



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Intervención Psicológica en niños
y adolescentes

Intervenciones y Tratamientos para el Mutismo Selectivo en Población Infantojuvenil: una revisión sistemática

Trabajo fin de estudio presentado por:	María Teresa Márquez Nieto-Sandoval y Purificación Hernández-Pérez Sánchez
Tipo de trabajo:	Revisión Sistemática
Directora:	Dra. Esther Secanilla Campo
Fecha:	10/07/2024

Resumen

El Mutismo Selectivo (MS) es un trastorno de ansiedad poco comprendido que afecta a niños y adolescentes, caracterizado por la incapacidad persistente para hablar en situaciones específicas, a pesar de poder comunicarse en entornos familiares (APA, 2013). Esta revisión sistemática analiza 25 estudios sobre intervenciones y tratamientos psicológicos para abordar el MS en la población infantojuvenil a nivel nacional e internacional en los últimos 10 años. Se examinaron enfoques terapéuticos como tratamientos cognitivo-conductuales, terapias de exposición gradual y terapias basadas en el juego, evaluando su eficacia y consideraciones clínicas. La evidencia sugiere que estos métodos son efectivos, especialmente cuando se implementan de manera temprana y con un enfoque multidisciplinario que incluye a padres, maestros y terapeutas. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para adaptar culturalmente los tratamientos y evaluar su impacto a largo plazo.

Palabras clave: mutismo selectivo, intervención, tratamiento, niños, adolescentes

Abstract

Selective Mutism (SM) is a poorly understood anxiety disorder affecting children and adolescents, characterized by a persistent inability to speak in specific situations despite being able to communicate in familiar settings (APA, 2013). This systematic review analyzes 25 studies on psychological interventions and treatments for addressing SM in the child and adolescent population at both national and international levels over the past 10 years. Therapeutic approaches such as cognitive-behavioral treatments, gradual exposure therapies, and play-based therapies were examined, evaluating their efficacy and clinical considerations. The evidence suggests that these methods are effective, especially when implemented early and with a multidisciplinary approach that includes parents, teachers, and therapists. However, further research is needed to culturally adapt treatments and assess their long-term impact.

Keywords: selective mutism, assessment, treatment, children, adolescents

Índice de contenidos

1.	Introducción	11
1.1.	Formulación y justificación del problema	12
1.2.	Objetivos.....	15
1.3.	Marco teórico	15
1.3.1.	Definición y conceptualización del mutismo selectivo	15
1.3.2.	Criterios diagnósticos del mutismo selectivo	18
1.3.3.	Comorbilidades y diagnóstico diferencial	20
1.3.4.	Epidemiología	24
1.3.5.	Etiología y factores de riesgo	26
1.3.6.	Factores genéticos y ambientales en el Mutismo Selectivo	27
1.3.7.	Factores de protección e importancia de una detección precoz.....	29
1.3.8.	Tratamientos e intervenciones existentes	32
1.3.8.1.	Terapia cognitivo conductual (TCC) y mutismo selectivo	33
1.3.8.2.	Terapia de juego y mutismo selectivo	35
1.3.8.3.	Terapia Familiar	36
1.3.8.4.	Terapia de Exposición/ Desensibilización sistemática en mutismo selectivo	38
1.3.8 5.	Uso de Tecnología Digital en el Tratamiento del Mutismo Selectivo	39
2.	Metodología	41
2.1.	Tipo de estudio	41
2.2.	Procedimiento de recogida de datos	41
2.3.	Criterios para la selección de artículos.....	44
2.4.	Análisis de datos	46
2.4.1.	Estudio de la calidad metodológica	46
3.	Resultados	49
3.1.	Diagrama de flujo	49
3.2.	Resultados calidad metodológica	49
3.3.	Características de los artículos seleccionados.....	51
4.	Discusión y conclusión	61
4.1.	Limitaciones del estudio	64
4.2.	Recomendaciones para futuras investigación.....	67

5. Referencias bibliográficas	67
-------------------------------------	----

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos mutismo selectivo (DMS-5).....	19
Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda.....	43
Tabla 3. Criterios de evaluación de la calidad metodológica.	46
Tabla 4. Resultados de la calidad metodológica	50

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo	49
--	----

Organización del grupo:

En el desarrollo de este Trabajo de Fin de Máster (TFM) como revisión sistemática del mutismo selectivo, se ha establecido una colaboración organizada entre María Teresa Márquez Nieto-Sandoval y Purificación Hernández-Pérez Sánchez. A continuación, se detalla la estructura de la organización grupal y la división de responsabilidades para asegurar un trabajo coordinado y eficiente.

1. Portada

- Responsable: Purificación y María Teresa.

2. Plantilla y formato

- Responsables: Purificación y María Teresa.

3. Índices

- Responsables: Purificación y María Teresa.

4. Resumen / Abstract

- Elaboración: Purificación.
- Revisión: María Teresa.

5. Palabras Clave

- Responsables: María Teresa y Purificación.

6. Marco Teórico

- Responsables: Trabajo conjunto, con distribución de temas específicos
 - Definición, características clínicas e introducción al MS:
 - Responsable: Purificación.
 - Comorbilidad y consecuencias
 - Responsable: Purificación.
 - Evaluación, diagnóstico y criterios DSM-5:
 - Responsable: María Teresa.

- Epidemiología, etiología, factores de riesgo y factores de protección
 - Responsable: María Teresa.
- Desarrollo de tratamientos e intervenciones:
 - Terapia cognitivo-conductual y terapia de juego: Purificación
 - Terapia familiar y terapia de exposición: María Teresa.

7. Metodología

- Criterios de exclusión e inclusión: Conjuntamente.
- Extracción de datos y artículos:
 - Se establece un protocolo de búsqueda exhaustiva que incluye bases de datos acordadas (PubMed, PsycINFO, Web of Science y Scopus), junto con términos de búsqueda y criterios de inclusión/exclusión de estudios de los últimos 10 años.
 - Purificación: Busca y selecciona estudios publicados entre 2014 y 2018.
 - María Teresa: Busca y selecciona estudios de 2019 a 2024.
 - Reuniones regulares: Se llevan a cabo para revisar y refinar el protocolo de búsqueda.

8. Coordinación efectiva

- Reuniones regulares: Se programan reuniones semanales para discutir el progreso del trabajo, resolver cualquier problema y revisar las tareas asignadas.
- Comunicación constante: Se utilizan herramientas de comunicación como mensajería instantánea vía WhatsApp.
- Flexibilidad y aptabilidad: Se reconocerá la importancia de adaptarse a los cambios y ajustar la planificación según sea necesario para abordar nuevos desafíos.

9. Resultados

- Elaboración: Cada una elabora la parte de resultados correspondiente a los artículos escogidos en su rango de año. Sin embargo, Purificación une la redacción de una forma más completa y refinada.
 - Purificación: Estudios de 2014-2018.

- María Teresa: Estudios de 2019-2024.

10. Conclusión, discusión y limitaciones/prospectiva

- Responsables: Conforme a la metodología y de forma conjunta, se elaborará la discusión.
- Purificación: limitaciones.
- María Teresa: futuras líneas de investigación.

11. Tablas y figuras:

- Tabla resultados DSM-5: María Teresa.
- Tabla ecuaciones de búsqueda: Purificación.
- Tabla criterios de la calidad metodológica: Ambas.
- Tablas de resultados y calidad metodológica: ambas, según años de estudio establecidos.
- Figura diagrama de flujo: Purificación.

12. Referencias Bibliográficas

- Responsables: Cada una elabora las referencias en formato APA 7 de la información que utilice, con su respectiva cita en el trabajo. Ambas revisan que todas las referencias estén correctamente escritas.

1. Introducción

A lo largo del máster se han ido adquiriendo aprendizajes que explican la importancia de la comunicación humana, donde una correcta y efectiva interacción social es fundamental en el desarrollo integral de los niños.

Al estudiar en el máster ciertos trastornos relacionados con la comunicación como el trastorno del espectro autista (TEA), se señalaban ciertos déficits en el lenguaje y/o la comunicación que presentan los niños y adolescentes con autismo, si bien el espectro autista es un trastorno más conocido que el mutismo selectivo (MS), en la asignatura de “intervención en trastornos de ansiedad” se ha mencionado muy por encima el MS, despertándonos una elevada curiosidad debido a su escasa información, (Mareval, 2018).

Conforme avanzaba el máster, el TEA ha ido cobrando una mayor importancia mientras el MS ha sido poco estudiado. Esta disparidad nos impulsó a elegir el MS como tema de investigación, conscientes de que, a diferencia de otros trastornos más estudiados como el TEA o la fobia social, existe una falta de información sustancial sobre el MS. Esto nos ha hecho decantarnos a la hora de elegir el tema. Sabemos que existe mucha información y literatura de trastornos como el TEA, fobia social, ansiedad por separación, u otros trastornos, sin embargo, el MS parece ser algo más desconocido.

Poder investigar un tema menos conocido como es el caso del mutismo selectivo puede presentar desafíos intelectuales únicos. Requiere explorar literatura menos convencional, desarrollar nuevas hipótesis y encontrar soluciones creativas para abordar las necesidades de las personas afectadas.

Dada la curiosidad que nos ha despertado el mutismo selectivo, nos surgían preguntas tales como: ¿cuál sería el tratamiento psicológico para un niño o adolescente con mutismo selectivo? ¿En qué consistiría la intervención psicológica? ¿Qué tipos de intervenciones existen en la actualidad para el mutismo selectivo? ¿Son efectivas? Seguir esa curiosidad es importante, porque significa seguir tu pasión e interés personal

al elegir un tema de estudio. Cuando estás genuinamente interesado en un tema, es más probable que te comprometas con él a largo plazo y que disfrutes del proceso de investigación y aprendizaje.

De esta forma, al investigar las intervenciones en mutismo selectivo, el objetivo principal es mejorar la comprensión de cómo abordar y tratar este trastorno de manera efectiva. Las finalidades específicas pueden variar, pero una de las razones detrás de esta investigación es identificar las mejores prácticas, es decir, se pretende mediante la búsqueda determinar qué intervenciones son más efectivas en el tratamiento del mutismo selectivo. Esto implica identificar enfoques que produzcan resultados positivos y sostenibles en la reducción de los síntomas y la mejora del funcionamiento social y emocional del niño y/o adolescente.

1.1. Formulación y justificación del problema

El mutismo selectivo es un trastorno de ansiedad (American Psychiatric Association, 2013) que puede tener un impacto significativo en la vida del niño, afectando su desarrollo social, emocional y académico. El mutismo selectivo, es un trastorno poco común en el que una persona es incapaz de hablar en situaciones sociales específicas en las que se espera que hable, a pesar de hacerlo en otras situaciones.

Recientemente ha prevalecido la idea de incluirlo dentro de los trastornos de ansiedad, como lo hace el DSM-5, respaldando la evidencia actual que indica que la sintomatología ansiosa predomina en este trastorno (Medeiro, 2018). Es por ello que trabajar en la comunicación de los niños desde una edad temprana es fundamental por varias razones que se enumeran a continuación.

Los niños con MS suelen mostrar una notable ansiedad social, y esta condición se manifiesta generalmente antes de los cinco años, aunque a menudo no se diagnostica hasta que el niño comienza la escuela. En situaciones donde se espera que hablen, estos niños pueden quedarse completamente en silencio, utilizar lenguaje no verbal o incluso evitar el contacto visual. A pesar de tener habilidades lingüísticas adecuadas para su

edad, su incapacidad para hablar en determinados contextos no es voluntaria y está relacionada con una ansiedad intensa. Además, la comunicación permite a los niños expresar sus ideas, opiniones y pensamientos. Al participar en conversaciones significativas, los niños aprenden a reflexionar sobre diferentes puntos de vista, a formular argumentos y a desarrollar habilidades de pensamiento crítico que son esenciales para su desarrollo intelectual (Barrera-Andrade et al., 2023).

Además, a través de la comunicación, los niños aprenden a reconocer y expresar sus emociones, así como a entender las emociones de los demás. Esto les ayuda a desarrollar habilidades sociales, como la empatía, la cooperación y la resolución de conflictos, que son fundamentales para establecer relaciones saludables y satisfactorias a lo largo de su vida (Porras Cruz et al., 2020).

Una correcta y efectiva comunicación también es crucial para el éxito académico, si bien los niños que pueden comunicarse claramente tienen más probabilidades de participar activamente en el aula, hacer preguntas, buscar ayuda cuando la necesitan y colaborar con sus compañeros en proyectos y actividades de aprendizaje (Castro Morrillo et al., 2021).

La capacidad de comunicarse de manera efectiva también influye en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima de los niños. Cuando los niños se sienten escuchados, valorados y comprendidos en sus interacciones comunicativas, desarrollan una mayor confianza en sí mismos y una imagen más positiva de sí mismos (Ayala Acosta, 2020).

Otra de las características de la comunicación es cómo proporciona un medio para que los niños expresen su creatividad y desarrollen su imaginación. A través del lenguaje verbal y no verbal, los niños pueden contar historias, inventar juegos, crear arte y explorar nuevas ideas, lo que les ayuda a desarrollar su pensamiento creativo y su capacidad para resolver problemas de manera innovadora (Villalobos Hernández, 2022).

En una última instancia, una correcta comunicación también prepara a los niños para la vida adulta, es decir, poder formar una habilidad fundamental para la adultez. Los niños

que adquieren habilidades de comunicación efectivas desde una edad temprana están mejor preparados para enfrentar los desafíos del mundo real, tanto en el ámbito personal como profesional. La capacidad de comunicarse claramente, escuchar activamente y colaborar con otros es esencial en cualquier entorno social o laboral, (Ayala Acosta, 2020).

Las razones enumeradas explican la importancia crucial de la comunicación en la etapa infantojuvenil, ya que influye en múltiples aspectos del desarrollo y el bienestar de los niños y adolescentes.

Las investigaciones indican que el mutismo selectivo, es más común en familias donde existen antecedentes de trastornos de ansiedad, lo que sugiere una posible predisposición genética. Sin embargo, factores ambientales también juegan un papel crucial, como experiencias tempranas de ansiedad, el estilo de crianza, y las dinámicas familiares. Por ejemplo, un estilo de crianza sobreprotector o ambientes familiares muy críticos pueden exacerbar la ansiedad del niño, contribuyendo al desarrollo y mantenimiento del MS, Gensthaler et al., (2016).

El impacto del MS en la vida del niño puede ser significativo, afectando no solo su desempeño académico, sino también sus relaciones con compañeros y mermando su autoestima. La intervención temprana es crucial para evitar que el trastorno se arraigue y se vuelva más resistente al tratamiento. Por lo tanto, la identificación y el abordaje adecuado del MS son esenciales para mejorar los resultados a largo plazo para estos niños.

En resumen, el mutismo selectivo es un trastorno de ansiedad infantil complejo y delimitante, caracterizado por la incapacidad persistente de hablar en ciertos contextos sociales a pesar de la capacidad de hablar en otros. Este trastorno está profundamente arraigado en la ansiedad y puede estar influenciado tanto por factores genéticos como ambientales.

El reconocimiento temprano y la intervención adecuada son fundamentales para ayudar a los niños a superar los desafíos asociados con el MS y mejorar su calidad de vida, es importante como hemos comentando, un reconocimiento temprano y poder trabajar en la comunicación de los niños, esto no solo es importante para su desarrollo presente, sino que también contribuye a su bienestar futuro, es por ello por lo que resulta crucial ayudar a prevenir la aparición de trastornos como el mutismo selectivo, así como su intervención psicológica, (Poveda et al., 2020).

1.2. Objetivos

Objetivo general:

- Revisar la literatura científica mediante una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Web of Science, PsycINFO y Scopus de los últimos 10 años sobre el tratamiento para el mutismo selectivo en población infantojuvenil.

Objetivos específicos:

- Sintetizar los distintos tipos de intervenciones existentes.
- Analizar los tipos de tratamientos que han mostrado efectividad.
- Obtener una comprensión completa y actualizada de las intervenciones en mutismo selectivo.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Definición y conceptualización del mutismo selectivo

El mutismo selectivo (MS), es definido como un trastorno de ansiedad que se caracteriza por una incapacidad a la hora de comunicarse de forma oral en determinados contextos poco familiares, concretamente según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) de la American Psychiatric Association (2013).

La historia del diagnóstico del mutismo selectivo ha experimentado cambios en la terminología y la clasificación a lo largo del tiempo. El psiquiatra suizo Moritz Tramer acuñó el término "mutismo electivo" para describir a niños que hablaban solo con un pequeño grupo de personas o en situaciones íntimas, sin presentar trastornos psicóticos. Este mismo autor destacó la tendencia familiar del trastorno, observando casos similares entre hermanos dentro de una misma familia. A pesar de eso, el médico alemán Kussmaul presentó el primer informe de tres casos de mutismo electivo en 1877, refiriéndose a él como "afasia voluntaria", (Molina et al., 1999).

Originalmente y tras el informe de Kussmaul, en 1878 fue identificado como "afasia voluntaria", pero en 1980 apareció en la clasificación del DSM-III como "mutismo electivo", (American Psychiatric Association, 1980).

Posteriormente, en 1994, la terminología se modificó a "mutismo selectivo", reflejando mejor la naturaleza específica y selectiva de la condición para el DSM-IV (APA, 1994). El DSM-IV, en su cuarta edición, clasificó el mutismo selectivo como un trastorno de ansiedad, diferenciándolo de los trastornos del habla y del lenguaje. Lo caracterizó como una incapacidad persistente para hablar en situaciones específicas donde existe la expectativa de hablar, a pesar de hablar en otras situaciones.

Finalmente, en el año 2013, en la quinta edición del DSM-5 (APA, 2013), el mutismo selectivo fue reclasificado como un trastorno de ansiedad, reconociendo su estrecha relación con la ansiedad social y otros trastornos de ansiedad.

En resumen, el DSM-5 refinó la clasificación y los criterios diagnósticos del mutismo selectivo, proporcionando una comprensión más actualizada y detallada de este trastorno de ansiedad, entendiendo por el MS un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas en las que se espera hablar (por ejemplo, en la escuela, con compañeros) a pesar de ser capaz de hablar en otros contextos (por ejemplo, en casa con la familia), (APA, 2013).

Este trastorno es común que lo presenten ciertos niños o adolescentes, quienes, a su vez, según la evidencia científica y diversos estudios como el realizado por Rodríguez-

Menchón y Saval-Manera (2017) son niños que presentan unas habilidades comunicativas y lingüísticas dentro de la normalidad, es decir, son personas que tienen la capacidad para hablar de forma normal en otros ambientes o contextos donde sienten comodidad y seguridad.

El mutismo selectivo es un trastorno complejo en el que la gravedad puede variar considerablemente de un niño a otro. Algunos niños afectados pueden comunicarse solo con sus familiares más cercanos, mientras que otros pueden sentirse lo suficientemente cómodos como para hablar con amigos cercanos. Estas características pueden variar en intensidad y manifestación, pero en conjunto contribuyen a la compleja presentación del mutismo selectivo. Es importante abordar este trastorno de manera integral, considerando tanto sus aspectos emocionales como comportamentales, (Smith-Schrandt et al., 2017).

Sin embargo, es común que estos niños tiendan a evitar hablar con figuras de autoridad, como maestros, a pesar de poder comunicarse con adultos seleccionados que desempeñan un papel dominante en sus vidas. Esta variabilidad en la capacidad de comunicación puede depender de una serie de factores individuales, ambientales y emocionales en la vida del niño, (Cunningham et al., 2006).

Diversos estudios exploraron la evitación y el escape en individuos con este trastorno, donde los niños con MS presentan una elevada ansiedad cuando se enfrentan a situaciones donde se espera que hablen o sea preciso comunicarse. Ante esta preocupación o miedo atemorizante, los niños llevan a cabo conductas de escape y/o evitación. Según Milic et al., (2020) los niños con MS difieren de los que tienen ansiedad social en formas clave como la inhibición conductual, a su vez Schwenck et al., (2019), afirman que los niños perciben las situaciones que exigen el habla como más embarazosas, autores como Vogel et al., (2019) con excesivos miedos basados en el habla, o relacionados con cierta ansiedad hacia situaciones escolares (Poole et al., 2020).

1.3.2. Criterios diagnósticos del mutismo selectivo

Las características del mutismo selectivo se caracterizan por la persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas (APA, 2013).

Para cumplir con los criterios diagnósticos, el mutismo debe durar al menos un mes y no puede ni debe ser mejor explicado por un trastorno de la comunicación o por la falta de conocimiento o comodidad con el idioma hablado requerido para la situación social, (APA, 2013).

Además, el rendimiento escolar o la interacción social general del individuo deben verse afectados. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013), las características asociadas al mutismo selectivo pueden incluir excesiva timidez, miedo a la exposición social, evitación y aislamiento, rasgos compulsivos, negativismo, rabietas y conductas desafiantes, especialmente en el hogar.

Dado que algunos niños muestran cierto grado de reticencia a nuevas situaciones sociales y algunos pueden experimentar mutismo transitorio durante períodos de transición, el DSM-IV reconoce que el mutismo selectivo no debe diagnosticarse en los primeros meses de escuela. Sin embargo, en el DSM-5, esta recomendación, aunque no se menciona explícitamente que el mutismo selectivo no debe diagnosticarse en los primeros meses de escuela, se mantiene en parte puesto que se reconoce que la edad promedio de inicio del mutismo selectivo es en la primera infancia, generalmente antes 5 años, pero no debe diagnosticarse antes de comenzar la escuela.

Además, se establece que el mutismo debe durar al menos un mes para cumplir con los criterios diagnósticos. Esta precaución implícita en el DSM-5 sigue siendo relevante para evitar diagnósticos erróneos en niños que pueden estar experimentando una transición o adaptación a un nuevo entorno escolar, (APA, 2013).

Según el DSM-5 el diagnóstico de mutismo selectivo debe incluir un diagnóstico diferencial para descartar los siguientes trastornos, (APA, 2013) lo que implica

considerar varias condiciones que pueden presentar síntomas similares. Aquí hay un breve resumen de cómo distinguir el MS de otros trastornos:

- Trastornos de la comunicación: Los trastornos del habla y del lenguaje, como la tartamudez o el trastorno del lenguaje receptivo-expresivo, pueden presentar dificultades en la comunicación verbal, pero no se caracterizan por la incapacidad selectiva para hablar en ciertas situaciones sociales específicas como en el MS.
- Trastornos del neurodesarrollo: Aunque los trastornos del espectro autista (TEA) pueden incluir dificultades en la comunicación social, el MS se diferencia porque en el TEA los problemas de comunicación no son selectivos y afectan a múltiples situaciones.
- Esquizofrenia y trastornos psicóticos: Aunque algunos síntomas, como la retirada social, pueden ser compartidos entre el MS y los trastornos psicóticos, en el MS la falta de habla selectiva no está asociada con alucinaciones, delirios u otros síntomas psicóticos presentes en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno por fobia social: Si bien el MS y el trastorno por fobia social pueden compartir características de ansiedad en situaciones sociales, en el MS la falta de habla selectiva no es el resultado del temor a la evaluación o al juicio social, como lo es en el trastorno por fobia social.

En el DSM-5 (APA, 2013), para poder diagnosticar a una persona con MS se deben cumplir los siguientes criterios:

Tabla 1. *Criterios diagnósticos mutismo selectivo (DMS-5)*

Una incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas donde se espera que hable, a pesar de hacerlo en otras situaciones
La alteración interfiere en el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
La duración de la alteración es de al menos un mes.

La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (ej: trastorno de fluidez tartamudeo) de inicio en la infancia y no se produce exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo.

Fuente: Elaboración propia (APA, 2013).

La conceptualización clínica del mutismo selectivo ha sido motivo de debate durante décadas. En la actualidad, el mutismo selectivo se incluye como un trastorno de ansiedad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5.

1.3.3. Comorbilidades y diagnóstico diferencial

Según el DSM-5 el mutismo selectivo (MS) puede presentar una serie de comorbilidades, incluidos trastornos de ansiedad social, ansiedad por separación, fobias específicas, comportamientos oposicionistas y trastornos o retrasos en la comunicación. Aquí hay una breve descripción de cómo se relaciona el MS con cada una de estas condiciones:

- **Trastornos de ansiedad social:** El trastorno de ansiedad social es la comorbilidad más frecuente en niños con mutismo selectivo, con estudios que indican que hasta el 70% de estos niños también cumplen con los criterios para TAS. Ambos trastornos comparten características clínicas significativas, como el miedo a la evaluación negativa y la evitación de situaciones sociales. Este solapamiento sugiere que el mutismo selectivo puede ser una manifestación extrema de la ansiedad social en algunos casos. La identificación de TAS en pacientes con MS es crucial, ya que influye en el enfoque terapéutico, que debe incluir estrategias para manejar la ansiedad subyacente.

- **Ansiedad por separación:** El trastorno de ansiedad por separación es otro trastorno de ansiedad que puede coexistir con el MS. Los niños con MS y TAS pueden mostrar una preocupación extrema por la separación de figuras de apego, lo que puede agravar la evitación del habla en situaciones que perciben como amenazantes o incómodas. La intervención debe incluir el tratamiento de la ansiedad por separación para disminuir la dependencia de las figuras de apego y fomentar la autonomía del niño.
- **Trastorno del Espectro Autista (TEA):** El mutismo selectivo puede coexistir con el trastorno del espectro autista, aunque esta combinación es menos frecuente. Los niños con TEA y MS pueden tener dificultades para comprender y usar el lenguaje en contextos sociales, lo que puede contribuir a la inhibición del habla. La comorbilidad con TEA requiere una evaluación cuidadosa para diferenciar entre la falta de comunicación intencionada del MS y las limitaciones comunicativas inherentes al TEA. El tratamiento debe ser adaptado para abordar tanto las habilidades sociales como la reducción de la ansiedad.
- **Trastornos del Lenguaje:** Los trastornos del lenguaje son comunes en niños con mutismo selectivo y pueden incluir dificultades tanto en la comprensión como en la producción del lenguaje. Estos problemas pueden exacerbar la ansiedad en situaciones donde se espera que el niño hable, lo que refuerza la evitación del habla. La intervención debe incluir la terapia del lenguaje para mejorar las habilidades comunicativas y reducir la ansiedad asociada a la expresión verbal. Manassis et al. (2007) encontraron que los niños con MS a menudo presentan retrasos en el desarrollo del lenguaje o dificultades específicas en la producción y comprensión del lenguaje.
- **Trastorno de Aprendizaje No Verbal (TANV):** El trastorno de aprendizaje no verbal se caracteriza por dificultades en la percepción visual y espacial y en las habilidades sociales. Algunos niños con MS pueden presentar síntomas de TANV, lo que complica la interacción social y la comunicación verbal. La comorbilidad con TANV sugiere que los niños pueden tener dificultades adicionales para interpretar las señales sociales, lo que puede contribuir a la evitación del habla. El tratamiento debe enfocarse en mejorar las habilidades sociales y comunicativas a través de un enfoque multidisciplinario. El estudio de Dummett

y West (2012) sugiere que estos niños pueden tener problemas significativos en la interpretación de señales sociales y emocionales, lo que puede contribuir a la manifestación del mutismo en situaciones donde se sienten abrumados o inseguros.

- Fobias específicas: Aunque el MS es una condición específica, los niños con MS también pueden desarrollar fobias específicas relacionadas con situaciones en las que se les requiere hablar, lo que puede contribuir a su reticencia para hablar en esas circunstancias.
- Comportamientos oposicionistas: Se ha observado una asociación entre el MS y comportamientos oposicionistas, como la resistencia a cumplir con las demandas o solicitudes de los adultos, aunque la naturaleza exacta de esta relación aún no está completamente entendida.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): El TDAH se presenta en una minoría de niños con MS, y su coexistencia puede complicar el cuadro clínico. Los niños con TDAH pueden tener dificultades para mantenerse atentos y controlar su comportamiento, lo que puede aumentar la ansiedad en situaciones sociales y contribuir al mutismo. La intervención debe abordar tanto los síntomas del TDAH como la ansiedad social para lograr una mejora significativa en la comunicación verbal y el comportamiento general.
- Trastornos Depresivos: La depresión puede ser una consecuencia del aislamiento social y la dificultad para comunicarse en niños con MS. La comorbilidad con trastornos depresivos, aunque menos frecuente, es significativa y puede manifestarse como pérdida de interés en actividades, baja autoestima y sentimientos de desesperanza. El tratamiento debe incluir intervenciones que aborden tanto la depresión como la ansiedad social para mejorar la calidad de vida y la capacidad de comunicación del niño.

A pesar de que el MS esté clasificado dentro de los trastornos de ansiedad, existen muchos investigadores que han señalado una estrecha conexión del problema con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de ansiedad social (Facon et al., 2008).

El análisis realizado por Kristensen (2000) señala que muchos niños con mutismo selectivo suelen presentar características como timidez excesiva, reticencia para hablar, inhibición en su comportamiento, tendencia a retraerse socialmente y dependencia.

Estas características sugieren un patrón de comportamiento que limita la interacción social y puede dificultar el desarrollo de habilidades comunicativas en situaciones específicas, lo que podría confundir el trastorno con otros como los mencionados anteriormente de ansiedad social o generalizada.

Según el estudio realizado por Gensthaler et al. (2016), en aquellos niños con mutismo selectivo también puede ser habitual que presenten síntomas de ansiedad con otro trastorno como el de fobia social, datos que coinciden con los estudios llevados a cabo por Oerbeck et al. (2014).

La presencia de comorbilidades en el mutismo selectivo tiene importantes implicaciones para el diagnóstico y tratamiento. La evaluación diagnóstica debe ser exhaustiva para identificar no solo el MS, sino también los trastornos comórbidos que pueden estar presentes. Como sugieren Vecchio y Kearney (2009), los programas de tratamiento para el mutismo selectivo deben ser flexibles y personalizados para abordar la complejidad clínica de cada caso. Es crucial diferenciar el MS de otros trastornos que pueden presentar síntomas similares, como el TEA o la ansiedad social, para desarrollar un plan de intervención adecuado.

El diagnóstico diferencial debe considerar una amplia gama de trastornos psiquiátricos y del desarrollo para garantizar una comprensión precisa de las dificultades del niño y proporcionar el tratamiento más eficaz. La identificación precisa y el tratamiento de las comorbilidades pueden mejorar significativamente el pronóstico para los niños con mutismo selectivo, facilitando una mejor adaptación social y académica y mejorando su calidad de vida, (APA, 2013).

Barahona Morales y Triguero Arana (2016) destacaron que es fundamental realizar una evaluación exhaustiva que incluya la identificación de comorbilidades y factores contextuales que pueden estar contribuyendo al mutismo selectivo. Esto permite un

diagnóstico diferencial preciso y la planificación de un tratamiento adecuado. Se recomienda utilizar herramientas de evaluación estandarizadas y colaborativas que involucren a profesionales de diferentes disciplinas, incluyendo psicólogos, logopedas y pediatras.

Además, cada plan de tratamiento debe ser personalizado para abordar las necesidades específicas del niño, considerando sus fortalezas, debilidades y contexto familiar y escolar. Es importante involucrar al niño en el proceso terapéutico y adaptar las intervenciones a su nivel de desarrollo y capacidad de comunicación, Barahona Morales y Triguero Arana (2016)

Los padres y educadores deben recibir formación y apoyo continuos para ayudar a los niños con mutismo selectivo a superar sus desafíos y participar de manera activa en sus comunidades. Se deben ofrecer programas de capacitación y recursos educativos para ayudar a los adultos a comprender y manejar el mutismo selectivo de manera efectiva, López, (2019).

1.3.4. Epidemiología

Según el DSM-5 la prevalencia en general, se estima que el MS es un trastorno relativamente raro en comparación con otros trastornos del desarrollo infantil y de ansiedad.

Las estimaciones de prevalencia pueden oscilar entre el 0,03% y el 1% de la población infantil, aunque algunas investigaciones sugieren tasas más altas en ciertos grupos, como niños en edad escolar.

Antes de mencionar las prevalencias de otros estudios y/o investigaciones, es importante tener en cuenta que la estimación de la prevalencia puede verse afectada por factores como la metodología de estudio, los criterios diagnósticos utilizados y las características de la población estudiada. Además, el MS puede ser subdiagnosticado o malinterpretado como timidez extrema en algunos casos, lo que puede afectar las

estimaciones de prevalencia.

Estudios específicos han proporcionado una visión más detallada de la prevalencia del MS. Por ejemplo, Bergman et al. (2002) llevaron a cabo un estudio en una muestra de 2,256 niños en edad escolar y encontraron una prevalencia del 0.71%. Otro estudio realizado por Cunningham et al. (2020) sugirió una prevalencia del MS entre el 1% y el 2%, manifestándose principalmente antes de los 5 años. Estos estudios también indican que el MS es ligeramente más común en niñas que en niños.

Según Cunningham et al., (2020) el MS se manifiesta principalmente en la niñez, con una prevalencia de entre el 1–2% y con mayor frecuencia antes de los 5 años y más comúnmente entre los 2,5 y los 4 años, y ligeramente más común en niñas que en niños.

Los datos de Cunningham et al., (2020) coinciden con el estudio más antiguo realizado por Bergman et al., (2002) donde el Mutismo Selectivo (MS) es definido también como un trastorno clínico poco común pero significativo, ya que puede tener un impacto negativo considerable en el funcionamiento social y académico si no se trata. Las tasas de prevalencia para el estudio realizado en 2002 varían entre el 0,11% y el 2,2%.

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones sugieren que el MS es más común en niñas (con una proporción de niñas a niños de 1.5:1 a 2.6:1) y en poblaciones bilingües, (Cohan et al., 2006), este mismo estudio "Prevalence and Phenomenology of Childhood Selective Mutism in a Clinical Sample" (Cohan et al., 2008) que examinó la prevalencia y la fenomenología del mutismo selectivo en una muestra clínica de niños. Encontraron que el mutismo selectivo era relativamente común en su muestra clínica y que estaba asociado con una variedad de síntomas de ansiedad y problemas de conducta.

Aunque su incidencia puede considerarse baja, el mutismo selectivo suscita una gran preocupación entre los profesionales de la salud y los investigadores debido a la amplia gama y la intensidad de sus efectos negativos en el desarrollo de los niños y adolescentes, así como por su asociación con un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos concurrentes, especialmente de ansiedad y depresión. Además, de acuerdo

con las estimaciones de Bodden et al., (2008), los costos económicos asociados para las familias y los sistemas de salud pública son considerablemente más altos que los de un niño sin ansiedad, llegando a ser hasta 20 veces superiores.

1.3.5. Etiología y factores de riesgo

Según el DSM-5, podemos dividir los factores de riesgo del mutismo selectivo (MS) en tres categorías principales: temperamentales, ambientales y genéticos:

- **Temperamentales:** a pesar de que estos factores específicos que contribuyen al mutismo selectivo (MS) no están completamente identificados, se ha estudiado que la afectividad negativa y la inhibición conductual, así como la timidez, son características que se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar MS así como la tendencia de estas personas a experimentar emociones negativas, como ansiedad, miedo o tristeza, de manera más intensa y frecuente que otras personas. Los niños con un alto nivel de afectividad negativa pueden ser más propensos a sentir ansiedad en situaciones sociales y a evitar hablar en público debido al miedo al juicio o la evaluación negativa de los demás.
- **Ambientales:** el comportamiento de los padres y el ambiente familiar pueden influir significativamente en el desarrollo del mutismo selectivo (MS), especialmente si los padres muestran inhibición social o ansiedad en situaciones sociales. Según el DSM-5 los niños aprenden a través del modelado, observando e imitando el comportamiento de sus padres y otros adultos significativos. Si los padres muestran inhibición social o ansiedad en situaciones sociales, es más probable que los niños desarrollen actitudes y comportamientos similares, incluida la reticencia para hablar en ciertas situaciones.
- **Factores genéticos y fisiológicos:** se ha observado que el MS tiende a ocurrir en familias con antecedentes de trastornos de ansiedad social u otros problemas de salud mental. Esto sugiere que puede haber una predisposición genética para el desarrollo del MS.

Estos factores genéticos y fisiológicos pueden interactuar con factores ambientales y temperamentales para influir en el desarrollo y la expresión del MS en un individuo específico. Si bien se necesita más investigación para comprender completamente el papel de estos factores en el MS, reconocer su importancia puede ayudar a informar el desarrollo de intervenciones más efectivas para la condición (Poveda et al., 2020).

Aunque la causa de este trastorno es multifactorial, se ha observado un aumento en los casos y también puede involucrar una combinación de factores genéticos, el MS como el trastorno de ansiedad social podrían ser hereditarios, también factores psicológicos como el temperamento y ambientales como un contexto social negativo para los niños (Oerbeck et al., 2018).

La etiología sobre el MS no está clara, pero se cree que es multifactorial, existe un estudio familiar, que encontró que el 37% de las familias donde existía un niño diagnosticado con MS incluía a un familiar de primer grado con MS, mientras que el 70% tenía un familiar de primer grado con fobia social. Existen indicios que sugieren que los padres de niños con MS, tienden a ser personas tímidas, ansiosas y evitativas (Capozzi, 2018).

Algunos niños diagnosticados MS hacen uso de la comunicación no verbal, empleando el contacto visual, gestos, asentir o señalar. Mientras que algunos de estos niños logran utilizar eficazmente estos medios de comunicación, otros pueden abstenerse de reír o toser en presencia de otras personas. Es común que aquellos que no emplean la comunicación no verbal también tengan dificultades para expresar sus necesidades básicas, como la necesidad de ir al baño, hambre, sed o dolor, lo que subraya la gravedad potencial de este trastorno en ciertos casos (Manasis et al., 2018).

1.3.6. Factores genéticos y ambientales en el Mutismo Selectivo

Como hemos mencionado, el mutismo selectivo (MS) es un trastorno complejo en el que intervienen múltiples factores, tanto genéticos como ambientales. Existen investigaciones que han demostrado que existe una predisposición genética en el desarrollo de este trastorno, sugiriendo que los niños con antecedentes familiares de trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar la condición, (López, 2019).

Estudios recientes han mostrado una predisposición genética y una vulnerabilidad hereditaria, con lo que el mutismo selectivo puede tener una base genética significativa. El estudio de Viana et al. (2009) indica que los niños con mutismo selectivo tienen una probabilidad más alta de tener familiares cercanos con trastornos de ansiedad, lo que sugiere una vulnerabilidad genética compartida. Además, algunos estudios han identificado variantes específicas en genes asociados con la regulación de la serotonina, un neurotransmisor implicado en la modulación del estado de ánimo y la ansiedad, como un posible factor contribuyente.

Por ejemplo, investigaciones realizadas por Stein et al. (2011) señalan que variantes en el gen SLC6A4, que codifica el transportador de serotonina, pueden estar relacionadas con una mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos de ansiedad, incluyendo el mutismo selectivo. Estos hallazgos sugieren que los desequilibrios en la neurotransmisión serotoninérgica podrían desempeñar un papel crucial en la etiología del mutismo selectivo.

Los factores ambientales también juegan un papel significativo en el desarrollo del mutismo selectivo. Estos factores pueden interactuar con la predisposición genética para precipitar el inicio del trastorno, (López, 2019).

Además, el entorno familiar es fundamental en el desarrollo emocional y social del niño. Se han encontrado que los niños que crecen en entornos familiares sobreprotectores o que han experimentado traumas tempranos, como abuso emocional o negligencia por parte de sus progenitores, tienen un mayor riesgo de desarrollar mutismo selectivo (Schwartz et al., 2006). Estos factores pueden contribuir a una respuesta de ansiedad

exacerbada ante situaciones sociales, lo que refuerza que surja el silencio selectivo como una estrategia de afrontamiento.

El contexto escolar y las interacciones sociales también son críticos en la aparición y el mantenimiento del mutismo selectivo. Según un estudio de Vecchio y Kearney (2005), los niños que han experimentado cambios frecuentes de colegio o que han sido sometidos a presiones sociales intensas, como el acoso escolar, son más propensos a desarrollar este trastorno. Además, la falta de apoyo social y la presencia de un ambiente escolar poco acogedor pueden aumentar el estrés y la ansiedad en los niños predispuestos, exacerbando los síntomas del mutismo selectivo.

Es importante destacar el desarrollo multicomponente del mutismo selectivo, ya que la causa de poder desarrollar o no MS, no puede atribuirse únicamente a un único factor, sino a una interacción compleja entre predisposiciones genéticas y experiencias ambientales. Como señalan Asendorpf et al. (2003), la vulnerabilidad genética puede hacer que algunos niños sean más sensibles a los factores ambientales estresantes, lo que puede precipitar la aparición del mutismo selectivo. Esta perspectiva sugiere que un enfoque holístico que considere tanto los aspectos biológicos como los contextuales es esencial para comprender y tratar el mutismo selectivo de manera efectiva.

1.3.7. Factores de protección e importancia de una detección precoz

El mutismo selectivo (MS) es un trastorno por ansiedad que inicia generalmente antes de los 5 años (APA, 2013), puesto que existen estudios que demuestran que las mejoras y recuperaciones de los niños con MS “espontáneas” son raras (Oerbeck, et al., 2018), se pone de manifiesto la necesidad de intervenir lo antes posible con los niños con MS y adultos que interactúan con ellos, así como el posible deterioro funcional asociado (Olivares, 2018). Es importante poder establecer un diagnóstico diferencial, para poder distinguir el MS de otros trastornos del habla (Kristensen, 2002).

La intervención temprana en el mutismo selectivo (MS), es crucial para mejorar el pronóstico y resultados para los niños afectados, un estudio de Creswell et al., (2013),

examinaron los resultados de una intervención temprana para la ansiedad infantil, incluido el mutismo selectivo en un entorno escolar, de una población económicamente desfavorecida, demostrando mejoras significativas en la ansiedad infantil y el funcionamiento escolar, destacando la importancia de una intervención temprana en entornos escolares puede reducir la ansiedad infantil, incluyendo el mutismo selectivo.

En un artículo realizado por los autores Buzzella, Ehrenreich-May y Pincus (2011), exploraron los factores familiares asociados con la infancia, encontraron que factores familiares como la dinámica familiar, el funcionamiento parental, el tipo de crianza, el estrés familiar y las experiencias adversas en la infancia, pueden influir en el desarrollo y mantenimiento del mutismo selectivo en la infancia. Además, discute la importancia de la detección temprana y la intervención familiar en el abordaje de este trastorno.

Los autores Cortés, et al., (2009), identificaron factores relevantes en la génesis y desarrollo del mutismo selectivo, que podemos identificar para su detección precoz:

- Estilo educativo autoritario, exigencia elevada respecto al comportamiento del niño, atención selectiva a los fallos para corregir, corrección inmediata y frecuente, o un estilo sobreprotector, evitar las dificultades, poca autonomía personal, etc.
- Vulnerabilidad genética, manifestadas en respuestas de ansiedad intensas ante extraños en etapas del desarrollo.
- Adaptación de roles familiares.
- Clima familiar, como situaciones conflictivas en el ámbito familiar.
- Características de personalidad asociadas a ansiedad o inhibición.
- Existencia de trastornos del habla en miembros familiares como dislexia, tartamudeo, o mutismo selectivo.
- Apego inseguro, manifestación de comportamientos de ansiedad ante la conducta social, escasas habilidades comunicativas y lingüísticas que dificultan la comunicación oral.
- Retraso en el habla.
- Perfeccionismo, manifestación de conductas de rigurosidad, meticulosidad, que impiden al niño a enfrentarse a situaciones en las que tiene miedo al fracaso.

- Expectativas negativas, vivencias de acontecimientos vitales como estresantes, incorporación al centro educativo, hospitalización, cambio del lugar de residencia, etc.
- Experiencias traumáticas.

Además, se deben considerar otros factores relevantes en el ámbito escolar, tales como:

- Estilo relacional del profesor: Incluye la capacidad de vinculación con el alumno afectado y la preferencia por relaciones más o menos cercanas.
- Conocimiento y competencia profesional del profesor: respecto a contenidos concretos relacionados con el trastorno.
- Acomodación del entorno a las dificultades del niño: puede manifestarse en la adaptación de actividades académicas, la facilitación de la comunicación mediante gestos, o el papel de los compañeros como "intérpretes" del niño.
- Generación de expectativas negativas del profesorado y del alumnado: Respecto a la evolución y normalización del habla del niño, así como el etiquetado de las respuestas de evitación y escape que realiza.
- Excesiva atención recibida por no hablar: Se refiere a la insistencia del profesor para que responda, el ánimo de los compañeros, y la centralización de la atención del grupo en la no respuesta del niño.

Es importante tener en cuenta que la presencia y concurrencia de algunos de estos factores no es condición suficiente para desarrollar un mutismo selectivo, ni en todos los casos de mutismo están presentes todos estos factores.

En resumen, la detección precoz y la intervención temprana en el mutismo selectivo son esenciales para proporcionar el apoyo necesario y poder ayudar a los niños con mutismo selectivo (MS). Detectar este trastorno en sus etapas iniciales puede permitir implementar estrategias efectivas para poder abordarlo, lo que puede mejorar significativamente el pronóstico. La intervención temprana no solo ayuda a prevenir la exacerbación del trastorno, sino que también promueve el desarrollo socioemocional

del niño, facilitando su integración social y fomentando la adquisición de habilidades de comunicación, (Oerbeck, et al., 2016).

1.3.8. Tratamientos e intervenciones existentes

Según una revisión sistemática realizada por Ostergaard (2018), el tratamiento del MS se basa en enfoques como la terapia cognitivo-conductual, la psicofarmacología y la terapia combinada. Este estudio examinó la efectividad de estos enfoques terapéuticos y proporcionó una visión integral de las estrategias utilizadas en el manejo de este trastorno.

Los mismos datos coinciden según el estudio realizado por Bergman et al., (2020) donde los estándares de tratamiento para el mutismo selectivo se asemejan a los enfoques terapéuticos utilizados en otros trastornos de ansiedad infantil, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o una combinación de ambos.

Siguiendo con el estudio realizado por Ostergaard (2018), el MS es un trastorno heterogéneo y como tal presenta una gran variedad de tratamientos multimodales que los investigadores y profesionales han ido utilizando para dar sentido a la gran variedad de la población.

Según los diversos estudios mencionados anteriormente, existen numerosos elementos comunes de intervención como la práctica basada en la exposición; la terapia familiar; el manejo de contingencia basado en los padres; el modelado; las competencias sociales y formación lingüística; el desvanecimiento del estímulo, así como la farmacoterapia (Manassis et al., 2016) y (Klein et al., 2017), así como otras investigaciones como la realizada por Bunnell et al., (2018), el uso de la tecnología digital podría ser una parte de la intervención o tratamiento del niño con MS puesto que los elementos que la componen están formados para mejorar la audición y discurso del paciente.

Sin embargo, una vez descritas las distintas clases de intervenciones, cabe destacar que la intervención psicológica juega un papel fundamental en el tratamiento del MS, ya que se centran en abordar los factores psicológicos, emocionales y conductuales subyacentes que contribuyen a la condición. Aunque la farmacoterapia puede considerarse en algunos casos graves o complejos, las intervenciones psicológicas son generalmente la primera línea de tratamiento recomendada debido a su eficacia demostrada y a la minimización de los riesgos asociados con los medicamentos en niños en pleno desarrollo (Olivares et al., 2019).

La presente revisión sistemática tiene como objetivo examinar única y exclusivamente la literatura existente sobre las intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento del MS.

Para ello, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de estudios empíricos que evalúen la efectividad de diversas intervenciones psicológicas, incluida la terapia cognitivo-conductual, la terapia de juego, la terapia familiar, la terapia de exposición o el entrenamiento en habilidades sociales, entre otros enfoques. Se examinarán los resultados de estos estudios en términos de la reducción de los síntomas de MS, la mejora del funcionamiento social y académico, y la prevención de recaídas a largo plazo.

A diferencia de la farmacoterapia, que se encuentra dentro del ámbito de la psiquiatría, las intervenciones psicológicas no implican el uso de medicamentos y se centran en enfoques terapéuticos basados en la evidencia para promover el cambio en el pensamiento, la emoción y el comportamiento del niño, (García y Martínez, 2020).

Los autores García y Martínez (2020) examinan una variedad de enfoques terapéuticos utilizados para abordar este trastorno en niños y adolescentes. Entre los tratamientos revisados se encuentran la terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición, la terapia de juego, entre otros.

1.3.8.1. Terapia cognitivo conductual (TCC) y mutismo selectivo

La terapia cognitivo-conductual (TCC) requiere que los pacientes tengan la capacidad de reconocer, cuestionar y desarrollar de manera sistemática formas alternativas de pensar. Esto implica tener cierto nivel de madurez y complejidad cognitiva, lo que nos lleva a cuestionar si los niños pequeños tienen el nivel de madurez cognitiva necesario para beneficiarse de este enfoque terapéutico, (Ruttledge et al., 2012).

Esta cuestión ha sido objeto de debate, aunque la TCC se ha aplicado a niños pequeños. Un análisis de 101 estudios de tratamientos cognitivo-conductuales encontró que el 79% de ellos incluía a niños menores de 10 años, Durlak et al. (1995), y un metaanálisis de 150 estudios de psicoterapia con niños y adolescentes reveló que el efecto es más duradero en adolescentes que en niños (Weisz et al., 1995). De manera similar, Durlak et al. (1995) informaron que los niños de entre 11 y 13 años se benefician en mayor medida de la TCC que los niños de 5 a 11 años.

La terapia conductual integrada para el mutismo selectivo (IBTSM) de Bergman (2013) se consideró adecuada, ya que está diseñada para niños de 4 a 8 años con diagnóstico de MS. Aunque el MS comparte similitudes con la ansiedad social, para la cual la terapia cognitivo-conductual es efectiva, IBTSM tiene en cuenta que los niños con MS no hablan con su terapeuta al principio y que cualquier estrategia cognitiva debe ser simple y apropiada para su desarrollo.

El modelo conductual del MS describe un ciclo de estímulos temidos que conducen a síntomas de ansiedad y a la posterior evitación exitosa del habla, lo cual se refuerza negativamente (Scott & Beidel, 2011). El objetivo del tratamiento es romper este ciclo exponiendo gradualmente al niño a situaciones de habla (Bergman, 2013).

Numerosos estudios como los realizados por Lang et al. (2016), Siroky, Carlson y Kotrba (2023), utilizan la TCC para el tratamiento del MS, obteniéndose en ambos estudios una evidencia científica de la eficacia de intervenciones terapéuticas, como la TCC y la terapia conductual integrada, en el tratamiento del mutismo selectivo, con mejoras significativas en los síntomas y la calidad de vida de los niños afectados.

Concretamente en el estudio realizado por Lang et al. (2016), después de recibir TCC centrada en el mutismo selectivo, hubo una mejora significativa en los síntomas del mutismo selectivo, y la gran mayoría de los niños (84%) ya no cumplían con los criterios del DSM para el trastorno.

Por otro lado, en la investigación realizada por Siroky, Carlson y Kotrba (2023) también se observó una disminución significativa en las comorbilidades psiquiátricas, así como los terapeutas lograron implementar la terapia con alta adherencia. Aunque no todos los participantes mostraron un efecto de intervención replicado, hubo mejoras significativas en los niveles de ansiedad social y los comportamientos de habla. Tres participantes ya no cumplían con los criterios diagnósticos para el mutismo selectivo al final del tratamiento, y dos participantes experimentaron remisión de trastornos de ansiedad comórbidos. Los cuidadores calificaron la terapia como aceptable y efectiva.

1.3.8.2. Terapia de juego y mutismo selectivo

La terapia de juego puede ser una técnica psicológica útil en la intervención de casos de mutismo selectivo infantil (Rodríguez-Menchón, 2017), esta técnica terapéutica se basa en el uso del juego como medio de comunicación y expresión para el niño.

Para los niños con mutismo selectivo, que tienen dificultades para hablar en ciertas situaciones sociales debido a la ansiedad, la terapia de juego proporciona un ambiente seguro y no amenazante donde pueden expresarse de manera más libre y cómoda (Oltra et al., 2021) y algunas formas en que la terapia de juego puede ser beneficiosa en el tratamiento del mutismo selectivo incluyen:

1. Fomentar la expresión emocional: A través del juego, los niños pueden expresar sus emociones de manera indirecta, lo que les ayuda a procesar y manejar sus sentimientos de ansiedad y miedo.
2. Promover la comunicación: La terapia de juego proporciona al terapeuta la oportunidad de establecer una relación de confianza con el niño, lo que puede facilitar la comunicación y eventualmente ayudar al niño a sentirse más cómodo hablando en situaciones sociales.

3. Practicar habilidades sociales: Los juegos pueden ser estructurados de manera que involucren interacciones sociales simuladas, lo que permite al niño practicar habilidades de comunicación y enfrentar situaciones temidas de manera gradual y controlada.
4. Desarrollar habilidades de afrontamiento: A través del juego, los niños pueden aprender estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad y el estrés, lo que puede ayudarles a enfrentar mejor las situaciones sociales desafiantes.

Es importante tener en cuenta que la terapia de juego puede ser utilizada como parte de un enfoque terapéutico más amplio, que puede incluir otras técnicas cognitivo-conductuales y de apoyo para abordar los diferentes aspectos del mutismo selectivo infantil como se analiza en la investigación realizada por (Rodríguez-Menchón, 2017) donde se estudia la evaluación y tratamiento de una niña de siete años con mutismo selectivo. Se enfocó en técnicas conductuales y el empleo del juego en sesiones terapéuticas. Se realizaron 20 sesiones combinando psicoeducación, orientación a los padres, y exposición gradual a situaciones sociales que requerían hablar. Se dividieron las fases de exigencia en responder con monosílabos, oraciones y luego iniciar conversaciones. Los resultados mostraron un progreso en la producción del habla en distintos contextos sociales. En seguimiento escolar, se observó como la niña interactúa verbalmente con todos sus compañeros.

1.3.8.3. Terapia Familiar

Salvador Minuchin (1964), fue el pionero en realizar terapia familiar en la década de los 60, durante la década de los 60, hubo un gran interés en este enfoque, con varios pioneros contribuyendo al desarrollo y la popularización de la terapia familiar.

La terapia familiar se desarrolló como una forma de abordar los problemas emocionales y relacionales desde una perspectiva sistémica, que considera la dinámica y las interacciones dentro de un sistema familiar como un factor crucial en la salud mental de los individuos. (Minuchin, 1997).

En cuanto a los principales aportes del enfoque sistémico para poder comprender el concepto de familia, según lo planteado por Weinstein y Wittner en 2016, que subyacen la importancia de incorporar a la familia en los procesos terapéuticos con niños, mencionaron que la teoría sistémica es el modelo predominante en el estudio de la familia, dicha terapia integra variables cognitivas, conductuales, sociales, familiares y biológicas, Minuchin (1974:1997) define a la familia como un sistema abierto en proceso de transformación en un contexto sociocultural cambiante. También define la estructura familiar, es decir, el conjunto de reglas de relación que surgen de la interacción entre sus elementos, es decir, el funcionamiento familiar independientemente de los miembros que la conforman.

Existen estudios sobre la eficacia de los tratamientos dirigidos a niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, que incluyen un enfoque terapéutico familiar sistémico, estas investigaciones, dirigidas principalmente por Carr en diferentes años (2000, 2009, 2014 y 2019), abarcan una gran variedad de modelos de terapia familiar basados en la evidencia, como la Terapia familiar, el entrenamiento parental, los programas de entrenamiento comportamental dirigidos a los padres y la terapia multisistémica entre otros. Después de evaluar los resultados y revisar la literatura relacionada, se determinó que Jasper se beneficiaría de un tratamiento conductual basado en la familia para abordar su mutismo selectivo (MS) y ansiedad comórbida.

Se recomienda comenzar con exposiciones a situaciones fáciles y tolerables antes de intentar situaciones más difíciles. Si una exposición resulta demasiado difícil y el niño se angustia, se recomienda modificar y disminuir su dificultad y en eso consiste la participación de los padres, es algo crucial para las exposiciones fuera del tratamiento y para establecer contingencias de recompensa, así como para ayudar a los niños a sentirse seguros y protegidos Bunge et al. (2010).

En el estudio realizado por Bunge et al. (2010), se enfatiza la importancia de la participación de los padres en el tratamiento del mutismo selectivo en niños pequeños. Según los hallazgos de los autores, proporcionar a los padres información detallada sobre las causas, frecuencia y síntomas del trastorno, así como sobre las opciones de

tratamiento y técnicas a emplear, es fundamental. Esta colaboración familiar se considera crucial para el éxito del tratamiento. Además, al educar psicológicamente a los padres sobre el trastorno, se les brindan herramientas y pautas concretas para ayudar a su hijo, lo que les proporciona un sentimiento de apoyo y recursos para afrontar el tratamiento de manera conjunta.

En los enfoques sistémicos, el terapeuta desempeña un papel activo al recopilar y organizar la información proporcionada por la familia sobre el problema, con el objetivo de facilitar un cambio colaborativo (Walsh, 2019).

1.3.8.4. Terapia de Exposición/ Desensibilización sistemática en mutismo selectivo

Las intervenciones psicológicas en MS tienen como objetivo lograr que los niños aumenten las vocalizaciones en diferentes contextos, existen diferentes técnicas que se utilizan dentro de esta intervención, una de ellas es la exposición gradual (Morris & March, 2004).

El tratamiento del mutismo selectivo a menudo requiere enfoques terapéuticos especializados. Uno de estos enfoques es la Terapia de Exposición o Desensibilización Sistemática (DS), que se basa en los principios del condicionamiento clásico y busca desaprender la respuesta condicionada de miedo a través de la exposición gradual a la situación temida. (Vallejo-Slocker, 2016).

La DS se ha aplicado con éxito en niños con mutismo selectivo, especialmente cuando se combina con otras técnicas conductuales y psicoeducativas. Este enfoque implica exponer al niño gradualmente a situaciones sociales que provocan ansiedad, comenzando desde niveles de dificultad bajos y avanzando hacia niveles más desafiantes (Vallejo-Slocker, 2016).

Además de la exposición gradual, la DS también puede implicar el uso de técnicas como la relajación en grupo, la economía de fichas y la aproximación física, como se describió en el estudio de Olivares et al. (1990). Este estudio presentó un caso de mutismo

selectivo en un niño con retraso mental leve, donde la terapia se llevó a cabo en dos fases y utilizó técnicas como la relajación en grupo, la desensibilización sistemática in vivo y la economía de fichas.

1.3.8 5. Uso de Tecnología Digital en el Tratamiento del Mutismo Selectivo

La tecnología digital ha emergido como una herramienta prometedora en el tratamiento del mutismo selectivo (MS). Una de las formas más innovadoras es la Terapia de Exposición en Realidad Virtual (VRET), que proporciona una plataforma controlada y segura para que los niños practiquen habilidades de comunicación en escenarios sociales simulados.

La VRET utiliza entornos virtuales para recrear situaciones sociales que provocan ansiedad, permitiendo a los niños enfrentarse a estas situaciones en un contexto controlado. Por ejemplo, un niño puede interactuar con personajes virtuales en una simulación de estar en una clase o en una fiesta, lo que les permite practicar la comunicación verbal sin la presión de una situación real.

La VRET ofrece varias ventajas para el tratamiento del MS. Primero, proporciona un entorno seguro donde los niños pueden enfrentar sus miedos de manera gradual y a su propio ritmo. Segundo, las simulaciones virtuales pueden ser adaptadas a diferentes niveles de dificultad, lo que permite una exposición gradual y efectiva. Tercero, la tecnología puede aumentar el compromiso del niño con la terapia a través de elementos interactivos.

La integración de aplicaciones móviles y plataformas en línea también ha mostrado ser beneficiosa. Existen aplicaciones *"Choose a New Friend"* y *"Apps for Kids with Anxiety"* que proporcionan recursos interactivos para trabajar habilidades sociales y de comunicación, y se han utilizado junto con la terapia cognitivo conductual (TCC), para reforzar los aprendizajes en un formato accesible y motivador. Estas aplicaciones permiten a los niños practicar habilidades de comunicación en un entorno seguro y controlado, y ofrecen retroalimentación inmediata para mejorar su desempeño.

La evidencia respalda el uso de la tecnología digital en el tratamiento del MS. Un estudio realizado por Bunnell et al. (2018) encontró que la VRET es una herramienta eficaz para la reducción de la ansiedad social en niños con trastornos de ansiedad, incluyendo el mutismo selectivo. En su investigación, los niños que participaron en sesiones de VRET mostraron una disminución significativa en los síntomas de ansiedad y una mejora en la comunicación verbal en comparación con los niños que recibieron terapia tradicional.

Además, Kearney y Silverman (1999) investigaron el uso de tecnologías interactivas para tratar la ansiedad social en niños, encontrando que estas herramientas pueden ser efectivas para aumentar la participación y el compromiso en el tratamiento. Su estudio resaltó que las tecnologías interactivas permiten una mayor personalización y flexibilidad en la terapia, adaptándose a las necesidades individuales de cada niño.

Un estudio piloto realizado por Tan et al. (2021) examinó la viabilidad y aceptabilidad de la Terapia de Exposición en Realidad Virtual (VRET) como una extensión de la terapia cognitivo-conductual para el mutismo selectivo en niños. Los resultados sugieren que la VRET es una opción viable y aceptable para el tratamiento del mutismo selectivo en niños, con mejoras significativas en el funcionamiento general de los niños al finalizar el tratamiento y en las visitas de seguimiento.

Otro estudio realizado por Mitchell et al. (2020) demostró que el uso de aplicaciones móviles diseñadas para niños con mutismo selectivo puede mejorar significativamente las habilidades de comunicación y reducir la ansiedad asociada con el habla. Este estudio subraya la importancia de integrar la tecnología digital con enfoques terapéuticos tradicionales para maximizar los beneficios del tratamiento.

La tecnología digital, incluyendo la VRET y las aplicaciones móviles, ofrece nuevas y efectivas formas de tratar el mutismo selectivo. Estas herramientas no solo complementan las terapias tradicionales, sino que también proporcionan plataformas innovadoras para que los niños practiquen y mejoren sus habilidades de comunicación en un entorno seguro y controlado.

2. Metodología

2.1. Tipo de estudio

En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión sistemática de las diferentes intervenciones existentes tanto a nivel nacional como internacional relacionadas con el mutismo selectivo en la infancia y/o adolescencia basada en el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), que consiste en una guía para la realización de revisiones sistemáticas y meta-análisis en la investigación científica, especialmente en el campo de la medicina y la salud (Page et al., 2021). Este método fue desarrollado por un grupo de expertos en metodología de la investigación y epidemiología, y su objetivo es mejorar la transparencia y la calidad de la publicación en estudios de este tipo.

2.2. Procedimiento de recogida de datos

Como se ha mencionado en las líneas anteriores, el presente trabajo se llevó a cabo tomando como guía el protocolo PRISMA (Page et al., 2021) como referencia, las bases de datos que se han utilizado en este estudio fueron: PubMed, Web of Science, Scopus y PsycINFO, sobre estudios realizados en los últimos 10 años desde el 2014 hasta el 2024. Las bases de datos han sido facilitadas por la universidad gracias a la biblioteca digital de UNIR.

La elección de incluir estudios a partir del año 2014 se basa en la necesidad de garantizar que nuestra revisión contemple las investigaciones más recientes, pero también relevantes sobre el MS en la infancia y adolescencia. Dado que este trastorno puede ser objeto de avances significativos en términos de comprensión, diagnóstico y tratamiento, hacer una búsqueda de los últimos tres o cuatro años limitaría los resultados, mientras que ampliar el rango de años a los últimos diez años nos permite capturar más intervenciones en este campo poco conocido como es el MS. Además, al abarcar los últimos diez años, podemos mantenernos al día con las tendencias emergentes sin olvidar las mejores prácticas en la atención a este trastorno empleadas con anterioridad,

lo que aumenta la relevancia y utilidad de nuestra revisión para profesionales de la salud mental, educadores y otros interesados en el tema.

Los criterios de selección han consistido en incluir artículos donde se identifiquen intervenciones para el tratamiento del mutismo selectivo en población infantojuvenil a partir de una revisión sistemática. Para ello, los términos utilizados para la ecuación de búsqueda fue la combinación de las palabras clave en español del estudio: “mutismo selectivo”, “intervención”, “tratamiento”, “niños”, “adolescentes” y en inglés: “selective mutism”, “treatment”, “assessment”, “children”, “adolescents”.

En las bases de datos mencionadas, existe una denominada “búsqueda avanzada” la cual te permite utilizar operadores booleanos y realizar búsquedas más específicas y precisas. Los booleanos conocidos para combinar términos de búsqueda y así refinar los resultados son (AND, OR, NOT), Villegas (2003).

Para el presente trabajo hemos hecho uso de la búsqueda avanzada mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” y la siguiente composición de palabras en inglés: "selective mutism" AND ("therapy" OR "treatment") AND ("assessment" OR "intervention") AND ("children" OR "adolescents").

La búsqueda mediante estas palabras está altamente planificada de forma precisa, ya que cada término utilizado desempeña un papel crucial en identificar estudios relevantes para la presente investigación. A continuación, se enumera la justificación detallada para cada término:

- "Selective mutism" (mutismo selectivo): Este término es fundamental ya que identifica el trastorno específico principal que estamos investigando.
- "Therapy" (terapia) y "Treatment" (tratamiento): Estos términos son esenciales para identificar los diferentes enfoques terapéuticos o intervenciones que se utilizan para abordar el mutismo selectivo. La inclusión de ambos términos garantiza que se capturen estudios que investiguen tanto terapias tradicionales como tratamientos más específicos o innovadores.

- "Assessment" (evaluación) y "Intervention" (intervención): el primer término es crucial para abordar un aspecto importante de la investigación en mutismo selectivo como es la evaluación, esta es necesaria para abordar la futura y posterior terapia. Mientras tanto, "intervention" se centra en las estrategias utilizadas para abordar y tratar el mutismo selectivo una vez que ha sido identificado como las anteriormente mencionadas "therapy" y "treatment" se trata de sinónimos.
- "Children" (niños) y "Adolescents" (adolescentes): Estos términos delimitan claramente la población de interés para la presente investigación, asegurando que los estudios identificados se centren específicamente en niños y adolescentes que experimentan mutismo selectivo.

La combinación de las palabras en el idioma español resultaría ser: "mutismo selectivo" AND ("terapia" OR "tratamiento") AND ("técnicas" OR "intervención") AND ("niños" OR "adolescentes"), sin embargo, no se encontraron resultados. La ausencia de resultados en español en las bases de datos Scopus, PubMed, Web of Science y PsycINFO puede atribuirse a varias razones, en primer lugar, que las bases mencionadas presentan un foco predominante en inglés. Estas bases de datos están predominantemente compuestas por literatura en inglés, ya que el inglés es el idioma dominante en la investigación científica y académica a nivel mundial. Como resultado, es más probable que se encuentren estudios en inglés que en otros idiomas como el español (Rosendo, 2007).

Además de aplicar la búsqueda avanzada mediante los términos booleanos, en las bases de datos PsycInfo y Scopus se han aplicado otros filtros para refinar la búsqueda tales como la única inclusión de la psicología, neurociencia y profesionales de la salud. También se han aplicado filtros sobre la inclusión de solo artículos y la exclusión de libros, manuales, o revisiones de artículos.

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda y resultados obtenidos en las bases consultadas

Base de datos	Ecuación	Resultados	Incluidos
PubMed	"selective mutism" AND ("therapy" OR "treatment") AND ("assessmen t" OR "interventio n") AND ("children" OR "adolescent s")	33	2
Scopus		50	5
Web of Science		53	4
PsycINFO		52	14

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Criterios para la selección de artículos

Criterios de inclusión:

- Se incluirían estudios que investiguen el mutismo selectivo en niños y adolescentes, desde el primer año de vida hasta los 18 años de edad. Esto asegura que se cubran todas las etapas relevantes del desarrollo infantil y adolescencia.
- Se incluirían estudios que utilicen criterios de diagnóstico reconocidos para el mutismo selectivo en niños y adolescentes, como los establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), así como el El SMQ (Selective Mutism Questionnaire)

- Se incluirán todo tipo de diseños de investigación, amplia variedad de diseños de estudio, como ensayos clínicos controlados, estudios observacionales (cohortes, casos y controles).
- Serán incluidos aquellos estudios cuya propósito u objetivo de investigación sea únicamente la intervención directa en casos de mutismo selectivo en población infantojuvenil.
- Se incluyen estudios de los últimos 10 años, concretamente desde 2014 a 2024, ambos años incluidos.
- Serán incluidos los estudios tanto a nivel nacional como internacional, incluyendo así todo tipo de países.
- Se incluyen textos o artículos en inglés, español, alemán y portugués.

Criterios de exclusión:

- Serán excluidos aquellos estudios con una población fuera del rango de edad especificado (por ejemplo, estudios exclusivamente en mayores de 18, en adultos o en niños menores de 1 año).
- Diagnóstico no basado en criterios estandarizados: se excluyen los estudios que no utilicen criterios de diagnóstico reconocidos para el mutismo selectivo.
- Estudios irrelevantes: se excluyen estudios que no aborden específicamente el mutismo selectivo en niños y adolescentes, sino que se centren en otros trastornos del habla o del lenguaje, así como otros trastornos de la comunicación como el TEA.
- Estudios anteriores a 2014 serán excluidos de la revisión.
- Se excluyen aquellos estudios que sean comparativos, correlacionales u otros que no abordan directamente la intervención o tratamiento del mutismo selectivo.
- Quedan excluidos los artículos que formen libros, manuales, tesis o revisiones sistemáticas.
- Se excluyen investigaciones que no hablen directamente de psicología tales como: medicina o psiquiatría; música o artes y educación.

2.4. Análisis de datos

2.4.1. Estudio de la calidad metodológica

En una revisión sistemática como es el presente trabajo, resulta imprescindible realizar un estudio de la calidad metodológica dentro de la misma revisión, esto hace referencia a la evaluación de la robustez y la fiabilidad de los estudios incluidos en la revisión. Esto implica analizar cómo se diseñaron y llevaron a cabo esos estudios, así como la validez de los resultados obtenidos, Alexander (2020).

El MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) es una herramienta utilizada para evaluar la calidad metodológica de diferentes tipos de estudios, incluyendo investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas (Hong et al., 2018). La versión de 2018 desarrollada por Hong et al., es una actualización de esta herramienta, que proporciona criterios específicos para evaluar la calidad de diferentes diseños de estudio.

La escala MMAT se basa en cinco criterios que evalúan con Sí, No o No sé, dónde sólo suman un punto las respuestas afirmativas. Pudiendo obtener cómo máximo una puntuación total de 5 puntos, las cinco preguntas elaboradas para la presente revisión de la intervención en mutismo selectivo para población infantojuvenil son:

Tabla 3. *Criterios de evaluación de la calidad metodológica.*

Criterio 1	¿Está correctamente formulada la pregunta de investigación del estudio? Si es el enfoque del estudio apropiado para explorar las intervenciones en casos con mutismo selectivo.
Criterio 2	¿Existe una recopilación completa en los datos de los resultados?
Criterio 3	¿Son representativos los participantes del estudio en cuanto a población infantojuvenil?

Criterio 4	Las medidas deben ser apropiadas y confiables para capturar con precisión las variables de interés.
Criterio 5	¿Existe una interpretación adecuada de resultados combinados cualitativos y cuantitativos?

Fuente: Elaboración propia

En el contexto de esta revisión sistemática, resulta fundamental evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos para asegurar la robustez y la fiabilidad de los resultados. A continuación, se desarrolla el significado de cada criterio de evaluación de la calidad metodológica utilizando la herramienta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool).

Criterio 1: ¿Está correctamente formulada la pregunta de investigación del estudio?

Este criterio evalúa si la pregunta de investigación está bien definida y si el enfoque del estudio es adecuado para explorar las intervenciones en casos de mutismo selectivo. Una pregunta de investigación clara y bien formulada es crucial, ya que orienta todo el proceso de investigación y asegura que el estudio aborda aspectos relevantes y específicos del problema en cuestión.

Criterio 2: ¿Existe una recopilación completa en los datos de los resultados?

Se analiza si el estudio ha llevado a cabo una recopilación exhaustiva y detallada de los datos de los resultados. Esto implica que los datos deben ser completos y cubrir todas las variables relevantes, lo que es esencial para la validez y la fiabilidad de las conclusiones del estudio. Una recopilación de datos incompleta podría llevar a sesgos y a interpretaciones incorrectas de los resultados.

Criterio 3: ¿Son representativos los participantes del estudio en cuanto a población infantojuvenil?

Este criterio examina si los participantes del estudio representan adecuadamente a la población infantojuvenil con mutismo selectivo. La representatividad de la muestra es vital para asegurar que los hallazgos del estudio sean generalizables a la población objetivo. Un estudio con una muestra no representativa puede limitar la aplicabilidad de los resultados a otros contextos o grupos.

Criterio 4: Las medidas deben ser apropiadas y confiables para capturar con precisión las variables de interés.

Aquí se evalúa si las herramientas y métodos utilizados para medir las variables de interés son adecuados y han demostrado ser válidos y fiables. Utilizar instrumentos de medición apropiados y confiables es fundamental para obtener datos precisos y consistentes, lo que a su vez impacta en la credibilidad de los resultados del estudio.

Criterio 5: ¿Existe una interpretación adecuada de resultados combinados cualitativos y cuantitativos?

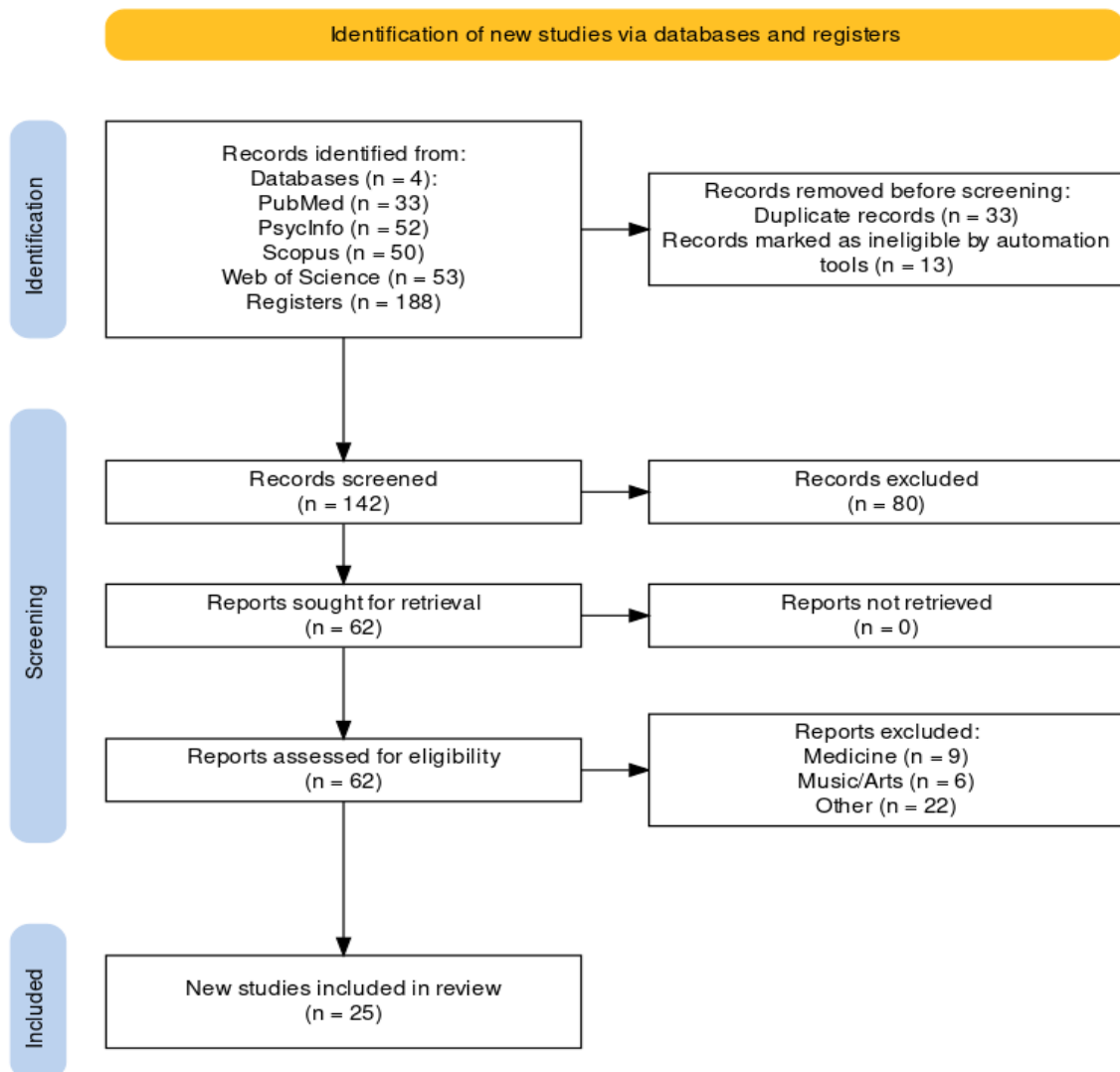
Este criterio valora la capacidad del estudio para interpretar adecuadamente los resultados de métodos combinados cualitativos y cuantitativos. La integración y la interpretación adecuada de ambos tipos de datos permiten una comprensión más completa y matizada de la efectividad de las intervenciones en mutismo selectivo. Una interpretación deficiente podría llevar a conclusiones erróneas o superficiales.

La aplicación de estos criterios de evaluación permite identificar fortalezas y debilidades en los estudios revisados. Esto es crucial para determinar la validez de las conclusiones generales de la revisión sistemática y para asegurar que las recomendaciones basadas en estos estudios sean fiables y aplicables en la práctica clínica y en futuras investigaciones. Al evaluar sistemáticamente la calidad metodológica, se contribuye a la transparencia y a la rigurosidad científica del trabajo, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones informadas en el tratamiento del mutismo selectivo en la población infantojuvenil.

3. Resultados

3.1. Diagrama de flujo

Figura 1. Diagrama de flujo



Fuente: realizado mediante la página web PRISMA (Page et al., 2021).

Tras una búsqueda exhaustiva en cuatro bases de datos, se incluyeron finalmente 25 artículos válidos en esta revisión. El proceso implicó la identificación de artículos relevantes, eliminación de duplicados, cribado de títulos y resúmenes, y una revisión completa de los textos.

3.2. Resultados calidad metodológica

Tabla 4. *Resultados de la calidad metodológica*

	c1	c2	c3	c4	c5	nº
1. Bunnell et al. (2018)	Si	Si	Si	Si	Si	5
2. Khan et al. (2018)	Si	Si	Si	Si	Si	5
3. Skedgell et al. (2017)	Si	Si	Si	Si	Si	5
4. Oerbeck et al. (2014)	Si	Si	Si	Si	No	4
5. Catchpole et al. (2019)	Si	Si	Si	Si	Si	5
6. Cengher et al. (2021)	Si	No	si	Si	Si	4
7. Tan et al. (2022)	Si	Si	si	Si	Si	5
8. Weinstock et al. (2020)	Si	si	si	si	si	5
9. Fernández et al. (2016)	Si	Si	Si	si	Si	5
10. Solz (2015)	Si	Si	Si	Si	No	4
11. Cavarra et al. (2016)	Si	No	Si	No	No	2
12. Oerbeck et al. (2018)	Si	Si	Si	No	Si	4
13. Lang et al. (2016)	Si	Si	Si	Si	Si	5
14. Siroky et al. (2023)	Si	Si	Si	Si	Si	5
15. Esposito et al. (2016)	Si	Si	Si	Si	Si	5
16. Fernández et al. (2014)	Si	Si	Si	Si	No	4
17. Shorer et al. (2022)	Si	Si	Si	No	Si	4
18. Blanchard (2020)	Si	Si	Si	Si	Si	5
19. Conn et al. (2014)	Si	Si	Si	No	Si	4

20. Bork et al. (2020)	Si	Si	Si	Si	Si	5
21. Klein et al. (2017)	Si	Si	Si	Si	Si	5
22. Capobianco et al. (2018)	Si	No	Si	No	No	3
23. Rodríguez-Menchón et al. (2017)	Si	Si	No	Si	Si	4
24. Haggerty et al. (2022)	Si	Si	Si	Si	Si	5
25. Aldrich et al. (2023)	Si	Si	Si	Si	Si	5

La tabla presenta los resultados de la evaluación de la calidad metodológica de los artículos incluidos, basados en cinco criterios específicos. Cada criterio se evaluó con una respuesta de "Si" o "No", asignándose un punto por cada respuesta afirmativa. La suma de estos puntos determinó la puntuación total de calidad metodológica de cada artículo.

3.3. Características de los artículos seleccionados

Autor y Año	Tipo de Estudio	Participantes	Tratamiento	Diagnóstico MS
Bunnell et al. (2018)	Ensayo clínico	N=16, Edad: 5-17	Desensibilización sistemática	DSM-5
Khan et al. (2018)	Caso único	N=1, Edad: 5	Desensibilización sistemática	DSM-5
Skedgell et al. (2017)	Caso único	N=1, Edad: 6	Desensibilización sistemática	SMQ
Oerbeck et al. (2014)	Ensayo controlado aleatorizado	N=24, Edad: 3 a 9	Terapia psicosocial y desensibilización sistemática	SMQ
Catchpole et al. (2019)	Ensayo clínico longitudinal	N=31, Edad: 4 a 10	PCIT	DSM-5

Cengher et al. (2021)	Caso único	N=1, Edad: 11	Terapia conductual y entrenamiento a los padres	DSM-5
Weinstock et al. (2020)	Estudio de caso	N=2, Edad: 8	Terapia familiar	SMQ
Fernández et al. (2016)	Caso único	N=1, Edad: 9	Terapia de juego	DSM-5
Solz (2015)	Diseño de línea base múltiple	N=3, Edad: 5-9	Desensibilización sistemática por vídeo	DSM-5 y SMQ
Cavarra et al. (2016)	Estudio de caso	N=1, Edad: 7 años	Hipnoterapia	DSM-5
Oerbeck et al. (2018)	Estudio de caso	N=32, Edad: 3-9	Tratamiento Cognitivo Conductual	SMQ
Lang et al. (2016)	Diseño retrospectivo	N=36	Tratamiento Cognitivo Conductual	DSM-5 SMQ
Siroky et al. (2023)	Ensayo clínico	N=5 Edad: 4-8	Tratamiento cognitivo conductual	DSM-5
Esposito et al. (2016)	Ensayo clínico	N= 67 (grupo A); 71 (Grupo B) Edad: 1-4	Grupo A; Tratamiento Psicomotor Grupo B; Terapia cognitivo conductual	SMQ
Shorer et al. (2022)	Ensayo abierto no controlado	N=30 Edad: 4-13	Terapia cognitivo conductual	DMS-5
Blanchard (2020)	Ensayo abierto y no controlado	N=30 Edad: 12-17	Terapia Grupal	SMQ
Conn et al. (2014)	Estudio de caso único	N=1 Edad: 3	Terapia conductual	DSM-5

Bork et al. (2020)	Estudio de caso único	N= 3 Edad: 8	Terapia cognitivo conductual y desensibilización sistemática	SMQ
Klein et al. (2017)	Ensayo clínico	N=40 Edad: 5-12	Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT)	SMQ
Capiobianco et al. (2018)	Estudio de caso único	N=1 Edad: 9	Tratamiento cognitivo conductual	DSM-5
Rodríguez-Menchón et al. (2017)	Estudio de caso único	N=1 Edad: 7	Terapia cognitivo conductual	DSM-5
Haggerty et al. (2022)	Ensayo grupal controlado	N= 25 Edad: 4-11	Terapia conductual	SMQ
Aldrich et al. (2023)	Ensayo grupal controlado	N= 112 Edad: 3-14	Terapia cognitivo conductual y terapia de interacción padre-hijo	DSM-5
Fernández et al. (2014)	Caso único	N= 1 Edad: 10	Desensibilización sistemática	DSM-5

La tabla resume los resultados clave de los estudios incluidos en la revisión. Los datos presentados incluyen:

- Autores y año: indica los investigadores y el año de publicación del estudio.
- Edad y número de participantes: proporciona la edad promedio de los participantes y el tamaño de la muestra de cada estudio.
- Tipo de estudio: especifica el diseño del estudio (por ejemplo, ensayo clínico, estudio longitudinal).
- Terapias utilizadas: describe las intervenciones terapéuticas aplicadas en cada estudio (por ejemplo, desensibilización sistemática).
- Herramientas de evaluación empleadas: describe la herramienta de diagnóstico y evaluación utilizadas, como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) y el SMQ (Selective Mutism Questionnaire).

Se incluyeron un total de 25 estudios en la presente revisión sistemática, publicados entre 2014 y 2024. Estos estudios abarcan diversas intervenciones psicológicas aplicadas a niños y adolescentes con mutismo selectivo. La mayoría de los estudios fueron estudios de caso (n=12), seguidos por ensayos clínicos (n=10) y estudios retrospectivos (n=1), estudio prospectivo (n=1) y diseño de línea base múltiple (n=1). La muestra total combinada de los estudios fue de 508 participantes, con tamaños de muestra que varían entre 1 y 112 participantes por estudio.

Los estudios incluidos en esta revisión examinaron una variedad de intervenciones psicológicas, incluyendo terapia de exposición, terapia familiar, terapia cognitivo-conductual (TCC) e intervenciones basadas en el juego, a continuación, se detallan los hallazgos encontrados.

De los veinticinco estudios incluidos en la revisión, siete se centraron en la terapia de exposición, mostrando que esta intervención es eficaz para reducir la ansiedad asociada al habla en situaciones específicas del MS.

El estudio realizado por Bunnell et al., (2018), mediante la exposición gradual, los 15 niños en el estudio hablaron con el clínico dentro de los primeros 59 minutos de tratamiento, con un promedio de 17 minutos. Además, el 93.3% de los niños mantuvieron cinco conversaciones de 5 minutos con adultos desconocidos durante la segunda sesión, independientemente de la inclusión de herramientas terapéuticas.

Estos datos coinciden con la investigación realizada por Khan y Renk (2018) quienes presentaron un estudio de caso sobre un niño con mutismo selectivo donde aplicaron un tratamiento de exposición gradual con participación parental, finalmente y lo largo del tratamiento, el niño con MS pudo separarse de su madre y comunicarse con el terapeuta, lo que permitió que las exposiciones dejaran de ser conjuntas con la presencia de su madre para ser individuales con el niño solo.

A su vez, en el estudio realizado por Skedgell et al., (2017) contaron con una terapia multicomponente, individual y grupal para tratar el MS del paciente, en la última sesión

del tratamiento grupal, el niño participó activamente en todas las actividades y respondió verbalmente sin reservas. Recibió un certificado de finalización y elogios por su buen trabajo. Los padres informaron que el niño pudo practicar con éxito para su programa escolar y participar en actividades sociales. El tratamiento resultó útil, especialmente al utilizar jerarquías, recompensas y la participación activa de los padres para reducir los comportamientos relacionados con la angustia y la búsqueda de atención.

Los resultados encontrados en los estudios realizados por los autores mencionados anteriormente coinciden con los resultados obtenidos por los estudios de Oerbeck et al., (2014) donde también se aplica exposición gradual junto a terapia psicosocial y Fernández et al., (2014) quienes utilizan una jerarquía de sesiones como método.

Aparte de los estudios que emplearon la desensibilización sistemática de una forma más tradicional, hubo otros investigadores que hicieron su uso más avanzado mediante técnicas virtuales y tecnológicas como Tan et al., (2022); Solz, (2025) y Bork (2020). En el trabajo realizado por Tan et al., (2022) se realizaron seis sesiones de terapia guiada por realidad virtual (VRET) bajo la supervisión de un terapeuta.

Los resultados mostraron que todos los participantes completaron el programa sin abandonos. Tanto los padres como los niños reportaron que la VRET fue un tratamiento aceptable y efectivo para el mutismo selectivo. Se encontró una mejora significativa en el funcionamiento general en las medidas de seguimiento, pero no hubo cambios significativos en la frecuencia del habla y las medidas de ansiedad reportadas por los padres. Los hallazgos respaldan la aceptabilidad de la VRET como una modalidad complementaria (y no sustitutiva) de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del mutismo selectivo.

De la misma forma que lo hicieron Tan et al., (2022), el investigador Solz (2015) realizó un estudio mediante terapia de exposición por vídeo modelado *video self-modeling* (VSM) donde tras incorporar el modelado de video (VSM) mediante el paradigma de tratamiento de exposición gradual, aunque las verbalizaciones de los niños con MS se

mantuvieron bajas (concretamente para dos de los tres participantes), el aumento en la comunicación significativa y en hablar en un entorno escolar en un período relativamente corto es prometedor y proporciona evidencia preliminar de la capacidad para proporcionar intervenciones en las escuelas en una etapa temprana del tratamiento.

Los estudios realizados por Tan et al., (2022) y Solz (2015) coinciden con los resultados obtenidos en el estudio de Bork et al., (2020) la intervención que incluyó video self-modeling (VSM), fading de estímulos y técnicas de refuerzo conductual durante un máximo de 8 semanas con resultados que demostraron que el comportamiento verbal de los tres participantes aumentó significativamente después del tratamiento.

Además de la terapia de exposición, dos de los veinticinco estudios de la presente revisión investigaron el impacto de la terapia familiar en el tratamiento del mutismo selectivo. Estos estudios resaltan la importancia de involucrar a la familia en el proceso terapéutico. Los dos estudios mencionan cómo los niños que participaron en sesiones de terapia familiar presentaron mejoras en su capacidad para comunicarse.

En investigación realizada por Weinstock et al., (2020) tras la terapia conductual basada en la familia, ambos niños con MS mostraron mejoras significativas en el habla y la interacción social. Aunque experimentaron dificultades residuales al interactuar con individuos desconocidos, se observaron mejoras sustanciales en la frecuencia y el volumen del habla, así como en los entornos en los que hablaban. Aunque no se proporcionan datos específicos sobre la magnitud de estas mejoras, se destaca el progreso positivo en la comunicación verbal y la participación social de los gemelos como resultado del tratamiento.

Los datos de los resultados de Weinstock et al., (2020) coinciden con los obtenidos por Catchpole et al., (2019) bajo el tratamiento donde los niños recibieron 16 sesiones de terapia semanal que combinaba principios de la Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT) con técnicas conductuales, dicho estudio mostró significativas y grandes mejoras en los comportamientos de habla desde el pre-tratamiento hasta el post-tratamiento,

mantenidas a los 3 meses y 1 año después del tratamiento. También se encontraron mejoras significativas y grandes en los informes de ansiedad del niño por parte de los padres y maestros, así como en una medida conductual de que el niño hablara con un adulto desconocido. Los padres reportaron una alta satisfacción con el tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) fue la intervención más comúnmente estudiada y empleada para el tratamiento del MS en la población infantojuvenil (n=12). Todos los estudios que evaluaron TCC realizados por Oerbeck et al., (2018); Lang et al., (2016); Siroky et al., (2023); Esposito et al., (2016); Oerbeck et al., (2014); Shorer et al., (2022); Conn et al., (2014); Cappobianco et al., (2018); Rodríguez-Menchón, (2017); Haggerty et al., (2022); Aldrich et al., (2023) y Cengher et al., (2021) reportaron resultados favorables, indicando una mejora significativa en la comunicación verbal de los participantes.

A continuación, se resaltan en detalle los estudios más relevantes y con mayor número de participantes para proporcionar una visión comprehensiva y enfocada de los hallazgos más significativos en el área de intervención de la TCC en MS.

El estudio realizado por Aldrich et al., (2023) es el trabajo con la muestra de participantes más grande incluido en la presente revisión, se trata de un total de 112 jóvenes (M edad =7.26; 63.4% niñas) diagnosticados con mutismo selectivo (MS), con edades comprendidas entre los 3 y 14 años. La intervención consistió en un programa grupal de tratamiento que incluyó sesiones semanales con énfasis en la terapia cognitivo-conductual (CBT) y la Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT-SM), que se centró en exposiciones graduales al habla para los niños. Los cuidadores recibieron entrenamiento y apoyo para adquirir habilidades de CBT y apoyar a sus hijos en las exposiciones al habla.

En los resultados se observó una reducción significativa en los síntomas de MS y la impedimenta asociada con la ansiedad de pre- a postratamiento en diversas configuraciones (por ejemplo, escolar, social). Los jóvenes mostraron un aumento significativo en los comportamientos de habla a lo largo de las sesiones de tratamiento, con una disminución correspondiente en el uso de comportamientos de comunicación

no verbal.

El estudio realizado por Oerbeck et al. (2018) se encontró que después de cinco años, la terapia cognitivo-conductual (TCC) resultó en la remisión completa del mutismo selectivo (SM) en 21 de los 30 niños evaluados, mientras que cinco niños mostraron remisión parcial y cuatro aún cumplían con los criterios diagnósticos para el SM.

Además, se observó que un porcentaje significativo de niños desarrolló otros trastornos, como fobia social, trastorno de ansiedad por separación y fobias específicas. Estos datos coinciden con Oerbeck et al. (2014) y Lang et al., (2016) quienes tomaron como objetivo general del estudio examinar el curso a largo plazo de niños con MS que recibieron TCC centrada en el SM.

Los hallazgos del estudio realizado por Lang et al., (2026) indican una mejora significativa en los síntomas del MS en el seguimiento, después de la TCC centrada en el trastorno. Más allá de la mejora de los síntomas, en el seguimiento, después de que se completara el tratamiento, la gran mayoría de los niños (84 %) ya no cumplían con los criterios del DSM para el MS y, además, se encontró una disminución significativa en la tasa de comorbilidades psiquiátricas, incluidos el trastorno de ansiedad por separación, la fobia específica y la enuresis.

Siroky et al., (2023) en su estudio también examinaron la eficacia de la terapia conductual para el mutismo selectivo y los resultados mostraron que los terapeutas pudieron implementar la terapia con un alto nivel de adherencia. Aunque no se observó un efecto de intervención replicado en todos los participantes, se encontraron mejoras significativas en los niveles de ansiedad social y los comportamientos de habla a lo largo del tratamiento. Específicamente, tres de los cinco participantes ya no cumplían los criterios diagnósticos para el mutismo selectivo al final del tratamiento. Además, dos participantes que presentaban trastornos de ansiedad comórbidos experimentaron una remisión de estos trastornos al final del tratamiento. Los cuidadores calificaron la terapia como aceptable y efectiva para abordar las necesidades de sus hijos, lo que sugiere una percepción positiva de la intervención por parte de los familiares de los participantes.

A su vez, Conn et al (2014) en su estudio de MS bajo el tratamiento de terapia conductual resaltan cómo la intervención estuvo en marcha durante menos de 3 meses antes de que el niño mostrará mejoras generalizadas en el tratamiento, pasando del entorno de grupo pequeño al entorno del aula. Además, su madre informó que también había comenzado a hablar en casa con otros miembros de la familia, incluido su padre biológico, con quien no se había comunicado verbalmente en más de un año.

En cuanto a los trabajos que han empleado el uso del juego, cabe destacar la investigación realizada por Rodríguez-Menchón et al., (2017) quien presenta un caso único de una niña de 7 años bajo el tratamiento de TCC utilizando técnicas como reforzamiento, economía de fichas y desvanecimiento estimular junto al juego en cada una de las sesiones. Se centró en proporcionar información y explicación sobre el mutismo selectivo, reducir la ansiedad, eliminar conductas de evitación y escape, e instruir a padres, profesores y compañeros sobre cómo apoyar a María. Los resultados del tratamiento de María muestran una progresión positiva a lo largo de las 20 sesiones. Hubo un aumento en la frecuencia de respuestas verbales, con un enfoque en pasar de monosílabos a oraciones e iniciar conversaciones. Además, María amplió significativamente la cantidad de personas con las que interactúa verbalmente, lo que sugiere una mejora en su habilidad para comunicarse.

Otro de los estudios que empleó el juego fue el realizado por Fernandez y Sugay (2016) donde tras la terapia de juego, Sophie (la niña del caso) comenzó a decir algunas palabras a su mejor amiga e incluso programó una cita de juego con ella y la invitó a su casa. También pudo hablar con su madre mientras estaba en el campus. Sus padres decidieron entonces que habían alcanzado su objetivo, que era que Sophie hablara con otros, y acordaron suspender la terapia.

A pesar de que las intervenciones más empleadas se agrupan en TCC, desensibilización sistemática, terapia familiar y terapia de juego, se encontraron algunos hallazgos con menos evidencia científica relacionados con otras terapias tales como: Hipnoterapia Ericksoniana, programa CommuniTeen y el tratamiento S-CAT para la ansiedad que se

resumirán a continuación.

Cavarra et al. (2016) bajo su estudio "Ericksonian hypnotherapy for selective mutism: A single-case study". Realizó un estudio de caso único a una niña de 7 años con mutismo selectivo bajo el tratamiento de la hipnoterapia. La conclusión de los resultados del estudio realizado por Cavarra et al. (2016) destaca la efectividad de la hipnoterapia Ericksoniana en el tratamiento del mutismo selectivo en un caso específico, mostrando una rápida resolución del trastorno en comparación con los métodos terapéuticos convencionales, sin embargo, los resultados no quedan del todo claros.

El estudio realizado por Blanchard et al., (2020) bajo el título "CommuniTeen: A Group Treatment Program for Adolescents with Selective Mutism" realizó una investigación con treinta adolescentes, con edades entre 12 y 17 años donde todos los participantes fueron diagnosticados con mutismo selectivo. El programa de tratamiento grupal "CommuniTeen" demostró ser factible y aceptable como intervención para adolescentes con mutismo selectivo. Después de recibir este programa de psicoeducación, se observó una reducción significativa en los niveles de mutismo selectivo y ansiedad social en los adolescentes, así como en los comportamientos de acomodación de los padres ante la ansiedad de sus hijos. Además, el 75% de los adolescentes fueron clasificados por los clínicos como respondedores al tratamiento. Los resultados sugieren que "CommuniTeen" es una intervención viable y efectiva para adolescentes con mutismo selectivo cuando se implementa en entornos clínicos. Se subraya la importancia de replicar estos hallazgos en estudios controlados aleatorizados.

Klein et al., (2017) realizaron un estudio piloto "Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study." donde participaron 40 niños de cinco a doce años con MS. Los resultados del estudio realizado por Klein et al., (2017) mostró mejoras significativas en la frecuencia de habla de niños con mutismo selectivo (SM) después de recibir el Tratamiento de Ansiedad en la Comunicación Social (S-CAT).

Se observaron aumentos en la frecuencia de habla en entornos escolares, familiares y sociales, así como una mejora general en la frecuencia de habla total, con efectos grandes. Estos aumentos fueron evidentes desde las primeras tres semanas de tratamiento y continuaron a lo largo del estudio. Además, se encontró que el 95% de los niños aumentaron su frecuencia de habla al final del tratamiento. Estos hallazgos sugieren la eficacia del S-CAT para abordar la ansiedad social y mejorar la comunicación en niños con mutismo selectivo.

4. Discusión y conclusión

La terapia de exposición se ha demostrado ser una intervención eficaz para el tratamiento del mutismo selectivo (MS) en niños y adolescentes, como se refleja en múltiples estudios incluidos en la revisión sistemática. La evidencia sugiere que la exposición gradual puede reducir significativamente la ansiedad asociada al habla en situaciones específicas, facilitando una mejora notable en la capacidad de los niños para comunicarse en diversos contextos.

Uno de los estudios más relevantes, realizado por Bunnell et al., (2018), mostró resultados impresionantes con niños que empezaron a hablar con el clínico en un promedio de 17 minutos durante la primera sesión. Además, la mayoría de los niños mantuvieron conversaciones con adultos desconocidos en sesiones posteriores. Este estudio destaca la rapidez con la que la terapia de exposición puede empezar a mostrar efectos positivos en los niños con MS.

Al mismo tiempo que Bunnell et al., (2018) mostraron que los niños en su estudio hablaron con el clínico en un promedio de 17 minutos, y el 93.3% mantuvo conversaciones con adultos desconocidos durante la segunda sesión, Khan et al. (2018) corroboraron estos hallazgos con un estudio de caso donde el tratamiento de exposición gradual permitió que el niño se separara de su madre y se comunicara con el terapeuta.

Skedgell et al. (2017) aplicaron una terapia multicomponente y lograron que el niño participara activamente en actividades grupales y sociales. Los resultados de estos

estudios coincidieron con los obtenidos por Oerbeck et al., (2014), quienes también emplearon la exposición gradual junto a la terapia psicosocial. La evidencia respalda que la terapia de exposición es eficaz no solo en reducir la ansiedad relacionada con el MS, sino también en mejorar significativamente la comunicación verbal. Su aplicabilidad en diferentes formatos, desde métodos tradicionales hasta técnicas tecnológicas avanzadas, demuestra su versatilidad y potencial para adaptarse a las necesidades específicas de cada niño.

Algunos estudios utilizaron técnicas avanzadas como la terapia guiada por realidad virtual (VRET) y el video self-modeling (VSM). Tan et al., (2022) demostraron que la VRET era aceptable y efectiva, mejorando el funcionamiento general, aunque no significativamente en la frecuencia del habla. Solz (2015) y Bork (2020) mostraron que el VSM, combinado con técnicas de refuerzo conductual, aumentó significativamente el comportamiento verbal de los participantes. La terapia de exposición guiada por realidad virtual (VRET) es una modalidad emergente que muestra un gran potencial en el tratamiento del mutismo selectivo (MS) en niños y adolescentes.

Esta técnica innovadora combina los principios de la terapia de exposición con la tecnología de realidad virtual, ofreciendo un entorno controlado y seguro para que los niños enfrenten sus miedos relacionados con el habla.

La terapia familiar también destacó por su importancia en el tratamiento del MS. Weinstock et al., (2020) demostraron mejoras significativas en el habla y la interacción social tras una terapia conductual basada en la familia, a pesar de algunas dificultades residuales. Catchpole et al., (2019) mostraron que la Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT) combinada con técnicas conductuales resultó en mejoras sostenidas en los comportamientos de habla y una reducción significativa de la ansiedad.

La TCC fue la intervención más comúnmente estudiada y empleada según los estudios incluidos en la presente revisión, mostrando resultados muy favorables.

Aldrich et al., (2023), con la muestra más grande incluida en la revisión, observaron una reducción significativa de los síntomas de MS y un aumento en los comportamientos de habla mediante un programa grupal que incluyó TCC y PCIT. Oerbeck et al. (2018) y Lang et al. (2016) demostraron que la TCC resultó en remisión completa o parcial del MS en la mayoría de los casos a largo plazo, reduciendo también las comorbilidades psiquiátricas.

Siroky et al. (2023) y Conn et al. (2014) corroboraron estos hallazgos, mostrando mejoras significativas en los niveles de ansiedad social y comportamientos de habla. Por tanto, se podría concluir que la TCC sea una terapia altamente recomendable para el tratamiento del MS.

Las intervenciones basadas en el juego también mostraron ser efectivas. Rodríguez-Menchón et al. (2017) emplearon TCC con técnicas de juego, observando una mejora en la frecuencia de respuestas verbales y una ampliación en la cantidad de personas con las que la niña interactuaba verbalmente. Fernandez y Sugay (2016) también observaron mejoras en la comunicación de una niña tras la terapia de juego.

Otras terapias menos convencionales como la hipnoterapia Ericksoniana, el programa CommuniTeen y el tratamiento S-CAT también mostraron resultados prometedores. Cavarra et al. (2016) destacaron la efectividad de la hipnoterapia Ericksoniana en un caso específico de MS.

Blanchard et al. (2020) demostraron que el programa CommuniTeen redujo significativamente el mutismo y la ansiedad social en adolescentes, mientras que Klein et al. (2017) mostraron mejoras significativas en la frecuencia de habla con el tratamiento S-CAT. Sin embargo, los resultados obtenidos en las investigaciones menos convencionales mencionadas, no presentan la suficiente evidencia como para extrapolar las conclusiones a un contexto real.

En conclusión, la revisión muestra una variedad de enfoques terapéuticos efectivos para el MS en niños y adolescentes.

La TCC, la terapia de exposición y la terapia familiar destacan como intervenciones clave. La inclusión de tecnologías avanzadas y la adaptación de técnicas terapéuticas a las necesidades individuales de los pacientes son estrategias prometedoras.

A pesar de los resultados positivos, es crucial realizar estudios controlados aleatorizados y de mayor escala para validar y replicar estos hallazgos. Las intervenciones psicológicas, especialmente aquellas que incluyen la participación familiar y el uso de tecnología avanzada, pueden ser altamente efectivas en el tratamiento del MS. La TCC sigue siendo una intervención fundamental, mientras que las técnicas emergentes como la VRET y el VSM ofrecen nuevas vías prometedoras para el tratamiento.

En los estudios revisados, se han incluido principalmente las dos evaluaciones mayormente conocidas para el MS como son el DSM-5 y el SMQ (Selective Mutism Questionnaire), utilizando así criterios diagnósticos estandarizados para poder evaluar y realizar pruebas a pacientes con mutismo selectivo.

La mayoría de los estudios han utilizado el DSM-5, que proporciona una base sólida para comparar resultados y utilizar tratamientos empíricos. Además del diagnóstico, la SMQ ha demostrado ser una herramienta valiosa para evaluar la gravedad y la progresión de los síntomas del MS.

En resumen, los resultados de los estudios resaltan la importancia de enfoques diversos e individuales y grupales para tratar el MS y la necesidad de poder realizar intervenciones dirigidas a los síntomas personales, familiares y de relaciones. Esto proporciona pautas claras para futuras investigaciones y así poder garantizar que el tratamiento del mutismo selectivo sea eficaz y se adapte a las necesidades únicas de cada paciente.

4.1. Limitaciones del estudio

A pesar de los hallazgos significativos encontrados en la presente revisión, esta revisión presenta una serie de limitaciones, que deben de tenerse en cuenta ya que podrían afectar la interpretación y aplicabilidad de los resultados.

En primer lugar, existe cierta heterogeneidad en los estudios incluidos, lo que significa que hay una diversidad significativa en los métodos y protocolos utilizados, lo que a su vez dificulta la comparación directa de los resultados y la generalización de las conclusiones.

Además, las características demográficas y clínicas de los participantes, como la edad, la gravedad del mutismo y las comorbilidades, varían considerablemente entre los estudios, lo que puede influir en la efectividad de las intervenciones.

En cuanto a la edad, una limitación importante de la revisión es la amplia gama de edades incluidas en el análisis, cualquier edad hasta los 18 años ha sido incluida. Esta amplitud en el rango de edad puede introducir heterogeneidad en la muestra de estudio y dificultar la interpretación de los resultados. Los niños en diferentes etapas de desarrollo pueden experimentar el mutismo selectivo de manera diferente y pueden responder de manera única a las intervenciones terapéuticas.

Al abarcar desde la infancia temprana hasta la adolescencia tardía, es posible que se estén agrupando poblaciones con necesidades y características distintas. Por ejemplo, los enfoques terapéuticos que son efectivos para niños pequeños pueden no ser igualmente efectivos para adolescentes, y viceversa. Además, las causas subyacentes y los factores contribuyentes al mutismo selectivo pueden variar según la edad, lo que podría influir en la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

Otro aspecto relevante es el tamaño de la muestra de los estudios. Varios de ellos, especialmente los estudios de caso, cuentan con un número limitado de participantes, lo que puede reducir la validez externa de los hallazgos. Aunque algunos estudios, como el de Aldrich et al. (2023), incluyen muestras más grandes, la mayoría se basan en tamaños de muestra relativamente pequeños, limitando así la capacidad de detectar efectos significativos y la robustez de los resultados.

Sin embargo, incluso con una búsqueda exhaustiva, siempre existe el riesgo de que algunos estudios pertinentes no hayan sido identificados debido a restricciones en los criterios de selección mediante la ecuación de búsqueda con los booleanos empleados, o a limitaciones en el acceso a ciertas bases de datos. Este sesgo de selección podría influir en la representatividad de la muestra de estudios incluidos en la presente revisión sistemática y, por ende, en la validez de nuestras conclusiones.

Por ejemplo, es posible que algunos estudios no estén indexados en las bases de datos que hemos utilizado, lo que significa que no han sido recuperados en nuestra búsqueda. Además, las restricciones en los criterios de selección, como la exclusión de ciertos tipos de estudios o la limitación a idiomas específicos, podrían haber omitido estudios relevantes. Esto podría sesgar la evidencia disponible y afectar la generalización de tus hallazgos.

El diseño del estudio también representa una limitación considerable. A pesar de los resultados prometedores presentados, la falta de ensayos controlados aleatorizados (RCTs) de alta calidad impide establecer relaciones causales firmes entre las intervenciones y los resultados observados.

Además, el sesgo de publicación puede influir en la revisión, ya que los estudios con resultados positivos tienen más probabilidades de ser publicados que aquellos con resultados negativos o nulos.

La duración y el seguimiento de las intervenciones son otros factores críticos a considerar. Muchos estudios evalúan los efectos de las intervenciones a corto plazo, pero pocos informan sobre los resultados a largo plazo, lo cual es esencial para comprender la sostenibilidad de los efectos terapéuticos. La ausencia de seguimiento prolongado en algunos estudios limita la evaluación de la durabilidad de las mejoras logradas.

Asimismo, la variabilidad en las herramientas de evaluación utilizadas en los estudios puede introducir inconsistencias en la comparación de resultados. Aunque el DSM-5 y el SMQ son herramientas comunes, la variación en otros instrumentos de evaluación

puede afectar la consistencia de los hallazgos. Además, algunas evaluaciones pueden depender de criterios subjetivos, lo que introduce un potencial sesgo.

Los factores contextuales y culturales también juegan un papel importante en la interpretación de los resultados. Los estudios realizados en diferentes contextos culturales pueden no ser directamente comparables, y las intervenciones que son efectivas en un contexto específico pueden no serlo en otro. Asimismo, el entorno en el que se llevan a cabo las terapias ya sea escolar, clínico o en el hogar, puede influir en los resultados.

En cuanto a las intervenciones emergentes, aunque técnicas como la terapia guiada por realidad virtual (VRET) y el video self-modeling (VSM) muestran promesas, la evidencia aún es limitada. Se necesita más investigación para confirmar su efectividad y seguridad a largo plazo. Además, estas tecnologías avanzadas pueden no estar disponibles o ser accesibles para todas las poblaciones, lo que limita su aplicabilidad generalizada.

En conclusión, aunque la presente revisión sistemática destaca varias intervenciones prometedoras para el tratamiento del mutismo selectivo en niños y adolescentes, es crucial considerar estas limitaciones al interpretar los resultados.

4.2. Recomendaciones para futuras investigación

En primer lugar, cabe destacar la necesidad de estudios longitudinales. La literatura actual sobre mutismo selectivo revela una preocupante falta de estudios longitudinales que evalúen la efectividad a largo plazo de las intervenciones de niños con mutismo selectivo, estos estudios según Oerbeck, estos estudios deberían de evaluar la durabilidad y eficacia de los efectos terapéuticos a largo plazo.

En segundo lugar, es fundamental que las futuras investigaciones se esfuercen por incluir muestras más diversas y representativas, ya que actualmente existe una necesidad de ampliar los estudios para abarcar una mayor variedad de diversas culturas y países, la investigación de Garcia et al. (2019) destaca que las diferencias culturales pueden influir significativamente en la presentación y el tratamiento del mutismo selectivo, subrayando la importancia de una mayor diversidad en las muestras

estudiadas, esta diversidad permitirá obtener una comprensión más completa y general del trastorno y sus tratamientos.

En tercer lugar, existe una falta de herramientas de evaluación estandarizadas, esto representa una barrera significativa para la comparación y replicación de estudios sobre mutismo selectivo, las futuras investigaciones deben priorizar el desarrollo y la validación de instrumentos de evaluación consistentes y fiable.

La estandarización permitirá comparaciones más precisas entre estudios y contribuirá a la creación de una base de conocimientos más sólida y coherente, ya que según Vecchio et al. (2020), la adopción de criterios diagnósticos uniformes es esencial para avanzar en la investigación y el tratamiento del mutismo selectivo.

En cuarto lugar, deberían investigar nuevos enfoques innovadores, que utilicen las nuevas tecnologías, como la realidad virtual y aplicaciones móviles, para poder complementar y mejorar los tratamientos tradicionales sobre el mutismo selectivo, las investigaciones de Cornacchio et al. (2021) han mostrado resultados prometedores al incorporar la tecnología en el tratamiento de trastornos de ansiedad, lo que sugiere un potencial significativo para su aplicación en el mutismo selectivo.

En quinto lugar, el mutismo selectivo es un trastorno complejo que requiere un enfoque multidisciplinario con diferentes profesionales, incluido junto con psicólogos, pediatras y profesionales de la educación.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la colaboración interdisciplinaria es clave para abordar de manera integral los desafíos de salud mental en la infancia y la adolescencia. Además, sería clave que se pudieran promover investigaciones internacionales junto profesionales de estos ámbitos, para poder facilitar el intercambio de conocimientos y la implementación de mejores prácticas a nivel global.

Por último, para las futuras investigaciones, deberían de investigar cómo ciertos factores ambientales, como la dinámica familiar y el entorno escolar, afectan a poder desarrollar mutismo selectivo, además de poder influir en la efectividad del tratamiento del mutismo selectivo.

Existen estudios recientes que destacan la importancia del contexto en el tratamiento efectivo del mutismo selectivo, resaltando la necesidad de adaptar las intervenciones a las características específicas de cada entorno (García et al., 2019).

Esto implica la necesidad de investigar cómo los diferentes contextos pueden influir en la eficacia de las intervenciones y ajustar las estrategias terapéuticas en consecuencia; así como una inclusión activa de la familia donde el enfoque de una involucración activa de la familia puede llegar a permitir una comprensión más profunda de los síntomas y necesidades de los niños con mutismo selectivo, esto podría llegar a intervenciones más efectivas y centradas en el paciente y su familia. Es crucial que las futuras investigaciones incluyan de manera activa la participación de los niños y sus familias en el proceso de intervención. Según Kearney y Vecchio (2019), la participación familiar de todos los afectados es fundamental para poder desarrollar intervenciones más personalizadas y efectivas.

5. Referencias bibliográficas

(*) Artículos incluidos en la revisión.

*Aldrich, J. T., Blossom, J. B., Moss, A., Ray, B., Couckuyt, M., Ward, T., ... Read, K. L. (2023). Effectiveness of an Eight-Week Multidisciplinary Selective Mutism Treatment Group. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 105–119. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.2007818>

Ale, C. M., Mann, A., Menzel, J., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2013). Two cases of early childhood selective mutism: Variations and treatment complexities. *Clinical Case Studies*, 12(4), 278–290. <https://doi.org/10.1177/1534650113482358>

Alexander, P. A. (2020). Methodological guidance paper: The art and science of quality systematic reviews. *Review of Educational Research*, 90(1), 6-23. <https://doi.org/10.3102/0034654319854352>

Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.001>

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

- Asendorpf, J. B., Denissen, J. J. A., & van Aken, M. A. G. (2003). Inhibited and aggressive preschool children at 23 years of age: Personality and social transitions into adulthood. *Developmental Psychology*, 39(4), 55-70. DOI: [10.1037/0012-1649.39.1.55] <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.1.55>
- Ayala Acosta, J. V. (2020). *Baja su autoestima y su relación con el aprendizaje en el área de comunicación en los estudiantes de 5to EGB de la Escuela 10 de Agosto Parroquia Barreiro, Cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos* (Tesis de licenciatura, Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo). URI: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8022>
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946. <https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00012>
- Barrera-Andrade, P. A., Espinosa-Cevallos, P. A., & Chamorro-Benavides, N. C. (2023). La importancia de un modelo de comunicación asertiva en el proceso del desarrollo de habilidades comunicativas en niños de 0 a 5 años. *RECIAMUC*, 7(2), 827-837. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.827-837](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.827-837)
- Bergman, R. L., González, A., Piacentini, J. y Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 680-689.
- 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.
- Barahona Morales, M. E., & Triguero Arana, N. M. (2016). *Mutismo selectivo en el ambiente escolar en niñas y niños de educación inicial del subnivel 2*.

*Blanchard, B. L. (2020). CommuniTeen: A group treatment program for adolescents with selective mutism (Doctoral dissertation, Widener University). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global database.<https://www.proquest.com/openview/09d7c18f46f7e7585150165b830e3972/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Blanchard, B. L. (2020). CommuniTeen: A group treatment program for adolescents with selective mutism (Doctoral dissertation, Widener University). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global database. (Accession No. 09d7c18f46f7e7585150165b830e3972)

Blanchard, B. L. (2020). CommuniTeen: A group treatment program for adolescents with selective mutism (Doctoral dissertation, Widener University). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global database. (Accession No. 09d7c18f46f7e7585150165b830e3972)

Bodden, D. H. M., Dirksen, C. D. y Bögels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 487-497.

*Bork P, Bennett S. Video self-modeling, fading, and reinforcement: An effective treatment package for children with selective mutism. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020 Apr;25(2):446-455. doi: 10.1177/1359104519855110. Epub 2019 Jun 18. PMID: 31213074.

Buzzella, B. A., Ehrenreich-May, J., & Pincus, D. B. (2011). Comorbidity and family factors associated with selective mutism. *Child Development Research*, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/909508>

*Bunnell, B. E., Mesa, F., & Beidel, D. C. (2018). A two-session hierarchy for shaping successive approximations of speech in selective mutism: Pilot study of mobile

apps and mechanisms of behavior change. *Behavior Therapy*, 49(6), 966–980.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.003>

Bunnell, B. E., Anderson, S., & Goin-Kochel, R. P. (2018). Virtual Reality Exposure Therapy for Social Anxiety Disorders: A Review of Evidence and a Consideration of Applications for Selective Mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 47-55. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.04.002.

Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for childfocused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>

*Catchpole, R., Young, A., Baer, S., & Salih, T. (2019). Examining a novel, parent-child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102112. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102112>

*Capobianco, M., & Cerniglia, L. (2018). Case Report: Evaluation strategies and cognitive intervention: the case of a monovular twin child affected by selective mutism. *F1000Research*, 7, 221. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14014.1>

Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M., & Sogos, C. (2018). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 775–783. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1075-y>

*Cavarra, M., Brizio, A., & Gava, N. (2016). Ericksonian hypnotherapy for selective mutism: A single-case study. *Acta Biomedica*, 87(3), 299-309. PMID: 28112698

Castro Morrillo, F. B, Vega Intriago, J. O., & Bolívar Chávez, O. E. . (2021). Influencia de la comunicación oral de los docentes en la atención de niños con trastornos específicos del aprendizaje. *Revista EDUCARE - UPEL-IPB - Segunda Nueva Etapa 2.0*, 25(2), 132–160. <https://doi.org/10.46498/reduipb.v25i2.1491>

- *Cengher, M., Clayborne, J. C., Crouch, A. E., & O'Connor, J. T. (2021). Assessment and treatment of selective mutism in a child with autism spectrum disorder. *Clinical Case Studies*, 20(3), 248-264.
- Cortés, C., Gallego, C., Marco, M., Martínez, I., & Ollo, C. (2004). *El Mutismo Selectivo: Guía para su detección, evaluación e intervención precoz en la escuela*. Navarra: CREENA.
- 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.
- *Conn, B. M., & Coyne, L. W. (2014). Selective Mutism in Early Childhood: Assessment and Treatment of an African American Preschool Boy. *Clinical Case Studies*, 13(6), 487-500. <https://doi.org/10.1177/1534650114522912>
- Cunningham, C., McHolm, A., & Boyle, M. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 245–255. DOI: 10.1007/s00787-006-0529-4
- Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. (s. f.). Guía sobre el mutismo selectivo. Recuperado de https://www.educacion.navarra.es/documents/713364/714655/guia_mutismo.pdf/24d97030-ec36-44be-9216-2bab01f883b6
- Dummet, K. E., & West, C. A. (2012). Nonverbal learning disabilities: Assessment and intervention strategies. *Journal of Learning Disabilities*, 45(2), 99-109. DOI: 10.1177/0022219411427774

- Durlak, J. A., Wells, A. M., Cotto, J. K., & Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 141-148.
- *Esposito, M., Gimigliano, F., Barillari, M. R., Precenzano, F., Ruberto, M., Sepe, J., Barillari, U., Gimigliano, R., Militeri, R., Messina, G., & Carotenuto, M. (2016). Pediatric selective mutism therapy: A randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04300-0>
- Facon, B., Sahiri, S., & Riviere, V. (2008). A controlled single-case treatment of severe long-term selective mutism in a child with mental retardation. *Behavior Therapy*, 39, 313-321. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.09.004>
- *Fernandez, K. T. G., Serrano, K. C. M., & Tongson, M. C. C. (2014). An Intervention in Treating Selective Mutism Using the Expressive Therapies Continuum Framework. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/15401383.2013.873706>
- *Fernandez, K. T. G., & Sugay, C. O. (2016). Psychodynamic play therapy: A case of selective mutism. *International Journal of Play Therapy*, 25(4), 203–209. <https://doi.org/10.1037/pla0000034>
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L., & Compton, S. N. (2019). Cultural considerations in the treatment of selective mutism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 60(8), 822-834. doi:10.1111/jcpp.13048
- Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M et al (2016a). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: <http://doi.org/10.1007/s0078701608354>

Gomar, M., Mandil, J., & Bunge, E. (2010). Manual de Terapia Cognitiva Conductual con niños y adolescents. Buenos Aires. Editorial: Polemos.

Cornacchio, D., Sanchez, A. L., Chou, T., Sanchez, M. R., & Comer, J. S. (2021). Innovative approaches to the treatment of childhood anxiety disorders: The role of technology in treatment delivery. **Journal of Clinical Psychology**, 77(6), 1244-1256. doi:10.1002/jclp.23182

*Haggerty, D., Carlson, J. S., & Kotrba, A. (2022). A Pilot Feasibility Study of an Intensive Summer Day Camp Intervention for Children with Selective Mutism. <https://doi.org/10.3390/children9111732>

Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285–291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>

*Khan, M. y Renk, K. (2018). Sea su propio superhéroe: el caso de un niño con mutismo selectivo y comorbilidades complejas. *Estudios de casos clínicos*, 17 (5), 348-365. <https://doi.org/10.1177/1534650118791038>

Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1999). A preliminary investigation of the use of technology to treat children with social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 969-984. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00044-4.

*Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K., & Gordon, J. (2017). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 90–108. <https://doi.org/10.1177/1359104516633497>

- Kossowsky, J., Wilhelm, F. H., Roth, W. T., Schneider, S., & Walitza, S. (2020). Cost-effectiveness of anxiety disorder treatments in children and adolescents: A systematic review. **Journal of Anxiety Disorders**, 72, 102232. <http://doi:10.1016/j.janxdis.2020.102232>
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249-256. <https://doi.org/10.1007/s007870170037>
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 347–353. <https://doi.org/10.1080/080394802760322114>
- *Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A., Domachevsky, S., Ginton, L., Kushnir, J., & Gothelf, D. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: A follow-up study. *European Journal of Pediatrics*, 175(4), 481-487. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2651-0>
- López, I. R. (2019). Mutismo selectivo. *Multimed*, 23(4), 795-804.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., & Clark, S. (2007). The importance of comorbidity in the development of anxiety and conduct problems. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(10), 748-755. DOI: 10.1177/070674370705201008
- Manassis, K., Oerbeck, B., & Overgaard, K. R. (2016). The use of medication in selective mutism: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 571–578. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0794-1>
- Medeiro, M., & Larraguibel, M. (2018). Mutismo Selectivo Revisión de la literatura. *Rev. Chil. Psiquiat. Neurol. Infanc. Adolesc.*, 29(2).

<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1401578>

Maleval, J. C. (2018). *El autista y su voz*. RBA Libros.

Mitchell, P., Partridge, K., Leonard, H., & Gillies, M. (2020). Use of mobile apps in the treatment of childhood anxiety disorders: Case study of a child with selective mutism. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 1-8. DOI: 10.1186/s13034-020-00347-0.

Mifsud C, Rapee RM. Early intervention for childhood anxiety in a school setting: outcomes for an economically disadvantaged population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Oct;44(10):996-1004. doi: 10.1097/01.chi.0000173294.13441.87. PMID: 16175104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16175104/>

Milic, M. I., Carl, T., & Rapee, R. M. (2020). Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 133, 103696. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103696>

Molina, M., Tomás, J., Baeza, E., & Sarlé, M. (1999). Mutismo selectivo. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (2), 79–84. Recuperado a partir de <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/511>

Morris, T., & March, J. (2004). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. (2da. Ed.). New York: The Guilford Press.

Minuchin, S. (1974/2005) *Familias y Terapia Familiar*. (9ª e.d.). Barcelona: Gedisa.

Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T, Langsrud Ø, Kristensen H. A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism - defocused communication and behavioural techniques. *Child Adolesc Ment Health*. 2014 Sep;19(3):192-198. doi: <https://doi.org/10.1111/camh.12045>

- *Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. K. (2014). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 757–766. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0620-1>
- Oerbeck B, Johansen J, Lundahl K et al (2012). Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3-5 years: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17:370-383.
- *Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism: A 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997-1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, O., & Kristensen, H. (2018). Long-term outcome of selective mutism: A prospective longitudinal study. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 27(4), 473-482. doi:10.1007/s00787-017-1094-z
- Olivares, J., Olivares, P.J., & Macià, D. (1990). Aportaciones de la terapia de exposición al tratamiento del mutismo selectivo en una niña con retraso mental leve. **Psicología Conductual*, 4*(3), 385-400.
- Olivares, J., Olivares-Olivares, P. J., & Rosa-Alcázar, Á. (2019). Efectividad del tratamiento temprano de niños con mutismo selectivo en los centros educativos. *Terapia psicológica*, 37(2), 81-96. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000200081>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Informe sobre la salud mental en la infancia y la adolescencia*. Ginebra: OMS. [Recuperado de https://www.who.int](https://www.who.int)
- Oltra, A., Salamanca, P., Veras, S. H., & Sierra-García, Y. P. (2021). Intervención psicológica online en un caso de sintomatología fóbica infantil desde la Terapia de Juego Cognitivo Conductual durante el confinamiento por COVID-19. *Acción psicológica*, 18(1), 93-105.

Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews BMJ 2021; 372 :n71 doi:10.1136/bmj.n71 <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>

Poole, K. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Schmidt, L. A. (2020). Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: A multi-method study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01588-3>

Porras Cruz, L. T., Buitrago Bonilla, R. E., & Gutierrez Torres, A. M. (2020). COMUNICACIÓN EMOCIONAL NO VERBAL EN LA INFANCIA, ANÁLISIS EN EL AULA DESDE LA METODOLOGÍA OBSERVACIONAL. *KNOW AND SHARE PSYCHOLOGY*, 1(4). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4343>

Poveda, G. G., Miralles, I. G., & Pacheco, M. C. (2020). ¿ Es sólo mutismo? A propósito de un caso. *Revista de psiquiatria infanto-juvenil*, 37(3), 35-43. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a5>

Rodríguez-Menchón, M., y Saval-Manera, J. J. (2017). Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con Mutismo Selectivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 51-57. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>

Rosendo, L. R. (2007). El predominio del inglés en el lenguaje científico: características del lenguaje médico español en la actualidad. *POLISSEMA–Revista de Letras do ISCAP*, (7), 85-113. <https://doi.org/10.34630/polissemi.vi7.3302>

Rozenek, E. B., Orlof, W., Nowicka, Z. M., Wilczyńska, K., & Waszkiewicz, N. (2020). Selective mutism - an overview of the condition and etiology: Is the absence of speech just the tip of the iceberg? *Psychiatria Polska*, 54(2), 333-349. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/108503>

- Ruttledge, R. A., & Petrides, K. V. (2012). A cognitive behavioural group approach for adolescents with disruptive behaviour in schools. *School Psychology International*, 33(2), 223-239. <https://doi.org/10.1177/0143034311415908>
- Schwenck, C., Gensthaler, A., & Vogel, F. (2019). Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder. *Current Psychology*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00546-w>
- Scott, Samantha & Beidel, Deborah. (2011). Selective Mutism: An Update and Suggestions for Future Research. *Current psychiatry reports*. 13. 251-7. 10.1007/s11920-011-0201-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21538033/>
- Stein, M. B., & Gorman, J. M. (2011). Unraveling the genetics of anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 703-705. DOI: [10.1176/appi.ajp.158.5.703 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.703>
- *Shorer, M., Ben-Haim, Z., & Fennig, S. (2022). The Integrated Behavior Therapy for Children with Selective Mutism: Findings from an open pilot study in a naturalistic setting. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(2). <https://doi.org/10.1177/13591045221075526>
- *Skedgell, K. K., Fornander, M., & Kearney, C. A. (2017). Personalized Individual and Group Therapy for Multifaceted Selective Mutism. *Clinical Case Studies*, 16(2), 166-181. <https://doi.org/10.1177/1534650116685619>
- *Solz, J. (2015). *Video self-modeling as exposure with and without contingency management in treating youth with selective mutism* (Order No. 3727067). Disponible en ProQuest Central. (1733644409). Recuperado de <http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/dissertations-theses/video-self-modeling-as-exposure-with-without/docview/1733644409/se-2>

Smith-Schrandt, H., & Storch, E.A. (2017). Selective mutism. In A.E. Wenzel (Ed.), *The Sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology*. Washington, DC: Sage.

*Siroky, A. K., Carlson, J. S., & Kotrba, A. (2023). Integrated Behavior Therapy for Exclusively Anxious Selective Mutism: A Nonconcurrent Multiple-Baseline Design across Five Participants. *Pediatric Reports*, 15(4), 102-115.
<https://doi.org/10.4081/pr.2023.102115>

Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (2006). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 60(9), 915-920. DOI: [10.1016/j.biopsych.2006.01.021]
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.01.021>

*Tan, Y. R., Ooi, Y. P., Ang, R. P., Goh, D. H., Kwan, C., Fung, D. S., & Sung, S. C. (2022). Feasibility trial of virtual reality exposure therapy for selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 351-368.

Vallejo-Slocker, Laura, & Vallejo, Miguel A.. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>

Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to anxious and oppositional children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 31-37. DOI: [10.1007/s10862-005-3268-2]
<https://doi.org/10.1007/s10862-005-3268-2>

Vecchio, J., & Kearney, C. A. (2007). Assessment and treatment of a Hispanic youth with selective mutism. *Clinical Case Studies*, 6(1), 34-43.
<https://doi.org/10.1177/1534650106290393>

Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2009). Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavior Therapy*, 40(4), 380-394. DOI: 10.1016/j.beth.2008.11.004.

- Vecchio, J. L., Kearney, C. A., & Freeman, J. B. (2020). Standardized assessments for children with selective mutism. **Child Psychiatry & Human Development**, 51(1), 11-23. doi:10.1007/s10578-019-00925-2
- Vergara, P. P. (2020). Mutismo Selectivo: Análisis Psicodinámico desde la teoría de D. Winnicott. *REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA*, 31(1), 72. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1396248/rev_sopnia_2020-1-67-79.pdf
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57-67. DOI: [10.1016/j.cpr.2008.09.009] <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>
- Villalobos Hernández, M. Z. (2022). *Aplicación de la estrategia didáctica “aprendamos a pensar de manera divertida” para mejorar los logros de aprendizaje en el área de comunicación en los niños de educación inicial de 5 años de la institución educativa N° 352 Santa Cruz Jamalca, Utcubamba-2018* (Tesis de licenciatura, Utcubamba). Url: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/10931>
- Villegas, B. (2003). Rápida y pertinente búsqueda por internet mediante operadores booleanos. *Universitas Scientiarum*, 8, 51-54. <https://www.redalyc.org/pdf/499/49900808.pdf>
- Vogel, F., Gensthaler, A., Stahl, J., & Schwenck, C. (2019). Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1169–1181. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01281-0>
- Wainstein, M.; Wittner, V (2016). ¿Qué es una familia? En Wainstein, M. *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Wainstein, M., Wittner, V. (2018). *Claves del Pensamiento Sistémico*. Ficha de cátedra Facultad de Psicología Bibliografía de profundización.

Walsh, S., & Paula, P. G. S. (2019). Evidencia y resultados en terapia familiar en el trabajo con niños. <https://www.aacademica.org/000-111/650>

*Weinstock, R., Caporino, N., Crowell McQuarrie, S., Ronkin, E., Wright, L. A., Ludwig, N. N., & Tone, E. B. (2020). Behavioral assessment and treatment of selective mutism in identical twins. *Clinical Case Studies*, 19(6), 418-437. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650120950526>

Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 688-701. DOI: [10.1037//0022-006x.63.5.688](https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.5.688)