia sus compañeros tampoco dirige ninguna respuesta verbal. . Se comunica con sus compañeros y su maestra mediante comunicación no verbal (gestos, asentir o negar con la cabeza, etc.). . Este comportamiento es igual tanto en las horas lectivas como en los descansos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Al acudir a algún lugar que no conoce, María no realiza ninguna conducta verbal.

Figura 1. Análisis funcional de caso.



profesores y compañeros sobre cómo deben actuar para que María se sienta capaz de relacionarse de forma verbal sin problemas. En la Tabla 2 se muestra un resumen de la evaluación y el tratamiento aplicado.

Previamente a la aplicación del tratamiento, y como se ha explicado anteriormente, las tres primeras sesiones de la intervención tenían como objetivo conocer el motivo de consulta y establecer la línea base y las características propias del problema, tanto con la niña como con sus padres y profesores. En la sesión 4 comenzó el tratamiento, y se dedicó a explicar a los padres y profesores en qué consistía el mutismo selectivo y qué aspectos lo refuerzan o lo debilitan.

Las sesiones 5, 6 y 7 se dirigieron exclusivamente a la niña, en un entorno de confianza y juego. Para María, el lugar donde se llevaba a cabo el tratamiento era nuevo y la persona que lo aplicaba desconocida, por lo que en un principio se negaba a realizar cualquier comportamiento verbal. Se comunicaba con la terapeuta mediante gestos y le mostraba (con objetos) qué personajes de dibujos le gustaban. Utilizando las preferencias de María se decidió realizar juegos en los que debía contestar a preguntas desde el extremo de una sala, dentro de un castillo de juguete, de modo que la terapeuta no la podía ver. Poco a poco, mediante el juego, María fue aumentando su confianza y finalmente hablaba de manera fluida y extensa con la terapeuta.

En las sesiones 8, 9 y 10 se realizaron actividades de exposición semejantes a las que se realizan ante un caso de ansiedad social. Estas tareas fueron: pedir un dibujo en recepción, ir con la terapeuta a una tienda y comprar algún objeto, dirigirse a alguna persona para pedir algo, etc.

En las sesiones 11 y 12 la exposición estaba dirigida a realizar alguna actividad con niños desconocidos que tenían aproximadamente la misma edad que María. Se trataba de jugar emitiendo alguna indicación verbal (por ejemplo, con un dominó de animales, debían decir el nombre del animal en cuestión). La sesión 13 consistió en acudir a un taller de habilidades sociales que se impartía a cinco niños y niñas, en las que la terapeuta y María colaboraron con la profesional que impartía el taller, respondiendo de forma verbal a las preguntas que se les realizaba.

Las sesiones 14 y 15, se llevaron a cabo en el domicilio de María. Se acordó con sus padres que acudieran varios compañeros de la clase de María para poder realizar exposición con niños de su entorno. La primera sesión resultaba de una gran complejidad puesto que el fracaso podía ser muy probable. Se aplicó una economía de fichas con todos los niños que acudieron, proporcionándoles la indicación de que si realizaban las tareas propuestas de forma correcta, tendrían un premio al final de la sesión. Los niños eran incluidos en el juego de forma progresiva, por lo que en el primer juego se encontraban María y una amiga, en el siguiente juego María y dos amigas, y así, sucesivamente.

En el proceso de la intervención, María le comunicó a su madre que iba a continuar sin hablar durante su día a día para que la terapeuta acudiera a su casa a jugar. Por lo tanto, en las sesiones 16 y 17 se aplicó un sistema de refuerzo, indicando a María que si realizaba comportamientos verbales diarios sin evitarlos, conseguiría que la terapeuta acudiera a su casa a jugar. Este aspecto que no se contemplaba en un primer momento obligó a un cambio en la terapia, utilizando las sesiones en su hogar como un refuerzo.

Tabla 2. Componentes de la intervención por sesión.

Sesiones	Componentes
1, 2 y 3	Evaluación
4	Psicoeducación
5, 6 y 7	Terapia individual mediante el juego
8, 9 y 10	Exposición social
11, 12 y 13	Terapia mediante el juego y exposición con niños desconocidos
14 y 15	Terapia mediante el juego con niños conocidos
16 y 17	Economía de fichas y seguimiento telefónico
18 y 19	Terapia mediante el juego con niñas conocidas
20	Seguimiento telefónico
21	Seguimiento al inicio del curso escolar

Las sesiones 18 y 19 fueron también llevadas a cabo en el hogar de María. La niña ya había conseguido exponerse a situaciones en las que socialmente se requería lenguaje verbal. En cada sesión acudió a la casa de María una compañera de su clase, consistiendo las actividades en juegos con normas e indicaciones verbales que debían hacerse correctamente si querían conseguir realizar una actividad que gustaba a ambas.

La sesión 20 tuvo como objetivo realizar un seguimiento telefónico para conocer la evolución de María en su día a día, y comprobar si avanzaba de forma favorable o no.

La sesión 21 estuvo centrada en realizar un seguimiento de su

avance en el centro escolar con la llegada del nuevo curso académico, así como informar a su nueva profesora de las características y dificultades presentadas por la niña. Se llevó a cabo de manera telefónica y la maestra informó de que no era necesaria una reunión con ella ya que la niña se relacionaba verbalmente con todos sus compañeros y profesores.

Resultados

El tratamiento se prolongó durante 5 meses y un total de 20 sesiones hasta el momento. En la Tabla 3 se puede apreciar el desarrollo de las exposiciones realizadas con María. El nivel de exigencia de las interacciones verbales fue aumentando progresivamente, así como el número de palabras requerido. Por ello, se observan tres niveles en el habla (monosílabos, oraciones e inicio de conversaciones). Se contabiliza desde la sesión número 11 puesto que es cuando se inicia un tratamiento para el trastorno de mutismo selectivo propiamente dicho, siendo las sesiones anteriores de evaluación del problema y de exposición a situaciones sociales.

ron verbalizadas más de las exigidas. Estas dos sesiones coinciden con el seguimiento telefónico realizado a María, por lo que no hubo sesión presencial. Las sesiones 18 y 19 tenían como objetivo que María afanzara la expresión de oraciones con niñas conocidas, sin exigir inicio de conversaciones. No obstante la niña iniciaba cada vez más conversaciones de manera espontánea sin apenas darse cuenta. La última sesión realizada tenía como objetivo potenciar el inicio de conversaciones naturales con diferentes personas y en este caso se cumplieron más de las requeridas. La madre de María, mediante seguimiento telefónico, afirmó a la terapeuta que las personas de su alrededor le decían que María “estaba irreconocible”, ya que hablaba con personas a las que jamás había hablado. Personas que no la conocían anteriormente (por ejemplo, un nuevo profesor de piano) expresó a la madre de María que ésta era muy “parlanchina”. En la Figura 2 se presentan gráficamente los ensayos conseguidos de forma exitosa por María en función del nivel exigido.

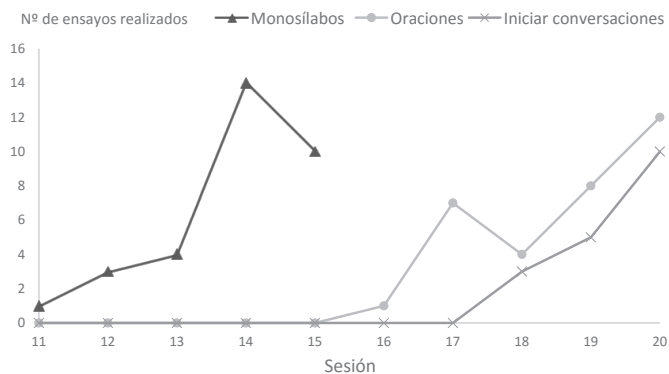
Además de los resultados mostrados, el número de personas con los que hablaba María había aumentado considerablemente (amigos de sus padres, compañeros de clase, profesora de ballet y profesor de pintura, entre otros).

Tabla 3. Resultados de la exposición en función del nivel exigido: monosílabos, oraciones e iniciar conversaciones.

Sesión	Monosílabos		Oraciones		Iniciar conversaciones	
	Ensayos exigidos	Ensayos cumplidos	Ensayos exigidos	Ensayos cumplidos	Ensayos exigidos	Ensayos cumplidos
11	5	1	-	-	-	-
12	5	3	-	-	-	-
13	5	4	3	0	-	-
14	15	14	5	0	-	-
15	15	10	5	0	-	-
16	-	-	4	1	-	-
17	-	-	4	7	-	-
18	-	-	5	4	0	3
19	-	-	10	8	0	5
20	-	-	15	12	5	10

Las sesiones 11, 12 y 13 tenían como objetivo dar respuestas verbales mediante monosílabos, y su frecuencia aumentó tras cada ensayo. Puesto que se intentó, sin éxito, que María respondiera con oraciones, las sesiones 14 y 15 se centraron en aumentar de forma considerable el número de respuestas ofrecidas por María, utilizando monosílabos. En estas sesiones no se verbalizó ninguna oración, a pesar de ser un requisito. Las sesiones 16 y 17 centraban su atención en la expresión de oraciones, siendo una la oración expresada en la sesión 16, mientras que en la sesión 17 fue-

Figura 2. Representación gráfica de ensayos cumplidos en función del nivel exigido.



Discusión

Los objetivos propuestos para el tratamiento del presente caso se habían cumplido a su término: 1) proporcionar información y explicación acerca del proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento del mutismo selectivo, tanto a los padres como a sus profesores; 2) disminuir el nivel de ansiedad ante los comportamientos verbales; 3) eliminar las conductas de evitación y escape en situaciones en las que se debe hablar; 4) instruir a padres, profesores y compañeros sobre cómo deben actuar para que María se sienta capaz de relacionarse de forma verbal sin problemas.

El mutismo selectivo es explicado por diferentes corrientes psicológicas. En el presente estudio el marco de referencia utilizado para el diseño del tratamiento fue el conductual ya que, según la historia del problema y el análisis funcional del caso, se contempló que el mantenimiento del problema de María se fundamentaba en un reforzamiento de patrones de aprendizaje que le enseñaron a utilizar el silencio para disminuir su ansiedad a hablar (Krysanski, 2003). Pese a no existir un consenso acerca del tratamiento más eficaz, en este caso una intervención basada en técnicas operantes y conductuales (Labbe & Williamson, 1984; Olivares, 1999; Olivares et al., 1993), utilizando el reforzamiento, la economía de fichas y el desvanecimiento estimular (Sheridan et al., 1995), ha aportado buenos resultados. Estos hechos son

congruentes a lo explicado por Krysanski (2003), que afirmaba que una intervención conductual individualizada es la mejor opción de tratamiento.

El mayor cambio en los avances de María se debió a una modificación en la perspectiva de la gestión de las situaciones sociales por parte de sus padres, es decir, comprendieron correctamente el mantenimiento del problema una vez avanzada la intervención. Los comportamientos de permisividad y protección disminuyeron y, con ello aumentó la exposición a situaciones en las que debía producirse el habla. Este aspecto contribuyó positivamente a la resolución del problema (Dow et al., 1995).

La novedad de este estudio consistía en comprobar si la inclusión del juego al aplicar un programa conductual ofrecía buenos resultados para el tratamiento de un caso de mutismo selectivo. En este sentido, parece haber contribuido en el tratamiento por permitir que se cree un ambiente conocido y de confianza para la niña, lo cual hace que disminuya su ansiedad y le permita fomentar sus habilidades interpersonales y sociales. En los juegos que más gustaban a María se percibía en ella una disminución muy elevada de la ansiedad, incluso parecía olvidarse de que había gente, y hablaba de manera natural y con un tono de voz elevado.

Respecto a los problemas encontrados durante el tratamiento en este caso se encuentra el "poder" que ejercía María para decidir no hablar y así recibir refuerzos positivos para ella (por ejemplo, que la terapeuta acudiera a su casa con mayor frecuencia). Asimismo, a los padres de la niña les resultó complicado asimilar el sistema de mantenimiento y refuerzo del mutismo selectivo, así como actuar de forma correcta ante el mismo. Otro aspecto a destacar es que durante las sesiones de intervención con los compañeros de María, éstos se sorprendían al escucharla y decían frases como "anda, si sabe hablar", "nunca le había escuchado, no conocía su voz", aspecto contraproducente para los avances de María. Por ello, se instruyó también a los niños para que comprendieran que debían actuar de forma totalmente normal, sin prestar demasiada atención a la producción del habla de María.

Entre las limitaciones del presente estudio podemos hacer referencia a las propias de los diseños de caso único que tienen un alcance limitado en cuanto a su generalización. Además la intervención habría sido deseable que se llevara también a cabo desde el centro escolar de María, hecho que no fue posible y complicó el diseño de la intervención. De acuerdo a lo recogido por la evidencia científica, el mutismo selectivo es muy resistente a la intervención, por ello son necesarias numerosas sesiones. Cabe resaltar que se trata de un trastorno complejo, en el que deben considerarse numerosas variables para el éxito del tratamiento, así como las características individuales de cada caso.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declara que no existe conflicto de intereses.

Artículo recibido: 09/12/2015

Aceptado: 05/05/2016

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Auster, E. R., Feeney-Kettler, K. A., & Kratochwill, T. R. (2006). Conjoint behavior consultation: Application to the school-based treatment of anxiety disorders. *Education and Treatment of Children, 29*(2), 243-256.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCrackem, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(8), 938-46. doi:10.1097/00004583-200208000-00012
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 847-856.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(11), 1085-1097. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H., & 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*(8), 1363-1372.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism and community controls. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*, 245-255.
- Dow, S. P., Barbara, B. A., Sonies, C., Scheib, D., & Moss, S. E. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(7), 836-846. doi:10.1097/00004583-199507000-00006
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of fifty children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(5), 653-660.
- Elizalde-Utnick, G. (2007). Young selectively mute English language learners: School-based intervention strategies. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology, 3*, 141-161.
- Flinchum, B. (1988). Early childhood movement programs. Preparing teachers for tomorrow. *Journal Physical Education Recreation and Dance, 59*(7), 62-64.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly, 13*(3), 192-227. doi:10.1037/h0088982
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology, 137*(1), 29-40. doi: 10.1080/00223980309600597
- Kumpulainen, K., Rasanen, R., Raaska, H., & Sarni, V. (1998). Selective mutism among second-graders in an elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry, 7*, 24-29. doi:10.1007/s007870050041
- Labbe, E. E., & Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: a review of the literature. *Clinical Psychology Review, 4*, 273-292.
- Olivares, J. (1999). Terapia cognitivo-conductual del mutismo selectivo y la fobia social. En M. J. Mardomingo (Ed.), *Trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente* (pp. 93-98). Madrid: Sociedad Castellana de Psiquiatría.
- Olivares, J., Macià, D., & Méndez, F. X. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta, 68*, 771-791.

- Olivares, J., Rosa, A. I., & Piqueras, J. A. (2005). Evaluación cognitivo conductual del mutismo selectivo. En V. E. Caballo (coord.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 387-402). Madrid: Pirámide.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Pionek-Stone, B. P., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I., & Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective Mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 168-190.
- Sanetti, L. M., & Luiselli, J. K. (2009). Evidenced practices for selective mutism: implementation by a school team. *NASP School Psychology Forum: Research in Practice*, 3, 27-42.
- Schwartz, R. H., & Shipon-Blum, E. (2005). "Shy" child? Don't overlook selective mutism. *Contemporary Pediatrics*, 22(7), 30-36.
- Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R., & Ramírez, S. Z. (1995). Assessment and treatment of selective mutism: Recommendations and a case Study. *Special Services in the Schools*, 10(1), 55-77.
- Shriver, M. D., Segool, N., & Gortmaker, V. (2011). Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism. *Education and Treatment of Children*, 34(3), 389-410. doi:10.1353/etc.2011.0023
- Steinhausen, M. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614. doi:10.1097/00004583-199605000-00015
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimbock, K., & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751-756.
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last fifteen years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57-67.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: University Press.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 23, 117-123. doi:10.1002/da.20139

