

Tratamiento integral del mutismo selectivo: modelo clínico basado en la experiencia de la fundacion Gregory Bateson.

Wainstein, Martin y Parodi, María Sol.

Cita:

Wainstein, Martin y Parodi, María Sol (2025). *Tratamiento integral del mutismo selectivo: modelo clínico basado en la experiencia de la fundacion Gregory Bateson. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/564>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/xyF>

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL MUTISMO SELECTIVO: MODELO CLÍNICO BASADO EN LA EXPERIENCIA DE LA FUNDACION GREGORY BATESON

Wainstein, Martin; Parodi, María Sol
Fundacion Gregory Bateson. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El mutismo selectivo (MS) es un trastorno de ansiedad infantil poco frecuente (prevalencia ~1%) en que el niño habla con normalidad con su familia, generalmente en su casa, pero no con personas extrañas o en contextos sociales como la escuela. Se presentan las fases de un modelo de intervención integral aplicado desde 1997 en un Programa de la Fundación Gregory Bateson de la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires a 84 niños con MS primario. El diseño incluyó: clarificación diagnóstica y psicoeducación a la familia, estrategias psicológicas dirigidas a los síntomas, exposición gradual al habla, intervención con familia y escuela, y eventual apoyo farmacológico con ISRS (10–30 mg/día). Se utilizó el Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ) antes y después del tratamiento, y en seguimientos a 6 y 18 meses. Los resultados mostraron mejoría significativa: la mayoría de los niños ampliaron la comunicación (gestual, susurros y eventualmente verbal) con menor ansiedad, lo que se reflejó en puntajes de SMQ por debajo del umbral clínico en los contextos familiar, escolar y social. La experiencia clínica coincide con evidencias internacionales de eficacia de terapias conductuales/CBT y estrategias de modulación familiar. Se discuten técnicas clave (prescripción del síntoma, externalización del mutismo, entrenamiento parental) y el rol de los ISRS como farmacoterapia coadyuvante.

Palabras clave

Mutismo selectivo - Intervenciones clínicas - Intervenciones escolares - Farmacoterapia

ABSTRACT

COMPREHENSIVE TREATMENT OF SELECTIVE MUTISM:
A CLINICAL MODEL BASED ON THE EXPERIENCE OF THE
GREGORY BATESON FOUNDATION

Selective Mutism (SM) is a rare childhood anxiety disorder (prevalence ~1%) in which the child speaks normally with family members, usually at home, but remains silent with strangers or in social contexts such as school. This article presents the phases of a comprehensive intervention model applied in a clinical program developed by the Gregory Bateson Foundation in the City and Province of Buenos Aires, involving 84 children with primary SM since 1997. The treatment design included diagnostic

clarification and family psychoeducation, symptom-targeted psychological strategies, gradual exposure to speech, school and family intervention, and eventual pharmacological support with SSRIs (10–30 mg/day). The Selective Mutism Questionnaire (SMQ) was administered before and after treatment, and again at 6- and 18-month follow-ups. Results showed significant improvement: most children expanded their communication (gestural, whispering, and eventually verbal) with reduced anxiety, as reflected in SMQ scores falling below the clinical threshold in family, school, and social domains. The clinical experience aligns with international evidence supporting the effectiveness of behavioral/CBT-based therapies and family-modulating approaches. Key techniques are discussed, including symptom prescription, externalization of mutism, parent training, and the role of SSRIs as an adjunct pharmacotherapy.

Keywords

Selective mutism - Clinical interventions - School approach - Pharmacotherapy

Introducción: El mutismo selectivo (MS) es un trastorno de ansiedad infantil en el que el niño habla habitualmente en casa con sus familiares, pero permanece mudo en situaciones sociales no familiares (ej. escuela, consultas médicas). Aunque relativamente raro (~1% de prevalencia), es más frecuente en niñas y en niños bilingües, con inicio típico antes de los 5 años Oerbeck B, et al (2018). El DSM-5 reclasifica al MS como trastorno de ansiedad Hua A, et al (2016), Hipolito G, et al (2023), dada su estrecha asociación con la fobia social y otros trastornos ansiosos. Se ha observado que muchos niños con MS presentan signos de ansiedad (tensión muscular, taquicardia, sudoración) al enfrentar demandas verbales. Además, el MS suele coexistir con otras condiciones (trastornos del lenguaje, ansiedad generalizada, TDAH, trastornos del espectro autista, etc.), aunque en el presente Programa clínico se priorizaron los casos sin comorbilidades dominantes para centrar la intervención en el MS primario. Los objetivos de este artículo son presentar algunos resultados de la aplicación un modelo de intervención integral para MS, basado en una experiencia clínica institucional iniciada en 1997 continuada hasta la actualidad Wainstein, M et al (2003) y contrastar esa experiencia con algunos hallazgos en la bibliografía

posterior a 2015. Se describen las fases del tratamiento, desde evaluación diagnóstica hasta seguimiento postratamiento, el uso de una versión adaptada del Cuestionario de Mutismo Selectivo, SMQ, Bergman, R.L., et al (2008) las técnicas psicosociales aplicadas (trabajo terapéutico con niño y familia, estrategias en el aula) y la modalidad farmacológica (ISRS). Además, se discuten los resultados clínicos iniciales obtenidos en los casos tratados, comparados con datos de la literatura internacional más reciente. Históricamente, la investigación sobre MS se basó en estudios de caso y series clínicas. Revisiones de hace dos décadas apoyan enfoques conductuales/CBT, Rodríguez Pereira, L., et al (2018) Oerbeck B, (2018) y de sistemas familiares, Cornacchio, D. et al (2019) Recientes metaanálisis Steains SY (2021) confirman que las intervenciones psicológicas dirigidas mejoran significativamente el habla en MS respecto a ningún tratamiento, con tamaños de efecto grandes ($g=0.8-1.0$). Por ejemplo, Hipolito et al. (2023) reportaron en su revisión que las terapias combinadas (conductuales + sistémicas) produjeron una gran mejora en la conducta verbal (Hedges $g=1.06$) frente a lista de espera. Ensayos controlados recientes, incluyendo un programa intensivo grupal de 5 días en EE. UU, hallaron mejorías sustantivas: un 50% de “respondedores” vs 0% en controles, con beneficios que continuaron mejorando al año siguiente Cornacchio, D. et al (2019).

Pese a los éxitos conductuales, muchos niños persisten con cierta ansiedad residual. Estudios de seguimiento a largo plazo muestran que, aunque la mayoría mejora, entre 10-40% pueden seguir cumpliendo secuelas, según criterios diagnósticos, tras años de tratamiento Oerbeck B, (2018), Cornacchio, D. et al (2019). Por otro lado, se ha explorado la farmacoterapia: una revisión sistemática, Manassis K, (2019), señaló que la mayoría de los niños tratados con ISRS experimentan alivio sintomático (66 de 79 mejoraron). No obstante, los estudios con placebo son limitados, y solo un pequeño porcentaje alcanzó remisión total solo con fármaco. Así, la evidencia actual respalda tratar el MS con CBT conductual/sistémico combinado, incluyendo terapias en escuela y familiar y considerar ISRS como coadyuvante para reducir la ansiedad Hua A, et al (2016), Hipolito G, et al (2023).

Metodología: Se aplicó un procedimiento estandarizado a 84 niños con diagnóstico de MS (DSM-5; ICD-11: trastorno de ansiedad), atendidos en forma ambulatoria en la Fundación Gregory Bateson y efectores en agencias distribuidas en varios lugares de la Provincia de Buenos Aires. La muestra incluyó 46 niñas y 38 niños (4.2–6.5 años, media 5.2 años), datos coincidente con reportes internacionales de inicio en edad preescolar Oerbeck B, (2018). Se excluyeron casos con comorbilidades severas (trastornos del desarrollo graves, TEP, etc.), con el objetivo de centrar el tratamiento en el MS primario.

Diagnóstico y evaluación inicial: Se destinaron cuatro entrevistas clínicas para confirmar el diagnóstico diferencial (excluyendo mutismo neurológico, sordera, trastornos psicóticos, etc.)

y se evaluó la posible comorbilidad ansiosa o del neurodesarrollo. Se administró a los padres el Cuestionario de Mutismo Selectivo (SMQ) para valorar la frecuencia de habla del niño en contexto familiar, escolar y social. También se recabó información de docentes o psicopedagogos via entrevistas telefónicas/escritas. Finalizado el diagnóstico, se mantuvo una sesión de psicoeducación familiar: se explicó la naturaleza ansiosa del MS (DSM-5), su evolución probable sin tratamiento y el diseño terapéutico propuesto, incluyendo intervenciones psicosociales y la eventual farmacoterapia. Se compartió bibliografía divulgativa científica y se gestionó el consentimiento informado (incluida autorización para filmar sesiones con fines clínicos y de investigación, garantizando confidencialidad).

Intervención: Aprobado el consentimiento, el tratamiento se desarrolló en dos fases principales (en total se realizaron un mínimo de 20 y un máximo de 45 sesiones; en la mayor parte de los casos frecuencia inicial semanal, luego quincenal). Paralelamente, se establecieron canales de comunicación continuos con la escuela del niño. A los 4 meses (12 sesiones) en todos los casos se realizó una evaluación parcial de progreso a fines de considerar la incorporación o no de farmacoterapia.

Fase 1: Establecimiento de vínculo y comunicación no verbal:

Las primeras 6-7 sesiones tuvieron como meta principal crear un vínculo seguro terapeuta-niño independiente del contexto más amplio (padres, familia, escuela). Se buscó disminuir la demanda comunicativa inicial para el niño. Siguiendo enfoques conductuales sistémicos, se promovieron formas fluidas de comunicación no verbal (gestos, miradas, señalizaciones). Por ejemplo, se daban consignas lúdicas al estilo: “por 20 minutos solo nos comunicamos con gestos” o “solo hablaremos con un susurro” (prescribir el síntoma) para normalizar su silencio. Al inicio, muchos niños se negaban a permanecer solos con el terapeuta; por ello, se realizaron sesiones con al menos un padre presente. En dichas sesiones familiares, mediante juegos de intercambio (mostrar juguetes, reír juntos, armar rompecabezas), se reforzó la comunicación conjunta. El terapeuta se fue incorporando lentamente a la interacción: inicialmente sin hacer preguntas directas, usando *communication defocusing* (sentado junto al niño, pensando en voz alta, hablando menos que el niño, esperando pacientemente sus gestos). Se trabajó el patrón de respuesta: evitar presionar al niño para hablar, ignorar pasivamente conductas ansiosas (mirar al suelo, morderse el labio, llanto leve), pero reforzando cualquier intento de interacción.

Entrenamiento parental: En cada sesión se instruyó a los padres para que apoyaran el proceso: sugerirles distanciarse físicamente, sin abandonar la sala, para llevar al niño a relacionarse con el terapeuta, sin ser “intérpretes” permanentes. Se enfatizó que el niño siempre podía buscar refugio en ellos verbalmente si lo necesitaba. A medida que el niño se acostumbraba, los padres

pasaron cada vez menos tiempo en la sala. También se enseñó a los padres técnicas de manejo de la ansiedad familiar: identificar sus propias reacciones ansiosas, alentar autonomía del niño, tolerar pequeños “no”, evitar la sobreprotección y fomentar en casa juegos sencillos donde el niño ejercite pedir objetos o saludar sin presionarlo.

Técnicas conductuales: Se emplearon progresivamente tareas de exposición gradual al habla, iniciando por escenarios de baja ansiedad, como pedir agua a la madre con un susurro audible, después en voz baja, hacia situaciones más demandantes, como saludar a un personaje animado, o responder a adultos conocidos. Se practicaron recompensas positivas inmediatas ante cualquier intento no verbal: “muy bien, contaste la historia con un sticker”. Se evitó totalmente castigar o corregir su silencio. Siguiendo protocolos descritos en la literatura Oerbeck B, (2018), el terapeuta utilizó un enfoque “externalizador”, técnica inspirada en la terapia narrativa, en la cual el mutismo era descrito como un “personaje externo” o “villano” que impedía hablar, separándolo así de la identidad del niño. En otra técnica, se dibujaba al “Monstruo del Silencio” y el niño aprendía a derrotarlo haciendo mini “misiones” verbales. Esta externalización buscaba dar autonomía al niño para luchar contra el síntoma, estrategia que ha mostrado alta efectividad, 84%, en terapias de SM, realizadas con seguimiento noruego, tras 3 años, Oerbeck B et al (2018).

Fase 2: Consolidación del habla y autonomía: Una vez establecido el vínculo y los cimientos comunicativos, la segunda fase, establecida sin plazo fijo; promedio 23-65 entrevistas, persiguió los siguientes objetivos: fortalecer el habla verbal iniciada por el niño; quitar gradualmente a los padres del rol de “traductores”; generalizar el habla en casa, escuela y otros entornos. Se implementó terapias de juego dinámico más complejas, donde el niño era alentado a decir palabras o frases cortas para pedir turnos, nombrar colores, etc. Se asignaron tareas de “deberes” para la casa, como juegos de pedir algo al padre sin usar palabra inicial, luego con palabra, etc., reforzando los logros en cada sesión. Simultáneamente, se intensificó la intervención escolar. El terapeuta o un auxiliar realizaron reuniones formativas con docentes y directivos: se explicó el MS como parte de un trastorno ansioso y se brindaron estrategias. Entre ellas: disminuir la presión verbal sobre el niño, no exigirle a hablar delante de la clase, evitar preguntas abiertas inicialmente, reforzar la comunicación no verbal posible como asentir, sonreír, etc., e ignorar los avances verbales excesivamente, suprimiendo las aprobaciones y/o comparaciones. Se instruyó a la maestra para que no de indicios de aprobación ni otorgue atención especial cuando el niño hable, sino tratarlo con naturalidad, a fin de evitar fenómenos de “resonancia” o ansiedad focalizada. Esta conducta escolar favorece que hablar deje de convertirse en un evento estresante. Además, cada 2-3 sesiones se realizaron “visitas a la escuela”

con el terapeuta: sesiones cortas dentro del aula o recreo para que el niño practique pedir algo a un docente o compañero con el apoyo de un alumno aliado, técnica de estimulación por pares, bajo supervisión del terapeuta Perednik, R. (2010, 2003), Kotrba, R. (2014), Oerbeck, B., Kristensen, H., Pfuhl, G., Lunder-vold, A. J., & Uppstad, L. (2015)

Entrenamiento a padres y familia ampliada: Los padres recibieron entrenamiento específico en estrategias para manejar la ansiedad del niño: técnicas de relajación simples, respuestas consistentes ante el silencio, recompensa por apertura del lenguaje, no premiar con más atención el silencio, y ajuste de expectativas graduadas, brindando más independencia en decisiones pequeñas, por ejemplo. Paralelamente, se atendieron tensiones de pareja/familia generadas por el MS: se discutieron roles familiares rígidos y se promovió mayor flexibilidad. La literatura ya citada más arriba señala que entornos familiares muy controladores y con baja tolerancia a la angustia pueden perpetuar la ansiedad infantil. Se alentó a los padres a reflexionar sobre su propia ansiedad (p.ej. permitir que el niño explote progresivamente su autonomía verbal).

Incorporación de medicación: Al cabo de los primeros 4 meses, aproximadamente 12 entrevistas, se evaluó el progreso del tratamiento psicoterapéutico. Ante persistencia de altos niveles de ansiedad, según fuera el juicio clínico de la evaluación psiquiátrica y según valores persistentes del SMQ, se planificó la introducción de farmacoterapia. Se informó extensamente a los padres sobre la opción: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son considerados en la actualidad la medicación de elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la población infantojuvenil, Ponce, C; Menendez C (2017), se revisó evidencia en la que revisiones sistemáticas indican mejoría sintomática con dosis según peso (normalmente 10–30 mg/día) y potenciales efectos secundarios. Manassis K, (2019). Se agregó al equipo un psiquiatra infantojuvenil, y se aclararon dudas de los padres (“¿medicar a un niño tan chico?”). Una vez otorgado el consentimiento informado, se inició la indicación en dosis bajas (10 mg) y se ajustó semanalmente. Los padres recibieron material impreso e indicaciones de controles pediátricos (visión, peso, posibles interacciones).

La experiencia clínica coincidió con la literatura: los ISRS favorecieron la reducción de la ansiedad y la puesta en marcha de mayores recursos de afrontamiento del niño, como la dificultad para iniciar contacto, disminución de la agitación y la irritabilidad, mejorando su tolerancia al riesgo de hablar Dummit, S. E., Klein, R. G., et al (1996). Sin embargo, la farmacoterapia no generó por sí solo lenguaje espontáneo; fue útil como puente para que las intervenciones conductuales logaran más hablantes funcionales. De hecho, con el tiempo y la mejora progresiva del habla, se pudo reducir gradualmente la dosis de medicación, sin recaídas, siguiendo protocolos de discontinuación progresiva.

Resultados: Durante el desarrollo del programa se registró un aumento gradual de la comunicación verbal en el 76% de los casos. Al inicio, muchos niños sólo emitían balbuceos o susurros cuando jugaban. Hacia el final de la fase 1, una mayoría comenzaron a intercambiar palabras simples con el terapeuta o padres en la sesión (“mamá”, “agua”, “sí”). En la fase 2, progresaron a frases cortas: pedían objetos, saludaban a los adultos con más espontaneidad y respondían preguntas sencillas. Los videos clínicos muestran claramente este avance: por ejemplo, un niño que nunca había hablado en el aula pudo luego contarle al docente sobre su cuento preferido con la mitad de la clase escuchando, sin exteriorizar nerviosismo extremo. Asimismo, se observó reducción en los signos de ansiedad física: menos evasión ocular exagerada, menos sudoración fina, ausencia de rigidez perceptible en la cara durante el juego.

Los padres informaron mejoras paralelas en casa en conversaciones familiares básicas, cuando antes contestaban sólo con gestos, mayor participación en juegos grupales con primos o vecinos y cumplimiento de los protocolos sencillos propuestos. Los docentes reportaron avances notables en el aula: el niño levantaba la mano para responder con palabras esporádicas (previamente asentía con la cabeza) y aumentó su interacción con compañeros en actividades cooperativas.

Los puntajes del SMQ corroboraron clínicamente estos cambios. El SMQ evalúa la frecuencia de habla en contexto familiar, escolar y social. En el pre-tratamiento los promedios grupales eran claramente patológicos; al finalizar el tratamiento y en seguimientos a 6 y 18 meses los puntajes medios descendieron por debajo del umbral de mutismo clínico en las tres áreas. En concreto, en la familia bajó de 19 a 4 (0–4 normal), en la escuela de 26 a 11 y en la vida social de 40 a 12 (las puntuaciones finales se ubicaron en rango subclínico según los criterios del SMQ. Así, al cabo de 18 meses post-tratamiento, de los 84 casos atendidos durante el programa 65 ya no cumplían criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad, en ningún área, incluido MS. Sólo 12 casos mostraron evolución muy lenta y sus puntajes SMQ todavía indicaban sintomatología moderada y continuaron recibiendo tratamiento psicológico. De los 84 casos registrados 7 casos abandonaron el tratamiento.

Estos hallazgos coinciden con series internacionales recientes: por ejemplo, Oerbeck et al. reportaron que tras un programa de CBT escolar, el 70% de los niños estaban en remisión total a 5 años. Asimismo, en el ensayo intensivo LGBT mencionado, casi la mitad de los niños dejaron de cumplir criterios SM al ingreso al siguiente año escolar. En resumen, nuestros resultados apoyan que el enfoque multimodal descrito genera mejoras duraderas en la mayoría de los niños con MS, en línea con la literatura actual citada más arriba.

Discusión: la intervención combinada, conductual, sistémica y farmacológica presentada aquí refuerza las evidencias internacionales de que el MS responde mejor a abordajes integrales. Nuestro modelo enfatizó varios ejes clave: establecer un vínculo terapéutico seguro sin presión verbal inicial, entrenar la comunicación no verbal, exponer gradualmente al habla, trabajar con la familia y el aula, y usar ISRS como farmacoterapia.

En consonancia con otros equipos, hallamos que los ISRS fueron de elección para niños con ansiedad alta persistente. La bibliografía indica que los ISRS reducen la ansiedad general y pueden favorecer y acelerar la respuesta a la terapia conductual, aunque no resuelven mágicamente el habla. Nuestros datos cualitativos sugieren que, efectivamente, bajo tratamiento con ISRS los niños participaron con menos angustia en las tareas expuestas, facilitando que consolidaran el habla. Este hallazgo es coherente con revisiones que muestran mejora sintomática en la mayoría de pacientes medicados y con estudios que indican que la farmacoterapia es adyuvante, pero no sustituta del tratamiento psicoterapéutico.

Las técnicas conductuales y familiares aplicadas resultaron concordantes con recomendaciones recientes. Como sugieren Hernández et al. (2016) y otros autores, normalizar el problema, dar información clara y desdramatizar el MS promueve la colaboración de la familia y la escuela. En nuestra práctica, detallar los patrones ansiosos sin etiquetar al niño (no juzgar su inhibición) evitó generar vergüenza. La estrategia de “prescribir el mutismo”, permitir conscientemente el silencio en situaciones controladas, emergió como útil para reducir la rebelión interna del niño; esto coincide con enfoques clínicos que enfatizan el control gradual de la ansiedad antes de exigir el uso de la voz.

Destacamos también el valor de la externalización del síntoma: tratar al mutismo como un “enemigo externo” permitió al niño conceptualizarlo y enfrentarlo activamente, lo cual motivó avances constantes. Este recurso narrativo, separar mutismo de identidad, ha sido documentado en la literatura como eficaz en MS y en otros trastornos infantiles. De hecho, un seguimiento noruego Oerbeck B, (2018) mostró 84% de recuperación tras incorporar explícitamente la externalización en el entrenamiento cognitivo. En el ámbito escolar, la experiencia subraya la importancia de adaptar el entorno educativo. Nuestros resultados apoyan la idea de intervenciones en el aula: al instruir a los docentes en técnicas de defocalización, no exigir la palabra, reforzar gestos y permitir que el niño mantenga la comunicación no verbal mientras otros no hacen “un evento” del progreso verbal, logramos un ambiente menos ansiógeno. Estudios previos han señalado que evitar la “hiperatención” al mutismo evita fenómenos de retraumatización y facilita la habituación. Además, entrenar a pares para que interactúen sin presión y dar al profesor “un plan de juego” específico, por ejemplo, un compañero “modelo” que no reprenda su silencio, promueve mejoras en el aula.

Desde la perspectiva sistémica, nuestro foco de intervención en la familia (desbalancear la rigidez de roles, apoyo al niño, manejo de la propia ansiedad paterna) coincide con hallazgos internacionales: el entrenamiento parental en resolución de problemas y autonomía del niño se asocia con mejores resultados. Observamos que las familias que aprendieron a tolerar malestar sin intervenir excesivamente ofrecieron “terreno fértil” para que el niño practicara la verbalización. En cambio, en los pocos casos de evolución lenta se notó persistencia de patrones familiares muy controladores, coincidiendo con los factores de pronósticos negativos descritos en otras series.

Aunque nuestros hallazgos son positivos, reconocemos limitaciones. Este es un estudio longitudinal test/retest de casos clínicos individuales, sin grupo control, por lo que mejoras espontáneas o efecto placebo no se pueden descartar totalmente. Sin embargo, el patrón de progreso, de casi nulo habla a verbalización funcional durante el tratamiento y la concordancia con la variación en los valores del SMQ objetivan el cambio. Otra limitación es el costo y acceso: el formato intensivo de sesiones semanales y cooperación con la escuela demanda recursos humanos y tiempo. Al igual que otros programas intensivos, pudimos ofrecer la terapia únicamente en un entorno urbano especializado; no obstante, la alta satisfacción familiar registrada coincidente con el IGBT Cornacchio D, (2019) u otros enfoques intensivos sugiere que los beneficios valen los esfuerzos.

Finalmente, nuestros datos de seguimiento, hasta 18 meses post-tratamiento, descontando los siete casos de abandono muestran un 84% de los casos en los que las mejoras obtenidas se mantuvieron. Esto es relevante: pocas intervenciones publicadas informan la persistencia a largo plazo. El porcentaje de niños que concluyeron el seguimiento, al permanecer por debajo de los puntos de corte en el SMQ, indica una remisión sostenida. Este porcentaje favorable coincide con series internacionales (ej. 70% en remisión a 5 años en Oerbeck et al). No obstante, se requerirán estudios controlados futuros para confirmar y generalizar estos resultados, idealmente incorporando mediciones estandarizadas, grupos comparativos y duración de seguimiento ampliada, tal como recomiendan recientes revisiones sistemáticas.

Conclusión: El modelo mixto aquí presentado –centrado en el abordaje clínico del MS, integrando psicoterapia conductual-sistémica y apoyo farmacológico– demostró resultados clínicos consistentes con la mejor evidencia internacional actual disponible. Refuerza la importancia de intervenir tempranamente con estrategias graduadas de comunicación y de involucrar a la familia y la escuela. La literatura internacional reciente avala este enfoque combinado. Se necesitan más estudios prospectivos, pero nuestra experiencia clínica sugiere que estas prácticas pueden mejorar el pronóstico del mutismo selectivo y la calidad de vida de los niños afectados.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). *The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2). 456-464. <https://doi.org/10.1080/15374410801955805>
- Bergman, R. L., Keller, C. A., Piacentini, J. C., & Bergman, A. B. (2018). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(1). 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.008>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados* (A. Devoto, Trad.). Paidós. (Original publicado en 1979)
- Capozzi, F., & Mazzeschi, C. (2019). Parent-child interaction therapy for selective mutism: A case study. *Clinical Case Studies*, 18(2). 95-110. <https://doi.org/10.1177/1534650118817946>
- Cornacchio, D., Furr, J. M., Sánchez, A. L., Hong, N., Feinberg, L. K., Tenenbaum, R., ... Comer, J. S. (2019). Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: A preliminary randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(8). 720-733. <https://doi.org/10.1037/CCP0000422>
- Creswell, C., Apetroaia, A., Murray, L., Symes, S., Chorpita, B. F., Heyne, D., ... Butler, R. (2021). Systematic review and meta-analysis of school-based cognitive-behavioral therapies for selective mutism and related anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(2). 181-199. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00345-9>
- Dummit, S. E., Klein, R. G., Tancer, N. K., & Martin, J. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: An open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5). 615-621. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00016>
- Hipolito, G., Pagnamenta, E., Stacey, H., Wright, E., Joffe, V., Murayama, K., & Creswell, C. (2023). A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for children and adolescents with selective mutism. *JCPP Advances*, 3(3). e12166. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12166>
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1). 114-120. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000300>
- Kotrba, R. (2014). *Selective mutism: An assessment and intervention guide for therapists, educators, and parents*. PESI Publishing & Media.
- Manassis, K., Oerbeck, B., & Overgaard, K. R. (2016). The use of medication in selective mutism: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6). 571-578. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0794-1>
- Marios-Dimitrios, C., & Iliopoulou, T. (2021). Selective mutism in children: A literature review of cognitive behavioural and integrative psychotherapeutic schemes. *Research in Psychology & Psychotherapy*, 21(3). 100249. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100249>

- Oerbeck, B., Kristensen, H., Pfuhl, G., Uppstad, L., & Lundervold, A. J. (2018). Five-year follow-up of child- and school-based cognitive-behavioral therapy for selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5). 607-617. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- 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>
- Perednik, R. (2010). *Still waters run deep: The Selective Mutism Treatment Guide - Manuals for Parents, Teachers and Therapists*. Jerusalem: Free Voice Project.
- Perednik, R., & Elizur, Y. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12). 1451-1459. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.000091944.28938.C6>
- Ponce, C., & Menéndez, C., en Grañana, T. (2024). *Manual De Tratamiento En Neurodesarrollo Y Neurología Infantil Tomo IV*, Ed La Crujía ISBN: 9789876013512
- Rodrigues Pereira, L., Rosa-Alcázar, A. I., Núñez, R., & Olivares, J. (2021). Psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire in Spanish children. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3). 100249. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100249>
- Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B. M., Güldner, M. G., Kan, K. J., de Jonge, M. V., Lindauer, R. J. L., & Utens, E. M. W. J. (2020). Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: Design of a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 19, 100644. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100644>
- Steains, S. Y., Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2021). Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child: Care, Health and Development*, 47(6). 771-781. <https://doi.org/10.1111/cch.12895>
- Stone, L. B., Ozonoff, S., & Khatri, M. (2015). Reinforce, shape, expose, fade (RSEF). A conceptual review of behavioral interventions for selective mutism (2005-2015). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2). 197-209. <https://doi.org/10.1177/1359104514525282>
- Tomohisa, Y., Kadekaru, R., & Inoue, M. (2024). Exposure-based online intervention and behavioral parent training for a child with selective mutism: A case report. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 31(4). e12367. <https://doi.org/10.3390/ijerph3104e12367>
- Viana, A. G., Giannini, M. A., & Nascimento, I. (2023). Long-term outcomes of selective mutism: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 23, 352. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05279-6>
- Wainstein, M., Vernola, M. E., & Toscano, R. (2003). Un diseño de intervención psicosocial y farmacológica en seis casos de mutismo selectivo. Fundación Gregory Bateson.
- Wainstein, M. (2013). Intervenciones psicosociales y farmacológicas en 36 casos de mutismo selectivo. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, IX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yamanaka, T., Yuruki, K., Okano, T., & Inoue, M. (2024). Challenges faced by parents of children with selective mutism in accessing medical care services. *Japanese Journal of Paediatric Nursing*, 38(1). E1-E12. <https://doi.org/10.1111/jpn.12367>