

M. Molina  
J. Tomás  
E. Baeza  
M. Sarlé

## Mutismo selectivo

### *Selective mutism*

**Correspondencia:**

J. Tomás  
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron  
Unitat Psiquiàtrica  
Pg. Vall d'Hebron, s/n.  
08035 Barcelona

### RESUMEN

El presente artículo corresponde al estudio de 24 casos de niños diagnosticados de mutismo selectivo en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron y la Asociación Londres 94, de Barcelona. Las edades de los pacientes oscilan entre los cinco y los diecisiete años. Los resultados permitieron observar un mayor número de niñas que de niños con este trastorno, una inteligencia normal, así como la presencia de otra sintomatología asociada como dificultades de relación o fobia social.

### PALABRAS CLAVE

Mutismo selectivo, sexo, fobia social, dificultades de relación.

### ABSTRACT

*This article presents the study of 24 cases of selective mutism diagnosed in the Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron and the Asociación Londres 94, in Barcelona. The patients' ages ranged between 5 and 17 years. The results revealed a greater number of girls than boys among them, with a normal intelligence, and the pre-*

*sence of related symptoms like relationship difficulties or social phobia.*

### KEY WORDS

*Selective mutism, sex, social phobia, relationship difficulties.*

### INTRODUCCIÓN

El mutismo selectivo es un trastorno que se caracteriza por una selectividad de origen emocional en el hablar, de tal manera que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras definidas y previsibles (ICD-10). Es frecuente que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos y en cambio que permanezca mudo en el colegio o ante extraños.

La sintomatología esencial se manifiesta a través de un continuo rechazo a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluyendo el colegio, a pesar de que el niño posee la capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado. Suelen comunicarse mediante signos, a través de afirmaciones o negaciones con la cabeza o, en algunos casos, utilizando monosílabos o expresiones cortas y

80

monótonas. Los niños con este trastorno generalmente poseen habilidades normales para el lenguaje, aunque algunos pueden sufrir un retraso en el desarrollo de éste y anomalías en la articulación de la palabra. El rechazo a hablar no es, sin embargo, debido a un déficit del lenguaje o a otro trastorno mental.

Puede observarse cierta sintomatología asociada: timidez excesiva, aislamiento social y retraimiento persistente, rechazo escolar, encopresis y/o enuresis funcional, rasgos compulsivos, negativismo, temperamento insertable y otras conductas de oposición.

El término "mutismo selectivo" fue originariamente utilizado por el psiquiatra suizo Moritz Tramer. Él definió a los niños con mutismo selectivo como niños sin ningún trastorno psicótico, que sólo hablaban con un grupo reducido de gente o en situaciones íntimas; Tramer insistía en su carácter familiar, ya que había observado que dentro de la familia entre hermanos solían darse casos similares (Tramer, 1934).

El primer informe de tres casos de mutismo selectivo fue presentado en 1878 por el médico alemán Kussmaul, que le dio el nombre de "afasia voluntaria".

Actualmente el DSM-IV ha pasado a denominarlo "mutismo selectivo" con el fin de resaltar que el trastorno representa un comportamiento anormal que depende selectivamente del contexto social más que una elección de no hablar en general.

Una revisión de la literatura nos ha permitido observar que las muestras acostumbran a ser siempre muy pequeñas, la mayoría son estudios de casos aislados o pequeños estudios que no permiten hacer generalizaciones a partir de sus resultados.

Hayden (1980) estudió un grupo de 68 niños afectados, pero su estudio fue muy criticado por Kolvin y Fundudis (1981), por la falta de criterios diagnósticos específicos, por la corta duración del mutismo en algunos casos y por otras deficiencias metodológicas.

Black y Uhde (1995) reclutaron una población no clínica de 30 niños con mutismo selectivo y concluyeron que éste podía ser un síntoma de la ansiedad social más que un síndrome diagnosticado independiente.

### **Incidencia y Prevalencia**

La prevalencia en un medio psiquiátrico es de 0.54%. La edad media oscila entre dos y cuatro años. Generalmente los síntomas del mutismo selectivo se inician en una edad precoz, hacia los tres años y medio,

pero se dan algunos casos al año y medio o dos. Los niños suelen empezar antes que las niñas. En cambio, es más frecuente en niñas que en niños, y dado que ellas desarrollan antes el lenguaje este dato llama la atención.

Normalmente los síntomas aparecen en edad escolar, cuando el niño se enfrenta a personas desconocidas, si bien, es frecuente que con anterioridad ya se produjeran algunos síntomas, como por ejemplo no hablar con determinados miembros de la familia.

### **Etiología**

La etiología de este trastorno es desconocida, aunque se han ido formulando diversas hipótesis a lo largo de la historia.

En general los factores biológicos han sido descartados como posible causa, sin embargo se ha observado que los niños con mutismo selectivo pueden presentar otros trastornos del desarrollo (enuresis, encopresis o trastornos del lenguaje) y cierta inmadurez en el EEG, que podría sugerir que un trastorno de la maduración con base biológica podría jugar un papel en la etiología del mutismo.

Un buen número de niños con mutismo selectivo han sido sometidos a algún factor de riesgo durante el embarazo, algunos de ellos tuvieron partos complicados y/o complicaciones durante el período neonatal.

No hay evidencia de una relación causal entre las experiencias traumáticas físicas o psicológicas y el desarrollo del mutismo selectivo.

Las relaciones familiares y la dinámica interpersonal también han sido estudiadas como posible causa o desencadenante del trastorno, si bien no se han obtenido datos concluyentes. Algunos autores sugieren una posible regresión o fijación a la etapa anal del desarrollo (Browne et al., 1963) con impulsos hostiles hacia uno de los progenitores. También se ha hablado de historias de conflictos entre los padres, depresión materna o necesidad de dependencia que fomentaría una relación sobreprotectora.

Algunos estudios observan una elevada proporción de niños inmigrantes, hecho que podría sugerir que un niño con predisposición a desarrollar el trastorno y que no conoce tan bien como sus compañeros nativos la lengua que debería utilizar puede tener facilidad o predisposición para desarrollar el trastorno.

Finalmente algunos autores niegan la existencia del mutismo selectivo como una entidad propia y la incluyen dentro de la sintomatología de la fobia social.

## Criterios Diagnósticos

El diagnóstico presupone, según el ICD-10:

- a) Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- b) Capacidad de expresión del lenguaje suficiente para la comunicación social.
- c) Presencia demostrable de que el enfermo puede hablar, y habla normalmente o casi normalmente en algunas situaciones concretas.

Una minoría significativa de niños con mutismo selectivo tiene antecedentes de otro retraso del lenguaje o presenta problemas de articulación del mismo lo cual no excluye el diagnóstico, siempre y cuando haya un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje para una comunicación efectiva y una gran disparidad en cómo se utiliza el lenguaje según el contexto social, como por ejemplo que el niño hable de manera fluida en algunas ocasiones y permanezca mudo o casi mudo en todas. Además, debe estar presente un fracaso para que sea así, es decir, para hablar en algunas situaciones y no en otras. El diagnóstico requiere que el trastorno del lenguaje sea persistente y que haya constancia y posibilidad de predecir las situaciones en las que la expresión oral tiene lugar o no.

Suelen presentarse además otras emocionales en relación con las circunstancias sociales, pero éstas no forman parte de los rasgos necesarios para el diagnóstico. Estas alteraciones no son siempre las mismas, pero son frecuentes rasgos anormales del modo de ser (en especial hipersensibilidad social, ansiedad social y retraimiento social) y es frecuente un comportamiento opositorista.

Según el DSM-IV los criterios son los siguientes:

- a) Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable), p.ej., en la escuela.
- b) La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- c) La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- d) La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- e) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p.ej. tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

## Diagnóstico Diferencial

Se debe diferenciar de:

- a) Un mutismo transitorio que forme parte de una ansiedad de separación en la primera infancia.
- b) Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- c) Retraso mental grave.
- d) Trastorno profundo del desarrollo.
- e) Depresión mayor.
- f) Trastorno por ansiedad excesiva.
- g) Negativismo.
- h) Fobia social.

## Tratamiento

El tratamiento en este tipo de trastorno acostumbra a ser bastante ineficaz. La forma más utilizada de intervención ha sido la psicoterapia; frecuentemente se ha utilizado la terapia de tipo conductual.

Según Krohn et al. (1992) da buen resultado el tratamiento que incluye:

- a) intervenciones dinámicas empáticas: el terapeuta intenta ponerse a la altura del enfermo haciéndole sentir que le entiende y explicándole las ventajas de su lenguaje,
- b) unas demandas concretas de comportamiento: se le pide que hable en una sesión, castigándole si no lo hace y premiándolo si lo hace,
- c) una implicación familiar: se hace entender a los padres que deben exigir a su hijo que les hable en público no atendiendo si no lo hace,
- d) por último una alianza en el colegio.

Por otro lado Dummit et al. (1996), asumen que el mutismo selectivo es un síntoma de la fobia social y lo tratan con fluoxetina, obteniendo buenos resultados.

## MÉTODO

### Sujetos

El grupo de pacientes seleccionados para formar parte de la muestra está constituido por 24 niños que acudieron a consulta y fueron diagnosticados de Mutismo Selectivo en las unidades de Paidopsiquiatría del Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron y la Asociación Londres 94.

La edad media de los niños es de 11-12 años, oscilando entre 5 y 17 años. Es superior el porcentaje de niñas que de niños.

## Instrumentos

Los datos fueron recogidos mediante la entrevista estandarizada FALCO, en la que se recogen datos de:

Características personales y demográficas; desencadenantes y causa de consulta; desarrollo y maduración; antecedentes personales y escolaridad; sintomatología clínica; antecedentes patológicos, dinámica familiar; psicometría; diagnóstico; tratamiento; evolución.

## Procedimiento

Se diseña una lista de factores a tener en cuenta sobre el mutismo selectivo en este estudio que incluía:

Características personales; características demográficas; desarrollo y maduración; factores de descompensación familiar; sintomatología clínica; datos psicométricos; tratamiento en curso.

Posteriormente se procedió a extraer porcentajes y a comparar los datos obtenidos con la literatura revisada.

## RESULTADOS

### 1) Características personales:

- Sexo: 62,5% femenino
- Edad: media de 11-12 años
- Lugar de la fratria: 75% benjamín

### 2) Características demográficas:

- Autóctono: 75%
- Hijo de inmigrante: 50%
- Medio urbano: 66,67% población superior a 100.000 habitantes
- Nivel sociocultural medio: 62,5%

### 3) Desarrollo y maduración:

- Embarazo no deseado: 71,43%
- Parto eutócico: 62,5%
- Alteración lactancia: 42,86%
- Problemas de aprendizaje: 37,5%
- Exploraciones neurológicas y neurofisiológicas normales: 80%

### 4) Factores de descompensación familiar:

- Alteraciones ansiosas y afectivas en las madres: 62,5%
- Preferencia afectiva materna: 50%
- Madre sobrecuidadora: 62,5%
- Padres anticipatorios: 75%

### 5) Sintomatología clínica:

- Alteraciones de la sociabilidad: en un 37,5% aislamiento
- Dificultades de relación: 62,5%
- Bloqueo: 50%
- Fobias: 31,25%
- Comportamiento prepsicótico: 37,5%
- Época de aparición: hace más de tres años en un 71,43%
- El síntoma se ha agravado en un 57,14%

### 6) Datos psicométricos:

- C. I. normal: 62,5%
- Maduración aptitudinal normal: 57,14%
- Alteración adaptativa global: 57,14%
- Inhibición: 66,67%
- Ansiedad elevada: 66,67%
- Impulsividad: 20%

### 7) Tratamiento:

- Seguimiento y control evolutivo: 62,5%
- Psicoterapia individual: 80%
- Farmacología: tricíclicos 66,67%
- Evolución satisfactoria: 80%

Coincidiendo con la bibliografía consultada hemos encontrado un porcentaje más elevado de niñas con mutismo selectivo que de niños. Este es un dato significativo que llama la atención si tenemos en cuenta la capacidad de las niñas de desarrollar antes el lenguaje que los niños.

En lo que se refiere a la época de aparición del síntoma vemos que corresponde a la edad de inicio de la escolaridad.

Si bien en la literatura no hallamos datos que puedan hacer pensar que el lugar ocupado por el niño en la fratria pueda ser un dato a tener en cuenta en este trastorno, curiosamente en nuestra muestra el 75% de los casos correspondían al pequeño de la fratria, es decir al benjamín.

Contrariamente a otros autores no hemos observado un porcentaje importante de niños inmigrantes, antes bien al contrario el 75% de nuestra muestra corresponde a niños autóctonos, si bien debemos tener en cuenta que el 50% son hijos de inmigrantes aunque ellos mismos no lo sean. Esto nos podría llevar a pensar que puede darse el caso que en casa estén inmersos en un idioma diferente del que lo están en la escuela, podría ser el caso del castellano y el catalán en Barcelona.

Según nuestra muestra, y en esto también coincidimos con lo dicho hasta ahora, parece que no se puede considerar el nivel socioeconómico o sociocultural como un factor de riesgo, dado que no hay un porcentaje más elevado en clase alto o baja, sino que la mayoría de casos se da en un nivel medio.

En lo referente al desarrollo y maduración, no hemos encontrado factores de riesgo importante en lo que se refiere al embarazo y a la maduración. Sólo cabe destacar que el 71,43% de nuestra muestra corresponde a embarazos no deseados. Si bien sin complicaciones durante el embarazo, parto y período neonatal. Así tampoco encontramos alteraciones en las exploraciones neurológicas y neurofisiológicas.

Si que hemos visto problemas de aprendizaje global en un 37,5% de los pacientes.

Como factores de descompensación familiar hemos encontrado una tendencia a tener padres anticipadores y sobrecuidadores (en especial la madre) hecho que podría favorecer la timidez y el aislamiento de los niños y podría actuar como factor facilitador manteniendo o favoreciendo que el niño se comunique más en casa.

En cuanto a la sintomatología clínica que hemos hallado coincide con la literatura en cuanto a que son niños con tendencia a tener miedos o fobias, bloqueo, dificultades de relación, inhibidos, con una ansiedad elevada y con poca impulsividad, hecho que coincide con estudios anteriores.

La psicoterapia es el tipo de tratamiento más utilizado en nuestra muestra coincidiendo con la literatura. Si bien en un importante número de casos se acompaña de psicofarmacología y de entrevista de seguimiento y control evolutivo, hemos de concluir diciendo que en contra a lo mencionado en otros estudios hemos encontrado una evolución más o menos satisfactoria en un 80% de los casos, dato que coincide con un informe reciente de Krohn et. al. (1992) en el que un grupo de tratamiento específico que combina intervenciones dinámicas empáticas, expectativas de comportamiento firmes, implicación familiar y escolar dieron resultados considerables en un 85% de los casos.

## CONCLUSIONES

El mutismo selectivo es un trastorno de etiología desconocida que se caracteriza por la selectividad de origen emocional que hace el niño a la hora de hablar. Teniendo una capacidad normal y unas habilidades adecuadas para

el lenguaje, no es por tanto debido a un déficit del lenguaje o a cualquier otro trastorno mental. El niño selecciona las circunstancias, limitándose a gestos o a algunos movimientos de cabeza. Normalmente el entorno familiar es el elegido por el niño para hablar y fuera de casa o con extraños es donde permanece callado.

Es un trastorno más frecuente en niñas, hecho que sorprende por la relativa facilidad de éstas respecto a los niños a la hora de desarrollar el lenguaje.

La época de aparición suele centrarse en torno a la edad escolar, cuando el niño se enfrenta a un entorno desconocido con un gran número de extraños. Aunque nos hemos encontrado que la media de edad en nuestra muestra es de 11 años, todos los casos habían iniciado el trastorno hacía años.

Acostumbra a haber otra sintomatología asociada, dificultades de relación, aislamiento o fobias. Suelen ser niños tímidos y retraídos, si bien con una inteligencia normal. Refugiados en casa, suelen ser niños facilitados o sobreprotegidos.

No suelen haber situaciones traumáticas desencadenantes. No se encuentra ninguna circunstancia que podría dar indicio de una predisposición a la hora de desarrollar el trastorno. Algunos estudios hablan de que la inmigración podría ser un factor facilitador, pero nosotros no hemos encontrado evidencia de este dato, si bien si que era un factor que se hallaba presente en los progenitores de un número importante de casos de la muestra.

Tampoco es evidente la relación entre problemas en el desarrollo, trastornos en el embarazo o en el parto con el hecho de desarrollar el trastorno, algunos estudios afirman que esta relación existe, si bien nosotros no podemos corroborarlo con los datos a nuestro alcance.

Es un trastorno presente en todos los niveles socioeconómicos y socioculturales, sin que se haya encontrado un predominio en determinadas áreas.

Tampoco parece ser determinante el lugar ocupado por el niño en la fratria, nosotros hemos encontrado un mayor porcentaje de benjamines, pero la literatura muestra una distribución más o menos homogénea, sin que destaquen los hijos únicos o algún otro lugar dentro de los hermanos.

La mayoría de pacientes con mutismo selectivo se recuperan de sus síntomas en meses o años, normalmente las mejorías se producen antes de los diez años y el pronóstico es peor para los pacientes mayores de 12 años.

El tratamiento más frecuente en este tipo de pacientes es la psicoterapia individual. En algunos casos se utiliza

un tratamiento que combina intervenciones dinámicas empáticas con requerimientos firmes de comportamiento, una implicación por parte de la familia y una alianza

con el colegio.

Por otro lado algunos autores asumen el mutismo como un síntoma de la fobia social tratándolo farmacológicamente.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª Edición (DSM-IV). Washington, D.C.
2. Black, B.M.; Uhde, T.W. M.D. (1992) Elective mutism as a variant of social fobia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31: 6, pp. 1091-1093.
3. Brown E. et. al. (1963) Diagnosis and treatment of elective mutism in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2, pp. 605-617.
4. Dummit, E.S.; Klein, R.G. (1996) Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, pp. 615-621
5. Hayden, T.L. (1980) Classification of elective mutism. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 19: 118-133
6. Kolvin, I.; Fundudis, T. (1981) Elective mute children: psychological development and background factors. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 22, pp. 219-232.
7. Krohn, D.D. et. al. (1992) A study of effectiveness of a specific treatment of elective mutism. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, pp. 711-718.
8. OMS Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (ICD 10). Meditor, Madrid 1992.