

NATURALEZA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL MUTISMO ELECTIVO. UNA REVISION

José Olivares Rodríguez
Diego Macià Antón
Francisco Xavier Méndez Carrillo

Departamento de Metodología y Análisis del Comportamiento. Facultad de Psicología.
UNIVERSIDAD DE MURCIA

RESUMEN

El mutismo electivo es un problema de conducta, cuyo inicio se ubica generalmente en los años preescolares, con una frecuencia de ocurrencia lo suficientemente alta como para justificar la necesidad de su consideración y estudio.

En el presente trabajo se presenta una revisión de la investigación realizada desde el marco conductual sobre la naturaleza, problemas de delimitación conceptual, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de este problema.

La revisión pone de manifiesto, entre otras cuestiones, la escasa atención que han dedicado al tema los psicólogos españoles, los problemas que genera la carencia de una definición operativa del mutismo electivo, la eficacia del tratamiento conductual y la presunción de una importante relación entre la alta demora estimada entre el inicio del problema y el de su tratamiento y la constatada extrema resistencia del mismo al tratamiento.

Palabras clave: *MUTISMO ELECTIVO, TRATAMIENTO CONDUCTUAL, REVISION*

SUMMARY

The elective mutism is a behavioural problem which normally begins during pre-school years, with a high enough frequency to justify the need for its study.

In this paper we review the behabioural research about the nature, concept, epidemiology, diagnosis and treatment of this problem.

This review shows the little interest shown by Spanish psychologists, the problems caused by the lack of an operational definition of elective mutism, the efficacy of behavioural treatment and the presumption of an important relationship between the long delay rated between the onset of the problem and the beginning of the treatment and its proven extreme resistance to treatment.

Key words: ELECTIVE MUTISM, REVIEW, BEHAVIORAL TREATMENT.

1. INTRODUCCION

Como recordaban *Wright, Miller, Cook y Littman* (1985) los niños pequeños, en general, suelen mostrarse reticentes a establecer contacto y/o relacionarse con personas desconocidas o en situaciones extrañas para ellos. De hecho, coincidiendo normalmente con el inicio de su escolarización no obligatoria o, cuando esto no ha sucedido, con su incorporación al régimen obligatorio de escolaridad, durante los primeros días los niños se muestran reticentes a hablar o incluso, en algunos casos, se niegan a hacerlo (aun cuando pudieran ser instigados para ello). Transcurrido un breve período de adaptación a esta nueva situación (generalmente días), la práctica totalidad vuelven a hablar. En cambio, otros prorrogan y generalizan este silencio ante personas y/o situaciones extrañas (no íntimas). En estos casos, la inhibición de los sujetos (su mutismo) pasa a considerarse como "un problema de la infancia particularmente difícil (...) [y] con una incidencia lo suficientemente alta como para considerarlo problemático (...) [y] justificar un vivo interés por su etiología, diagnóstico y tratamiento" (*Ollendick y Matson*, 1988; págs. 337. 342).

Pese a las palabras de *Ollendick y Matson* (o.c.) el tema aún no parece haber alcanzado entre nosotros el interés y la importancia que dichos autores le reconocen. De hecho en una revisión que recientemente hemos reali-

zados, en distintas publicaciones, no hemos podido contabilizar más que un escaso número de trabajos publicados sobre tratamiento del mutismo electivo (véase cuadro núm. 1) de los cuales ninguno ha sido publicado por aquellas revistas que, recogiendo y ampliando la propuesta de *Bragado* (1992), pudieramos considerar como representativas del desarrollo de la psicología española (véase cuadro número 1).

CUADRO 1.- Número de publicaciones relacionadas con el mutismo electivo aparecidas en revistas españolas, estimadas como representativas del desarrollo de la psicología española, durante los periodos de tiempo revisados que se citan

	Análisis y M.Cta.	Estudios de Psic.	Revista E.T.C.O.	Rev. Ps. Gral. y A.	Inf. y Aprend.
Años	1975/1993	1980/1991	1982/1990	1977/1992	1978/1992
Volumen/número (Total) (57)	1-18/1-63 (63)	- /1-45 (45)	0-8/ (26)	- (74)	-/1-57
Nº publicaciones relac. con m.e.	0	0	0	0	0
Análisis y M.Cta. = Análisis y Modificación de Conducta. Estudios de Psic. = Estudios de Psicología Revista E.T.C.O. = Revista Española de Terapia del Comportamiento Rev. de Ps. Gral. y A. = Revista de Psicología General y Aplicada Inf. y Aprend. = Infancia y aprendizaje					

En cuanto a la consideración clínica de este problema las distintas revisiones realizadas durante la última década sobre la literatura, producida en torno al mismo (v.g., *Hesselman*, 1983; *Labbe* y *Williamson*, 1984 o, entre nosotros, *Monras*, 1984), confirman reiteradamente a *Tramer* (1934) como el autor que utilizó por primera vez los términos “*mutismo electivo*” para identificar el comportamiento (previamente descrito como *afasia voluntaria* por *Kussmaul* en 1877) de aquellos niños que limitaban su comunicación oral a personas muy íntimas y en situaciones muy específicas (siendo la más frecuente el hogar).

2. CONCEPTO

Como ya hemos comentado en otro lugar (Olivares, Méndez y Macià, 1990), desde el punto de vista de la operacionalización conductual del mutismo selectivo, probablemente la aportación más importante, de entre aquellas que generaron los estudios iniciales, se presenta en el trabajo de Reed (1963). En este trabajo Reed ya excluye una posible explicación concurrente de la conducta problemática en términos de "trauma infantil", define el mutismo selectivo como una conducta de evitación aprendida y, así mismo, relaciona su génesis con un amplio abanico de variables que producen ansiedad en el sujeto.

La construcción y delimitación del concepto de mutismo selectivo ha ido contando, en el marco del modelo conductual, con aportaciones (hallazgos y/o constataciones), por parte de distintos autores, en una sucesión que encuentra en el trabajo de Paniagua y Saeed (1988) una de sus últimas contribuciones.

En esta sucesión de aportaciones a la clarificación del problema, al tiempo que a su diagnóstico diferencial, a autores como Kolvin y Fundudis (1981) les ha correspondido el enésimo refrendo de la presencia, entre los repertorios básicos de conducta del mudo selectivo, de las respuestas verbales necesarias para la producción y mantenimiento de una comunicación oral fluida y espontánea con alguno de los miembros de la propia familia y/o amigo(a) íntimo(a). Otros como Rutter (1977) han recordado la necesidad de que sea constatada la ausencia de alteración durante el examen neurológico, mientras que Reed (1963) ya llamaba la atención sobre la conveniencia de distinguir entre "manipuladores" y "fóbicos". La consideración de la necesidad de ausencia de retraso mental profundo o déficit motor fue manifestada, entre otros, por Sluckin y Jehu (1969) y más tarde por Friedman y Karagan (1973) o Bauermeister y Jemal (1975) mientras que otros autores, como Wright (1968), ya habían verificado la independencia entre mutismo selectivo y nivel intelectual y, más tarde, Williamson, Sewell, Sanders, Haney y White (1977) diferenciaban el mutismo selectivo de la *aversión a hablar* (ocurrencia de algún tipo o modalidad de lenguaje oral en distintas situaciones de interacción social con personas ajenas al ámbito íntimo).

El diagnóstico diferencial con problemas de origen estrictamente orgánico y/o sensorial, tales como la sordera, ha sido subrayado por Cantewell y Baker (1985) mientras que, por otra parte, Paniagua y Saeed (1988)

distinguen entre mutismo electivo y progresivo (ausencia de habla en cualquier situación y con toda persona).

Desde el punto de vista categorial, por razones de estricta conveniencia, según señalan los propios autores, *Kolvin y Fundudis* (1981) ubican el mutismo electivo junto al mutismo de origen presumiblemente biológico (v.g., casos en los que se relaciona con sordera profunda, retraso mental grave o autismo infantil), pero distinguiendo el electivo del traumático básicamente porque este último sigue de forma inmediata a un acontecimiento traumático (biológico o físico) que le antecede mientras que en aquél no se tiene constancia de trauma precedente de este orden que lo pudiera justificar.

Otros autores optan por otro tipo de agrupaciones (v.g. *Hayden*, 1980) o hacen su distinción, por ejemplo, en base a la edad de aparición de la conducta problema tal cual ocurre con *Kaplan y Escoll* (1973) que incluyen una nueva categoría ("mutismo electivo adolescente") con edad de inicio posterior a los 12 años.

La caracterización básica de este problema conductual también ha venido siendo recogida y compilada por la American Psychiatric Association (APA) en las sucesivas revisiones de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) como una categoría diagnóstica específica.

Al igual que ocurre respecto de otros problemas conductuales relacionados con el constructo ansiedad (c.f. *Eysenck, Wakefield y Friedman*, 1983 o *Marks*, 1992), nosotros estimamos que, también en este caso, la categorización que la APA (1987) realiza sobre el *mutismo electivo* carece de funcionalidad dado que, al englobar dentro de la misma al *mutismo progresivo* y la *aversión a hablar*, ignora las implicaciones que esta sobre-inclusión (confusión) puede generar (utilizando la propia terminología de la APA) tanto en lo concerniente al pronóstico como en relación con la elección del tratamiento o el curso del problema (véase *Labbe y Williamson*, 1984; *Piersel y Kratochwill*, 1981; *Paniagua y Saeed*, 1988; *Williamson et al.*, 1977).

En la actualidad, desde nuestro punto de vista, una definición operativa del mutismo electivo debería incluir la constatación de un descenso generalizado (hasta su anulación) de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal (negativa persistente a hablar) en todas las situaciones sociales y, así mismo, ante personas ajenas al ámbito íntimo (excepción hecha de algún amigo y/o familiar --generalmente la madre--). Todo ello sin que, por otra parte, se haya podido encontrar ningún otro problema de orden psicológico, o somático, que pudiera justificarlo.

3. EPIDEMIOLOGIA

De las distintas revisiones llevadas a cabo sobre este problema (así *Cunningham, Cataldo, Mallion y Keyes*, 1983; *Hesselman*, 1983 o *Labbe y Williamson*, 1984) y los estudios epidemiológicos que se citan a continuación se desprende que: 1) la frecuencia de ocurrencia, o prevalencia estimada, parece depender tanto de la edad de los sujetos muestreados como de los límites marcados en la delimitación y operacionalización del problema, así como del tipo de mutismo; 2) en cualquier caso se trata de un problema de conducta con baja frecuencia de ocurrencia.

Siguiendo el curso temporal de los trabajos epidemiológicos publicados podemos observar la variabilidad ya comentada en el apartado 1) del párrafo anterior. Así, respecto de la ocurrencia en la población general el estudio realizado por *Salfield* en 1950 informa del 1%. Veintinueve años más tarde *Fundudis, Kolvin y Garside* (1979) hallaron, en su Newcastle Epidemiological Study, una frecuencia relativa del 0.66 por mil entre sujetos de 7 años mientras que, cuatro años antes, *Brown y Lloyd* (1975), utilizando una definición menos restrictiva que *Fundudis et al.* (o.c.), informan de una frecuencia relativa del 7,2 por mil en niños de cinco años, pero a los 10-12 meses de iniciada la escolaridad la ratio se hallaba entre 0.33-0.66 por mil. Por su parte el DSM-III-R (APA, 1987) asume una frecuencia relativa inferior al 1% y *Bradley y Sloman* (1975) informan de un 2.6 por mil entre niños de jardín de infancia.

En un estudio realizado por nosotros, en abril de 1991, sobre una población de 2.400 preescolares españoles (párvulos de primer año), encontramos una frecuencia relativa del 1,5 por mil utilizando un criterio restrictivo (hablar sólo en casa y presentar una historia ininterrumpida en la conducta problema de al menos seis meses). De igual modo hemos podido constatar que, tal como ya había sido informado reiteradamente (v.g., *Kolvin y Fundudis*, 1981 o *Wilkins*, 1985), se trata de un problema con una frecuencia de ocurrencia que parece ligeramente mayor en los niños que en las niñas (en nuestro caso la proporción es de un 66,66% para los niños y de un 33,34% para las niñas) mientras que en otros, por ejemplo en los casos publicados por autores españoles, a los que pasamos revisión en el apartado de tratamiento, las niñas no parecen haber requerido atención (el 100% de los casos publicados corresponde al sexo masculino).

En el caso concreto de sujetos mudos electivos escolarizados en aulas

de educación especial, o centros específicos de educación especial, *Cline y Keysel* (1988) dan cuenta, sobre una muestra de 8.067 sujetos londinenses, de una frecuencia relativa del 2,9 por mil, no encontrando diferencias significativas entre sexos (sobre 23 mudos electivos 11 eran chicos y 12 chicas).

Brown y Lloyd (1975) tampoco hallaron diferencias en función del sexo en la incidencia del mutismo electivo entre niños normales con edades comprendidas entre los 4 y los 5 años.

La edad más común informada respecto del inicio de la conducta problema se ubica entre los tres y los cinco años, pero ésta es generalmente reconocida como tal (diagnosticada oficialmente) cuando los niños inician sus escolaridad y rehusan a hablar con sus profesores y compañeros (v.g., *Elson, Pearson, Jones y Schumacher*, 1965 o *Hayes*, 1971).

4. NATURALEZA DEL PROBLEMA

En el ámbito conductual las hipótesis más ampliamente contrastadas en los estudios clínicos publicados son las que relacionan ansiedad y/o refuerzo y mutismo electivo (c.f. por ejemplo *Carr y Afnan*, 1989 o *Hesselman*, 1983).

Prácticamente desde el inicio de la aplicación del modelo conductual al estudio y tratamiento de este problema, las respuestas de evitación/escape ante situaciones de interacción social, exhibidas por el mudo electivo, han sugerido la hipótesis de que el mutismo es una estrategia aprendida cuyo mantenimiento se explicaría por refuerzo negativo contingente al cese o evitación de las demandas de habla. Tal es el caso, ya comentado, de *Reed* (1963) o de otros autores como *Halpern, Hammond y Cohen* (1971) o *Shaw* (1971).

En el caso concreto de autores españoles *Echeburúa y Espinet* (1990), de acuerdo con esta hipótesis, también definen el mutismo electivo, presentado por el sujeto objeto de su intervención, como una conducta de evitación mantenida por reforzadores negativos (en su caso concreto de tipo cognitivo --no hablar para evitar algo que se teme--).

Para autores como *Croghan y Craven* (1982), *Goll* (1979), *Kolvin y Fundudis* (1981) o *Rosenberg y Linblad* (1978) la génesis del mutismo electivo podría ser explicada como la respuesta al estrés situacional, en la mayor parte de los casos ocasionada por el inicio de la escolarización, de acuerdo con los patrones de conducta que caracterizan a sus modelos familiares.

Desde esta última perspectiva las expectativas aprendidas a través de la experiencia directa, el modelado o la facilitación de información respecto de acontecimientos potencialmente desagradables serían las responsables en última instancia, desde el modelo del aprendizaje social de *Bandura* (1977), de la adquisición de esta conducta problema.

Desde el modelo biprocesual de *Mowrer* (1960) la génesis del mutismo selectivo viene explicada por el modelo del condicionamiento clásico (estímulos neutros terminarían evocando respuestas de ansiedad por asociación con estímulos aversivos que, de forma incondicionada, desencadenan este tipo de respuestas), mientras que su mantenimiento lo explicaría el condicionamiento operante (toda respuesta de escape/evitación ante un estímulo/situación aversivo/a quedaría reforzada negativamente)

En cuanto al mantenimiento de esta conducta problema habría que añadir que, por una parte, entre los sujetos con mutismo selectivo son muchos los que se comunican eficazmente por medio de signos, gestos no verbales o escritura (v.g., *Cunningham, Cataldo, Mallion y Keyes*, 1983; *Echeburúa y Espinet*, 1990) lo que supone de forma manifiesta, como recuerda *Pérez-Alvarez* (1990), "la instauración de una comunicación no-verbal que es funcionalmente equivalente a la interacción verbal referencial" (pág. 202). De otro lado, ante la respuesta de silencio de los niños, los adultos (generalmente los suministradores de refuerzos con mayor significación: padres, profesores, abuelos, etc.) responden adoptando frecuentemente patrones de interacción verbal (v.g. "¿Querías agua?") que facilitan la respuesta de evitación/escape; en otras ocasiones este patrón de interacción verbal puede ir seguido de recompensas (v.g., caricias, autoverbalizaciones en voz alta tales como "No hay que preocuparse: poquito a poquito", etc.) que, de igual modo, contribuyen al mantenimiento/estabilidad de la respuesta de silencio al disminuir/evitar el estado de malestar subjetivo y proporcionar privilegios y/o atención.

Desde los inicios de la intervención conductual en este problema también ha podido observarse que la respuesta de silencio no es reforzada por los iguales (v.g. *Straughan, Potter y Hamilton*, 1965), la conducta de éstos conlleva un retirada de atención que se traduce en una reducción progresiva de la interacción con el mudo selectivo, hasta quedar éste completamente aislado (no sólo en clase, en el autobús o en el patio escolar, también en casa respecto de sus compañeros de clase y vecinos del barrio). Este hecho, a su vez, también termina contribuyendo a la consolidación y mantenimien-

to de la conducta problema al reducir prácticamente a cero las probabilidades de interacción verbal en este contexto y, en consecuencia, como ya comentaba *Brison* (1966), minimizar la posibilidad de que pudiera producirse de forma natural (fortuita) el desvanecimiento estimular, la desensibilización *in vivo* y/o el refuerzo positivo.

El mantenimiento del problema también vendría explicado por la posible razón que lleva generalmente a los padres a retardar mucho la petición de ayuda para la solución del problema de su hijo (cuando lo hacen). Un "comportamiento similar" en el repertorio conductual infanto-juvenil y/o actual de los padres y/o parientes próximos explicaría la "comprensión", la ausencia de una percepción negativa del mutismo y, en definitiva, la no urgencia de pedir ayuda. De hecho, en aquellos trabajos en los que se ha realizado un estudio en este sentido (v.g., *Brown y Lloyd*, 1975) entre familias sin antecedentes pasados y/o actuales de mutismo electivo (grupo control) y familias con mudos electivos entre sus miembros y/o parientes, se han obtenido resultados que tienden a confirmar esta hipótesis.

Otras variables, generalmente de relevancia muy cambiante de unos estudios a otros, incluso muchas veces con resultados contradictorios, también han sido hipotetizadas como elementos potencialmente participantes y/o facilitadores de/en la génesis y/o mantenimiento del problema. Entre éstas se hallan variables sociodemográficas (v.g., *Bradley y Sloman*, 1975; *Brown y Lloyd*, 1975 o *Looff*, 1971), diferencias significativas con la población control respecto de dificultades en el habla (así *Wright*, 1968) patologías familiares (por ejemplo, *Goll* 1979; *Krolian*, 1988 ó *Pustrom y Speers*, 1964), variables orgánicas tales como problemas intestinales, de la vejiga urinaria o hiperactividad (*Kolvin y Fundudis*, 1981), o diferencias étnico-culturales (*Goll*, o.c.).

Por lo que respecta al caso concreto del papel de las variables étnico-culturales, y del posible efecto del bilingüismo sostenido por algunos autores (v.g. *Sluzki*, 1983), el trabajo de *Cline y Kysel* (1988), en relación con la muestra londinense utilizada, parece dejar clara la inexistencia de relaciones significativas entre ambos conjuntos de variables y el mutismo electivo. Es más, en términos cuantitativos el citado trabajo arroja 54,5% de sujetos con mutismo electivo entre el grupo de anglosajones (ingleses, galeses, escoceses e irlandeses) frente al 27,3% del grupo integrado por afrocaribeños o el 4,5% que corresponde al grupo de los asiáticos (el 13% representa a los sujetos que no se pueden asignar a ninguno de los grupos anteriores).

Resumiendo cabe decir que el supuesto común a todas las explicaciones conductuales es que el mutismo selectivo es una respuesta aprendida, en cuya adquisición y mantenimiento pueden intervenir procesos de condicionamiento directo (clásico y operante) y procesos de aprendizaje vicario y/o de transmisión de la información, con independencia de que esas explicaciones puedan tener en cuenta, además, variables biológicas (por ejemplo, preparatoriedad de la especie ante determinados estímulos/situaciones --en este caso situaciones extrañas y ausencia de seres conocidos--), variables relativas a la predisposición individual para condicionar respuestas de ansiedad (v.g., mayor labilidad electrodermal) u otro tipo de condicionantes ambientales que pudieran actuar como facilitadores de la génesis y/o moduladores del mantenimiento.

5. TRATAMIENTO

El pronóstico respecto del tratamiento del mutismo selectivo es señalado por unos autores como pobre (c.f. Carr y Afnan, 1989) mientras que otros subrayan además el reconocimiento reiterado de la extrema resistencia del problema a las formas más variadas de tratamiento --conductuales y no conductuales-- (v.g., Ciottone y Madonna, 1984; Halpern, Hammond y Cohen, 1971; Kupiez y Schwarz, 1982; Kolvin y Fundudis, 1981 o Reed, 1963). Pese a ello, cuando las revisiones se hacen sobre estudios que han empleado en el tratamiento de este problema técnicas conductuales siempre aparece reflejada la eficacia de las mismas (así Cunningham et al., 1983; Labbe y Willianson, 1984 o Sluckin, Foreman y Herbert, 1991).

Por otra parte, en general, el grado de pesimismo alcanza sus cuotas más altas en el pronóstico de la eficacia del tratamiento de este problema cuando el sujeto no ha logrado una mejoría sustancial, respecto de la conducta de hablar, antes de los diez años de edad. Es decir, el pronóstico de las intervenciones parece estar mediado también por la prontitud con que se inicia el tratamiento del problema en relación con su aparición (c.f. Baldwin y Cline, 1991; Hayden, 1980; Hesselman, 1983; Kolvin y Fundudis, 1981 o Wright, Miller, Cook y Littman, 1985). Pese a ello, en general, los datos de las revisiones ponen de manifiesto fuertes demoras entre el momento informado de inicio del problema y el del inicio de su tratamiento, como puede verse en el cuadro número 2 o en los estudios de caso único de los autores españoles (cuadro número 3).

CUADRO 2.- Demoras estimadas a partir del momento informado de inicio del problema y el del inicio de su tratamiento en distintas revisiones

Estudio/visión	Número de sujetos	Edad media (años) informada/estimada de los sujetos		
		del inicio del mutismo electivo	en el inicio tratamiento	Demora
Wright (1968)	24	3,6	6,50	2,90
Wergeland (1979)	11	3,5	9,50	6,00
Hayden (1980)	68	4,5	8,00	3,50
Cunningham et al (1983)	38	5,6	7,86	2,20
Wright et al (1985)	81	4,9	8,30	3,40
Olivares et al (1991)	23	4,15	7,71	3,56
Demora media estimada				3,59

CUADRO 3.- Demoras estimadas a partir del momento informado de inicio del problema y el del inicio de su tratamiento en casos publicados por autores españoles

Autores	Número de sujetos	Edad media (años) informada/estimada de los sujetos		
		del inicio del mutismo electivo	en el inicio tratamiento	Demora
Cambrá (1988)	1	7.1	8	0.9
Echeburúa et al.(1990)	1	2(*)	6	4(*)
Martínez et al. (1984)	1	7	12.4	5.4
Olivares et al. (1990)	1	6(*)	14	8(*)
Pérez-Alvarez (1990)	1	2(*)	5.6	3.6(*)
Rodríguez et al.(1982)	1	5	8	3
Demora media estimada				4,15

(*) = La información disponible no ha permitido concretar con precisión el inicio del problema. La cuantificación es una estimación nuestra a la luz de los datos proporcionados en el caso.

Pese a las fuertes demoras observadas en los cuadros 2 y 3, tanto en nuestra propia revisión, como en la supervisión de las revisiones previas a la nuestra (ya mencionadas), tan sólo hemos podido constatar la existencia de un trabajo que tubiera por objeto explícito la identificación e intervención temprana en mudos electivos (*Wright, Miller, Cook y Littman, 1985*).

Respecto del tratamiento en si, en el ámbito del modelo conductual, desde las revisiones recientes más extensas (c.f. *Cunningham et al., 1983; Labbe y Williamson, 1984*) hasta los trabajos de autores como *Brisson (1966), Brown y Doll (1988), Cambra (1988); Colligan, Colligan y Dillard (1977), Echeburúa y Espinet (1990); Lazarus, Gavilo y Moore (1983); Nolan y Spence (1970); Paniagua y Saeed, 1987; Pecukonis y Pecukonis, 1991; Pérez-Alvarez (1990) o Rosenberg y Lindblad (1978)*, por poner sólo algunos ejemplos, se pone de manifiesto la eficacia ya comentada de determinados procedimientos conductuales (de forma aislada o combinados) en el tratamiento del mutismo electivo tanto cuando éste ha sido individual como cuando se ha procedido a su tratamiento en grupo (*Bozigar y Hansen, 1984*).

En relación con el número de sesiones requerido para lograr la participación activa del sujeto en el proceso de comunicación, con independencia de la técnica o "paquete" de tratamiento empleado, el habla espontánea suele requerir alrededor de 44 sesiones de tratamiento como promedio, mientras que el logro del habla como respuesta a preguntas sitúa su media en 18 sesiones según datos de la revisión de *Cunningham et al. (1983)*.

A modo de síntesis presentamos en el cuadro número 4 el porcentaje de empleo de técnicas y/o "paquetes" de intervención en el tratamiento del mutismo electivo, calculados a partir de los 34 estudios (41 sujetos tratados, de ellos 4 en grupo y el resto estudios de caso único) revisados por *Cunningham et al. (1983)*, los 6 estudios (7 sujetos tratados utilizando diseños de caso único) que figuran en la revisión de *Labbe y Williamson (1984)*, formando parte de las 29 publicaciones revisadas por ellos y no incluidos en la revisión previa de *Cunningham et al. (1983)*, y los 23 de nuestra propia revisión.

Con gran diferencia, la combinación de refuerzo positivo y desvanecimiento estimular es el tratamiento más utilizado por los autores muestreados.

Otras modalidades de intervención conductual potencialmente eficaces, en consonancia con la hipótesis de miedo adquirido, tales como los procedimientos de autocontrol, inundación, desensibilización sistemática o entrenamiento en relajación, no aparecen en las revisiones que hemos supervisado, ni en nuestra propia revisión, ni entre las técnicas de mayor frecuencia de empleo ni entre

aquellas cuya eficacia ha sido refrendada por estudios sistemáticos en sujetos con mutismo selectivo. Una excepción en este sentido parece empezar a serlo una variante del modelado: el automodelado filmado y trucado (c.f. *Dowrick y Hood 1978, Pigott y González, 1987 y Kehle, Owen y Cressy, 1990*).

CUADRO. 4.- Porcentaje de empleo de técnicas y/o “paquetes” de intervención en el tratamiento del mutismo selectivo en las revisiones mencionadas

Refuerzo(+)	Desvanecimiento estimar	Desvanecimiento estimar + Refuerzo(+)	Aversión/ Alivio	Otras
0,42%	5,26%	55,26%	21%	18,06%

Por lo que respecta a la evaluación de la eficacia diferencial de las intervenciones realizadas a través de procedimientos psicoterapéuticos (v.g., terapia del juego), frente a intervenciones conductuales, sólo hemos podido encontrar un trabajo publicado en el que tal estudio se llevara a cabo (*Paniagua y Saeed, 1987*). En esta publicación, modelo de rigor metodológico, se emplearon inicialmente las siguientes técnicas: sugestión, terapia familiar, terapia psicodinámica individual y terapia de juego. Ante la falta de cambios significativos respecto de la línea base, durante las primeras ocho sesiones de tratamiento, los autores iniciaron el tratamiento con procedimientos conductuales que sí generaron cambios altamente significativos.

Pese a la carencia de estudios contundentes en este sentido, a la luz de los resultados de *Paniagua y Saeed (1987)*, cabe pensar que en aquellos casos en los que se emplean estrategias psicoterapéuticas combinadas con procedimientos conductuales en el tratamiento de mutismo selectivo (v.g., *Austad, Sininger y Stricklin, 1980; Carr y Afnan, 1989; Hoffman y Laub, 1986 o Thorpe, Keegan y Veeman, 1985*) el éxito informado pudiera estar dependiendo, básicamente, de los componentes conductuales del tratamiento.

La presente revisión también revela cómo desde el modelo conductual la inclusión de toda o parte de la familia del mudo selectivo, como fuente de coterapeutas y/o como objeto de tratamiento, consituye una constante de la

práctica habitual cuando la relación entre esta conducta problema y la familia ha sido puesta de manifiesto por el análisis funcional (c.f. *Rosenberg y Linblad*, 1978 y 1984; *Straughan*, 1968 o *Wahler*, 1983). En cambio, cuando no se ha observado ninguna relación los investigadores informan de resultados positivos sin precisar de la mediación familiar (así, por ejemplo, *Bauermeister y Jamail*, 1975; *Brisson*, 1966 o nosotros mismos *Olivares, Méndez y Macià*, 1990) e incluso, en algún caso, tal cual ocurre con *Lazarus, Gavilo y Moore* (1983), los autores dan cuenta dentro de una misma publicación del tratamiento de dos sujetos mudos electivos para lo que, en un caso, se precisó de la inclusión de la familia mientras que, en el otro, bastó con el tratamiento del sujeto en el contexto escolar. No obstante, cabe recordar que la familia, al igual que los compañeros de clase, barrio o autobús, pueden constituir elementos clave en todo tratamiento que persiga la generalización del habla a sujetos y situaciones distintas a las del entrenamiento.

6. CONCLUSIONES

Como hemos podido observar, la estabilidad de la frecuencia de ocurrencia del mutismo electivo, constatada por los estudios longitudinales, parece depender de la edad de los sujetos muestreados (a mayor edad menor frecuencia), del tipo de mutismo estudiado y del modo de operacionalización y delimitación del problema. No obstante, como han verificado *Kolvin y Fundudis* (1981), cuando el criterio ha sido restrictivo raramente se produce una "remisión espontánea" de la conducta problema. Es más, cuando en éste último sentido se produce el fenómeno de la "maduración", tal hecho podría ser explicado por la ocurrencia fortuita de eventos que de forma natural pueden desencadenar, como ya observara *Brisson* (1966), tanto un proceso de desvanecimiento estimular como una desensibilización en vivo (generalmente combinados con refuerzo positivo). Todo ello nos lleva a considerar necesaria la realización de nuevos estudios epidemilógicos, pero bajo premisas estrictamente conductuales en la delimitación y operacionalización de esta conducta problema.

Pese a la baja frecuencia de ocurrencia de este problema conductual, sus consecuencias pueden resultar altamente incapacitantes para el sujeto. Así, se ha podido constatar cómo entre sus efectos desadaptativos se hallan los generados por el aislamiento, el olvido y/o rechazo (a veces acompañado de

burla) por parte de sus compañeros, déficits y/o carencias de los repertorios básicos de conducta implicados tanto en las habilidades sociales necesarias para la defensa de los propios derechos como en el inicio, mantenimiento y/o recuperación de una interacción social o, por otra parte, los implicados por los déficits instrumentales generados por la carencia o reducción a mínimos del rendimiento escolar (por ejemplo, disminución drástica de oportunidades laborales o reclusión de los sujetos en aulas o centros específicos de educación especial que, a su vez, generalmente aún limita más sus posibilidades de incrementar sus repertorios básicos de conducta).

No parecen existir diferencias significativas en función de la variable orgánica "sexo", aun cuando puede advertirse una mayor frecuencia en el sexo masculino en estudios epidemiológicos de carácter general que queda anulada en los estudios en que se utiliza únicamente sujetos con una historia prolongada de forma interrumpida de mutismo selectivo (c.f. *Cline y Kysel, 1988*).

Otro tanto ocurre con las medidas del constructo inteligencia: en general no se encuentran diferencias significativas entre los sujetos mudos selectivos y el resto de la población de su misma edad y grupo cultural (véase, por ejemplo, *Kolvin y Fundudis, 1981*).

El pronóstico respecto de la eficacia del tratamiento parece incrementar su grado de pesimismo en la misma medida en que lo hace el tiempo de demora en la aplicación del tratamiento (grado de consolidación del aprendizaje) o, en su caso, en la misma proporción en que, aun estando siendo sometido a tratamiento, el sujeto se aproxima a los diez años de edad sin que se haya producido un incremento sustancial de la conducta de hablar. Pese a ello, la demora media que hemos podido estimar se sitúa en los 3,6 años con carácter general y en 4,15 años en los estudios de autores españoles.

En la demora del inicio del tratamiento, además de la desinformación y creencias erróneas de buena parte de los profesionales de la educación, la pediatría y los propios padres, también suele hallarse la existencia de conductas similares en el momento actual, o en un pasado próximo, en el ámbito familiar del sujeto.

Las intervenciones conductuales se muestran generalmente eficaces en el tratamiento de este problema y aun cuando, en algún caso, los problemas de infraestructura pudieran minimizar los efectos de la intervención cuando éstos logran resolverse el tratamiento termina mostrándose altamente válido (c.f. *Brown y Doll, 1988*). Pese a ello, no resultan todo lo eficientes que sería

deseable (excepción hecha de los resultados comunicados por *Dowrick y Hood, 1978* o *Kehle, Owen y Cressy, 1990*, respecto del automodelado filmado y trucado) dado el elevado número de sesiones que generalmente suelen requerir, la infraestructura que su aplicación conlleva o el grado de intrusismo que pueden suponer para el sujeto tratado.

El estado actual de desarrollo de las intervenciones conductuales en mutismo selectivo genera, al menos, las siguientes necesidades de investigación:

- a) búsqueda de tratamientos más eficientes y/o réplica de aquellos que habiendo mostrado los mayores niveles de eficacia todavía no han sido sometidos a una contrastación sistemática (v.g., el automodelado filmado y trucado);
- b) diseño de investigaciones que permitan clarificar cuál es el peso relativo de cada uno de los componentes que integran los "paquetes" de tratamiento que se han mostrado más eficaces en el tratamiento de este problema;
- c) evaluar la eficacia relativa de los tratamientos informados como eficaces, con carácter general, en función del tiempo de demora entre el inicio del problema y la aplicación del tratamiento;
- d) realizar nuevos estudios epidemiológicos previa delimitación y operacionalización conductual del mutismo selectivo.

En relación con el proceso de evaluación éste debería superar el ámbito individual y contemplar el contexto institucional (familia y escuela) con el fin de determinar, en cada caso, la necesidad de intervenir en la modificación de:

- las expectativas y creencias del alumnado que comparte clase con el mudo selectivo, respecto de la capacidad de hablar de éste,
- la propia conducta de los compañeros de clase, los profesores y padres en relación con el refuerzo contingente de respuestas de evitación y/o escape del mudo selectivo y, por último,
- las conductas paternas de modelado de las respuestas de escape y/o evitación.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R; 3ª edic. revisada). Washington: APA.
- Austad, C. S.; Sininger, R. y Striclin, A. (1980). Successful treatment of case of

- elective mutism. *Behavior Therapy*, 3 (1), 18-19.
- Baldwin, S. y Cline, T. (1991). Helping children who are selectively mute. En A. Webster (Ed.). *Language and language-related difficulties. Educational and Child Psychology*, 8 (3), 72-83.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Nueva York: Prentice-Hall (trad. cast. Espasa Calpe, 1982).
- Bauermeister, J. J. y Jemal, J. A. (1975). Modification of elective mutism in the classroom setting: a case study. *Behavior Therapy*, 6, 246-250.
- Bozigar, J. A. y Hansen, R. A. (1984). Group Treatment of elective mute children. *Social Work*, 29 (5), 478-480.
- Bradley, S. y Sloman, L. (1975). Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 510-514.
- Bragado, C. (1992). Trastornos de ansiedad en la infancia. *Evaluación y Modificación de Conducta*, 57, 5-27.
- Brison, D. W. (1966). Case studies in school psychology. A non-talking child in kindergarten: An application of behavior therapy. *Journal of School Psychology*, 4, 65-69.
- Brown, B. J. y Lloyd, M. A. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *Journal of the Association of Workers for Maladjusted Children*, 3, 27-37.
- Brown, B. y Doll, B. (1988). Case Illustration of Classroom Intervention with and Elective Mute Child. *Special Services in the Schools*, 5, 107-125.
- Cambra, J. (1988). Mutismo electivo escolar: diagnóstico y estrategias de intervención. *Informació Psicológica*, 33, 48-52.
- Cantwell, D. y Baker, L. (1985). Speech and language: developmental disorders. En M. Rutter y L. Hersov (Eds.). *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (2ª ed.). Oxford: Blackwell.
- Carr, A. y Afnan, S. (1989). Concurrent individual and family therapy a case of elective mutism. *Journal of Family Therapy*, 11, 29-44.
- Ciottone, R. A. y Madonna, J. M. (1984). The Treatment of Elective Mutism: The Economics of an Integrated Approach. *A Journal for Remedial Education and Counseling*, 1, 23-30.
- Cline, T. y Kysel, F. (1988). Children who refuse to speak. Ethnic background of children with special educational needs described as elective mute. *Children and Society*, 4, 327-334.
- Colligan, R. W.; Colligan, R. C. y Dilliard, M. K. (1977). Contingency management in the classroom treatment of long term elective mutism: a case report. *Journal of School Psychology*, 3, 411-426.
- Croghan, L. M. y Craven, R. (1982). Elective mutism: learning form the analysis of a successful case history. *Journal of Pediatrics Psychology*, 7, 85-93.
- Cunningham, Ch. E.; Cataldo, M. F.; Mallion, C. y Keyes, J. B. (1983). A review and

- Controlled Single Case Evaluation of Behavioral Approaches to the Management of Elective Mutism. *Child and Family Behavior Therapy*, 5 (4), 25-49
- Dowrick, P. W. y Hood, M. (1978). Transfer of talking behavior across settings using faked films. En E. L. Glynn y S. S. McNaughton (Eds.). *Proceedings of the New Zealand Conference for Research in Applied Behavior Analysis*. Auckland. New Zealand: University of Auckland Press.
- Elson, A.; Pearson, C. y Jones, D. (1965). Follow-up study of childhood elective mutism. *Archive General Psychiatric*, 13, 182-187.
- Echeburúa, E. y Espinet, A. (1990). Tratamiento en el ambiente natural de un caso de mutismo electivo. En F. X. Méndez y D. Macià (Eds.). *Modificación de Conducta con Niños y Adolescentes. Libro de casos* (págs. 425-440). Madrid: Pirámide.
- Eysenck, H. J.; Wakefield, J. y Fiedman, A. (1983). Diagnosis and clinical assessment: the DSM-III. *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.
- Friedman, R. y Karagan, N. (1973). Characteristics and management of elective mutism in children. *Psychology in the Schools*, 10, 249-252.
- Fundudis, T.; Kolvin, I. y Garside, R. F. (1979). *Speech Retarded and Deaf Children: Their Psychological Development*. Londres: Academic Press.
- Goll, K. (1979). Role structure and subculture in families of elective mutists. *Family Process*, 18, 55-68.
- Halpern, W. I.; Hammond, J. y Cohen, R. (1971). A therapeutic approach to speech phobia: Elective mutism re-examined. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 94-107.
- Hayden, T. L. (1980). Classification of elective mutism. *This Journal*, 19, 118-133.
- Hayes, L. (1971). The use of some contingency management techniques with a case of elective mutism. *Schools Applications of Learning Theory*, 4, 34-39.
- Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877-1981. Aliterary summary. *Acta Paedopsychiatri*, 49, 297-310.
- Hoffman, S. y Laub, B. (1986). Paradoxical intervention using a polarization model of cotherapy in the treatment of elective mutism: A case study. *Contemporary Family Therapy*, 8, 127-134.
- Kaplan, S. L. y Escoll, P. (1973). Treatment of two silent adolescent girls. *This Journal*, 12, 59-71.
- Kehle, T. J.; Owen, S. V. y Cressy, E. T. (1990). The use of self-modeling as an intervention in school psychology: a case study of an elective mute. *School Psychology Review*, 19, 115-121.
- Kolvin, I. y Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and back-ground factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.
- Kratochwill, T. R. (1981). *Selective Mutism: Implications for Research and*

- Treatment.** Hilldale, Nueva Jersey: L.E.A.
- Krolin, E. B. (1988). Speech is silver, but silence is golden: day hospital treatment of two electively mute children. *Clinical Social Work Journal*, 16 (4). Invierno.
- Kupietz, S. S. y Schwartz, I. L. (1982). Elective mutism: evaluation and behavioral treatment of three cases. *New York State Journal Medical*, 82, 1073-1076.
- Kusmaul, A. (1877). Die Störungen der Sprache (Band 12. Anhang, Handbuch d. spec. Pathol. Ther.). F. C. W. Vogel: Leipzig [citado por A. Von Misch (1952). Elektiver mutismus im kindersalter. *Zeitschrift Fuer Kinder Psychiatrie*, 4, 49-87].
- Lazarus, P. J.; Gavilo, H. M. y Moore, J. W. (1983). The treatment of elective mutism in children within the school setting: two cases studies. *School Psychology Review*, 12, 467-472.
- Labbe, E. E. y Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 4, 273-292.
- Looff, D. H. (1971). *Appalachia's children: The challenge of mental health*. Lexington, Kentucky: The University Press of Kentucky.
- Marks, I. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (págs. 35-52). Madrid: Pirámide.
- Martínez, A. M.; Sánchez, L.; Casas, M. T. y Company, R. (1984). Sobre un caso de mutismo electivo escolar. *Revista de Logopedia y Fonoaudiología*, 4, 15-19.
- Matson, J. L.; Esvelt-Dawson, K. y O'Donnell, D. (1979). Overcorrection. modeling and reinforcement procedures for reinstating speech in a mute boy. *Child Behavior Therapy*, 4, 363-371.
- Monras, C. (1984). Consideraciones en torno al mutismo electivo. *Revista de Logopedia y Fonoaudiología*, 4, 224-231.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Nolan, J. D. y Spence, C. (1970). Operant conditioning principles in the treatment of a selectively mute child. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 265-268.
- Olivares, J.; Méndez, F. X. y Macià, D. (1990). Tratamiento conductual de un caso de mutismo electivo en un sujeto con retraso mental. *Anales de Psicología*, 6, 59-70.
- Olivares, J.; Macià, D. y Méndez, F. X. (1991). *Revisión de estudios de caso único sobre mutismo electivo*. Manuscrito. Departamento de Metodología y Análisis del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Ollendick, D. G. y Matson, J. L. (1988). Estereotipias conductuales, tartamudez y mutismo electivo. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). *Psicopatología Infantil* (págs. 337-343). Barcelona: Martínez Roca (Original publicado en

- 1983).
- Paniagua, F. A. y Saeed, M. A. (1987). Labeling and functional language in a case of psychological mutism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 259-267.
- Paniagua, F. A. y Saeed, M. A. (1988). A procedural distinction between elective and progressive mutism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 207-210.
- Pecukonis, A. V. y Pecukonis, M. T. (1991). An adapted language training strategy in the treatment of an electively mute male child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 9-21.
- Pérez-Alvarez, M. (1990). Mutismo selectivo. En M. A. Vallejo, E. G. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (Eds.). *Modificación de Conducta: Análisis de Casos*. Madrid: TEA.
- Piersel, W. C. y Kratochwill, T. R. (1981). A teacher-implemented contingency management package to assess and treat selective mutism. *Behavioral Assessment*, 3, 371-382.
- Pigott, H. E. y Gonzales, F. P. (1987). The efficacy of videotape self-modeling to treat electively mute child. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 106-110.
- Pustrom, E. y Speers, R. W. (1964). Elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 3, 287-297.
- Reed, G. F. (1963). Elective mutism in children: a reappraisal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 99-107.
- Rodríguez, J. Y Párraga, J. (1982). *Técnicas de Modificación de Conducta. Aplicaciones a la psicopatología infanto-juvenil y a la educación especial*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Rosenberg, J. B. y Linblad, M. B. (1978). Behavior therapy in a family context: Treating elective mutism. *Family Process*, 17, 77-82.
- Rosenberg, J. B. y Linblad, M. B. (1984). Behavioral and family therapies for elective mutism. En C. Schaefer, J. Briesmeister y M. Fitton (Eds.). *Family therapy techniques for problem behaviors of children and teenagers* (págs. 269-280). Washington: Jossey-Bass
- Rutter, M. (1977). Speech delay. En M. Rutter (Ed.). *Child Psychiatry* (págs. 688-716). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Shaw, W. H. (1971). Aversive control in the treatment of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 572-581.
- Sluckin, A. y Jehu, D. (1969). A behavioral approach in the treatment of elective mutism. *British Journal of Psychiatric Social Work*, 3, 70-73.
- Sluckin, A.; Foreman, N. y Herbert, M. (1991). Behavioural Treatment Programs and Selectivity of Speaking at Follow-up in a sample of 25 selective mutes. *Australian Psychologist*, 26, 132-138
- Sluzki, C. E. (1983). The sounds of silence: Two cases of elective mutism in

- bilingual families. *Family Therapy Collections*, 6, 68-77
- Straughan, J. H. (1968). The application of parent conditioning to the treatment of elective mutism. En H. N. Sloan y B. D. Macaulay (Eds). *Operant Procedures in Remedial Speech and language Training* (págs. 242-255). Nueva York: Houghton Mifflin Company.
- Straughan, J. H.; Potter, W. K. y Hamilton, S. H. (1965). The behavioral treatment of and elective mute. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 125-130.
- Thorpe, L. U.; Keegan, D. L. y Veeman, G. A. (1985). Conversion mutism: Case Report and Discussion. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 71-73.
- Tramer, M. (1934). Elektiver mutismus bei Kindern. *Z. Kinderspathisher*, 1, 30-35.
- Wahler, G. (1983). Comportamiento infantil aberrante dentro de la familia: especulaciones sobre el desarrollo y estrategias de cambio conductual. En H. Leitenberg (Ed.). *Modificación y Terapia de Conducta (Vol. II). Infancia y Juventud. Aplicaciones generales* (págs. 296-333). Madrid: Morata (Original publicado en 1976).
- Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal of Psychiatry*, 146, 198-203
- Williamson, D. A.; Sewell, W. R.; Sanders, S. H.; Haney, J. N. y White, D. (1977). The treatment of reluctant speech using contingency management procedures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 151-156.
- Wright, H.. (1968). A clinical study of children who refuse to talk in school. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 603-617.
- Wright, H. H.; Miller, M.; Cook, M. A. y Littmann, J. R. (1985). Early Identification and Intervention with Children Who Refuse to Speak. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24,