

ACTUALIZACIÓN DE UN MODELO TENTATIVO DEL MUTISMO SELECTIVO

Pablo J. Olivares-Olivares y José Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia (España)

Resumen

El mutismo selectivo es un trastorno del comportamiento infanto-juvenil de inicio temprano (generalmente entre los 3 y los 5 años) que consiste en la resistencia al habla o su inhibición en situaciones sociales concretas, caracterizadas por la presencia de extraños, personas a las que no se habla o a las que se ha dejado de hablar, lugares en los que no se habla o donde el niño piensa que puede ser escuchado por quien no quiere, etc. Su escasa prevalencia lo convierte en un trastorno de la conducta raro y la revisión de la literatura confirma que la ansiedad es la alteración prominente en quienes lo presentan, lo que ha llevado a que en la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-5; APA, 2013) haya sido reclasificado como un trastorno de ansiedad. Este hecho, así como los avances en su investigación y los retos que estos plantean respecto de su evaluación y tratamiento hacen necesaria una revisión y actualización de las propuestas explicativas existentes. Este es el marco en el que se inserta el trabajo que presentamos.

PALABRAS CLAVE: *mutismo selectivo, avances en la investigación, psicopatología del desarrollo, modelo tentativo.*

Abstract

Selective mutism is a disorder of early-onset behavior (usually between 3 and 5 years) consisting in a resistance to speech or its inhibition in specific social situations, characterized by the presence of strangers, people who are not spoken to or to whom the child has stopped talking, places where the child doesn't speak or where the child thinks he/she can be heard by unwanted people, etc. Its low prevalence makes it a rare behavior disorder and the review of the literature confirms that anxiety is the prominent alteration in those who present it, which has led to the result that in the last edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, DSM-5; APA, 2013) the behavior has been reclassified as an anxiety disorder. This fact, as well as the advances in its research and the challenges that it poses regarding its evaluation and treatment, make it necessary to review and update the existing explanatory proposals. This is the framework of the work presented here.

KEY WORDS: *selective mutism, advances in research, developmental psychopathology, tentative model.*

¹ *Correspondencia:* Pablo J. Olivares-Olivares, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Campus universitario de Espinardo, Universidad de Murcia, Apdo. 4021, 30100 Murcia (España). E-mail: pjoo1@um.es

Introducción

El mutismo selectivo (MS) es un trastorno del habla que generalmente se inicia antes de los cinco años y que, pese a que el niño muestra dominio del habla, se caracteriza por su reticencia y evitación a hacerlo en situaciones sociales concretas. El MS ha evolucionado desde una concepción que le suponía una naturaleza voluntaria (así Kussmaul, 1877) hasta la actual en la que, la ausencia del habla, se relaciona directamente con las respuestas de escape/evitación del malestar generado por lo que se teme, inscribiéndose en el grupo de los trastornos por ansiedad (*American Psychiatric Association* [APA], 2013).

Su prevalencia oscila entre el 0,03% y el 1%, dependiendo del origen de la muestra (APA, 2013). Los datos sobre su prevalencia no son concluyentes respecto del sexo; solo algunos estudios han documentado que es más frecuente en las niñas (Muris y Ollendick, 2015). Su curso tiene un inicio temprano, pero no disponemos de datos concluyentes sobre su evolución temporal. El diagnóstico requiere que la duración de la ausencia del habla sea superior a un mes. Además, se precisa: (i) constatar el dominio del habla, (ii) verificar que produce interferencia y que ésta afecta significativamente al rendimiento educativo y/o a las relaciones sociales, y (iii) descartar que: (a) no se explica mejor por la existencia de un trastorno de la comunicación, (b) no se presenta en el curso de un trastorno del espectro autista o psicótico (APA, 2013).

Pese a su baja prevalencia es objeto de máxima preocupación entre clínicos e investigadores por la extensión e intensidad de sus efectos negativos en el desarrollo del niño/adolescente y en el incremento de la vulnerabilidad a presentar otros trastornos comórbidos, especialmente de ansiedad y depresión. Además, en línea con los cálculos de Bodden, Dirksen y Bögels (2008), los costes económicos para sus familias y los sistemas de salud públicos son 20 veces superiores a los de un niño sin ansiedad. Los pocos estudios que hay de seguimiento a largo plazo muestran que cuando el MS remite sus efectos negativos persisten, incluso en la edad adulta, en forma de problemas de comunicación, mayores tasas de trastornos psicológicos y de problemas laborales (p. ej., Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen y Gutenbrunner, 2001; Sluckin, Foreman y Herbert, 1991 o Steinhausen, Wachter, Laimbock y Metzke, 2006).

Nuestro conocimiento actual del MS se sustenta en variables cuya base empírica proviene principalmente de estudios transversales, por lo que se requiere mayor exploración experimental y prospectiva (Yap y Jorm, 2015). Asimismo, el elevado número de variables que pueden participar en su inicio plantea el problema de su integración para elaborar una propuesta explicativa que sea coherente con las pruebas disponibles. Una potencial respuesta a este problema la hallamos en la capacidad integradora del principio de equifinalidad de la psicopatología del desarrollo (véase Reuther, Davis III, Moree y Matson, 2011 o Viana, Beidel y Rabian, 2009). A partir de él, tomando como referencia nuestras posiciones previas (Olivares, Méndez y Macià, 1996), los nuevos hallazgos y las nuevas formulaciones de modelos explicativos con base en el aprendizaje social (p. ej., Lindström y Olsson, 2015), reformulamos nuestra propuesta explicativa previa (Olivares *et al.*, 1996) cuyo fin es organizar las ideas que actualmente tenemos

sobre el MS para: (i) entender por qué muestra las propiedades que descriptivamente le caracterizan; (ii) ofrecer una descripción del conocimiento que tenemos del trastorno; (iii) orientar su investigación.

Grupos de variables que pueden incrementar la vulnerabilidad del niño y facilitar la aparición del mutismo selectivo

El MS puede ser interpretado como un comportamiento aprendido, en el contexto de “una pluralidad de factores precipitantes” (Reed, 1963; p. 107). Por ello, la propuesta asume que, en orden al principio de equifinalidad, salvo excepción, el MS no se inicia como resultado del efecto de una variable concreta sino como el producto de interacciones complejas entre variables que aumentan la probabilidad de que éste ocurra.

Variables del niño

Nuestra explicación de por qué no presentan MS todos los niños que están expuestos a circunstancias similares integra dos grupos de variables del niño con distinta relevancia epistemológica. En el primero incluimos las variables biológicas que agrupamos en genéticas, evolutivas y no evolutivas; en el segundo las variables psicológicas, relevantes tanto por su ausencia en los repertorios básicos de conducta, pese a ser necesarias, como por su presencia cuando ésta dificulta o impide aprendizajes necesarios para un desarrollo normal.

HERENCIA GENÉTICA

La hipótesis de la existencia de factores genéticos como determinantes directos de la ocurrencia del MS no cuenta con pruebas concluyentes, tanto por la escasez de investigación como por sus resultados (Segal, 2003; Stein *et al.*, 2011). Se necesitan más y mejores estudios sistemáticos con gemelos mono y dizigóticos para esclarecer su relevancia en el inicio del MS (Rice, 2008); actualmente solo podemos hablar de vulnerabilidad potencial que en interacción con ciertos comportamientos adultos incrementaría el riesgo (Murray, Creswell y Cooper, 2009).

VARIABLES DE NATURALEZA EVOLUTIVA Y NO EVOLUTIVA

Las hemos catalogado como variables evolutivas cuando parecen tener un carácter universal y su efecto sobre el comportamiento suele desaparecer sin precisar intervención. Su existencia se debería a la transmisión genética de información relevante para la salvaguarda del individuo y la continuidad de la especie; serían responsables, al menos parcialmente, de que no se adquieran respuestas básicas que son necesarias para los fines indicados. Las variables no evolutivas no son universales ni desaparecen por sí solas con el paso del tiempo; se incluyen variables como el sexo, las lesiones cerebrales o las alteraciones anatómicas con una implicación directa en la recepción y producción de sonido.

Variables evolutivas. Dentro de éstas postulamos como muy relevantes los miedos que parecen constituir un sistema protector (Agras, 1989) y que se inician regularmente entre los 7 y los 9 meses, cuando se expone a los niños a un lugar desconocido y/o a un extraño (Rheingold y Eckerman, 1969 y 1974; Schaffer y Emerson, 1964) o se les separa de sus figuras de apego (Tennes y Lampl, 1964), incrementándose durante el primer año de vida y prolongándose aproximadamente hasta los 7 años (McLeod, 2009). Su intensidad, frecuencia y duración se hipotetizan congruentes con los estímulos que los densencadenan y modulados por el comportamiento de los adultos con los que interactúan, especialmente sus figuras de apego. Este supuesto nos permite comprender y explicar, con carácter general, por qué pese a que casi todos los niños experimentan estos miedos solo en algunos se altera su naturaleza evolutiva desarrollándose desadaptativamente hasta alcanzar la categoría de trastorno (APA, 2013), tal como sostenía Kendall (1994) al afirmar que la desviación del curso natural del desarrollo de los miedos, unida a la indecisión de los niños en las relaciones con personas desconocidas, interfiere tanto en el desarrollo social como en el escolar de los niños con SM. Veamos el conocimiento que tenemos sobre ellos, los supuestos de los que partimos y las pruebas que apoyan su asociación con el inicio del MS.

EL MIEDO ANTE PERSONAS Y LUGARES EXTRAÑOS. El primer estudio científico de este miedo fue realizado por F. Wiehe a principios de la década de 1930 (citado por Van Rosmalen, Van Der Veer y Van Der Horst, 2015). Desde entonces y hasta hoy este miedo ha sido descrito como problemático respecto al desarrollo de los trastornos de ansiedad (en nuestro caso el MS). Se define como un miedo específico, de carácter evolutivo (Schaffer y Emerson, 1964) y adaptativo (Waters, Matas y Sroufe, 1975) porque sirve tanto de contrapeso de la tendencia de los bebés a la exploración (Bretherton y Ainsworth, 1974) como para incrementar la calidad del sistema de apego social que se está desarrollando (Ainsworth, 1973), todo ello mediado por las variables culturales propias de cada entorno (Otto, Potinius y Keller, 2013). En este ámbito, los resultados de trabajos como los de Díaz y Bell (2011) o Buss (2011) muestran que (i) lo importante para "marcar" futuras alteraciones de las respuestas de ansiedad en niños pequeños no es cuánto, sino cuándo y cómo se expresa el miedo, es decir, las respuestas de ansiedad de mayor intensidad en una situación no se presentan necesariamente en otros contextos; (ii) si evaluamos las respuestas generadas por el miedo en múltiples situaciones, las diferencias individuales se muestran específicas del contexto (los valores de las correlaciones son bajos).

Los estudios sobre este miedo ponen de manifiesto que: (a) con carácter general su alcance es limitado en el desarrollo posterior del niño (Buss, 2011; Clarke y Clarke, 1979); (b) cuando las respuestas de ansiedad ante extraños son extremadamente intensas se constituyen en un precursor para el desarrollo de la ansiedad social (de Rosnay, Cooper, Tsigaras y Murray, 2006; Kagan, 2000); (c) es muy importante clarificar el riesgo que conlleva, mediante investigaciones longitudinales en el marco del desarrollo normativo, así como acotar el peso de la herencia en las diferencias individuales que integran las trayectorias evolutivas

normativas y su relación con la inhibición del comportamiento en las situaciones sociales (Brooker *et al.*, 2013).

Recuérdese a este respecto que la inhibición del comportamiento es el modo habitual de reaccionar (estilo) de algunos niños pequeños en respuesta a personas y situaciones desconocidas (Fox, Henderson, Marshall, Nichols y Ghera, 2005), el cual ha sido identificado como un predictor de ansiedad en la adolescencia (Mineka y Zinbarg, 2006).

El modelo asume que el miedo a las personas y lugares extraños en la infancia es una variable cuyo valor cualitativo, en cada situación concreta (adaptativo vs. desadaptativo), vendrá dado por las variables antecedentes y consecuentes a la reacción que determinarán cuándo y cómo se presenta ésta.

EL MIEDO A LA SEPARACIÓN DE LAS FIGURAS DE APEGO. Es un patrón de respuestas que surge automáticamente cuando el niño se separa de las figuras de apego. Su relación con el miedo a los extraños (personas y lugares) se conoce desde hace ya bastante tiempo, tanto en sus diferencias como en su solapamiento parcial (Tennes y Lampl, 1964). En la actualidad los datos indican que la edad de inicio del MS está relacionada con su primera incorporación a los jardines de infancia y los centros educativos, así como con otras circunstancias que conllevan la separación del niño de sus figuras de apego como ocurre, por ejemplo, con la hospitalización (Olivares, Piqueras, Rosa-Alcázar, Chittó-Gauer y Olivares-Olivares, 2007).

Postulamos este miedo como un factor más de vulnerabilidad para el inicio del MS. Su efecto será relevante cuando un niño vulnerable por su estado físico (problemas de salud, alteraciones derivadas del estrés, etc.), su historia de aprendizaje (incluida la del vínculo con sus figuras de apego) o la interacción de ambas, se enfrenta a una circunstancia extraña en la que interaccionan la alteración somática desproporcionada (aversiva) que se activa ante la percepción de la ausencia de su(s) figura(s) de apego y las desencadenadas por la situación extraña (reacciones de cautela, alerta, desconfianza y alarma ante personas y lugares extraños).

Variables no evolutivas. Incluimos las alteraciones del funcionamiento biológico (estructurales como el daño cerebral o sistémicas como los desequilibrios bioquímicos) y los fenómenos asociados con el temperamento (Rothbart y Bates, 2007) que, salvo excepción, no remiten espontáneamente e incrementan la vulnerabilidad para presentar MS. Postulamos un papel relevante para (i) los trastornos del neurodesarrollo (Kolvin y Fundudis, 1981; Nowakowski *et al.* 2009; Steinhausen y Juzi, 1996), especialmente los que afectan el habla y el lenguaje, los implicados en el retraso general y las alteraciones neurológicas que alteran la interacción sistemática entre los mecanismos del habla y la audición (Muris y Ollendick, 2015); (ii) las variables de base biológica presentes en las diferencias individuales, que intervienen en la regulación de la reactividad emocional como precursoras de la ansiedad (inhibición conductual [IC], temperamento temeroso y timidez; véase García-Coll, Kagan y Reznick, 1984 y Möller, Nikolić, Majdandžić y Bögels, 2016). Con relación al alcance del efecto del temperamento asumimos que los cambios en su expresión temprana están mediados por el modo de interactuar de/con la figura de apego; los datos muestran una asociación longitudinal clara (van den Boom y Hoeksma, 1994) que modula la intensidad de las reacciones ante

situaciones ansiógenas en función del comportamiento parental (p. ej., Atkinson, Gennis, Racine y Pillai, 2015). Otras variables como el sexo, las lesiones neurológicas o los problemas neurobioquímicos también se han mencionado en la literatura, pero sin contar con evidencia empírica concluyente (Camposano, 2011). Así ha ocurrido con el sexo, por ejemplo, cuyo efecto parecía relevante (p. ej., Kolvin y Fundudis, 1981), pero los datos actuales no lo confirman (APA, 2013).

VARIABLES PSICOLÓGICAS

Este grupo está integrado por las variables que configuran la historia de aprendizaje del niño (¿qué, cómo y cuánto se aprende?), entre las que destacan las respuestas de escape/evitación que aparecen entre los siete y los nueve meses, como reacción ante la presencia/relación con personas y lugares extraños, con una frecuencia, intensidad y duración (cambiantes) producto de la interacción de las variables biológicas y las implicadas en propia la historia de aprendizaje. Asimismo, defendemos que estas últimas, a su vez, están mediadas por otras como el sexo del extraño, su apariencia y su edad, así como por la forma en la que se han producido las primeras interacciones con personas extrañas o poco conocidas: forzada y abrupta vs. distendida y gradual; mediada por la presencia de las figuras de apego o en soledad, en el marco de respuestas cálidas y no intrusivas (o viceversa), en el ámbito de una actividad grata o ingrata para el niño; etc. En este contexto, los resultados de la investigación reiteran que la mayoría de los niños con MS muestra una timidez excesiva desde los primeros años de su vida (Muris y Ollendick, 2015), dato que inicialmente podría estar relacionado con la interacción entre la IC y la historia aprendizaje y, posteriormente, con la ansiedad desadaptativa y la generalización progresiva de las respuestas de escape (durante el habla con desconocidos, en presencia de desconocidos o conocidos a los que ya no se habla o en lugares en los que pueden oírlo), hasta culminar en su evitación tanto ante personas como en espacios que no sean del ámbito íntimo.

La historia de aprendizaje es también relevante por lo que no se ha aprendido, pese a ser necesario. Las carencias tienen gran relevancia para comprender y explicar ¿por qué unos niños presentan el trastorno y otros no? Entre éstas están las que afectan a la reducción progresiva de la comunicación oral porque mermarán, entre otras, la destreza en la ejecución del habla incrementando progresivamente su dificultad (Olivares, Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar y Amorós, 2007) hasta mostrar déficits relevantes en las habilidades sociales (p. ej., Carbone *et al.*, 2010). La merma o deterioro en/de los aprendizajes básicos puede: (i) verse reflejada tanto en la cuantía del vocabulario como en la destreza en la pronunciación y en las habilidades para la interacción oral (p. ej., Manassis *et al.*, 2007); (ii) reflejar un uso selectivo del habla (la naturaleza de MS) o que se evite ésta por temor, vergüenza y/o las carencias en las habilidades sociales (Muris y Ollendick, 2015).

Variables ambientales: el contexto social

Consideramos relevante el contexto familiar, los jardines de infancia, los centros educativos y la adaptación a los cambios bruscos e/o intensos (cambios de residencia, traslado a un país o zona de distinto idioma, hospitalización abrupta, etc.).

EL MARCO FAMILIAR

Los datos muestran que, con relación a las respuestas de ansiedad de sus hijos durante la infancia, los padres juegan un papel más pequeño del que *a priori* podría suponerseles (Möller et al., 2016; Yap y Jorm, 2015). Así, los resultados de los estudios de las familias de los niños con MS desmienten que la mayoría sean problemáticas (Muris y Ollendick, 2015). Ahora bien, las pruebas también son inequívocas acerca del papel crítico que desempeñan, a edades tempranas, los aprendizajes en el entorno familiar respecto al incremento de la vulnerabilidad/protección frente a la ansiedad (McLeod, Wood y Avny, 2011; Rapee, 2012). En la actualidad no contamos con datos estadísticos que avalen una relación unívoca entre eventos vitales estresantes y/o traumáticos de orden familiar (abuso, divorcio, la muerte de un miembro de la unidad familiar, etc.) con el inicio del MS (Camposano, 2011 o Muris y Ollendick, 2015).

Ahora bien, cuando cambiamos de perspectiva y pasamos de los datos estadísticos, generados a partir de medidas de autoinforme, a los resultados de la investigación obtenidos mediante observación del comportamiento (p. ej., Edison et al., 2011) éstos si apoyan la relevancia de las variables que han probado estar implicadas, en mayor o menor medida, en la psicopatología parental, en los procesos de modelado durante el afrontamiento de la situaciones temidas (“coping”), en la transmisión de información relativa al miedo desproporcionado (tipo y modo de transmitirla), en el estilo de crianza (permissivo, autoritario, variable, etc.), en el afrontamiento de eventos muy estresantes, etc.

Psicopatología parental. Los datos estadísticos muestran que los padres de los niños con MS generalmente no difieren significativamente de sus controles (Cunningham, McHolm, Boyle y Patel, 2004; Chavira, ShiponBlum, Hitchcock, Cohan y Stein, 2007), pero esto no parece que afecte por igual a padres y madres. Por ejemplo, en la investigación de Alyanak et al. (2013), la gravedad de los problemas emocionales y del comportamiento de los niños con MS solo correlacionó con la psicopatología materna. Nuestra propuesta sostiene que el MS, la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación son variables críticas de la psicopatología paterna respecto de la vulnerabilidad de sus hijos para presentar MS, pero también incluye aquellas alteraciones cuyo efecto cualitativo puede ser muy relevante en un contexto integrado por otras variables paternas que incrementan circunstancialmente la vulnerabilidad del niño (a modo de la gota de agua que derrama el vaso -efecto “gota de agua”-): aquellas que siendo clínicamente significativas son estadísticamente irrelevantes, como parece que ocurre, por ejemplo, con las variables de riesgo parental que son comunes a la ansiedad y la depresión (Wilamowska et al., 2010). En todo caso, la falta de

resultados concluyentes sobre el papel del estado psicopatológico de los padres pone de manifiesto que se requiere más investigación y de mayor calidad.

Apego y estilos de crianza. Las pruebas sugieren que los trastornos de ansiedad se transmiten intergeneracionalmente en un rango que oscila entre el 60% y el 80% (p. ej., Chorpita y Barlow, 1998; Lomanowska, Boivin, Hertzman y Fleming, 2017). De ahí la relevancia de conocer el papel que pueden jugar los estilos de crianza (Möller *et al.*, 2016) y los vínculos que resultan del proceso de apego social temprano (Groh, Roisman, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Fearon, 2012) con respecto al incremento de la protección/vulnerabilidad del niño a presentar MS.

EL APEGO. Es un concepto formulado inicialmente en el marco de la teoría del mismo nombre (Bowlby, 1969), ubicado en la intersección de la psicología del desarrollo, la biología evolutiva y la etología, cuyo fin es la descripción de la dinámica de las relaciones humanas a partir del estudio del desarrollo social temprano (Ainsworth, 1973). El "vínculo de apego" es un concepto complejo. Por ello, a efectos del modelo, nosotros lo delimitamos como el producto del modo predominante de reaccionar del adulto y del bebé durante su interacción social temprana. Así, por un lado, tras nacer se pondrán en marcha las respuestas de escape que asociamos con la predisposición biológica del bebé, para reducir/eliminar el malestar que producen las necesidades básicas cada vez que precisan ser satisfechas (hambre, sed, frío, malestar/dolor producido por efecto de los gases, etc.): se moverá, succionará, gemirá, ... y si el malestar se intensifica llorará, lo que, muy probablemente, provocará la interacción con el ser vivo más próximo (salvo excepción, los padres). Esta secuencia se repetirá, una y otra vez, generando distintos efectos en función del modo predominante de actuar del adulto (estilo de crianza) ante las iniciales respuestas de escape del niño. El producto del desarrollo de esta interacción social a lo largo del tiempo, el vínculo, se irá configurando no solo a partir de las respuestas de cada uno de ellos, ante la reacción del otro, sino también de sus respuestas como reacción a la interpretación que hagan de sus respectivos estados y de la forma como las module su historia de aprendizaje (qué, cómo y cuánto se ha aprendido), tanto la del adulto como la que va configurando la identidad del bebé.

La hipótesis principal de los investigadores de este constructo es que las experiencias tempranas de apego social desempeñan un papel importante tanto en la prevención como en el desarrollo de las alteraciones desadaptativas del comportamiento. Además, también se postula la hipótesis de que las experiencias tempranas tendrán un efecto duradero en la configuración de la adaptación del niño durante el desarrollo (Sroufe, Egeland y Kreutzer, 1990). El contraste de ambas hipótesis ha producido un *corpus* de datos significativo que ha permitido revisar cuantitativamente tanto la relación entre el apego inseguro temprano y los problemas de exteriorización (Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley y Roisman, 2010) e interiorización (Groh *et al.*, 2012) como entre éstos y la competencia social de los niños con sus compañeros (Groh *et al.*, 2014; Schneider, Atkinson y Tardif, 2001).

Los estudios metaanalíticos de Fearon *et al.* (2010) y Groh *et al.* (2012) constatan que la magnitud de la asociación entre la inseguridad de apego y los

trastornos interiorizados es “sorprendentemente pequeña, especialmente cuando se compara con los efectos de la inseguridad de apego y la desorganizada en las alteraciones propias de los trastornos de exteriorizados” (Groh *et al.*, 2012; p. 602). Es decir, no parece que con carácter general el vínculo de apego inseguro constituya, por sí solo, un factor de riesgo relevante para que los niños presenten MS. Los datos no confirman que las diferencias individuales en inseguridad de apego tengan efectos distintos en el desarrollo de los procesos interiorizados. En cambio, en la investigación de Croh *et al.* (2012), el tamaño del efecto de la historia de apego evitativo si fue clínicamente significativo ($d= 0,17$) y predijo el retraimiento social ($d= 0,19$), lo que muestra que solo se pueda incluir en el modelo que proponemos como factor de vulnerabilidad porque no podemos afirmar que esté consistentemente asociado con las alteraciones interiorizadas.

El estudio de Groh *et al.* (2014) constata que, por un lado, la seguridad temprana de apego parece desempeñar un papel destacado en la evolución de la competencia social de los niños, coincidiendo con lo hallado por Schneider, Atkinson y Tardif (2001), mientras que, por otro, los tres modos de interacción o subtipos del apego inseguro (evasivo/evitativo, resistente/desconfiado y desorganizado/desorientado) dificultan y merman el desarrollo de la competencia social de manera similar ($d= 0,17$; $d= 0,29$ y $d= 0,25$, respectivamente). En consecuencia, podemos sostener que una relación de apego que genera inseguridad en la primera infancia constituye un factor de vulnerabilidad para presentar problemas de ansiedad en general y MS en particular.

LOS ESTILOS DE CRIANZA. El peso específico de los estilos de crianza en el inicio de los trastornos de ansiedad y del MS todavía no está claro. Para algunos investigadores son factores etiológicos importantes y tienen valor prospectivo (Remschmidt *et al.*, 2001; Sharkey y McNicholas, 2008), otros subrayan que las asociaciones con la ansiedad del niño son pequeñas (Möller *et al.*, 2016) y algunos no encuentran diferencias con los controles (Alyanak *et al.*, 2013; Cunningham *et al.*, 2004).

Ahora bien, los resultados se clarifican cuando se controla el efecto modulador de la estrategia de evaluación y se incluyen en la investigación datos de la observación de los comportamientos de padres e hijos. Así, en el estudio de Nowakowski *et al.* (2011) se concluye que los padres asumen el control de sus hijos cuando estos no cumplen con las demandas situacionales, especialmente cuando los niños y/o los padres muestran ansiedad, en línea con las conclusiones McLeod *et al.* (2011). De hecho, a día de hoy contamos con pruebas empíricas que permiten sostener que la sobreimplicación y el rechazo parental parecen incrementar la vulnerabilidad de los niños a presentar ansiedad desadaptativa entre los 0-5 años (Möller *et al.*, 2016) y que, asimismo, entre los 5-11 años, ocurre otro tanto con la sobreimplicación, el rechazo u aversión, el conflicto parental, el abuso, el estilo autoritario, la supervisión continua, la disciplina inconsistente, el estilo permisivo y el desentendimiento, porque todos ellos cumplen al menos con el criterio de “pruebas equívocas” (Yap y Jorm, 2015).

El modelado parental de las respuestas de ansiedad. El interés por esta modalidad de aprendizaje surgió a partir de pruebas epidemiológicas que ponían de manifiesto la relevancia de la transmisión intergeneracional de los trastornos de

ansiedad (Klein y Last, 1989), así como de las observaciones sobre la exposición del niño a las respuestas de ansiedad de sus padres (p. ej., Grüner, Muris y Merckelbach, 1999). Los estudios empíricos son emergentes; las asociaciones longitudinales no son significativas y hay una alta heterogeneidad entre los estudios transversales (Yap y Jorn, 2015).

Los hallazgos de Nowakowski *et al.* (2011) sugieren que los niños con MS tienen menos oportunidades de aprender observando el comportamiento de sus padres que otros preescolares sin este trastorno porque, en las situaciones estresantes, estos atienden menos y ello reduce la probabilidad de que aprendan nuevas habilidades de afrontamiento. Ahora bien, esta conclusión presenta dos limitaciones. La primera es que está referida a niños que ya presentan MS y, por lo tanto, es muy probable que la intensidad de sus respuestas de ansiedad y la atención prestada a potenciales peligros no les permitieran observar adecuadamente el comportamiento del padre-modelo, pero ¿se puede afirmar que ocurre así cuando el niño todavía está lejos de cumplir los criterios para el diagnóstico de MS? ¿Puede en las fases previas al inicio del MS aprender a tener miedo desproporcionado a las situaciones en las que constata que su padre o su madre lo pasan muy mal? En segundo lugar, ¿es lo mismo que se exponga desde el inicio de su vida a un modelo con problemas relevantes de ansiedad que sin estos? ¿El efecto acumulado de la exposición recurrente tendría el mismo valor que el hallado por estos investigadores?

En cualquier caso, lo que sí está claro es que los niños con MS tienen una elevada probabilidad de exponerse a modelos familiares (incluidos los padres) con ansiedad clínicamente significativa (véase Black y Uhde, 1995; Chavira *et al.*, 2007; Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud y Kristensen, 2014).

CONTEXTOS EDUCATIVOS OPCIONALES Y OBLIGATORIOS: JARDINES DE INFANCIA Y ESCOLARIZACIÓN OBLIGATORIA

Los jardines de infancia y el inicio de la escolarización son de interés porque generalmente exponen al niño a una separación abrupta, tanto de sus figuras de apego como del medio físico que le es familiar, al tiempo que le obligan a una inmersión completa, recurrente y sistemática, durante la que ha de enfrentarse a espacios desconocidos (o poco conocidos) y a la interacción con adultos desconocidos (o muy poco conocidos, en el mejor de los casos). Sostenemos que la vulnerabilidad previa adquirida (vínculos de apego, estilos de crianza y otros factores como el modelado paterno) más la asociada a los supuestos precursores de la ansiedad (IC, temperamento temeroso y timidez), en interacción con una planificación inadecuada para afrontar esta situación, más los estilos educativos inadecuados del personal de los centros educativos, son elementos muy relevantes en el incremento de la vulnerabilidad del niño a presentar MS, en línea con resultados como los obtenidos por Oerbeck *et al.* (2014) respecto del momento de su inicio o con la hipótesis de la existencia previa de un temperamento inhibido que interactúe con las dificultades que conlleva la adaptación a las exigencias de estos entornos (Albano, Chorpita y Barlow, 2003) y a la separación de las figuras de apego (Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum y Burger, 2005).

Inicialmente la mayoría de los niños solo presentan MS en el jardín de infancia o la escuela, lo que evidencia su peso en la vulnerabilidad. Nosotros hipotetizábamos dos variables relevantes: el déficit o la inadecuación del entrenamiento de los profesionales y su estilo educativo (Olivares *et al.*, 1996). Muris y Ollendick (2015) señalan otras dos: el desempeño académico y las relaciones con los compañeros. El primero lo hipotetizan porque muchas de las actividades realizadas por los niños en estos contextos son de naturaleza verbal y cabe esperar que los que tengan menor capacidad intelectual o problemas de aprendizaje podrían percibir las más difíciles. No obstante, hay que recordar que hay muchos los niños con MS y con buena capacidad intelectual que también presentan las mismas respuestas de escape/evitación ante las tareas escolares que requieren hablar. Es posible que la ausencia de habla sea un efecto de sus problemas académicos y de la integración con sus pares, pero también es plausible que estas dos variables sean el producto de la ausencia de habla, como reconocen los propios autores. Se precisan resultados de estudios longitudinales para desentrañar esta cuestión. Respecto de la segunda, las relaciones con los compañeros, los niños con MS se consideran reiteradamente menos competentes socialmente que sus controles y tanto padres como profesores los califican más inseguros durante las interacciones y con más dificultades para unirse al grupo y establecer amistades (Levin-Decanini, Connolly, Simpson, Suarez y Jacob, 2013). No obstante, recordemos que, por ejemplo, en el estudio de Kumpulainen, Rasanen, Raaska y Somppi (1998) el 60% si participaban activamente en las actividades sociales, el 85% no eran rechazados y el 95% no eran intimidados. Es probable que la relación entre el contexto educativo y MS sea bidireccional. Los estudios longitudinales tendrán que aclarar esta cuestión.

Los déficits en o la inadecuación del entrenamiento de los profesionales. Los problemas en la pericia de estos adultos constituyen una variable relevante para nuestra propuesta. Ésta puede incrementar/disminuir la intensidad de la exposición, a la que tendrá que hacer frente el niño especialmente durante la inmersión a la que generalmente se les somete, en los primeros días de su incorporación a un centro educativo en el que puede no conocer a nadie (Wright, Miller, Cook y Littmann, 1985). El modelo postula que este factor puede influir en la vulnerabilidad tanto directamente (modelo bifactorial de Mowrer) como a través del modelado de una actuación inadecuada del adulto con un niño en presencia de otros niños.

El estilo educativo. Éste también puede contribuir a intensificar la vulnerabilidad del niño al MS. La existencia de un estilo inadecuado puede deberse tanto a una historia previa de casos similares ante los que no se ha sabido qué hacer (o lo que se ha hecho ha empeorado el comportamiento del niño), como a un sistema de creencias basado en teorías pedagógicas o psicológicas erróneas. Recordemos que, por ejemplo, si la disimilitud en los estilos de crianza parentales es un factor asociado con la vulnerabilidad a la ansiedad desadaptativa (Berkien *et al.*, 2012), también lo puede ser la discrepancia extrema entre el modo de proceder de los padres en casa y los profesionales en el centro educativo (Olivares *et al.*, 1996).

Figura 1
Inicio y desarrollo insidioso del mutismo selectivo¹



¹Modificado de Olivares, Méndez y Macià (1996).

OTRAS CIRCUNSTANCIAS SOCIALES Y FAMILIARES

Se incluyen circunstancias estresantes y ansiógenas como la inmigración (Bradley y Sloman, 1975) o la hospitalización (p. ej., Salzinger, Feldman, Cowan y Salzinger, 1965; Sluckin *et al.*, 1991), las cuales se inscriben dentro del estrés medioambiental hipotetizado por Funke, Schlange y Ulrich (1978) como causa potencial de vulnerabilidad para el MS. En este ámbito destaca la migración a un país o zona con distinta lengua a la vernácula porque, como concluyen Starke y Subellok (2012), el hecho de tener que vivir en un contexto multilingüístico en el que a los niños se les obliga a ser políglotas incrementa el riesgo de presentar MS en un 40,6%, afectando especialmente este hecho a los niños migrantes (Baldus y Wurl, 2014) como ya habían sugerido Bradley y Sloman (1975) y se confirma, por ejemplo, en la investigación de Bergman, Gonzalez, Piacentini y Keller (2013) en la que la proporción de niños asiático-americanos con MS que eran bilingües fue del 80% (4 de cada 5 niños de este subgrupo), en línea con otros hallazgos que también refrendan mayores tasas de MS en niños bilingües de familias inmigrantes (véase Elizur y Perednik, 2003). Es probable que ello pueda ser debido, como postulan Toppelberg *et al.* (2005), a que la interacción del temperamento inhibido con las dificultades que conlleva la adquisición de un segundo idioma incrementa la probabilidad de aparición del MS.

Aunque no todos los estudios epidemiológicos del MS con muestras clínicas señalan tasas similares de asociación entre éste y la migración, la mayoría constata esta relación. Así, es posible hallar desde los porcentajes que no superan el 10% (Chavira *et al.*, 2007) hasta los que informan un rango del 20%-23% (así Manassis *et al.*, 2007 o Steinhausen y Juzi, 1996). En cambio, cuando el estudio se realiza con muestra comunitaria, tal como hicieron Elizur y Perednik (2003), los resultados son más claros y concluyentes: la prevalencia entre los niños de familias inmigrantes fue 4:1 frente a las nativas (2,2% frente a 0,5%). Entre las explicaciones esgrimidas para justificar estos datos se hallan los procesos de aculturación, la adquisición de segundas y terceras lenguas, la discriminación y el rechazo de los pares vinculado a menudo al estatus de inmigrante (Muris y Ollendick, 2015; Suárez-Orozco, Bang y Kim, 2011), concordantes con los utilizados para explicar las elevadas magnitudes de las respuestas de ansiedad de los niños pertenecientes a minorías étnicas (Beidas *et al.*, 2012).

En síntesis, la relevancia de la contribución de las variables que integran el contexto social negativo y la vulnerabilidad del niño a presentar MS deviene de que incrementan la probabilidad de que se establezca una asociación entre ellas y las respuestas de la ansiedad desadaptativa (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Van der Bruggen, Stams y Bögels, 2008) porque: (i) incrementan la percepción de amenaza, (ii) reducen el control percibido sobre la amenaza, (iii) producen percepción negativa de sí mismo y del ambiente, y (iv) disminuyen significativamente sus oportunidades para explorar el entorno y aprender a afrontar acontecimientos imprevistos.

Por ello sostenemos que la adición, intersección y acumulación de estos aprendizajes durante la primera infancia, cuando no existen en los repertorios básicos de conducta otros que actúen como contrapeso suficiente, producirán con

una elevada probabilidad problemas de ansiedad en general y de MS en particular en aquellos casos en los que la asociación se produzca entre el habla y los componentes de las situaciones temidas.

Asimismo, de acuerdo con el principio de equifinalidad, sostenemos que dichas variables pueden participar en distinto grado y composición en el inicio del MS, pero que en todo caso (i) sus magnitudes se situarán por encima del valor promedio de las acciones cotidianas que no están asociadas con las situaciones problemáticas; (ii) la intensidad del efecto resultante de sus agrupamientos variará en función de la naturaleza privada (menor magnitud) o pública (mayor magnitud) de la situación. De igual modo hipotetizamos que las distintas vías de vulnerabilidad, integradas a modo de nudos en una red elástica donde cada uno representa una variable, pueden producir MS solas (mediante aprendizaje por ensayo único) o combinándose dos o más hasta producirse el efecto que hemos denominado "gota de agua".

Inicio y desarrollo del mutismo selectivo

Sostenemos que en los niños que durante su primera infancia sean vulnerables, a presentar trastornos interiorizados en general y de ansiedad en particular, el inicio del MS correlacionará con el incremento de la cuantía de la frecuencia e intensidad de sus respuestas de evitación, así como con la disminución progresiva de las de escape ante la interacción oral con las personas extrañas y en las situaciones temidas, hasta desplazarlas cuasi completamente tanto en estas situaciones como en las que guarden alguna similitud con ellas. Cuando culmine este proceso, el niño habrá pasado de sus iniciales y esporádicas respuestas de escape y/o evitación, de naturaleza adaptativa y carácter evolutivo, de duración variable y de moderada intensidad, ante las personas extrañas y lugares desconocidos, a un incremento desadaptativo de la frecuencia e intensidad de éstas, cuando (a) sea requerido para hablar, (b) crea que se le puede solicitar que hable con/ante extraños o con conocidos, (c) se le pide que hable en los lugares en los que tema que puede ser oído por extraños o personas a las que no habla. Asimismo, se iniciará, en paralelo, la consolidación y generalización a otras personas y situaciones que guarden alguna relación con las anteriores.

El hito de este periodo es el momento en el que el conflicto de contingencias que se origina, entre la intensidad de los efectos negativos de la presión ambiental (castigo, retirada de atención, pérdida de reforzadores positivos) y el específico del estado de malestar, producido por el habla ante determinadas personas y situaciones, se resuelve a favor del segundo, concluyendo que se pasa menos mal resistiendo la presión de los adultos y el resto de consecuencias negativas, por no hablar, que teniendo que sufrir el malestar producido por las respuestas de ansiedad, pese a que éste pueda llegar a alcanzar la categoría de ataque de pánico (APA, 2013). Este hecho se constata en los centros educativos cuando los niños prefieren no saciar su sed o hacer sus necesidades en clase, antes que pedir permiso al profesor o profesora para aliviar el malestar que resulta de no satisfacer sus necesidades primarias más el castigo social que le proporcionan sus compañeros por sus incontinencias.

Además, el MS supone para el niño la pérdida (al menos parcial) de reforzadores tan importantes como la atención social, el acceso a juguetes o golosinas, no ser invitados a jugar por otros niños o el castigo que puede resultar de privarse así mismo (aislándose) de poder obtenerlos, con el fin de no tener que hablar, etc. Pero, pese a ello, las respuestas de evitación del habla progresan en su estabilidad temporal y se generalizan a otras personas y lugares, pudiendo llegar al mutismo completo (véase Paniagua y Saeed, 1988). La explicación de este fenómeno podemos hacerla a través del efecto que resulta de la unión de la resistencia de las respuestas de evitación a su extinción (Solomon, 1964) con el producido por el refuerzo positivo discrecional. Hemos de tener en cuenta que para que, durante el proceso de inicio del MS, no se produjese el efecto del incremento paradójico de la respuesta castigada (Church, 1963) habría que manipular adecuadamente las condiciones de aplicación del castigo (Azrin y Holz, 1966), lo que no sucede. En cambio, si ocurre que, por un lado, se produce una intensa motivación para ejecutar la respuesta castigada y, por otro, no se refuerza sistemáticamente una alternativa gratificante a ésta (Lindström y Olsson, 2015; Ludin, 1969). Estas funciones de los condicionamientos clásico y operante se postulan en el marco de la teoría bifactorial de Mowrer (1960).

Desde el momento en que los adultos detectan la retención del habla ha de transcurrir un mes para que, de acuerdo con el consenso de los expertos, podamos afirmar que este patrón de respuestas es estable y pueda etiquetarse como MS. Durante este periodo la mayoría de los niños supera los efectos negativos de su exposición cuasi continua al habla, con personas extrañas y en lugares desconocidos (por ejemplo, en el inicio de la asistencia al jardín de infancia o al centro de enseñanza), sin requerir ninguna ayuda especializada.

El modelo sostiene que, durante este mes, juegan un papel crucial en el desequilibrio de la balanza en favor de las respuestas de evitación: (i) el aumento de la frecuencia o intensidad de los eventos estresantes ambientales, (ii) la predisposición de los adultos a prestar atención y socorrer a los niños pequeños cuando perciben que sufren, (iii) el refuerzo inadvertido de las respuestas de evitación del habla, (iv) el modelado familiar de las respuestas de ansiedad y (v) la transmisión de información. Postulamos que inicialmente los efectos de los eventos estresantes ambientales estarán en línea con los resultados de las investigaciones clásicas de Rheingold y Eckerman (1969), Tennes y Lampl (1964) y Waters, Matas y Sroufe (1975), así como las recogidas por revisiones recientes (Van Rosmalen *et al.*, 2015), correlacionando positivamente su número e intensidad con la aparición abrupta o insidiosa del MS (en línea con Funke *et al.*, 1978). Mantenemos que el inicio puede presentarse tras un ensayo único en el que el niño asocia malestar muy intenso y comunicación oral ante/con extraños o a través del incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las respuestas que conforman el habla reluctante (Figura 1).

Una fuente muy importante de estrés (no la única) proviene de que al hablar correctamente, al menos en determinadas situaciones, las respuestas de escape (parcial o total) y evitación (no hablar) pueden llevar a los adultos, con los que el niño interactúa cotidianamente, a sensibilizarse desproporcionadamente con todo lo relativo a su habla y a las circunstancias en las que debiendo darse no ocurre o

se presenta alterada, así como a poder interpretar que les desobedece. Esto será especialmente relevante en los padres porque intensificarán su atención para la detección de cualquier señal de “peligro”, para el normal desarrollo del niño (silencio inadecuado, “error” u omisión en el uso del habla, etc.), lo que les llevará a ver justificado el uso de procedimientos correctivos (generalmente expeditivos). Si las medidas tomadas no proporcionan el efecto deseado puede producirse en ellos hartazgo e incluso rechazo hacia el niño; esto será tanto más probable cuanto la historia de la relación niño-adulto haya estado más frecuente e intensamente mediada por la sobreimplicación, el autoritarismo o/y el rechazo parental (Möller *et al.*, 2016; Yasp y Jorm, 2015). Estos estilos de crianza incrementan la probabilidad de que la exigencia de la habla (estresor) se aplique haciendo un uso sistemático e indiscriminado de mecanismos correctivos (incluidos los coercitivos) para que el niño use el habla (que se sabe que domina), lo que intensificará la asociación aversiva produciendo/acelerando la consolidación del patrón de respuestas que conforman el MS, ya sea en el contexto familiar o en el medio educativo, el hospitalario o el migratorio (recuérdese Funke *et al.*, 1978).

Ahora bien, recordemos que también hay adultos (padres, educadores, personal sanitario, etc.) para los que las respuestas de evitación del habla no son relevantes, porque creen que el tiempo y los procesos de “maduración” traerán por sí solos la normalidad al comportamiento oral del niño. Esta creencia también intensificará los efectos del refuerzo (positivo y negativo) sobre tales respuestas, de manera intencionada o inadvertida, pero participando en cualquier caso el inicio y desarrollo del MS. El efecto del refuerzo positivo intencionado más el del inadvertido incrementan exponencialmente la probabilidad de que las respuestas de evitación se vuelvan a presentar en circunstancias similares (o tras su recuerdo). Asimismo, asumimos que la existencia de modelos familiares significativos (Yap y Jorm, 2015) que hayan evitado o eviten el habla con extraños (véase Olivares *et al.*, 1996), que manifiesten su aversión o se identifiquen públicamente con quienes evitan la comunicación oral con personas ajenas a su ámbito íntimo (déficits en habilidades sociales y especialmente en asertividad), así como aquellas personas significativas que proporcionen instrucciones específicas para evitar cualquier contacto con extraños, directamente o través del contenido de narraciones orales y/o escritas, también producirán (solos o combinadas) el inicio y posterior desarrollo del MS porque proporcionan las pautas inadecuadas y desadaptativas de conducta que el niño aplicará cuando se enfrente consigo mismo para gestionar la angustia que le producen las situaciones relativas a la comunicación oral ante/con extraños o en situaciones temidas.

Variables responsables del mantenimiento y la generalización del mutismo selectivo

Este modelo sostiene como variables responsables del mantenimiento y la generalización: la elevada intensidad de la sobreactivación fisiológica desencadenada/mantenida por las señales de miedo y la anticipación y rumiación cognitivas, las respuestas de escape/evitación (pasivas y activas; motoras y cognitivas), el refuerzo positivo y negativo (cuyas formas más frecuentes de

presentación son la atención, las caricias y los privilegios que le prestan y otorgan los adultos a los niños con MS –ganancias secundarias-, así como el empleo por el niño de modos de comunicación alternativos al habla y su aislamiento social), el castigo y el rechazo.

Sobreactivación psicofisiológica

Postulamos la constitución de un patrón específico de respuestas psicofisiológicas, en línea con los indicios hallados por Young, Bunnell y Beidel (2012), con origen en la reacción que produce en el bebé la presencia de extraños y los lugares desconocidos (Rheingold y Eckerman, 1969 y 1974), que hipotetizamos como un antecedente crítico para el incremento de las autoverbalizaciones negativas, las cuales defendemos que son, a su vez, uno de los antecedentes inmediatos de las respuestas escape (primero)/evitación (después). La activación automática de esta sobreactivación psicofisiológica ante la posibilidad/frente al requerimiento de habla con/por extraños (o su recuerdo) se hipotetiza necesaria para el mantenimiento del MS, aunque su intensidad inicial pueda decrecer durante el proceso de consolidación porque el mudo selectivo aprenda a controlarla mediante el empleo de las respuestas de escape parcial durante la exposición social, como sugieren los hallazgos de Young *et al.* (2012).

Variables cognitivas

Sostenemos que la evaluación cognitiva actúa como un mecanismo que, una vez calificada la situación como real o potencialmente peligrosa, activa las estrategias que se han mostrado eficaces en otras ocasiones, en el niño y/o en sus modelos, para evitar/reducir las consecuencias aversivas que se anticipan (no hablar para evitar algo que se teme -Echeburúa y Espinet, 1991). En este contexto la anticipación de situaciones que se catalogan como potencial o realmente peligrosas y la evocación, a través de imágenes y autoverbalizaciones (rumiación) de situaciones donde se ha pasado mal o se ha visto a alguien pasarlo mal, son variables relevantes para el mantenimiento de las respuestas de evitación/escape ante tales situaciones.

Los refuerzos positivos

El papel de los refuerzos positivos en el mantenimiento del patrón de respuestas de ansiedad condicionadas al habla ha sido puesto de manifiesto de forma reiterada desde antaño (Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares, 2007). La magnitud de la intensidad del sufrimiento que manifiesta el niño con MS, cuando ha de comunicarse oralmente fuera de su ámbito íntimo (p. ej., Bergman *et al.*, 2013; Carbone *et al.* 2010 o Young *et al.*, 2012), así como lo aparatoso de las alteraciones que presenta (bloques del habla, temblores, cambios bruscos y repentinos de la temperatura en su cara-pies-manos que dan lugar a sudor frío y palidez intensa, taquicardia, tensión muscular extrema, etc.) hacen poco probable que los adultos presentes, si desconocen la manera de afrontarlo, no le

proporcionen todo tipo de caricias y atenciones con el fin de paliar tal estado, facilitando que pueda escapar (primero) y prevenir/evitar (después) situaciones similares (Olivares, 1994), lo que favorece la sobreimplicación de estos adultos. Así, se anticipan a sus peticiones o satisfacen sus necesidades sin requerir que usen el habla; procuran confortarles incrementando los privilegios y atenciones tanto en el ámbito familiar (compra de golosinas y otras chucherías, juguetes, evitación de situaciones aversivas, propuesta de actividades en situaciones placenteras, etc.) como en el educativo donde, en general, los profesores suelen estar más atentos y ser más condescendientes con ellos que con el resto de sus alumnos: se les atiende individualmente, se les permite contestar cuchicheando, se les acepta de buen grado la comunicación gestual como sustituta de la oral, se les otorga el privilegio de sentarse en clase al lado o muy cerca del profesor o "se sale al quite" y se juega con ellos sin hablarles, cuando en los recreos se les observa aislados de los demás en el patio, se les exime de realizar actividades escolares que requieren habla, etc. (Olivares *et al.*, 2006). Pero no solo colaboran padres y profesores en el mantenimiento del MS, también lo hacen los compañeros de clase cuando (al menos inicialmente) advierten a otros niños y adultos que el mudo selectivo no habla, ofreciéndose como intermediarios y adoptando distintas formas de protección que facilitan las respuestas de escape/evitación del habla (p. ej., Olivares, Méndez y Macià, 1993). Estos refuerzos inadecuados del habla (positivos y negativos) los postulamos más probables en el ámbito familiar cuando existen precedentes de algún trastorno del habla (p. ej., Meijer, 1979).

El castigo y el rechazo

Recordemos que en el contexto familiar algunos padres pueden llegar a utilizar el castigo para "corregir" el MS de los hijos. Al tratarse de un trastorno psicológico poco frecuente, salvo excepciones, los padres históricamente han reaccionado ante la reiterada "negativa" del niño a hablar como creían que era mejor, lo que les puede llevar a utilizar el castigo cuando predomina el estilo de crianza autoritario (en su relación con el niño) y desconocen los potenciales efectos perversos del castigo. La persistencia de las respuestas de evitación del habla, pese a los intentos de los padres para reconducirlas, también puede generar en estos una actitud de rechazo hacia el niño. Tanto el castigo como el rechazo, o el efecto de la combinación de ambos, incrementarán todavía más la consolidación y generalización del MS.

Uso de sistemas/modos de comunicación alternativos

En el escape activo del habla juegan un papel fundamental los modos alternativos de comunicación, como el uso sistemático del gesto, la mueca o el lenguaje escrito ("notas"). Estos son plenamente funcionales y permiten al niño satisfacer sus necesidades y responder a los requerimientos del medio sin tener que hablar (Olivares, Olivares-Olivares *et al.*, 2007), contribuyendo a la consolidación del MS a través del efecto del refuerzo negativo.

El aislamiento social

Como consecuencia del intenso malestar generado por el patrón de respuestas somáticas alteradas, nuestro modelo sostiene que, cuando puede, el niño se aísla para escapar de/evitar las consecuencias aversivas que experimenta o anticipa (refuerzo negativo). Ello conlleva la reducción progresiva de la instigación social relacionada con la comunicación oral y de su participación en actividades con otros niños, produciendo su aislamiento social progresivo y con ello las condiciones más propicias para perpetuar el mantenimiento del MS (salvo intervención profesional adecuada). Sostenemos que el aislamiento social actúa como una estrategia de regulación emocional (Scott y Beidel, 2011) "para reducir la sobreactivación psicofisiológica y el sufrimiento emocional" (Young *et al.*, 2012; p. 540). Hemos de recordar que esta estrategia de evitación, al maximizar la improbabilidad de comunicación verbal también minimiza que puedan producirse "naturalmente" las condiciones para la recuperación "espontánea" del MS, es decir, circunstancias fortuitas que generen accidentalmente condiciones de exposición similares a un desvanecimiento estimular o una desensibilización *in vivo*, por poner dos ejemplos.

Implicaciones respecto de la evaluación, el tratamiento y la prevención del mutismo selectivo

Nuestra propuesta para la evaluación diagnóstica nos lleva a enfatizar el empleo de pruebas situacionales y los registros de observación, así como la colaboración de los adultos que interactúan cotidianamente con el niño (padres, profesores, abuelos, etc.) en el proceso de evaluación antes, durante y después de aplicar el tratamiento. En lo que respecta al tratamiento mantenemos que: (i) salvo excepción debe aplicarse allí donde se presenta el MS; (ii) todo tratamiento que incluya entre sus componentes la exposición tendrá mayor probabilidad de resultar eficaz, en línea con los hallazgos de Vecchio y Kearney (2009) quienes concluyeron que el manejo de contingencias y los tratamientos basados en la exposición se han mostrado eficaces en el tratamiento del MS, pero que los últimos son superiores a los primeros. Asimismo, dentro de los tratamientos que incluyan la exposición resultarán más eficaces los que la maximicen, dentro de rangos tolerables para los niños que minimicen el padecimiento subjetivo y los abandonos (Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares, 2007). La exposición puede producirse directa e indirectamente, es decir, referida a la propia actuación ante/con otros (en vivo, en imaginación -cuando resulta posible- y mediante automodelado) (Olivares, Méndez y Macià, 1993) o a través de la exposición a un modelo (real, en imaginación o simbólica -filmada).

En el marco de la prevención el ámbito ideal son los jardines de infancia y los centros escolares porque: (i) constituyen las situaciones de mayor riesgo; (ii) suele haber mayor implicación de los padres en la educación de sus hijos.

Además, en este contexto es preciso recordar que la consecuencia directa de la consolidación y generalización del MS es que, de acuerdo con los datos disponibles, es muy poco probable que el MS remita en el corto plazo sin

tratamiento, aunque las magnitudes de las dimensiones del patrón de respuestas alteradas que delimitan este constructo puedan disminuir con el tiempo (Bergman, Piacentini y McCracken, 2002). De hecho, las tasas de remisión a largo plazo muestran que el trastorno persiste en el 42% de quienes lo presentaban a los 13 años de seguimiento –véase Bergman et al., 2013–, además de incrementar notablemente la probabilidad de que (a) aparezcan otros trastornos de ansiedad comórbidos (véase Steinhausen et al., 2006), (b) se produzca un elevado deterioro del rendimiento escolar y (c) que el MS tenga un impacto muy negativo en el desarrollo temprano del niño tanto en su componente social como en el cognitivo (véase por ejemplo Carbone et al., 2010).

El objetivo es diseñar y aplicar en estos contextos programas de prevención centrados específicamente en las variables de vulnerabilidad del medio y del niño que recoge el modelo, así como informando, entrenando y comprometiendo a padres y personal de los centros educativos en su aplicación (Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar, Olivares y Macià, 2012). No contamos con programas específicos de prevención para el MS pero se pueden desarrollar, siguiendo nuestra propuesta y la estructura de los que se han diseñado para modificar los factores que aumentan el riesgo de desencadenar ansiedad desadaptativa específicamente durante la interacción familiar (Ginsburg, 2009), para ser aplicados en el contexto educativo, el familiar o excepcionalmente en el trabajo directo con el niño/adolescente (Olivares-Olivares, Olivares y Macià, 2014), sin olvidar que estos deben actualizarse incluyendo aquellas variables cuya relevancia y modificabilidad haya sido puesta de manifiesto por la investigación (véase Lazarus et al., 2016). Los objetivos de estos programas han de enfatizar las acciones concretas que deben realizar los adultos (p. ej., fomentar la autonomía y estimular a los niños para que intenten resolver problemas difíciles para su edad y aprendan de sus errores) y las que no deben hacer (p. ej., empleo indiscriminado del refuerzo positivo).

Referencias

- Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor. (Orig. 1985).
- Ainsworth, M. (1973). The development of infant-mother attachment. En B. Caldwell y H. Ricciuti (dirs). *Review of child development research* (vol. 3, pp. 1-94). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology* (2ª ed., pp. 279-329). Nueva York, NY: Guilford.
- Alyanak, B., Ayse, K., Halime, S. H., Sevcan, K., Demirkaya, T. Y. y Havrive, E. V. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 9-15.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: autor.
- Atkinson, N. H., Gennis H., Racine, N. M. y Pillai, R. (2015). Caregiver emotional availability, caregiver soothing behaviors, and infant pain during immunization. *Journal of Pediatric Psychology*, 40, 1105-1114.

- Azrin, N. H. y Holz, W. C. (1966). Punishment. En W. K. Honig (dir.), *Operant behavior: areas of research and application* (pp. 390-477). Nueva York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Baldus, M. y Wurl, G. (2014). *Attachment and language: the impact of positive relationships on second language acquisition of migrant children*. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43969202/01_Bal_Wlg.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1494865031&Signature=TDgJhmtcvCurq4JlW2cIGhQOK1Q%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBindung_und_Sprache_Der_Einfluss_von_pos.pdf
- Beidas, R. S., Suárez, L., Simpson, D., Read, K., Wei, C., Conolly, S. y Kendall, P. C. (2012). Contextual factors and anxiety in minority and european american youth presenting for treatment across two urban university clinics. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 544-554.
- Bergman, R. L., González, A., Piacentini, J. y Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 51, 680-689.
- Bergman, R. L., Piacentini, J. y 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, 938-946.
- Berkien, M., Louwerse, A., Verhulst, F. y van der Ende, J. (2012) Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 79-85.
- Black, B. y Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.
- 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.
- Bögels, S. M. y Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss* (vol. 1). Nueva York, NY: Basic Books.
- Bradley, S. y Sloman, L. (1975). Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 510-514.
- Bretherton, I. y Ainsworth, M. D. S. (1974). Responses of one-year olds to a stran situation. En M. Lewis y L. A. Rosenbhim (dirs.), *The origin of fear* (pp. 134-164). Nueva York, NY: Wiley.
- Brooker, R. J., Buss, K. A., Lemery-Chalfant, K., Aksan, N., Davidson, R. J. y Goldsmith, H. H. (2013). The development of stranger fear in infancy and toddlerhood: normative development, individual differences, antecedents, and outcomes. *Developmental Science*, 16, 864-878.
- Buss, K. A. (2011). Which fearful toddlers should we worry about? Context, fear regulation and anxiety risk. *Developmental Psychology*, 47, 804-819.
- Camposano, L. (2011). Silent suffering: children with selective mutism. *The Professional Counselor*, 1, 46-56.
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Edison, S., Pierre, J. S. y Boyle, M. H. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1057-1067.

- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S. y Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 1464-1472
- Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, *124*, 3-21.
- Church, R. M. (1963). The varied effects of punishment. *Psychological Review*, *70*, 369-402.
- Clarke, A. M. y Clarke, A. D. B. (1979). Early experience: its limited effect upon later development. En D. Shaffer y J. Dunn (dirs.), *The first year of life: psychological and medical implications of early experience* (pp. 135-151). Nueva York, NY: Wiley.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H. y Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 1363-1372.
- de Rosnay, M., Cooper, P.J., Tsigaras, N. y Murray, L. (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: an experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1165-1175.
- Díaz, A. y Bell, M. A. (2011). Frontal EEG asymmetry and fear reactivity in different contexts at 10 months. *Development Psychobiology*, *54*, 536-545.
- Echeburúa, E. y Espinet, A. (1991). Tratamiento en el ambiente natural de un caso de mutismo electivo. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos* (pp. 425-440). Madrid: Pirámide.
- Edison S. C., Evans M. A., McHolm A. E., Cunningham C. E., Nowakowski M. E., Boyle M. y Schmidt L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious and non-anxious children. *Child Psychiatry & Human Development*, *42*, 270-290.
- Elizur, Y. y Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 1451-1459.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. y Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, *81*, 435-456.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E. y Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, *56*, 235-262.
- Funke, P., Schlange, H. y Ulrich, Y. (1978). Clinical investigations and therapy with selective mutes. *Acta Paedopsychiatrica*, *43*, 47-55.
- García-Coll, C., Kagan, J. y Reznick, J. S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, *55*, 1005-1019.
- Ginsburg, G. S. (2009). The child anxiety prevention study: intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(3), 580-587.
- Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Steele, R. D. y Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: a meta-analytic study. *Attachment & Human Development*, *16*, 103-136.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, *83*, 591-610.
- Grüner, K., Muris, P. y Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *30*, 27-35.

- Kagan, J. (2000). Inhibited and uninhibited temperaments: recent developments. En W.R. Crozier (dir.), *Shyness: development, consolidation and change* (pp. 40-44). Londres: Routledge.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.
- Klein, R. G. y Last, C. G. (1989). *Anxiety disorders in children*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kolvin, I. y Fundudis, T. (1981). Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22*, 219-232.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H. y Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 7*, 24-29.
- Kusmaul, A. (1877). *Die Störungen der Sprache*. Basel, Switzerland: Benno Schwabe.
- Lazarus, R. S., Dodd, H. F., Majdandžić, M., de Vente, W., Morris, T., Byrow, Y., Bögels, S. M. y Hudson, J. L. (2016). The relationship between challenging parenting behavior and childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 190*, 784-791.
- Levin-Decanini, T., Connolly, S. D., Simpson, D., Suarez, L. y Jacob, S. (2013). Comparison of behavioral profiles for anxiety related comorbidities including ADHD and selective mutism in children. *Depression and Anxiety, 30*, 857-864.
- Lindström, B. y Olsson, A. (2015). Mechanisms of social avoidance learning can explain the emergence of adaptive and arbitrary behavioral traditions in humans. *Journal of Experimental Psychology: General, 144*, 688-703.
- Lomanowska, A.M., Boivin, M., Hertzman, C., Fleming, A.S. (2017). Parenting begets parenting: a neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. *Neuroscience, 342*, 120-139.
- Ludin, R. W. (1969). *Personality: a behavioral analysis*. Nueva York, NY: McMillan.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A. y Clark, S. (2007). The sounds of silence: language, cognition and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 1187-1195.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. y Avny, S. B. (2011). Parenting and child anxiety disorders. En D. McKay y E. A. Storch (dirs.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 213-228). Nueva York, NY: Springer.
- McLeod, S. A. (2009). *Attachment theory*. Recuperado de <https://www.simplypsychology.org/attachment.html>
- Meijer, A. (1979). Elective mutism in children. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 17*, 93-100.
- Mineka, S. y Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *American Psychologist, 61*, 10-26.
- Möller, E. L., Nikolić, M., Majdandžić, M. y Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 45*, 17-33.
- Mowrer, H. O. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York, NY: John Wiley and Sons.
- Muris, P. y Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*, 151-169.
- Murray, L., Creswell, C. y Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine, 39*, 1413-1423.
- Nowakowski, M. E., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Evans, M. A., Edison, S., Pierre, J. S., Boyle, M. H. y Schmidt, L. (2009). Language and academic abilities in children with selective mutism. *Infant and Child Development, 18*, 271-290.

- Nowakowski, M. E., Tasker, S. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Edison, S., Pierre, J. S., Boyle, M. H. y Schmidt, L. A. (2011). Joint attention in parent-child dyads involving children with selective mutism: a comparison between anxious and typically developing children. *Child Psychiatry and Human Development*, *42*, 78-92.
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, O. y Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism-defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*, 192-198.
- Olivares, J. (1994). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo selectivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, *68*, 771-791.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1993). Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. Una aplicación del automodelado gradual filmado y trucado (AGFT). *Análisis y Modificación de Conducta*, *68*, 793-817.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1996). Mutismo selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, *4*, 169-192.
- Olivares, J., Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I. y Amorós, M. (2007). ¿Cómo se aprende a inhibir el habla? La aparición del mutismo. En J. Olivares, A. I. Rosa-Alcázar y P. J. Olivares-Olivares (dirs.), *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo* (pp. 57-95). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa-Alcázar, A. I. (2006). Tratamiento multicomponente de un caso de mutismo selectivo. *Terapia Psicológica*, *22*, 211-220.
- Olivares, J., Piqueras, J. A., Rosa-Alcázar, A. I., Chittó-Gauer, G. J. y Olivares-Olivares, P. J. (2007). ¿Qué es el mutismo selectivo? En J. Olivares, A. I. Rosa-Alcázar y P. J. Olivares-Olivares (dirs.), *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo* (pp. 25-56). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2007). Ejemplos de aplicaciones clínicas. En J. Olivares, A. I. Rosa-Alcázar y P. J. Olivares-Olivares (dirs.), *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo* (pp. 165-207). Madrid: Pirámide.
- Olivares-Olivares, P. J., Olivares, J. y Macià, D. (2014). Fobia social. En L. Ezpeleta y J. Toro (dirs.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 399-420). Madrid: Pirámide.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares, J. y Macià, D. (2012). Las escuelas de entrenamiento de padres en el ámbito de la psicología clínica y de la salud. En L. M. Llavona y F. X. Méndez (dirs.), *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 441-454). Madrid: Pirámide.
- Otto, H., Potinius, I. y Keller, H. (2013). Cultural differences in stranger-child interactions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *45*, 322-334.
- Paniagua, F. A. y Saeed, M. A. (1988). A procedural distinction between elective and progressive mutism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *19*, 207-210.
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*, 69-80.
- Reed, G. F. (1963). Elective mutism in children: a reappraisal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *4*, 99-107.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. y Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *251*, 284-296.
- Reuther, E. T., Davis III, T. E., Moree, B. N. y Matson, J. L. (2011). Treating selective mutism using modular CBT for child anxiety: a case study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*, 156-163.

- Rheingold, H. L. y Eckerman, C. O. (1969). The infant's free entry into a new environment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 8, 271-283.
- Rheingold, H. L. y Eckerman, C. O. (1974). Fear of the stranger: a critical examination. *Advances in child development and behavior*, 8, 185-222.
- Rice, T. K. (2008). Familial resemblance and heritability. *Advances in Genetics*, 60, 35-49.
- Rothbart, M. K. y Bates, J. E. (2007). Temperament. En N. Eisenberg, E. Damon y R. M. Lerner (dirs.), *Handbook of child psychology. Social, emotional and personality development* (vol. 3, 6ª ed., pp. 99-166). Nueva York, NY: Wiley.
- Salzinger, K., Feldman, R. S., Cowan, J. E. y Salzinger, S. (1965). Operant conditioning of verbal behavior of two young speech-deficient boys. En L. Krasner and L. P. Ullmann (dirs.), *Research in behavior modification: new developments and implications* (pp. 82-105). Nueva York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Schaffer, H. R. y Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29, 1-77.
- Schneider, B. H., Atkinson, L. y Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: a quantitative review. *Developmental Psychology*, 37, 86-100.
- Scott, S. y Beidel, D. C. (2011). Selective mutism: an update and suggestions for future research. *Current Psychiatry Reports*, 13, 251-257.
- Segal, N. L. (2003). "Two" quiet: monozygotic female twins with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 473-488.
- Sharkey, L. y McNicholas, F. (2008). 'More than 100 years of silence', elective mutism: a review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1, 255-263.
- Sluckin, A., Foreman, N. y Herbert, M. (1991). Behavioural treatment programs and selectivity of speaking at follow-up in a sample of 25 selective mutes. *Australian Psychologist*, 26, 132-137.
- Solomon, R. L. (1964). Punishment. *American Psychologist*, 19, 239-253.
- Sroufe, L. A., Egeland, B. y Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363-1373.
- Starke, A. y Subellok, K. (2012). KiMut NRW: eine studie zur identifikation von kindern mit selektivem mutismus in schulischen primarbereich [Ki NRW: a study for the identification of children with selective mutism in primary schools]. *Empirische sonderpädagogik*, 1, 63-77.
- Stein, M. B., Yang, B. Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E. y Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 69, 825-831.
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimbock, K. y Metzke, C. W. (2006) A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751-756.
- Steinhausen, H. y Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614.
- Suárez-Orozco, C., Bang, H. J. y Kim, H. Y. (2011). I Felt like my heart was stving behind: psychological implications of family separations and reunifications for immigrant youth. *Journal of Adolescent Research*, 26, 222-257.
- Tennes, K. H. y Lampl, E. E. (1964). Stranger and separation anxiety in infancy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 247-254.
- Toppelberg, C., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K. y Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 592-595.

- Van den Boom, D. C. y Hoeksma, J. B. (1994). The effect of infant irritability on mother-infant interaction: a growth-curve interaction. *Developmental Psychology, 20*, 581-599.
- Van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J. M. y Bögels, S. M. (2008). The relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 1257-1269.
- Van Rosmalen, L., Van Der Veer, R. y Van Der Horst (2015). Ainsworth's strange situation procedure: the origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 51*, 261-284.
- Vecchio, J. y Kearney, C. A. (2009). Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavior Therapy, 40*, 380-392.
- Viana, A. G., Beidel, D. C. y Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review, 29*, 57-67.
- Waters, E.; Matas, L. y Sroufe, A. (1975). Infants' reactions to an approaching stranger: description, validation, and functional significance of wariness. *Child Development, 46*, 348-356.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety, 27*, 882-890.
- Wright, H. H.; Miller, M.; Cook, M. A. y Littmann, J. R. (1985). Early Identification and Intervention with Children Who Refuse to Speak. *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 24*, 739-746.
- Yap, M. B. H. y Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 175*, 424-440.
- Young, V. J., Bunnell, B. E. y Beidel, D. C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: a comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification, 36*, 525-544.

RECIBIDO: 17 de abril de 2017

ACEPTADO: 21 de julio de 2017