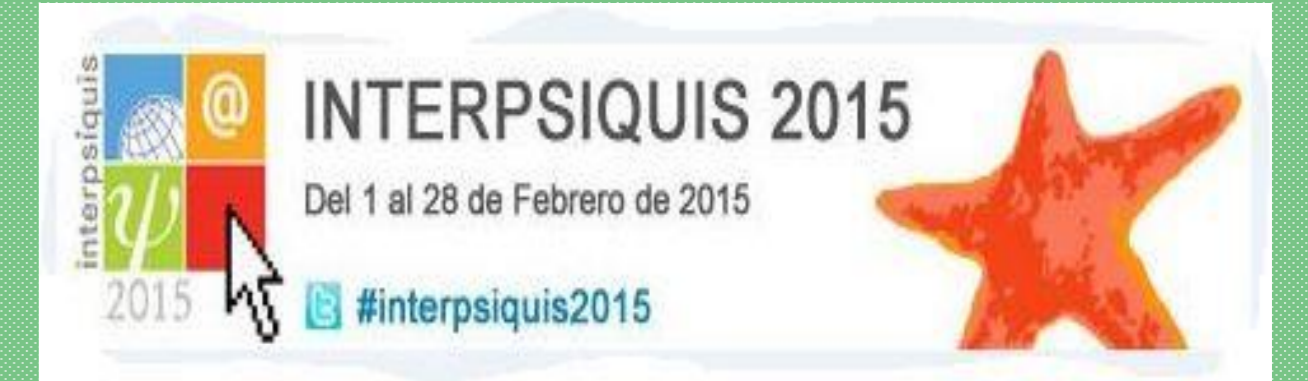


ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA PEQUEÑA DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE MUTISMO SELECTIVO



Cervera IM y Melgar J.
 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), Algeciras.
 isacervera@yahoo.es



INTRODUCCIÓN

El mutismo selectivo es un trastorno multidimensional que generalmente afecta a niños en edad escolar. Se caracteriza por la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas. Puede incluir una variedad de comorbilidades incluyendo enuresis, encopresis, TOC, depresión, y retraso madurativo tardío.(1) También entre los trastornos comórbidos, se encontrarían los de ansiedad, fundamentalmente la fobia social. Esto ha llevado a muchos investigadores a conceptualizar este problema como un trastorno de ansiedad en la infancia y no como una entidad diagnóstica independiente.(2)

El mutismo selectivo suele ser más común en niñas que en niños, se encuentra en menos del 1% de los individuos, tiene un curso variable, desde meses a pocos años de duración. En cuanto a antecedentes familiares, se encuentran una alta incidencia de mutismo selectivo en las familias de los niños afectados y una prevalencia aún mayor de fobia social.(3)

Dada su etiología multifactorial, las intervenciones son también diversas, incluyendo terapia de modificación de conducta, familiar e intervenciones farmacológicas.(4)(5)

Partiendo de la literatura existente nos planteamos analizar varios casos de mutismo selectivo atendidos en una unidad de salud mental infantil con el objetivo de estudiar cuestiones clínicas aún no resueltas de forma definitiva.

MÉTODO

MUESTRA

- La muestra está constituida por 20 pacientes procedentes de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras diagnosticados de Mutismo selectivo (F94.0).
- Edad media: 7,4 años (rango 3-12años)

PROCEDIMIENTO

- Búsqueda bibliográfica utilizando Trip Database, Pubmed y Medline e introduciendo los descriptores "selective" and "mutism".
- Análisis de las cuestiones relevantes en la muestra:
 - > Antecedentes familiares y personales. Sistema familiar.
 - > Co-morbilidad.
 - > Edad de inicio, tiempo medio de tratamiento, curso.
 - > Tipos de intervenciones realizadas.

RESULTADOS

Se observa un alto porcentaje de pacientes (87.5%) presenta comorbilidad con otro trastorno (tabla1, gráfico1), como Enuresis no orgánica (27.3%), Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista (27.3%), Fobia Social (18.9%). Entre los antecedentes personales, en algunos de los casos, se han registrado sucesos vitales estresantes (fallecimiento de un familiar cercano en dos de los casos) y retraso del lenguaje, entre otros. También hallamos un 37.5% de familias desestructuradas y antecedentes familiares de trastornos afectivos y de ansiedad.

La media de la edad de inicio de tratamiento es de 7 años, presentando un curso variable. Entre las intervenciones terapéuticas utilizadas encontramos la terapia cognitivo-conductual, familiar y/o farmacológica. Las dos primeras suelen aplicarse de manera conjunta, necesitando la adición del tratamiento farmacológico en los casos resistentes, siendo la Fluoxetina el más utilizado. Tiempo medio de tratamiento 2 años.

Comorbilidad	87,5%
Enuresis no orgánica (F.98.0)	27,3%
Trastorno disocial desafiante y oposicionista (F.91.3)	27,3%
Trast. de ansiedad de separación (F.93.0)	18,9%
Distimia (F34.1)	18,9%
Fobia social (F40.1)	7,6%

Tabla 1

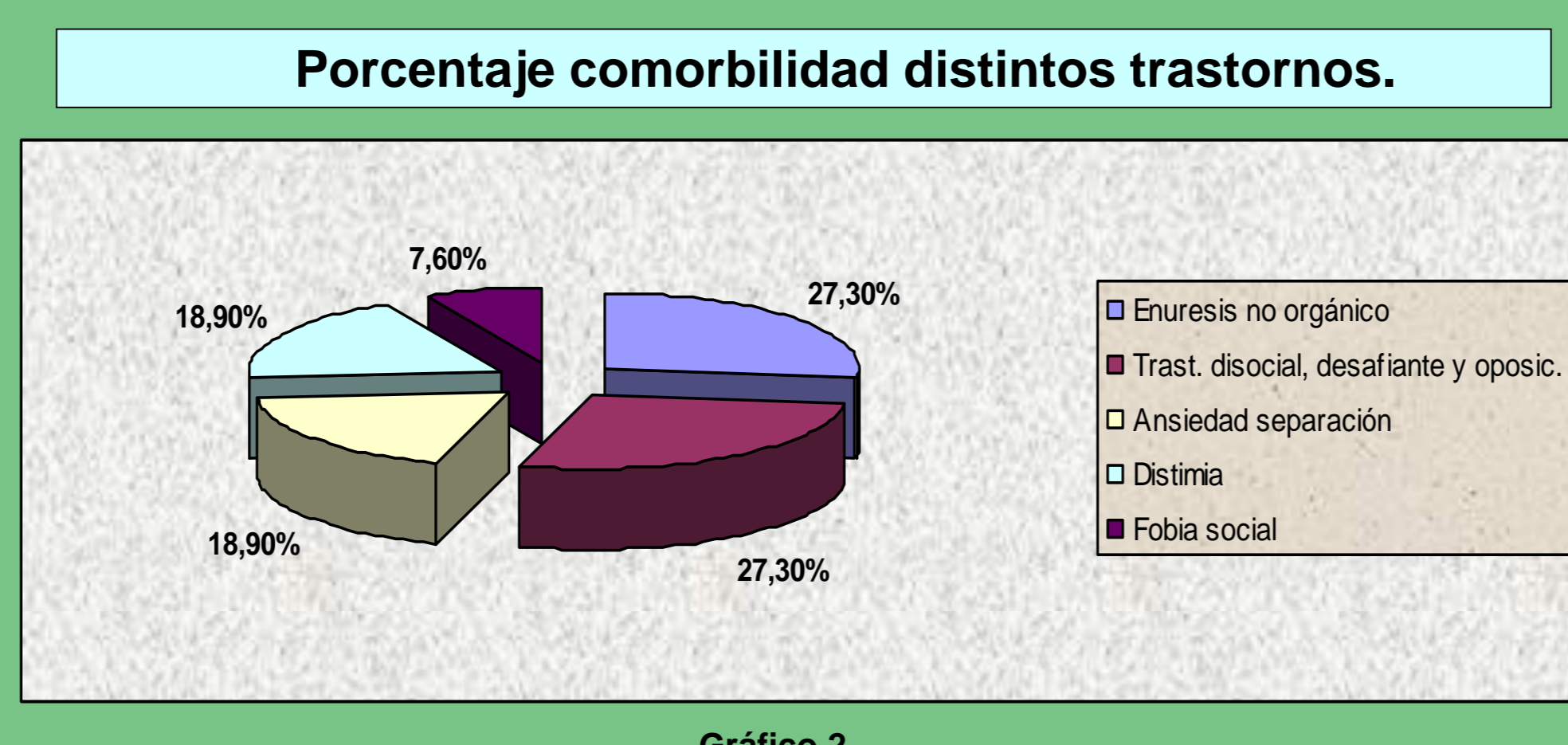
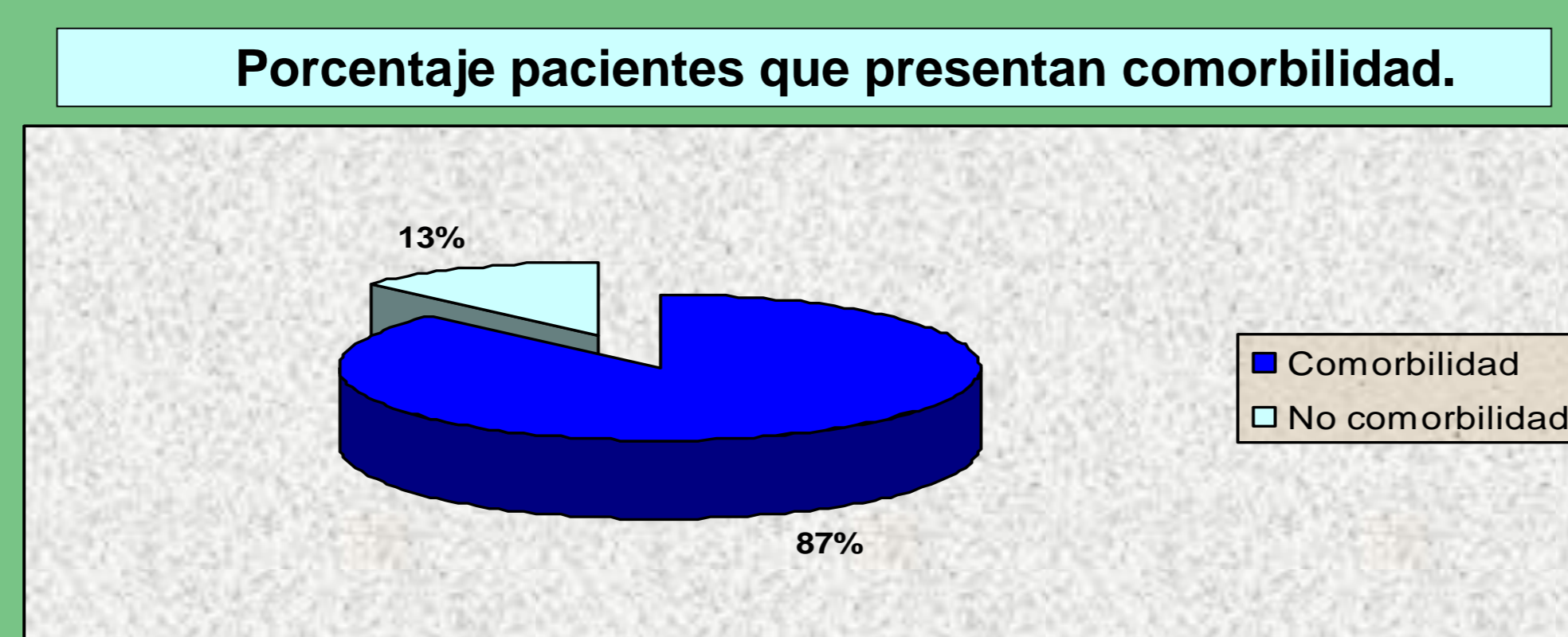


Gráfico 2

Edad media de Inicio de tratamiento.	7 años
Tiempo medio de tratamiento	2 años
Antecedentes familiares	Ansiedad (25%) Depresión (25%)
Porcentaje familias desestructuradas	37,5%
Tratamiento	TCC,TF, F.

Tabla 2, TCC= Terapia cognitivo-conductual, TF= Terapia de familia, F: Intervención farmacológica

CONCLUSIONES

Los datos del análisis serían congruentes con las investigaciones existentes respecto a este trastorno, en relación a la comorbilidad, la edad de inicio, antecedentes personales, familiares y curso.

Respecto a las intervenciones aplicadas, nuestro estudio coincidiría con los tratamientos que han mostrado una mayor eficacia en la mejoría del trastorno.

No obstante, los resultados encontrados, tanto en la revisión bibliográfica, como en el análisis de los casos no esclarecen la idea de considerar este trastorno como entidad propia o como un trastorno de ansiedad en la infancia. Existen muchas limitaciones, el número de investigaciones es escaso, y las existentes carecen de la validez metodológica necesaria.

Para futuros estudios, sería recomendable utilizar muestras más amplias de pacientes, así como valorar la evolución y el peso de las distintas intervenciones, y la eficacia de las mismas a largo plazo.

Referencias bibliográficas:

1. Krysanski V. A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology* .2003;137(1).
2. Chavira D, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S, Stein B. Selective mutism and social anxiety disorder: all in family?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):146-72.
3. SharKey L, McNicholas F. "More than 100 years in silence", elective mutism a review of literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17:255-263.
4. Cohan S, Chavira D, Stein M. Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 1085–1097.
5. Kaakeh Y, Stumpf JL. Treatment of selective mutism: focus in serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy*. 2008; 28(2): 214-224.
6. Steinhausen HC, Wachter M, Laimböck K, Winckler C. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47.