

**M. Hernández Viadel<sup>1</sup>**  
**J.F. Pérez Prieto<sup>1</sup>**  
**V. Bermejo<sup>2</sup>**  
**A. Agüero<sup>3</sup>**

- 1 Médicos Residentes de Psiquiatría  
2 Psicólogo Infantil  
3 Profesor Titular de Psiquiatría

Mutismo selectivo. A propósito de cinco casos, con exposición detallada de un caso tras diez años de evolución

*Selective mutism. A sample of five cases and the evolutive course of one of them after ten years' follow-up*

**RESUMEN**

Se realiza un extensa revisión bibliográfica acerca del mutismo selectivo, insistiendo especialmente en el estudio de los criterios diagnósticos, factores asociados y técnicas terapéuticas empleadas. Se expone brevemente nuestra casuística constituida por cinco casos y se relata extensamente la historia clínica y el curso evolutivo seguido por uno de ellos a lo largo de diez años y con una evolución desfavorable hacia una psicosis esquizofrénica.

**PALABRAS CLAVE**

Mutismo selectivo; Curso evolutivo; Psicosis esquizofrénica.

**ABSTRACT**

*A bibliographical revision on Selective Mutism is made, insisting especially in the study of diagnostic criteria, the associated factors and the therapeutic methods that have been used. A casuistic sample of five cases is explored briefly and it also relates extensively the clinical history and the evolutive course suffered by one of them for ten years.*

**KEY WORDS**

*Selective mutism; Evolutive course; Schizophrenia psychosis.*

## INTRODUCCIÓN

El término fue usado originalmente por Tramer en 1934 para describir la conducta de niños que se niegan a hablar con alguien, excepto con un pequeño grupo de familiares o amigos íntimos<sup>(1)</sup>.

Se trata del niño que deja de hablar en determinadas situaciones, habiendo demostrado su capacidad lingüística en otras circunstancias. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos, pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños<sup>(2,3)</sup>.

El trastorno se desarrolla en la primera infancia, pero es detectado en el colegio, cuando el niño rehusa hablar con profesores y compañeros de clase.

Es un trastorno poco frecuente. Se estima una prevalencia de 3-8/10.000 y se considera que afecta algo más a niñas.

Se han relacionado diversos factores etiopatogénicos: Alteraciones o Retraso del lenguaje, Fobia social, Discordias parentales, Depresión de la madre y relación de dependencia y sobreprotección materna. En la evolución del cuadro pueden aparecer episodios de tristeza y ansiedad; otras veces, son niños que en casa presentan conductas oposicionistas y agresivas.

La mayoría de los casos duran unas pocas semanas o meses, pero algunos pueden durar años.

Se han ensayado diferentes tratamientos (psicoanalítico, conductual o familiar), aunque un tratamiento combinado suele ser más efectivo<sup>(4)</sup>. También se ha utilizado tratamiento farmacológico (fenelcina) sobretudo en aquellos casos asociados con fobia social.

## MATERIAL Y MÉTODO

En una revisión bibliográfica sobre el tema del mutismo selectivo utilizando el Med-Line, obtenemos 109 artículos. Más de la mitad (58) son trabajos a propósito de un caso, indicativo de la baja frecuencia del trastorno.

En nuestra clínica hemos atendido un total de cinco pacientes que presentaban un mutismo selectivo. Queremos destacar que estos cinco pacientes corresponderían a un agrupamiento de 15.000 historias clínicas: es decir nuestra prevalencia es 3/10.000; lo que se corresponde con el límite inferior de la prevalencia estimada.

## RESULTADOS

### Bibliográficos

Por edades, obtenemos un rango entre 3 y 15 años y una media de 7.4 años, aunque casi la mitad de los casos diagnosticados corresponden a niños entre 6 y 7 años.

Por sexos, aparece una mayor incidencia en el sexo femenino, 56,1%.

Como factores predisponentes más frecuentes se citan trastornos emocionales en el niño (niños descritos como ansiosos y tristes, dependientes) y actitud sobreprotectora de la madre<sup>(5-7)</sup>. Otros factores también relacionados con el mutismo selectivo son el Retraso en el desarrollo del lenguaje o dificultades en la articulación y Retraso mental<sup>(5,7,8)</sup>, Trastornos de conducta (negativismo y oposiciónismo, control pasivoagresivo) y Enuresis<sup>(6,7,9)</sup>.

Para otros autores el mutismo electivo sería una variante de la fobia social, ya que la ansiedad social está presente en casi todos los pacientes y respondería al mismo tipo de tratamiento<sup>(10,11)</sup>.

También se ha asociado con fenómenos histéricos<sup>(12)</sup> y psicosis<sup>(13,14)</sup>.

En la tabla 1 aparecen los factores anteriormente descritos, asociados con mutismo selectivo. Están ordenados según la frecuencia con que aparecen citados en los artículos revisados.

El tratamiento del mutismo selectivo incluye psicoterapia individual -psicodinámica, terapia mediante el juego, arteterapia (teatro, dibujo)-, técnicas de modificación de conducta (extinción de estímulos, automodelado, refuerzo positivo) y terapia de familia. Estas técnicas son aplicadas de forma individual o combinada. Algunos autores como Rosenberg defienden la necesidad de un tratamiento combinado como tratamiento de elección del mutismo selectivo<sup>(4,15-17)</sup>. Las técnicas de modificación de conducta son las utilizadas con mayor frecuencia en el tratamiento del mutismo selectivo, seguido del tratamiento psicoterápico y sistémico.

El tratamiento farmacológico se ha utilizado cuando el mutismo selectivo se asocia a fobia social. Los fármacos utilizados han sido fenelcina, desipramina y fluoxetina<sup>(10,11,18)</sup>.

La gran mayoría de los trabajos, 86%, asignan un buen pronóstico al mutismo selectivo, con un 50-80% de excelentes resultados<sup>(6,19,20)</sup>. Como factor de buen

**Tabla 1 Factores asociados a mutismo selectivo**

	Artículos
Relación madre	10
Trastornos emocionales	10
Retraso lenguaje	5
Fobia social	4
Trastornos de la conducta	4
Enuresis	4
Retraso mental	3
Conversión histérica	2
Psicosis	2

pronóstico se cita una intervención temprana, preferiblemente con la colaboración de padres y colegio<sup>(15)</sup>.

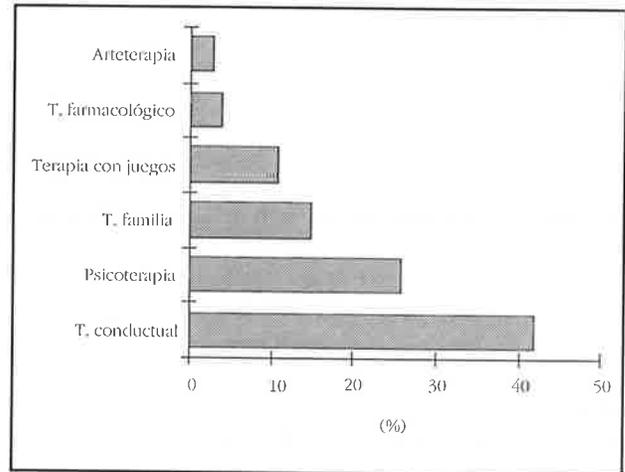
En la nueva edición de los manuales diagnósticos (DSM-IV, CIE-10), el número de criterios necesarios para el diagnóstico de mutismo selectivo se ha visto incrementado. Además de la negativa del niño a hablar en determinadas situaciones y una capacidad lingüística adecuada, se añade una duración mínima de un mes y se descartan aquellos casos debidos a otros trastornos, como esquizofrenia o trastorno generalizado del desarrollo. En el DSM-IV se requiere además, la interferencia del trastorno en el rendimiento educativo u ocupacional del niño.

### Muestra clínica

A continuación establecemos un breve balance de lo sucedido en cada uno de los pacientes.

Gabriel, acude a consulta a la edad de 9 años presentando este trastorno. Recibe tratamiento psicoterapéutico desde hace nueve meses y a juicio de su psicoterapeuta los resultados son buenos, pues en estos momentos presenta ya una satisfactoria integración social, no presentando síntomas de mutismo selectivo. El tratamiento prosigue considerando, persiste cierta timidez ocasional, asentar suficientemente las bases del progreso alcanzado. Si intentamos ubicar su psicopatología en cuanto a gravedad consideramos que este paciente presentó las características de un paciente neurótico.

Luciano acude a consulta a la edad de seis años. Recibe tratamiento desde hace unos tres años y a juicio de su psicoterapeuta los resultados son buenos, pues no presenta episodios de mutismo selectivo. Todavía



**Figura 1. Técnicas terapéuticas utilizadas**

aparecen momentos breves de aislamiento personal en los que se concentra en sus propios juegos; con todo, también en este aspecto ha mostrado y está mostrando una evolución positiva. En su evolución terapéutica ha resultado de gran utilidad la colaboración de los profesores y, en particular, de la tutora del colegio al que está incorporado. Si intentamos ubicar los rasgos psicopatológicos de este paciente impresiona guardar cierta semejanza con un trastorno esquizoide de la personalidad.

Clara acude a consulta con nueve años de edad. Estuvo en tratamiento psicoterapéutico algo más de cuatro años siempre en compañía de su madre, y a diferencia de los casos anteriores el tratamiento incluyó necesariamente el aspecto vincular. A juicio de su psicoterapeuta los resultados fueron mediocres o pobres, habló escasamente en la consulta, y probablemente su mayor éxito pudo ser el frenar una posible evolución mucho más negativa o psicótica. Esta paciente presentaba todos los rasgos para constituirse posteriormente en una psicosis simbiótica debido al particular vínculo de relación con la madre, el cual fue objeto de suma atención en las sesiones psicoterapéuticas.

Marcial acude a consulta a la edad de 13 años. Recibió tratamiento unos ocho meses, momento en el que se interrumpió por traslado de domicilio a otra zona. A juicio de su psicoterapeuta los resultados fueron mediocres, habló escasamente en consulta poco antes de la interrupción, y no solicitaron ayuda desde la nueva

zona por lo que es presumible que fueron aceptables para su familia. Asimilando su psicopatología al conjunto de trastornos este paciente podría incluirse dentro de los rasgos neuróticos.

Y, por último, José Pedro, caso sobre el que nos vamos a extender a continuación y sobre el que anticipamos que fue un fracaso terapéutico total. La historia clínica de este paciente tiene la virtud de ilustrarnos sobre dos destacados aspectos: el primero es la evolución probable de un mutismo selectivo en el supuesto de no beneficiarse de un adecuado o proporcionado tratamiento de acuerdo a sus necesidades; y, el segundo, ilustrarnos sobre algunos errores en las intervenciones clínicas. Es muy frecuente que los trabajos publicados se dediquen ampliamente a la exposición de resultados terapéuticos mas o menos exitosos; en cambio, se dedica mucho menos espacio a fracasos terapéuticos que indudablemente ocurren y que tan necesarios son para el progreso de nuestra ciencia.

De acuerdo a la estimación antes expuesta se puede concluir del conjunto de los cinco pacientes la siguiente aproximación proporcional de la evaluación acerca de la evolución terapéutica: 40% de resultados buenos, 40% de resultados mediocres y 20% de resultados malos.

Por ello, nos encontramos bajo un límite inferior de los resultados que ofrece la bibliografía.

Tal como anunciábamos, a nuestro juicio, el caso José Pedro es un excelente ejemplo de cómo puede constituirse y estructurarse un mutismo selectivo el cual progresivamente va agravándose y, al no conseguir alcanzar logros en la atención terapéutica, evoluciona hacia, primeramente, un mutismo total y, posteriormente, a una psicosis grave en la que los pronósticos son mucho más negativos. Queremos advertir al lector que el siguiente relato está extractado de una historia clínica con diferentes intervenciones de los profesionales de la unidad; a pesar de ello, los datos son concluyentes y ofrecen cierta unidad.

José Pedro acudió por primera vez a consulta a principios de 1985 siendo diagnosticado de mutismo selectivo. Tenía entonces nueve años de edad y estaba escolarizado en 4º de la E.G.B. Únicamente se comunicaba verbalmente en casa con sus padres y con su hermano mayor, nueve años mayor y calificado también de retraído si bien nunca había llegado a este extremo. Pocos años después, en 1989, dejará de dirigirse verbalmente a su familia para hacerlo exclusivamente por escrito, lo que ocurrió coincidiendo con el paso de

curso o nivel de la EGB, probablemente alrededor de 7º con ocasión de haberle dejado de darle clase un profesor particular con el que tenía buena relación.

Este trastorno selectivo había aparecido unos meses antes de la primera consulta, febrero 1985, y los padres constatan que es desde este curso escolar. Sin embargo, datos posteriores permitieron precisar que el mutismo ya se manifestó en el centro escolar el curso anterior, en 3º de EGB. De hecho, en ese curso su profesora avisó del mutismo. El tutor de 4º escribió que aquel curso anterior «aunque parcamente, mantuvo alguna conversación, leía bien y recitaba. El motivo de su mutismo selectivo lo desconozco y no lo comprendo. No es lógico.»

Desde los cuatro años presentaba movimientos este-reotipados faciales, en particular cuando se ponía nervioso, lo que era motivo de burla entre sus compañeros. En este momento tenía una maestra que a juicio de los padres era muy agresiva y gritaba en exceso al niño. En el momento que acudió a consulta presentaba múltiples tics oculares. Tenía antecedentes de piromanía hasta el extremo de que en una ocasión llegaron a intervenir los bomberos; para el padre, el que su hijo prendiese fuego a diversos papeles lo consideró intrascendente, sin motivo de preocupación.

Dos o tres meses después de la primera consulta los padres comunicaron que J.P. había escrito que tenía miedo a hablar fuera de casa porque se ponía nervioso. Algún tiempo después dijo a su hermano que sus compañeros le decían «marica» (lo había dicho a su hermano mientras habló); posteriormente los padres asociaron y añadieron que el niño tenía una vocecita fina y tenía miedo que le oyeran. Asimismo informaron que había tenido problemas de adaptación escolar al inicio de la escolaridad lo que le hizo cambiar a tímido, vergonzoso y asustadizo; los compañeros de su clase le importunaban y le insultaban, él lo contaba en casa y no quería ir a la escuela. Los padres comenzaron a observar que al volver del colegio decía cosas tales como: «Hijos de p..., los tengo que matar...», etc. Sus padres restaban importancia y le decían que intentara sobreponerse, que tenía que defenderse pues era muy blando, sensible, malcriado y que le afectaban excesivamente los comentarios; llegaba a casa gritando, como desahogándose, pegaba a su madre puñetazos, golpes y le arrojaba objetos.

Sus gestos automatizados y repetitivos se hicieron cada vez más exagerados; en ocasiones ladeaba la

18 cabeza como si escupiera. En algún momento de su evolución posterior corrigió muchos de sus gestos y tics poniéndose delante de un espejo. Amigos no tenía e iba con su hermano mayor a casi todos los lugares. Su madre le buscaba amigos en vacaciones pero acababa escondiéndose para no salir, en cambio aceptaba ir a los recreativos ya que dominaba muy bien algunos de los juegos, alcanzando cierta admiración de los espectadores momentáneos, aunque esta salida más lúdica también la abandonó.

Se negó a recibir la «primera comunión» durante algún tiempo con motivo de «tener que hablar» (según manifestaciones de sus familiares), y finalmente aceptó recibirla no hablando en público en momento alguno, lo que ocurrió unos tres meses después de la primera consulta, cerca de cumplir los 10 años de edad.

Calificado de muy afectuoso por sus progenitores, su padre mantenía un talante muy tolerante e igualmente afectuoso, en particular, con su hijo; «consentidor» e incapaz de poner límites. Cuando acudió a consulta minimizaba el problema de su hijo, culpabilizando a la madre por sus exageraciones o porque ella no sabía tratarlo; el hecho de que el niño fuera introvertido durante muchos años no fue motivo de preocupación; las sucesivas consultas y la persistencia del trastorno, así como el evidente y manifiesto agravamiento de la enfermedad le obligó a cambiar de actitud, transmitiendo a su hijo la sensación de inseguridad y miedo por lo que pudiera pasar. Es decir su intervención fue tardía.

Toda la evolución en la enfermedad generó muchas discusiones en la pareja de los padres. Cuando el niño ya tenía unos 12 años el padre reconoció que «se le había consentido demasiado» y que tal vez «lo he malcriado», reconociendo también que «mucha culpa de lo que sucede la tiene él mismo» (padre). En el momento de la primera consulta, el padre tenía 47 años siendo de profesión administrativo y se calificaba a sí mismo como «poco sociable»; fue el único varón entre cuatro hermanas y también a él siempre lo habían tenido como «muy mimado».

La madre era también muy sobreprotectora y tolerante: de pequeño J.P. no se separaba de ella; pasados unos tres años desde que acudieron por primera vez, buscaba continuamente la atención de la madre de un modo más contradictorio: puesto que intentaba cierta absorción y le arrojaba objetos tales como zapatillas o similares no dejándole hablar. Siempre le gustó «acariciar las manos de su madre y su padre», pero no consentía que le

besaran; aunque este trato afectuoso desapareció. Con todo, J.P. utilizaba la violencia física con su madre, tal como hemos señalado antes, violencia que fue en aumento con los años. Esta violencia se desencadenaba ya por no haber accedido o complacido cualquier demanda o expectativa que él se había establecido. La madre tenía 46 años en la primera consulta, siendo ama de casa.

Como complemento de todos los antecedentes puede señalarse que la abuela materna había padecido de esquizofrenia.

En las primeras consultas el paciente dijo, exclusivamente por escrito, que tenía «miedo a hablar fuera de casa porque se pone nervioso». Le gustaba estar solo, y los padres lo tenían por arisco y solitario. Únicamente se comunicaba verbalmente con los padres y con su hermano. Siempre se comportó con respeto con su hermano mayor. Con el tiempo, ante la resistencia a algún cambio por parte del paciente, aquel se distanció y se desinteresó por éste. Los padres intentaron grabar magnetofónicamente una conversación pero se dio cuenta y lo evitó por completo.

No se le practicó ningún test de inteligencia que permitiera una valoración más amplia, su misma sintomatología lo hacía impracticable, a excepción de la prueba de Raven cuyo percentil fue de 95, lo que permite confirmar una alta capacidad intelectual; sus buenos resultados escolares, en algún momento calificados de brillantes y algunas de sus aficiones, por ejemplo por los animales, que le satisfacía intelectualmente ante todo, así lo atestiguaban, si bien transcurrido un año desde que consultó, comenzaron a fracasar dichos buenos resultados.

La exploración bioeléctrica cerebral, EEG, resultó normal.

Como hemos apuntado, la comunicación en la consulta era escrita. Al final de las sesiones de consulta o de tratamiento quedaba un listado de respuestas escritas, algunas de ellas simples «sí» o «no», testimonio de su particular modo de comunicarse.

Junto con el buen rendimiento escolar inicial, era un buen dibujante. En el colegio era visto como un niño solitario. También como desgraciado, lloroso y afligido. En clase lo veían muy particular. Su tutor escribió de él lo siguiente poco después de las primeras consultas a solicitud del facultativo correspondiente:

«El alumno J.P. presenta un aislamiento total en clase. Hace lo que se le indica, lentamente y muy aseado. Es excesivamente ordenado en todas sus cosas.

No habla ni responde nunca a lo que se le pregunta, limitándose a decir «sí» o «no» con movimientos de cabeza, sin esforzarse en pronunciar palabra alguna, ni siquiera consiente leer en voz alta. He logrado últimamente que lea algo, pero solamente estando yo con él, sin la presencia de ningún compañero.

Su rendimiento escolar en las asignaturas es bueno, sin preguntar nada y teniendo que adivinarle las dudas.

Con los demás compañeros está aislado, por parte de él, aunque ellos intentan que participe con todos. Lo aceptan tal como es. En el recreo observa cómo juegan los demás. Juega al fútbol, a veces, sin hablar. Es triste. No se ríe nunca.» (el subrayado es del original).

Como datos de personalidad premórbida puede decirse: en las primeras consultas se le administró un cuestionario EPQ-J, cuyo resultado más significativo se obtenía en la escala de paranoídisimo con un percentil de 80. Era extremadamente ordenado y muy escrupuloso. Unos tres años después de la primera consulta era muy ritualista en sus actividades cotidianas. Sus rasgos de personalidad más constantes eran: serio, solitario, reservado e introvertido, excesivamente limpio, le gustaba mirarse y asearse pero en cambio no quiere cambiarse de ropa; ordenado, no tolera que le toquen sus cosas y ritualista; inquieto, irritable, activo, muy violento o agresivo, rebelde y muy afectivo. Contradictoriamente con lo señalado, no tenía ni tuvo cuidado con los objetos. Le gustan los animales, tal como advertimos, afición que cultivará de modo obsesivo intelectualmente. En el momento de la primera consulta socialmente era tímido o retraído, solitario, y estaba aislado a causa de su silencio comunicativo; se quejaba de estar agotado además de aislado.

A los 12 años a juicio de su terapeuta tenía rasgos y conductas «esquizoides». A esa edad, algo más de dos años después de la primera consulta, dicho terapeuta, habiendo recurrido a una combinación de diversas medidas e instrumentos terapéuticos, hizo esta anotación en la historia clínica: «Damos por finalizado el tratamiento ante la absoluta ineficacia de todo lo planteado. Su obstinación está por encima de cualquier abordaje que se me ocurra». A pesar de ello, el paciente no perdió contacto con otros profesionales del equipo recibiendo atención terapéutica, fundamentalmente farmacológica, aunque no de modo continuado.

El mutismo persistía en las consultas posteriores de los años siguientes. Entre los esfuerzos que se desplegaron cabe constatar que fue convocado para acudir a

sesiones de tratamiento grupal pero este intento también fue infructuoso. Las últimas anotaciones de su historia clínica son de noviembre de 1989.

Posteriormente consiguió concluir la EGB y pasó a Formación Profesional en la rama de Electrónica, y en el curso de estos estudios, escasamente acudió unos dos meses; su hermano lo acompañaba y al término de las clases lo recogía, dejó de acudir al Instituto aislándose más intensamente. Llegó a atrancarse en la habitación de su casa, e incluso a dejar a su madre en la calle con el fin de no acudir al centro educativo que le correspondía. En el Colegio de EGB el profesorado mostró mucha preocupación por su evolución y le pusieron algún compañero más extravertido a su lado lo que le hizo sentirse muy presionado. De este modo, llegados los 15 años dejó de salir prácticamente de casa ocupando todo el tiempo en lectura, periódicos particularmente deportivos, ver la televisión, preferentemente partidos de fútbol, ... e incluso evitaba el contacto diario con los padres, alterando el ritmo diario saliendo por la noche para comer.

En otro momento comenzó a quejarse de los ruidos que se oían de los vecinos, no parecieron alucinaciones o estados alucinatorios. Estaba muy afectado por ello y decía que se iba a volver loco, por lo que comenzó a comer menos, e incluso durante algunas semanas solo ingería líquidos. Tampoco aceptaba el cambiarse de ropa como ya le había sucedido en algunos períodos anteriores.

En 1991, con 16 años, ante la gravedad de su estado físico, los padres acudieron a un centro de internamiento y de atención psiquiátrica privada distinto y al margen de nuestra consulta pública, cuya intervención logró frenar el deterioro físico por el momento; aunque quizá consagró la cronificación del paciente pues esta situación fue vivida muy traumáticamente, como una verdadera tortura.

Unos dos años después, en 1993 con 18 años de edad, acudió de nuevo a nuestra consulta. En esta ocasión fueron necesarias varias visitas al domicilio del paciente por parte de nuestros facultativos.

En el espacio de los dos años transcurridos, el paciente persistía en la evolución anterior de mantener su extremo mutismo y presentaba una rigidez de movimientos extrema que ya adquiriría rasgos propios de una catatonía. La madre nos facilitó el siguiente texto:

«1 diciembre 1993.

J.P. desde el mes de junio no ha salido de casa.

20 Le falta motivación, está aburrido, come y duerme cuando le pasa por la cabeza, no lleva control. Por favor mentalícelo para que se lave la cara todos los días, y que vaya al wáter a hacer sus necesidades fisiológicas y no en el orinal.

Para bañarse nos cuesta mucho para que se decida, tiene que venir su tía y también para que se cambie la ropa, etc. Necesita que se ocupen más de él a mi modo de ver, que se vea «olvidado».

La pastilla se la toma de vez en cuando, cuando quiere. XY»

Con esa fecha de diciembre del 93, iniciamos tratamiento psicoterapéutico a razón de una sesión quincenal. El paciente acudía solamente en el supuesto de que un familiar suyo le acompañase para salir de casa y acudir a la consulta; este familiar limitó la frecuencia semanal que nosotros habíamos propuesto, lo que únicamente permitió el contacto quincenal antes mencionado. Durante este período el paciente presentó en el estado de ánimo un mejor humor; no estaba tan arisco, aceptaba mejor algunas normas sociales, estaba más comunicativo por escrito, toleró mejor la higiene personal, etc.; pero no hubo modificación en su trastorno mental. Las vacaciones de verano fueron las mejores transcurridas en mucho tiempo y de vuelta de las mismas, después de una sesión en la que se le habló, quizás prematuramente, de que en el supuesto de existir algún cambio o evolución del paciente esto dependía de él mismo así como de cierta necesidad de mayor colaboración en la tarea emprendida se negó a volver a acudir a sesión interrumpiendo abortivamente la atención psicoterapéutica iniciada.

Esta nueva iniciativa terapéutica pretendía ofrecer una puerta abierta para el aislamiento y la ausencia de iniciativas de integración social en las que el paciente se había encerrado. Se sabía que el paciente recordaba como una mala experiencia la atención terapéutica en la clínica privada; acumulaba los fracasos terapéuticos anteriores; presentaba una manifiesta rigidez catatónica; y sabíamos que tenía alucinaciones auditivas (en las que oía las voces de amigos y compañeros escolares). Con todos estos antecedentes era muy difícil que se pudiera obtener un progreso como así ocurrió.

Con el fin de hacer más perceptiva la evolución de este paciente visualizaremos el siguiente *resumen*:

1980: 4 años de edad.

- Movimientos faciales estereotipados/burlas compañeros y maestra agresiva y chillona.

- Vocecita aguda y aflautada: insultos de «marica».

- Antecedentes de piromanía: no son motivo de alarma.

1981-1983 y posteriores: quejas del paciente sobre el maltrato de compañeros.

1984: 3º EGB. La tutora advierte la presencia del mutismo.

1985: 4º EGB. 1ª consulta. Mutismo Selectivo.

1987: Observación de presentación de rasgos esquizoides. Constatación en la historia clínica de fracaso terapéutico.

1989: Aproximadamente 7º EGB. Abandono traumático de profesor particular. Mutismo total.

1990: Abandono de los estudios y reclusión en domicilio familiar.

1991. Consulta e internamiento en clínica privada: experiencia extremadamente violenta y traumática.

1993. Acude de nuevo a nuestras consultas. Catatonía. Alucinaciones auditivas. Inicio de psicoterapia interrumpida antes del año.

1995. Se hospitaliza en sala de Psiquiatría ante conductas agresivas motivadas por alucinaciones auditivas.

## CONCLUSIONES

En nuestra experiencia clínica el Mutismo selectivo supone una presencia de 3 casos cada 10.000 niños visitados, con una relación de cuatro varones por una hembra. Los resultados terapéuticos considerados globalmente se corresponden en un 40% a un buen pronóstico asociado a tratamiento psicoterápicos, intervención temprana y colaboración con los profesores y con una sintomatología de tipo neurotiforme. En un 40% de casos los resultados fueron mediocres, siendo el tiempo de tratamiento psicoterápico inferior e interrumpido, dándose en un trastorno de clínica simbiótica con la figura materna y de tipo neurotiforme en el otro caso. Por último el 20% de mal pronóstico, asociado a un caso que fue tratado de forma dispersa en su inicio, y que con el tiempo derivó hacia un total aislamiento y una psicosis esquizofrénica.

En nuestra discusión hemos priorizado los siguientes factores de curación que a continuación destacamos: a) la experiencia del terapeuta y la solidez contrastada de su formación, b) la coherencia y pertinente colaboración de profesionales en el conjunto de intervenciones, c) por parte del paciente es de destacar: la ausencia o el grado de cronificación, la existencia de anteriores fracasos terapéuticos y la personalidad premórbida.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Afnan S, Carr A. Interdisciplinary treatment of a case of elective mutism. *British Journal of Occupational Therapy* 1989;**52**(2):61-66.
- 2 OMS. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992:339-341.
- 3 OMS. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de Investigación*. Madrid: Meditor, 1992:209.
- 4 Kaplan H, Sadock BJ. Selective Mutism. En: *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. clinical psychiatry*. New York: Williams & Wilkins, 1994:1108-1109.
- 5 Wilkins R. A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *Br J Psychiatry* 1985;**146**:198-203.
- 6 Krohn D. A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;**32**(3):686-687.
- 7 Kolvin I, Fundudis T. Elective mute children: Psychological development and background factor. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* 1982:484-501.
- 8 Kurth E, Schweigert K. Causes and courses of mutism in children. *Psychiatrie Neurologie und medizinische Psychologie* 1972;**24**(12):741-749.
- 9 Lesser KM. Stranger reaction and elective mutism in young children. *Am J Orthopsychiatry* 1986;**56**(3):458-469.
- 10 Black B, Uhde T. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**(6):1090-1094.
- 11 Crumley F. Is elective mutism a social phobia? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;**32**(5):1081-1082.
- 12 Adomnicai I, Amar M. Des difficultés du diagnostic d'hystérie chez l'enfant. Difficulties of the diagnosis of hysteria in children. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1987;**35**(1):1-8.
- 13 Eldar S, Bleich A. Elective mutism: An atypical antecedent of schizophrenia. *J Adolesc* 1985;**8**(3):289-292.
- 14 Atlas J. Symbol use in a case of elective mutism. *Percept Mot Skills* 1993;**76**(3):1079-1082.
- 15 Hesselman S. Elective mutism in children 1877-1981: A literary summary. *Acta Paedopsychiatrica* 1983;**49**(6):297-310.
- 16 Landgarten H. Art therapy as primary mode of treatment for an elective mute. *American Journal of Art therapy* 1975;**14**(4):121-125.
- 17 Rosenberg J. Behavior therapy in a family context: Treating elective mutism. *Fam Process* 1978;**17**(1):77-82.
- 18 Golwyn D, Weinstock R. Phenelzine treatment of elective mutism: a case report. *J Clin Psychiatry* 1990;**51**(9):384-385.
- 19 Lowenstein LF, Lowenstein K. The treatment and follow-up of a number of cases of elective mutism. *B.A.B.P. Bulletin* 1976;**4**(3):41-46.
- 20 Lowenstein LF. The result of twenty-one elective mute cases. *Acta Paedopsychiatrica* 1979;**45**(1):17-23.