

Mutismo Selectivo: Revisión de la literatura.

Selective Mutism: a review.

Mauro Medeiro¹, Marcela Larraguibel².

Resumen. El mutismo selectivo es un cuadro clínico caracterizado por una falta constante del habla en situaciones sociales específicas en las que hay una expectativa de hablar, a pesar de hacerlo en otras situaciones. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión narrativa de la evidencia en relación a este trastorno, con un énfasis en la evolución que presentan estos pacientes. La evidencia muestra que, si bien los síntomas generalmente mejoran con el tiempo, las personas a menudo continúan exhibiendo problemas de comunicación, un peor desempeño académico y laboral, además de presentar un mayor riesgo de otros trastornos psiquiátricos, principalmente Trastorno de Ansiedad Social. Es necesaria mayor investigación respecto al seguimiento de estos pacientes considerando la escasa evidencia disponible y el gran impacto que genera en el paciente y su familia.

Palabras clave: Mutismo Selectivo, Revisión, Pronóstico, Niños, Trastorno de Ansiedad Social.

Abstract. Selective mutism is a disorder in which an individual fails to speak in certain social situations, in spite of being able to speak normally in other settings. The aim of the present work is to perform a narrative review of the evidence in relation to this disorder, with an emphasis on the progression presented by these patients. Evidence shows that, although symptoms generally improve over time, people often continue to exhibit communication problems, have a worse academic and work performance than expected, and present a higher risk of other psychiatric disorders, mainly Social Anxiety Disorder. Further research is necessary regarding the follow-up of these patients, considering the limited available evidence and the great impact it has on the patient and his family.

Keywords: Selective Mutism, Review, Prognosis, Child, Social Anxiety Disorder.

INTRODUCCIÓN

El mutismo selectivo es un cuadro clínico poco frecuente, que se caracteriza por una falta constante del habla en situaciones sociales específicas en las que hay una expectativa de hablar, a pesar de hacerlo en otras situaciones. Este diagnóstico desde sus orígenes, hace más de un siglo, ha sido comprendido de diferentes maneras, y ha sus-

citado variadas discusiones respecto de su ubicación en los manuales diagnósticos. Ha primado en el último tiempo incorporarlo dentro de los trastornos de ansiedad, de hecho así lo hace la última edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5), refrendando la evidencia actual respecto de que la sintomatología ansiosa predomina en este cuadro clínico.

1. Mauro Medeiro Fuentes, Residente Psiquiatría Adultos, Hospital del Salvador, Universidad de Chile

2. Marcela Larraguibel Quiroz, Médico Psiquiatra infantil y del adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile.

El objetivo de este trabajo es proporcionar una visión general de la comprensión actual del mutismo selectivo, con particular énfasis en la evolución y pronóstico de este cuadro.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed, SCIELO, EMBASE y PsycINFO con los siguientes términos en inglés: *Mutism* [MeSH], *selective*, *elective*, *epidemiology*, *physiopatology*, *treatment*, *prognosis*, *course* y *follow-up*, y se realizaron combinaciones de términos. Los resultados se restringieron a artículos en inglés y español sin límite en la fecha de publicación. Finalmente, se incluyeron en la revisión las citas contenidas en las fuentes ya señaladas que resultaron atingentes al tema.

RESULTADOS

Epidemiología

El Mutismo Selectivo (MS) es un cuadro clínico poco frecuente pero importante, ya que causa un impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico si no es tratado. Las tasas de prevalencia varían entre un 0,11% hasta un 2,2%, según la población estudiada y los criterios diagnósticos aplicados.¹ La mayoría de las investigaciones sugieren que el MS es más frecuente en las niñas (proporción niñas/niños de 1.5:1 a 2.6:1) y en poblaciones bilingües.^{2,3} El MS es un problema que típicamente ocurre en la primera infancia: la edad promedio de inicio varía entre los 2 y 5 años, pero los síntomas pueden manifestarse en mayor proporción cuando los niños ingresan a la escuela por primera vez.⁴ Se ha evidenciado que este trastorno en forma frecuente coexiste con otros

diagnósticos de trastornos de ansiedad, particularmente trastorno de ansiedad social (TAS) y con trastornos del neurodesarrollo. Así también se informa que el MS tiende a ser más prevalente en ciertas familias.⁵

Debido al cambio gradual en la comprensión de MS desde un acto voluntario a uno basado en la ansiedad, que lleva al paciente evitar hablar en situaciones específicas, fue clasificado como un trastorno de ansiedad en el DSM-5.⁶

Etiología

Aunque el mutismo selectivo fue inicialmente descrito hace más de 100 años, ha habido una incertidumbre persistente con respecto a la naturaleza de este trastorno y sus causas.⁷ Se cree que la aparición del mutismo selectivo está influenciada por la interacción de múltiples factores, ya sean genéticos, temperamentales, ambientales y del neurodesarrollo. **Genética:** Los estudios que examinan los rasgos del comportamiento y la psicopatología en familiares de individuos con mutismo selectivo muestran mayores tasas de mutismo selectivo, reticencia social y TAS.⁸ En un estudio que examinó 70 niños con mutismo selectivo, el 37% de los padres tenían antecedente de diagnóstico de TAS en comparación con solo el 14% de los padres del grupo control.⁹ En una muestra de 24 niños con mutismo selectivo, hubo una historia positiva del mismo trastorno en 10 de las 24 familias, y en solo una familia no existía el antecedente de tener al menos un padre con síntomas de ansiedad social en la infancia.¹⁰ Un estudio exploró el gen *contactin-associated protein-like 2* (CNTNAP2), el cual ha sido relacionado con dificultades sociales. Se en-

contró que el polimorfismo rs2710102 de este gen se asoció con mayor riesgo de presentar mutismo selectivo en niños y mayores síntomas de ansiedad social en adultos jóvenes.¹¹ Este estudio sugiere que la superposición entre MS y ansiedad social está presente a nivel genético, lo que subraya aún más el vínculo entre ambos trastornos. **Temperamento:** Un comportamiento inhibido es un estilo de temperamento en el que un individuo presenta una tendencia a mostrar en forma persistente temor y evitación ante situaciones, objetos o personas desconocidas.¹² Está bien establecido que los niños pequeños que exhiben un comportamiento inhibido tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad más adelante en la vida.¹³ Consistentemente con la asociación entre el trastorno de ansiedad social y el MS, también se ha observado una asociación entre el MS y la inhibición conductual.¹⁴ Estudios descriptivos han informado que la timidez, que puede verse como la variante social de la inhibición conductual, se observa comúnmente en niños con MS, con porcentajes que varían entre 68% y 85%.¹⁵ Otro estudio encontró que los niños con MS obtuvieron un puntaje alto en reticencia y bajo en adaptabilidad, lo que indica que estos niños “no responden bien a estímulos nuevos o novedosos” y “no manejan adecuadamente la transición y el cambio”. Todos estos hallazgos proporcionan evidencia limitada pero que apoya la noción de que la inhibición conductual está implicada en este trastorno.¹⁶ **Ambiente:** Un hallazgo que se ha demostrado consistentemente en la literatura es la mayor tasa de mutismo selectivo en niños bilingües de familias inmigrantes, de hecho en grupos de niños inmigrantes la prevalencia se acerca al 2%.¹⁷ En estos casos, debe

distinguirse del “período de silencio” normal que se observa típicamente en los niños al aprender un segundo idioma. Hacen sospechar la presencia del cuadro clínico cuando el mutismo se prolonga o parece ser desproporcionado al grado de conocimiento y exposición del segundo idioma, cuando está presente en ambos idiomas, y cuando se asocia a síntomas de ansiedad o comportamiento inhibido.⁷ Un estudio evidenció que los padres de niños con MS parecen ser significativamente más controladores y sobreprotectores que grupos controles.¹⁸ Muchos niños con MS no hablan en la escuela, lo que sugiere que la condición podría deberse en parte a problemas específicos que ocurren dentro de ese entorno. Un primer tipo de problema que está intrínsecamente relacionado con la escuela es el rendimiento académico. Muchas actividades educativas son de naturaleza verbal, y es posible que los niños con problemas de aprendizaje perciban que el programa escolar es más difícil y, por lo tanto, es menos probable que participen en el aula.⁴ Esto es consistente con los hallazgos de otros estudios que indican que los trastornos de comunicación (50%) y el retraso en el desarrollo del lenguaje (18-43%) son comunes entre los niños con MS.^{19,20} Un segundo problema que puede ocurrir en la escuela se refiere a las dificultades relacionales con los pares. La investigación ha demostrado consistentemente que los niños con MS se consideran menos competentes socialmente que los niños de grupos control. Los padres y maestros califican a estos niños como menos seguros durante las interacciones con los compañeros y que tienen más dificultades para unirse a los grupos y establecer amistades.²¹ **Neurodesarrollo:** Los niños con mutismo selectivo tienen tasas más altas de

una gran variedad de alteraciones del neurodesarrollo. En una muestra de 54 niños con mutismo selectivo, el 68.5% cumplía los criterios para un trastorno del neurodesarrollo en comparación con solo el 13.0% del grupo control.¹⁹ Otro estudio mostró que los niños con mutismo selectivo tuvieron tasas más altas de trastornos de la eliminación, retrasos motores y exhibieron un menor rendimiento en pruebas cognitivas de coeficiente intelectual. La mitad de los niños con MS cumplían los criterios para uno o más trastornos de la comunicación, y muchos estudios adicionales han proporcionado evidencia de déficits subyacentes del habla y del lenguaje en niños con mutismo selectivo.²²

Diagnóstico

El MS se caracteriza por una falta constante del habla en situaciones específicas en las que hay una expectativa de hablar (por ejemplo, escuela o situaciones sociales) a pesar de hablar en otras situaciones (por ejemplo, en casa). Según los criterios del DSM-5, para hacer un diagnóstico de mutismo selectivo, los síntomas deben estar presentes durante al menos 1 mes e interferir con la función académica, ocupacional o social del individuo. Muchos niños pequeños están preocupados cuando se enfrentan a una situación totalmente nueva, como ingresar a la escuela por primera vez, y, por lo tanto, el diagnóstico no se realiza durante el primer mes en la escuela. El hecho de no hablar no puede ser atribuible a la falta de comodidad o fluidez con el idioma dado, y no puede explicarse mejor por un trastorno de la comunicación u otra condición de desarrollo (por ejemplo, un trastorno del espectro autista).⁶ La primera descripción publicada del

mutismo selectivo se remonta a 1877, cuando se describió que los niños afectados tenían “afasia voluntaria”.²³ El diagnóstico apareció en las clasificaciones internacionales inicialmente en el DSM-III, denominado entonces “mutismo electivo”.²⁴ La condición cambió de nombre a “mutismo selectivo” en el DSM-IV, lo que refleja la evolución de la comprensión de que la falta de expresión no era principalmente una manifestación de la conducta de oposición.²⁵ Otro cambio en la conceptualización del mutismo selectivo se produjo en 2013 con la publicación del DSM-5. Mientras que el mutismo selectivo se clasificó previamente en el capítulo titulado “Trastornos generalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia”, en la nueva edición se incluyó bajo el paraguas de los trastornos de ansiedad.⁶ Este cambio se realizó como resultado de un creciente conjunto de datos que muestran una fuerte relación entre el mutismo selectivo y la ansiedad, y, más específicamente el trastorno de ansiedad social.⁷ Las investigaciones realizadas han encontrado esta comorbilidad en alrededor de un 90% de los casos.¹⁴ Al realizarse estudios para comparar los niveles de ansiedad entre pacientes con MS y otros trastornos de ansiedad se han observado cifras similares, no obstante, otros estudios han evidenciado inclusive niveles de ansiedad mayores en los grupos de pacientes con MS versus pacientes con trastorno de ansiedad social sin MS.^{21,26,27, 28} El trastorno de ansiedad por separación es una de las comorbilidades que se presentan con mayor frecuencia en el MS, especialmente en los niños más pequeños, sin embargo, el rechazo a ir a la escuela es raro. Los trastornos del neurodesarrollo también son frecuentes, y los más prevalentes son el trastorno del

Revisión de Temas

habla y del lenguaje, los trastornos de la eliminación, y los retrasos motores.²² Se ha encontrado una comorbilidad con el trastorno del espectro del autismo en menos del 10% de los casos. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es muy poco frecuente.¹

Pronóstico

En la literatura, los datos son aún escasos respecto al pronóstico, tanto en su resultado a largo plazo así como en cuanto a factores predictores. Los pocos estudios de seguimiento que existen muestran que, los síntomas del MS generalmente mejoran con el tiempo, pero las personas a menudo continúan exhibiendo problemas de comunicación y ansiedad social, asimismo presentan un peor desempeño académico y laboral. Además se ha evidenciado que tienen un mayor riesgo de otros trastornos psiquiátricos.⁷ Un estudio realizó una evaluación inicial a pacientes con MS a una edad promedio de 8,5 años, y se les realizó un seguimiento por 13 años. El resultado definitivo evidenció que el 24% de los pacientes se mejoró marcadamente y que el 58% alcanzó la remisión total del cuadro clínico. Al analizar la evolución de los síntomas se observó en términos generales que había dos tipos con frecuencia similar, uno en que el trastorno no cambia considerablemente a lo largo del tiempo y los síntomas desaparecen abruptamente en la adolescencia o juventud, mientras que en el otro tipo, los síntomas disminuyen gradualmente hasta finalmente desaparecer. Aunque el MS logró remisión en el 58% de los casos, una alta tasa de trastornos psiquiátricos (57%) se encontró en adultos que habían recibido el diagnóstico de MS en la infancia. Los trastornos fóbicos (incluido el Trastorno de ansie-

dad social) fueron los diagnósticos más frecuentes (42%), un indicador de severidad del MS era la presencia de rasgos taciturnos en la familia, así como la condición de inmigrante.²⁹ Otro estudio que realizó un seguimiento de 12 años en 45 niños con MS después de ser tratados, evidenció que solo el 39% estaba en remisión completa. Dentro del grupo de pacientes que no lograron la remisión persistían en forma sustancial problemas de comunicación: 27% tenían miedo de situaciones desconocidas y de hablar con extraños; 15% tenía problemas generales de comunicación verbal, como miedo de hablar por teléfono o hablar en tiendas y oficinas; un 20% reveló que presentaban reacciones mutistas ocasionales; y un 12% persistía con la sintomatología del MS sin variaciones. Inclusive los pacientes que alcanzaron la remisión se describieron a sí mismos como menos independientes, menos motivados con respecto al rendimiento escolar, menos seguros de sí mismos y menos maduros y saludables en comparación con un grupo de referencia normal. En este estudio se determinó una duración promedio de los síntomas de 9 años y el mejor predictor de mal pronóstico fue la presencia de mutismo dentro de la familia nuclear.⁸ Un estudio recientemente publicado realizó un seguimiento de 5 años a 30 niños que recibieron TCC a una edad promedio de 6 años. Se observó tras el seguimiento que el 70% de los niños estaban en remisión completa, el 17% estaban en remisión parcial, dado que no hablaban libremente en todos los contextos escolares y el 13% restante continuó cumpliendo los criterios de diagnóstico para MS. Se apreció como elemento de buen pronóstico el que los pacientes fueran tratados tempranamente, ya que el 88% de los niños que recibieron tratamiento entre los 3

y 5 años logró remisión. Un elemento de mal pronóstico fue tener un familiar con MS, ya que en este grupo solo el 45% logró la remisión completa a los 5 años. Respecto de la comorbilidad tras 5 años, un 23% cumplía criterios para TAS y un 17% cumplía criterios para fobia específica, trastorno de ansiedad por separación y/o enuresis.³⁰

Tratamiento

El MS ha sido considerado a lo largo de los años como difícil de tratar, y tanto el tratamiento psicosocial como la medicación han sido estudiados. **Tratamiento Psicosocial:** La literatura sobre el tratamiento psicosocial para el MS fue largamente dominado por estudios de casos o series de casos con diversos enfoques de tratamiento, hasta que una revisión sobre las intervenciones psicosociales en MS realizada el año 2006 proporcionó evidencia que apoyaba el uso de terapia cognitivo conductual (TCC) en este trastorno.³ En los siguientes años, se han reportado diferentes enfoques de TCC para conducir a la mejora de los síntomas utilizando formatos individuales y grupales.³¹ Actualmente existen en la literatura intervenciones de TCC especialmente adaptadas para niños con MS. En éstas, el componente conductual se ha enfatizado, ya que el síntoma de mutismo y la edad precoz de inicio del cuadro hacen que la reestructuración cognitiva sea menos factible. Como los niños con MS tienden a ser más sintomáticos en la escuela, es obligatoria la cooperación de los profesores. Un estudio demostró que una estrategia clave para asegurar la adherencia de los niños pequeños, es la participación de los padres, ya que los niños con MS a menudo no pueden hablar con el terapeuta.³² Un estudio randomizado controlado

(ERC) basado en Terapia Conductual Integrada que incluyó 21 niños (4-8 años de edad), encontró según el informe de padres y docentes, que los niños que recibieron tratamiento mejoraron significativamente el comportamiento del habla evaluado mediante el Cuestionario de Mutismo Selectivo (CMS) y el Cuestionario de Conversación Escolar (CCE), y el número de palabras habladas (evaluadas mediante el Procedimiento de Evaluación Narrativa de Strong) en comparación con los niños en lista de espera.^{32,33,34,35} En otro ERC realizado en el año 2014, se estudió 24 niños con MS, los cuales fueron asignados al azar a 3 meses de tratamiento domiciliario y escolar basado en TCC (n = 12) o a lista de espera (n = 12). A los 3 meses, hubo una significativa mejoría en el habla (evaluado mediante CCE) en el grupo tratado, mientras que en el grupo en lista de espera no hubo cambios significativos. El CMS mostró un patrón similar pero más débil. Llamó la atención en este estudio que se encontró un aumento significativamente mayor en el habla para los niños más pequeños.³⁶ En el año 2016, un estudio naturalista retrospectivo examinó el resultado en niños con MS (promedio de edad de 6 años) que habían sido tratados durante un promedio de 12 meses con una terapia cognitiva conductual modular especialmente diseñada. Además de las intervenciones conductuales (manejo de contingencias, tareas de exposición gradual y *modeling*), el estudio utilizó entrenamiento de relajación, psicoeducación (incluida la capacitación de padres y personal educativo sobre cómo facilitar el habla) y entrenamiento cognitivo (externalización de los síntomas y reestructuración cognitiva). El resultado a los 3 años después del final del tratamiento fue altamente

Revisión de Temas

favorable, ya que el 84% de los niños se había recuperado del MS.³⁷ **Tratamiento Farmacológico:** Con respecto a la medicación, una revisión sistemática recientemente publicada encontró que los medicamentos más estudiados para el tratamiento del MS son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y dentro de este grupo especialmente la fluoxetina.³⁸ Esta misma revisión encontró solo 2 estudios doble ciego y controlados con placebo. El primero de ellos, comparó los resultados de seis niños tratados con fluoxetina y nueve niños tratados con placebo durante 12 semanas. Según el informe de los padres, los niños tratados con fluoxetina mostraron una mejoría significativamente mayor que los niños tratados con placebo en la Escala de Impresión Clínica Global (CGI). Los informes de médicos y docentes no distinguían a los grupos. La duración relativamente corta del ensayo se citó como una limitación potencial, ya que pudieron haber surgido otros efectos con el tiempo.^{39,40,41} El segundo estudio utilizó un diseño basal múltiple doble ciego para estudiar a cinco niños que usaban sertralina y placebo en un ensayo de 16 semanas. Se observó un aumento del habla espontánea con medicación en cuatro niños por parte de los padres y en dos niños por los maestros. Los investigadores notaron la falta de retorno a la línea de base cuando se suspendió la medicación en algunos niños, lo que sugirió que el inicio del habla social con medicamentos puede favorecer que los niños continúen hablando cuando el fármaco es retirado.⁴² Otra revisión sistemática sobre tratamiento farmacológico en MS evidenció que los ISRS como grupo lograron una mejoría sintomática en el 84% de los niños tratados.⁴³ Sin embargo, estudios controlados y naturalistas de

seguimiento observaron que tanto los niños tratados como los no tratados seguían siendo muy sintomáticos, y / o persistían con el diagnóstico.³⁰ Solo se encontró un estudio doble ciego controlado con placebo en el que se evaluara el tratamiento combinado entre TCC y psicofármacos. En este estudio cuatro niños fueron asignados al azar a grupos de igual tamaño para recibir 5 semanas de combinación de sertralina y TCC, o sertralina sola. Después de la semana 5, todos los niños recibieron terapia combinada hasta la semana 10. Debido al tamaño pequeño de la muestra, no se realizaron análisis estadísticos. Al usar la *Child Behavior Checklist* (CBCL) y la *Goal Attainment Scaling* (GAS), así como la “cantidad de palabras habladas” por el docente y el clínico, y la frecuencia de ocurrencia del habla, los resultados sugieren que la terapia combinada es más efectiva que el psicofármaco solo.^{44,45,46}

DISCUSION

El mutismo selectivo es un trastorno que surge temprano en la niñez, y con frecuencia ocasiona un deterioro social y académico significativo durante un período prolongado de tiempo. Incluso después de que los síntomas centrales del MS se resuelven, los pacientes con frecuencia experimentan dificultades persistentes relacionadas con síntomas ansiosos y comunicación social. El DSM-5 considera el MS como un trastorno de ansiedad.⁶ Como quedó claro a partir de esta revisión, existen varias razones para justificar este punto de vista. En primer lugar, la investigación muestra que la ansiedad es una característica destacada en el MS: los niños con este trastorno suelen mostrar síntomas y comportamientos relacionados con la ansiedad y a menudo

cumplen los criterios de diagnóstico de un trastorno de ansiedad comórbido. En segundo lugar, cuando se mira la etiología del MS, se involucran muchos factores que también juegan un papel en los orígenes de otros trastornos de ansiedad infantiles (conducta inhibida, control parental, antecedentes de trastorno de ansiedad en la familia, entre otros). En tercer lugar, se ha encontrado que la TCC y la farmacoterapia con ISRS son efectivas para tratar a niños con MS, y precisamente, estos enfoques de tratamiento también se consideran las intervenciones más óptimas para los niños con trastornos de ansiedad. Un elemento central es el diagnóstico precoz y consecuentemente con esto, el inicio del tratamiento, ya que la literatura sugiere que los síntomas pueden volverse más difíciles de tratar en cuanto más tiempo persisten. Así también al evaluar un paciente con MS es relevante considerar el antecedente de un familiar con el mismo trastorno, lo cual apunta eventualmente a menor respuesta a tratamiento. Respecto del pronóstico de los pacientes con MS es llamativa la escasa evidencia disponible sobre estudios de seguimiento, esto considerando que es un trastorno de difícil manejo, con una duración prolongada y que genera un impacto muy importante a nivel académico y social. No obstante la escasa evidencia, queda claro que se debe estar atento a la progresión clínica de estos pacientes, y que más allá del alivio del MS en sí mismo se debe estar alerta a la presencia de otros trastornos de ansiedad, particularmente TAS, que la literatura señala como una posible evolución del MS. Un elemento llamativo tiene que ver con el tratamiento del MS, ya que si bien hay evidencia respecto del beneficio de la TCC y los ISRS por separado, es sorprendente la escasez de estudios

sobre tratamiento combinado. Así mismo hay poca información respecto de posibles intervenciones a niños que presentan refractariedad al tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico. Este es un aspecto importante a tomar en cuenta en investigaciones futuras dado la considerable cantidad de pacientes que no logran la remisión. Hay dos condiciones que se han evidenciado en las investigaciones que pueden modular la expresión clínica del MS, la inmigración y el bilingüismo. Esto es relevante debido al aumento de las tasas de inmigración en nuestro país, lo que hace posible que en los próximos años estemos expuestos a un aumento en la prevalencia de este cuadro clínico, por lo que parece aún más necesario continuar la investigación al respecto y de esta forma otorgarles a los niños con MS y sus familias más alternativas para lograr la remisión de este trastorno y sus comorbilidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, Kristensen H. Mutismo selectivo (Irarrázaval M, Martín A, Prieto-Tagle F, Mezzatesta M. trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el adolescente y Profesiones Afines 2018.
2. Bergman L, Piacentini J, McCracken J. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41(8):938-946.
3. Cohan S, Price J, Stein M. Sufering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *J Dev Behav Pediatr* 2006,27(4):341-355.

Revisión de Temas

4. Muris P, Ollendick T. Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2015,18(2):151–169.
5. Bodden DH, Bogels SM, Muris P. The diagnostic utility of the screen for child anxiety related emotional disorders-71 (SCARED-71). *Behav Res Ther* 2009, 47(5):418–4257-12.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2013.
7. Hua A, Major N. Selective mutism. *Curr Opin Pediatr* 2016,28(1):114–20.
8. Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001,251:284–296.
9. Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C et al. Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007,46:1464–1472.
10. Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T et al. A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism: defocused communication and behavioural techniques. *Child Adolesc Ment Health* 2013,19:192–198.
11. Stein M, Yang B, Chavira D et al. A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biol Psychiatry* 2011,69:825–831.
12. Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy. Temperament in human nature*. Boulder, CO: Westview Press.
13. Hirshfeld-Becker D, Biederman J, Henin A et al. Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: a five-year follow-up. *J Dev Behav Pediatr* 2007, 28:225– 233.
14. Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M et al. Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2016,25(10):1113–20.
15. Steinhausen H, Juzi C. Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996, 35:606–614.
16. Ford M, Sladeczek I, Carlson J, Kratochwill T. Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly* 1998, 13:192–227.
17. Elizur Y, Perednik R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:1451–1459.
18. Edison S, Evans M, McHolm A, Cunningham C, Nowakowski M, Boyle M, Schmidt L. An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development* 2011, 42: 270–290.
19. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000, 39: 249–256.
20. Manassis K, Tannock R, Garland J, Minde K, McInnes A, Clark S. *The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective*

- mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007, 46:1187–1195.
21. Levin-Decanini T, Connolly S, Simpson D, Suarez L, Jacob S. Comparison of behavioral profiles for anxiety related comorbidities including ADHD and selective mutism in children. *Depression and Anxiety* 2013, 30: 857–864.
 22. Klein E, Armstrong S, Shimon-Blum E. Assessing spoken language competence in children with selective mutism: using parents as test presenters. *Commun Disord Q* 2012, 34:184–195.
 23. Kussmaul A. *Die storungen der sprache*. Basel, Switzerland: Benno Schwabe; 1877.
 24. Tramer M. Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 1934, 1:30–35.
 25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
 26. Carbone D, Schmidt L, Cunningham C, et al. Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *J Abnorm Child Psychol* 2010, 38:1057–1067.
 27. Young B, Bunnell B, Beidel D. Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification* 2012, 36: 525–544.
 28. Yeganeh R, Beidel D, Turner S. Selective mutism: More than social anxiety? *Depression and Anxiety* 2006, 23:117–123.
 29. Steinhausen H-C, Wachter M, Laimbock K, Winkler Metzke C. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 2006,47(7):751–756
 30. Oerbeck B, Overgaard K, Stein M, Pripp A, Kristensen H. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2018, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>.
 31. Vecchio J, Kearney C. Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behav Ther* 2009,40(4):380–392.
 32. Bergman R, Keller L, Piacentini J, Bergman A. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008,37(2):456–464.
 33. Bergman R, Gonzalez A, Piacentini J, Keller M. Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study. *Behav Res Ther* 2013, 51(10):680–689.
 34. Letamendi A, Chavira D, Hitchcock C, et al. The Selective Mutism Questionnaire: Measurement Structure and Validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008,47(10):1197-1204.
 35. Strong CJ. *The strong narrative assessment procedure*. Eau Claire, WI: Thinking Publications; 1998
 36. Oerbeck B, Stein M, Wentzel-Larsen T, et al. A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child Adolesc Mental Health* 2014, 19:192–198.
 37. Lang C, Nir Z, Gothelf A, et al.

Revisión de Temas

- The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *Eur J Pediatr* 2016, 175(4):481–487.
38. Kasper Rud Ostergaard (2018): Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review, *Nordic Journal of Psychiatry* 2018,72(4):260-270.
 39. Black B, Uhde T. Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33(7):1000–1006.
 40. National Institute of Mental Health. CGI (Clinical Global Impression) Scale side effect ratings. *Psychopharmacol Bull* 1985, 21:839–843.
 41. Zaidler T, Heimberg R, Fresco D, Schneier F, Liebowitz M. Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychol Med* 2003, 33(4):611–622.
 42. Carlson J, Kratochwill TR, Johnston HF (1999) Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single case research trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 9(4):293– 306
 43. Manassis K, Oerbeck B, Overgaard K. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016, 25(6):571–578.
 44. Eke A. Pharmacopsychosocial treatment of selective mutism: a research investigation [thesis]. Dissertation abstracts international: section b: the sciences and engineering. 2002 <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/064/CN00852064/frame.html>. Accedido el 10 de junio de 2018.
 45. Achenbach T. Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington: Dept. of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
 46. Kiresuk T, Lund S, Larsen N. Measurement of goal attainment in clinical and health care programs. *Drug Intell Clin Pharm* 1982, 16:145–153.