

APORTES DE LA NEUROPSICOLOGÍA A LA COMPRENSIÓN DEL MUTISMO SELECTIVO

NEUROPSYCHOLOGY CONTRIBUTIONS TO UNDERSTAND SELECTIVE MUTISM

Páginas
27 a 31

Fecha de
Recepción:
10/08/16

Fecha de
Aprobación:
26/08/16

Mgr. Edson Elías Alaka Robles (1)

RESUMEN

De inicio temprano en la infancia, el Mutismo Selectivo es un síntoma extremo de la ansiedad social, caracterizado por inhibir el lenguaje articulado de los niños en circunstancias sociales percibidas como atemorizantes o amenazantes que, de no tratarse, tiene un pronóstico que compromete el desempeño verbal, educativo y social de los que lo padecen.

El presente artículo pretende hacer una revisión no exhaustiva de la literatura disponible sobre este tópico desde la óptica de la neuropsicología, resaltando la influencia de las conexiones córtico-subcorticales en el surgimiento del síntoma ansioso, resaltando las funciones cognitivas comprometidas en el Mutismo Selectivo. Se hace presente la necesidad de profundizar en la comprensión de la etiología y la comorbilidad en este trastorno.

Palabras clave: Mutismo Selectivo. Neuropsicología. Neurociencias afectivas. Ansiedad en la infancia.

ABSTRACT

In the earlier stages of childhood, Selective Mutism appears to be a symptom for social anxiety. One of the most notable symptoms is the inhibition of articulating language on children exposed to social circumstances perceived like threatening, that it not being treated, compromises verbal, educational and social development in those who bares with this condition.

This paper makes a non-exhaustive review of literature available in this topic, in a neuropsychological optic, relieving the influences of cortical and subcortical connections to the early stages of anxiety caused by

Selective Mutism, highlighting the cognitive functions compromised by Selective Mutism. It is required that the need for further studies in the understandings of etiology and comorbidity of this disorder become more profound.

Keywords: Selective Mustism. Neuropsychology. Affective Neurosciences. Anxiety in Childhood.

INTRODUCCIÓN

El conjunto de síntomas ansiosos observables cuando el niño se halla en situaciones sociales, clasificado como Mutismo Selectivo (MS) por la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y como Mutismo Electivo por la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), ha sido descrito como una entidad nosológica entera a pesar de la evidencia sólida que demuestra que su semiología se ubicaría principalmente en un extremo dentro del continuo de la fobia social (1) (2) (3) (4) (5) (6).

Los complejos procesos relacionados a la aparición de los trastornos ansiosos en la infancia resultan de la interacción de los factores ambientales (p. ej., estilo parental temeroso), biológicos (p. ej., herencia), cerebrales (p. ej., sobreactivación de la amígdala), emocionales (p. ej., inestabilidad emocional) y de personalidad (p. ej., temperamento inhibido) en la adaptación de los infantes a las circunstancias cambiantes del medio (7).

El presente documento se constituye en una revisión de la literatura disponible actualmente sobre la apari-

ción de este trastorno ansioso de inicio en la infancia y su relación con la maduración y el funcionamiento cerebrales.

MUTISMO SELECTIVO

El DSM-V refiere un conjunto de manifestaciones psicológicas y comportamentales cuya incidencia recae principalmente en la vertiente expresiva del lenguaje como una incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas cuando es de esperar que se hable (p. ej., en la escuela), pese a hacerlo en otras situaciones.

De comienzo entre los 2,7 y los 4,1 años, el trastorno inhibe las verbalizaciones, haciendo que los niños que lo presentan se comuniquen mediante gestos, movimientos o sacudidas de cabeza, estirando o empujando, mediante vocalizaciones monosilábicas cortas o monótonas o con voz alterada, lo cual no significa que exista un déficit primario de la producción del habla, pues estos niños poseen generalmente habilidades lingüísticas de comprensión y expresión normales. Aunque de acuerdo al DSM-V ocasionalmente tengan asociado un trastorno de la comunicación nunca dejan de comunicarse verbalmente con sus hermanos y hermanas (8).

Garza (7) observó que los padres buscan ayuda profesional entre los 6,5 a los 9 años, lo que significa que si el niño corriente inicia su vida escolar aproximadamente a los 5 años de edad, pasaría alrededor de 4 años sin comunicarse verbalmente en el aula antes de ser referido.

Por su prevalencia, el MS aparenta ser una condición rara, presente en menos del 1% de los sujetos atendidos en centros de salud mental (DSM-V). Empero, es muy probable que existan falsos positivos o sujetos no diagnosticados a causa de la escasa investigación que a su vez se basa en un efectivo reducido de participantes que presentan el trastorno. Además, dado que la aparición del trastorno coincide con un periodo de transformación contextual para el niño, como lo es la iniciación a la educación formal, y que puede persistir unos pocos meses para luego extinguirse, la experiencia clínica hace notar que existen profesionales psiquiatras, psicólogos y profesores que minimizan la gravedad de los síntomas indicando a los padres que el niño es solo tímido y que su miedo a hablar irá cediendo con el tiempo (7).

No obstante, al ser el MS una manifestación de la ansiedad social (1), al sufrimiento subjetivo provocado por el miedo a hablar, se le suma la incapacidad para hacerlo (7), ya que por sus experiencias previas el niño

conoce los antecedentes, consecuencias y afectos que la situación ansiógena genera, lo que refuerza su sistema de creencias negativista.

Kolvin & Fundudis (9) advierten de la severidad pronóstica del MS pues de prolongarse más allá de los 10 o 12 años, se sabe que menos del 50% de los mutismos se curan, lo cual es más alarmante que el resto de los trastornos psiquiátricos de la infancia, excluyendo los trastornos del desarrollo y las secuelas de las encefalopatías.

En esta lógica, dado que el trastorno compromete directamente las habilidades verbales, los trastornos precoces del lenguaje son la primera manifestación de problemas que afectarán a término el lenguaje mismo, el desarrollo intelectual y el aprendizaje de la lectura. A pesar de ello, la práctica clínica informa que el MS suele ser percibido en la escuela como un rechazo voluntario para hablar, minimizando así su carácter incontrolable.

¿Electivo o Selectivo?

El MS no es un trastorno del lenguaje propiamente dicho, sino un trastorno psiquiátrico manifestado en el campo del lenguaje, que ha sido descrito desde el siglo pasado bajo el denominativo de “silencio deliberado”, luego como “mutismo selectivo”. Fue el DSM-IV que adoptó este último término porque de esta forma se enfatiza que el niño no habla a causa del nivel de ansiedad que experimenta en una situación social, y no por una elección por no hablar (7). Así, el MS es comprendido como un trastorno en el cual al miedo desmedido a hablar, caracterizado por el sufrimiento subjetivo que conduce a la aversión a hablar, se le suma la incapacidad para hacerlo (7).

Un cuadro heterogéneo

Características ansiosas y evitantes de la personalidad como la timidez, el alejamiento, la inhibición y la sensibilidad han sido asociadas al MS, así como problemas conductuales (enuresis y encopresis, hiperactividad, tics y dificultades sociales), haciendo de los niños enmudecidos individuos fácilmente impresionables, de carácter aparentemente sumiso aunque en muchos casos resulten ser agresivos, testarudos y difíciles de educar. Además es muy probablemente el MS represente una condición heterogénea dado que en los últimos años se lo ha asociado a retrasos y desórdenes del neurodesarrollo (10).

Desarrollo neurológico, funcionamiento cerebral, MS y episodios ansiosos

Kolvin & Fundudis (9) y Steinhausen & Juzi (11) reportaron anomalías y/o retrasos en el desarrollo motor en amplias muestras de niños con MS, algo que es consistente con la evidencia clínica ya que el deterioro de la función motora representa una comorbilidad frecuente en los trastornos del lenguaje (12).

A su vez, por medio de cuestionarios parentales y reportes médicos, Kristensen (10) ha identificado importantes retrasos en el desarrollo de la motricidad gruesa y fina en los niños enmudecidos, quienes además obtuvieron puntuaciones significativamente bajas en el control de las habilidades motoras, y puntuaciones significativamente elevadas en el número de anomalías físicas menores, así como en el número de factores de riesgo pre y perinatales reportados por los padres, lo cual podría jugar un rol en el desarrollo del MS, aunque dichos resultados sean relativos dado que los déficits encontrados fueron moderados y no severos.

Ahora bien, en cuanto al funcionamiento cerebral, la influencia de la norepinefrina, serotonina, GABA, el CRF hipotalámico, determinadas estructuras del sistema límbico, ha sido destacada en la aparición de los episodios ansiosos (7), a cuya comprensión ha contribuido la neuroimagen a través de la identificación de las zonas cerebrales que intervienen en las experiencias emocionales. Estas áreas son el córtex prefrontal (igualmente implicado en la inhibición conductual) y otras estructuras subcorticales, en particular la amígdala (13).

Responsable de la coordinación del despertar cortical y de dirigir la atención del individuo hacia estímulos pertinentes, nuevos o ambiguos con el fin de optimizar su procesamiento sensorial y perceptivo, la amígdala está conectada al córtex prefrontal que, al ser el principal centro de control de las emociones, interviene en el procesamiento de las informaciones exteriores y recibe informaciones sobre los estados mentales internos como la motivación o las emociones.

Asimismo, la corteza prefrontal desempeña un papel fundamental para la regulación emocional voluntaria (14), y por sus conexiones bidireccionales con la amígdala, la actividad del córtex prefrontal puede controlar e inhibir la actividad de ésta y tener una incidencia en el estado emocional (13) aumentando o disminuyendo la intensidad de la ansiedad. Empero, no son abundantes los estudios que profundicen en la relación del MS y la relación cognición-emoción desde las neurociencias. A pesar de ello, destacan algunos estudios recientes interesados en identificar un perfil de funcionamiento cognitivo que pueda ser específico al MS.

Lenguaje y MS

Dado que el mutismo es el síntoma más notorio en el MS, la función lingüística en los niños ha sido la más estudiada.

Manassis, Fung, Tannock, Sloman, Fiksenbaum & McInnes (15) han reportado que al comparar el nivel de ansiedad de niños enmudecidos con niños con fobia social, no existe ninguna deferencia intergrupo. Sin embargo, han señalado que a diferencia de los niños fóbicos sociales, los niños enmudecidos presentan además algún tipo de deterioro en el lenguaje, lo que ha sido corroborado por otros estudios de caso clínicos (11) (12).

En un estudio de caso que incluyó evaluaciones directas, Kristensen (10) notó que el 54% de los niños con MS recibieron algún diagnóstico de trastorno del lenguaje durante su desarrollo, en particular el trastorno fonológico.

Habilidades no verbales en niños con MS

Debido a su aversión a hablar, las pruebas psicológicas con carga verbal difícilmente reflejarán las verdaderas capacidades del niño enmudecido, por lo cual la exploración de las funciones cognitivas se ve limitada. Así, ante una prueba de memoria auditivo-verbal, las respuestas de los niños enmudecidos fueron significativamente más bajas que el grupo control; pero no se hallaron diferencias intergrupo en pruebas de Memoria de Trabajo viso-espacial ni ante pruebas de memoria visual a largo plazo (12), cuyo adecuado desempeño depende de las funciones atencionales.

Capacidades atencionales en niños con MS

Los trastornos del lenguaje fueron correlacionados con déficits atencionales y dificultades sociales (16). Hay también evidencia que confirma que los problemas atencionales manifestados en los primeros años de la infancia se constituyen en predictores de la aparición de síntomas ansiosos y depresivos durante la pubertad (16).

En un estudio exploratorio, Oebeck & Kristensen (16) identificaron una reducción significativa en la velocidad de ejecución de una prueba de atención en niños con MS, aunque su rendimiento final no fue diferente al grupo control ya que los niños enmudecidos no cometieron más errores que el otro grupo. Sin embargo, este resultado podría deberse más a los problemas motores de los niños con MS que disminuiría la velocidad de reacción conductual, pero los mismos confirman los hallazgos en cuanto a la lentitud en la ejecución de la misma prueba de atención en niños ansiosos y/o deprimidos (16).

DISCUSIÓN

Las investigaciones dan cuenta de la heterogeneidad del trastorno como un síntoma de la ansiedad social, pero coinciden al afirmar que sus consecuencias son demasiado importantes como para que la comunidad clínica reduzca el trastorno a un simple rasgo de timidez.

Entre los factores consistentes que subyacen la aparición de este síntoma ansioso, se halla el funcionamiento atípico de la amígdala y su relación con la corteza prefrontal implicado en el despliegue atencional hacia estímulos amenazantes o peligrosos y la evaluación del evento, respectivamente.

Es plausible que esta dificultad, para regular un episodio ansioso, derive en la inhibición del habla articulado, comúnmente asociado al área de Broca, que es además una prolongación del área de programación de los movimientos voluntarios en el cerebro.

La comunidad científica ha comenzado a considerar la importancia de la identificación del funcionamiento de las habilidades cognitivas verbales y no verbales para esclarecer la etiología del MS o bien identificar subgrupos de niños enmudecidos. Sin embargo, se evidencia que la investigación sobre el tema no considera poblaciones latinoamericanas, y la mayoría de ellas vienen de contextos occidentales, por lo que urgen las investigaciones en nuestro contexto para adaptar los tratamientos que reciben estos niños. Además, hace falta investigar este alarmante trastorno desde las neurociencias afectivas y la psicología cognitiva de las emociones ya que la interfaz cognición-emoción es indisociable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BLACK, B., & UHDE, TW. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31:1090-1094.
- (2) BLACK, B., & UHDE, TW. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33:1000-1006.
- (3) DOW, S. P., SONIES, B. C., SCHEIB, D., MOSS, S. E., & LEONARD, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34:836-846.
- (4) ANSTENDIG, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders* 13:417-434.
- (5) GARCIA, A. M., FREEMAN, J. B., FRANCIS, G., MILLER, L. M., & LEONARD, H. L. (2004). Selective mutism. En T. H. Ollendick, & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 433-455). New York, NY: Oxford University Press.
- (6) BEIDEL, D. C., & TURNER, S. M. (2005). *Childhood anxiety disorders: A guide to research and treatment*. New York, NY: Taylor & Francis Group.
- (7) GARZA, N. (2012). Aproximación al Mutismo Selectivo desde la Psicoterapia Integrativa Infanto Juvenil. *AcPI* 4:39-75.
- (8) GARCIA-MOLINA, A.; ENSENAT-CANTALLOPS, A.; TIRAPU-USTARROZ, J. & RORG-ROVIRA, T. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Rev. Neurol.* 48:435-40.
- (9) KOLVIN, I., & FUNDUDIS, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22:219-232.
- (10) KRISTENSEN, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39:249-256.

(11) STEINHAUSEN, HC., & JUZI, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35:606-614.

(12) KRISTENSEN, H. & OERBECK, B. (2006). Is selective Mutism associated with deficits in Memory Span and Visual Memory? An exploratory case-control study. *Depression and Anxiety* 23:71-76.

(13) VIEILLARD, S. & HARM, J. (2013). La régulation des émotions au cours du vieillissement normal : Revue critique. *Année psychologique* 113:4.

(14) BEAUREGARD, M., LEVESQUE, J., & PAQUETTE, V. (2004). Neural basis of conscious and voluntary self-regulation of emotion. En M. Beauregard (Ed.), *Consciousness, Emotional Self-Regulation and the Brain* (pp. 163-194). Montréal : Johns Benjamins Publishing Company.

(15) MANASSIS K.; FUNG D.; TANNOCK, R.; SLOMAN, L.; FIKSENBAUM, L. & MCINNES, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depress Anxiety* 18:153–161.

(16) OEBECK, B. & KRISTENSEN, H. (2008). Attention in selective mutism – An exploratory case-control study. *Journal of Anxiety Disorders* 22:548-554.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). *CIE 10. Décima revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- VIANA, A.; BEIDEL, D. & RABIAN, B. (2009). Selective Mutism: A review & integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review* 57-67.