

**“MUTISMO SELECTIVO”
EN NIÑOS**

Autora: Ofelia Beatriz Viña

MUTISMO SELECTIVO

RESUMEN:

El mutismo selectivo es un trastorno que se presenta en niños .Consiste en la incapacidad que estos tienen para hablar en diferentes situaciones.Se siguen los criterios

para su diagnóstico según el DSM IV y el Manual de Psiquiatría de Ajuriaguerra.

Se define el “síntoma” según aportes psicoanalíticos , específicamente los de Lacan. Se consideran los avances del Cognitivismo comportamental. Las causas que producen mutismo selectivo y posibles tratamientos. Se hace mención a asociaciones norteamericanas que investigan sobre mutismo selectivo.

Se indicará el rol a seguir por la familia y educadores en este trabajo.

Se pretende que la mención de los marcos teóricos psicoanalíticos y cognitivistas sirvan para reflexionar en cuanto a sus pro y contra para la cura de este trastorno.

Palabras clave: ansiedad-fobia social-trauma-familia-escuela.

ABSTRACT:

Selective mutism is a disorder present in children.It consists in disability for speaking in Ajuriaguerra' s Psychiatric Treaty.

“Symptom” is defined according to psychoanalytical aspects, specially those from Lacan's theory..The improvements of cognitivist theory, the reasons that produce selective mutism and possible treatments are considered.

.Associations for selective mutism research in the World are mentioned.

.The role that must play family and teachers is mentioned in this work.

The referente to psychoanalytical and cognitivist theories intend to be useful to consider both, positive and negative sides for the cure..

Key words: anxiety-social phobia-trauma-family-scholl.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

INTRODUCCIÓN:

El mutismo selectivo en niños se define como la incapacidad persistente para hablar en situaciones específicas.

La elección de este tema, se debe a que en la “clínica de niños”, nos encontramos con muchos casos y el desconocimiento que se tiene sobre este trastorno y los posibles tratamientos, son bastante significantes.

Tener en el consultorio a un niño “mudo” es un enigma, es un reto para nosotros los profesionales ¿cómo hacer para que hable?

Si lo logramos lo estamos retornando a su presente, a su realidad y a sus relaciones con sus pares y seres queridos, curar a estos niños es también prevenirlos de enfermedades psiquiátricas más severas.

Se establecen las causas que pueden originar mutismo selectivo. El rol a desempeñar por la familia y la escuela.

Son tomados aportes conceptuales de diferentes autores, psicoanalistas y cognitivistas.

Se explica el significado del síntoma y el momento en que aparece.

Se expone una breve reseña, de un caso clínico de una niña de diez años.

En las conclusiones se hace un recordatorio de los distintos signos que se presentan en este trastorno, también posibles derivaciones a otros especialistas.

Intentará esta monografía, ser una incipiente investigación que continuará su progreso.

DESARROLLO

Según el DSM IV “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, esta patología se halla comprendida en el apartado “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, específicamente en “Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia”.

Existen otros trastornos en este apartado:

- Retraso mental.
- Trastornos del aprendizaje.
- Trastornos de habilidades motoras.
- Trastornos de la comunicación.
- Trastorno de generalización del desarrollo.
- Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.
- Trastorno por ingestión y conducta alimentaria.
- Trastorno de tics.
- Trastorno de eliminación.

En “Otros trastornos.....”, hallamos:

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Trastornos de movimientos estereotipados.

Criterios para el diagnóstico de mutismo selectivo:

- a- Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable por ejemplo en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- b- La alteración interfiere en el rendimiento, escolar, o en la comunicación social.
- c- La duración de la alteración es de por lo menos un mes.
- d- La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- e- El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo: tartamudeo) y no aparece exclusivamente el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Según el “Manual de Psiquiatría Infantil de Ajuriaguerra”, el mutismo en el niño se incluye dentro del apartado III, “trastornos del lenguaje infantil”. Las principales características que se señalan son:

- No aparece sino ante determinadas personas.
- La edad en que se presenta es entre los tres y los seis años.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

- No es un síntoma, está asociado a otros síntomas, inhibición motora, enuresis entre los más frecuentes.
- Relacionado a diferentes trastornos: neurótico, histérico fóbico u obsesivo compulsivo o con un trastorno psicótico o pre psicótico.
- Ligado al ambiente, marco familiar: madre ambivalente, hostil y dependiente del niño y padres pasivo y desinteresado.

El mutismo selectivo es definido como el rechazo a hablar del niño en lugares donde se espera que lo haga, este niño no presenta problemas en la articulación, comprensión y expresión del lenguaje. Elige con quien habla, generalmente lo hace con su grupo primario, los familiares más cercanos y queridos por él.

El mutismo selectivo se inicia en la actividad preescolar, de tres a cinco años. No desean permanecer en la escuela y si lo hacen permanecen callados, inmóviles, aislados del resto del grupo.

Con este silencio, el niño nos está diciendo algo, ¿se sentirá excluido? o ¿será rebeldía? Podemos pensar que está manifestando rechazo por algo que le provoca angustia.

El elegir o seleccionar con quien va a hablar le produce un gran desgaste, ya que deposita en esto una energía exacerbada.

El niño padece de un alto grado de ansiedad que le inhibe el habla, algunos niños dicen que les cuesta hablar, o que hacen lo que pueden.

Podemos decir que son tímidos, pero en gran escala, ante una situación estresante se paralizan físicamente respondiendo con el mutismo. Se sienten permanentemente observados y tienen la percepción de ser “raros” para los demás, esto hace que se encierren en su mundo y que la interacción social sea cada vez menor.

¿Qué es un síntoma?

Para el psicoanálisis, el síntoma viene a ocupar el lugar de la palabra, se presenta codificado y es la labor del analista decodificarlo.

El síntoma, como Freud nos lo muestra incluye siempre al sujeto y al Otro. Quien es ese otro, el padre, la madre, o el familiar cercano al niño. “El niño aparece como el soporte de los fantasmas y del voyeurismo de los adultos”¹.

Todo es percibido por el niño, todo lo que proviene de sus padres, de su inserción en la relación triangular.

El síntoma no es privativo del niño, desde su nacimiento está inserto en una cultura donde existen los símbolos y las leyes. No desarrolla solo el síntoma sino con el Otro y para el Otro.

Lacan nos dice: el niño como síntoma, dos tiempos se delimitan, dos conceptualizaciones:

- a) Primera conceptualización: “El síntoma como significado del Otro”, es la respuesta que puede dar el niño, produce su respuesta como un efecto de significación. El síntoma aparece como respuesta a la cuestión que plantea este enfrentamiento con el otro. Lo hará en posición de respuesta al “Deseo de la madre”, en cuanto está articulado con el “Nombre del Padre”.
Resultado de la metáfora paterna, donde el niño produce con su síntoma una significación a esa “x” del deseo materno.
- b) Segunda conceptualización: “El síntoma como verdad de la pareja parental”.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

El lugar que la mujer le otorga a la palabra del padre en la promoción de la ley que regula el deseo. Y para el hombre es esencial que instale a la mujer como el objeto que causa su deseo sexual.

El padre está como hombre o como función de padre. Usa ese padre a esa mujer como objeto de su goce y le propone al niño como modelo una versión correcta de goce y lo libera de tener que responder en el lugar de goce para la madre y la posibilidad de inventarse una versión para sostenerse en ese lugar de goce.

Lacan ubica en forma asimétrica, los lugares del padre y de la madre.

Por lo tanto la verdad de la pareja parental se resume en la verdad del uso del plus de goce del fantasma de la pareja.

“El síntoma del niño puede ser descifrado en su verdad de la pareja parental:

1_ en tanto que es un artificio significante que significa algo.

2_ eso que es el síntoma, significa que remite a una realidad sexual.

3_ Esa realidad sexual es hetero-erótica en relación a la falta de significante que nombraría su goce fálico”₂

Se puede considerar que el síntoma infantil, es un intento de hacer frente a la inscripción heterosexual del goce en su cuerpo y que la sexualidad infantil incluida en el síntoma, es aquello que queda, que resta, como si estuviera fuera de sentido.

Los aportes psicoanalíticos citados aportan conocimiento y son fuente de ayuda para aplicar en la clínica de niños.

Teniendo en cuenta otros aportes, considero que el cognitivismo comportamental ha avanzado en el mundo como teoría psicológica fuerte, específicamente en E.E.U.U y en España.

La terapia COGNITIVA COMPORTAMENTAL apunta a cambiar el pensamiento y el comportamiento del paciente frente a sus síntomas. Pretende que el paciente se exponga a las situaciones que le provocan ansiedad, tratando de evitar que escape de ellas.

Se producen síntomas en el paciente ,similares a los del trastorno que presenta para que así pueda enfrentarlos.

En E.E.U.U. existe una asociación llamado “SELECTIVE MUTISM GROUP, CHILDHOOD ANXIETY NETWORK”, dirigido por la Dra Elisa Shipon Blue, que se ocupan exclusivamente de estudiar el mutismo selectivo en niños, de guiar a padres y educadores, respecto de como deben proceder con estos niños.

Consideran que en estos niños, existe una “predisposición genética a experimentar síntomas de ansiedad, que es exacerbada por medios hostiles o estresantes.

El máximo grado de ansiedad que sufren los inhibe totalmente del habla, las palabras no les salen.

Para este grupo de investigación el síntoma(niño mudo selectivamente) aparece como una “ respuesta física”, a un entorno o situación desagradable para el.

Los ubican dentro del criterio de “fobia social”

Como debe actuar la escuela y la familia:

Nos dicen que, el educador:

- DEBE SONREIRLE.
- HABLARLE DESPACIO.
- SENTARSE CERCA DEL NIÑO.
- NO FORZAR AL NIÑO PARA QUE HABLE.
- NO EMITIR JUICIOS.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

- NO TENER PRECONCEPTOS.

“En ningún momento , se debe crear en el niño la percepción de que están esperando que hable o que reaccione ante determinada situación”³

El niño debe sentirse cómodo dentro del aula, para que pueda tener éxito en la clase.

Proponen como tratamiento, idear un P.E.I (PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL), cuyo objetivo sería disminuir la ansiedad del niño y animarlo a que se integre al ritmo “normal”, lo antes posible.

Estos niños son los que llaman más la atención en diferentes lugares que frecuentan, esto se contradice con lo que ellos sienten y desean, el hecho de no ser observados, de no llamar la atención.

El educador debe trabajar en equipo con distintos profesionales del ámbito escolar y fundamentalmente con la familia del niño, la armonía entre estos ayudará al niño.

La familia debe evitar los castigos o cualquier método de coerción contra el niño.

Deberá dejar entrar al educador, a la casa del niño, que visite su cuarto, que conozca sus juguetes, en definitiva que entre el educador y el niño se logre establecer el mayor grado de “empatía” posible.

El ambiente familiar le transmitirá, seguridad y confianza al niño, lo que posibilitará un mejor comienzo escolar.

Otros especialistas como la Dra PATRICIA GARCIA, psiquiatra infantil de la CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO DE CHILE, sostiene que detrás de esta enfermedad se encuentran niños traumatizados o sobreprotegidos. El mutismo puede provocarles baja autoestima, depresión y dificultades en el aprendizaje.

La Dra GARCIA, considera imprescindible un “tratamiento precoz”, ya que esto evitaría la ampliación del mutismo.

Sugiere que es necesario el trabajo interdisciplinario, entre psicólogos y fonoaudiólogos, estos intentarán estimular la comunicación a través de una técnica, llamada “juego circular”.

Como estrategias a utilizar , considera:

- NO ENFRENTAR AL NIÑO CON UN ESCENARIO TRAUMÁTICO, POR EJEMPLO UNA DISERTACION EN LA ESCUELA.
- APOYARLES CONSTANTEMENTE, EVITANDO EFECTOS TRAUMATICOS.
- EL ROL DE LOS PADRES ES FUNDAMENTAL, YA QUE ELLOS DETERMINAN EL LUGAR EN QUE EL NIÑO VIVE.

¿Cuales son las causas que provocan mutismo selectivo?

- DESATENCIONES FAMILIARES.
- MUERTE DE FAMILIARES QUERIDOS O NO POR EL NIÑO.
- SEPARACION ABRUPTA DE LA PERSONA QUE TIENE A SU CARGO SU CUIDADO.
- DESAVENENCIAS ENTRE LOS PROGENITORES.
- OCULATAMIENTOS DE SECRETOS DE FAMILIA.
- MALTRATO VERBAL.
- MALTRATO FISICO.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

- ABUSO SEXUAL.
- VIOLACIONES.

Las causas que originan mutismo selectivo suelen ser detectadas en la etapa de “tratamiento” y sirven para orientar y guiar el mismo.

El proceso de la cura en psicoanálisis:

Según ERIKSON “todo origen psíquico de una perturbación en un niño, encuentra su corolario en un conflicto neurótico en la madre”⁴.

Nos explica un método de investigación y de conducción de una cura, investiga sobre la significación social de la infancia.

El proceso clínico se efectúa en dos etapas (sigue la línea freudiana)

- 1) Período llamado de investigación: extrae los temas principales que serán retomados en la cura.
- 2) La cura propiamente dicha: entrevista padres y luego al niño, establece interrogantes y determina hipótesis.

Liga al niño sintomático con la madre. Aunque ERIKSON sostiene la importancia de lo social, deduzco que lo importante a tener en cuenta en el proceso de la cura, “es el vínculo madre-niño en la relación fantasmática de la madre”.

Considera importante:

- La palabra perdida
- Lo no dicho
- Sigue pistas seguras a partir de temas que tienen importancia para la madre y el niño.

Para MAUD MANNONI, se debe captar un discurso completo, pero sin dejar escapar el sentido de ese discurso “recogemos esquemas donde se explican las fijaciones del niño a determinados estadios del desarrollo psicológico, estadio acompañado por determinada organización pulsional y defensiva, por determinada estructura del yo o por determinada forma de relación objetal psicótica”⁵.

Resumiendo, arribamos a los siguientes conceptos fundamentales:

- El analista no es una relación de dos.
- El analista no se designa como objeto de transferencia.
- Importa el discurso
- Desde donde habla el sujeto.
- A quien se dirige
- Para quien lo hace

El niño no está solo, ocupa un sitio determinado en el “fantasma” de cada uno de los padres. No se lo puede aislar del contexto familiar.

En la “cura” se reemplaza la demanda angustiada de los padres y del niño por el deseo más profundo de este, que estaba oculto en el síntoma.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

La terapia COGNITIVA COMPORTAMENTAL, se centra en el presente, en el problema actual que presenta el paciente, no indaga los orígenes de ese problema.

Considera que el terapeuta:

- Responde clara y sencillamente a las preguntas del paciente.
- Menciona cual o cuales son el diagnóstico del paciente y que tratamiento hay que seguir.
- Respeta las ideas y estimula al paciente tratando de aumentar su autoestima.
- Asesora y acompaña en el proceso de cambio fomentando su autonomía.
- Comenta experiencias de su vida que puede serle útil al paciente.-

Esta terapia conduce al paciente a enfrentarse con los síntomas, poniendo en práctica sus habilidades. Desarrollando recursos y adquiriendo una mayor destreza.

Modificar los pensamientos automáticos transformándolos en pensamientos más relajados y optimistas. Evitar todo tipo de preocupaciones.

Esta terapia focaliza los temores del paciente en distintas áreas: fisiológica, mental, social, y comportamental.

BREVE RESEÑA DE UN CASO CLÍNICO DE MUTISMO SELECTIVO

Este caso corresponde a una niña de diez años llamada Soledad, se realizaron cuatro entrevistas, dos a la madre y dos a la niña.

La madre Marcela me relata, “Soledad es mi hija, tiene diez años y estoy preocupada porque no habla, mejor dicho a mi me habla, pero no le habla a sus abuelos maternos (la madre aclara que viven todos juntos, también me preocupa que en la escuela no se relaciona con sus compañeros, permanece inmóvil en el banco y se hace entender por gestos, cuando necesita algo da un golpe en el pupitre”.

Marcela se fue a vivir con sus padres a otra ciudad porque el padre de Soledad estaba desocupado y no tenía medios para sostener a su familia.

La madre relata “cuando Ramón (padre de Soledad), encuentra trabajo Sole tenía casi tres años y vino a instalarse con nosotros pero ya estaba muy enfermo. Soledad compartió poco con su padre apenas si lo recuerda, antes de que ella cumpliera cuatro años viajamos a Buenos Aires para que lo hospitalicen y finalmente murió. Yo se que la nena sufrió porque la separé de mis viejos y además porque cuando empezaba a relacionarse con el padre lo perdió.

Me informo que antes de que muriera el padre Soledad era una nena “normal”, hablaba con todos sus familiares y disfrutaba de sus travesuras. Me comenta la madre que cuando vuelven de Buenos Aires, luego de la muerte de Ramón, Soledad parecía un “fantasma”. En ese momento comienza el mutismo electivo en Soledad.

Marcela relata que Ramón era adicto a las drogas, específicamente a la cocaína, ella fumaba marihuana de vez en cuando, pero estuvo libre de drogas durante el embarazo. Cuando nació Soledad, Ramón estaba preso por robo.

Actualmente Marcela vive con sus padres y con Soledad, los padres de Marcela son jubilados y su madre padece demencia senil.

La primera vez que veo a Soledad, me encuentro con una niña delgada, de pálido semblante con ojos vivaces que mira fijamente y se sonríe. Si bien no habla se la observa motivada, atenta y con ganas de colaborar en la primera entrevista.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

Le administro el test de la familia kinética actual. Se la observa atenta y preocupada al dibujar a cada uno de los miembros de la familia, no emite sonido. Borra frecuentemente, tarda veinte minutos en terminar el dibujo, grafica primero a la madre e inmediatamente divide la hoja en distintos compartimentos, en los cuales incluye a cada uno de los miembros de su familia.

Ella se dibuja en cuarto lugar y el último lugar lo reserva para su mascota.

Realiza solo dos figuras completas, la de la madre y la de la abuela, el resto de la figura son simples trazos. Agrega a la familia extendida (primas y tíos), al dibujarse ella en cuarto lugar le pone límite a la familia nuclear.

Las figuras no se relacionan, esto está directamente relacionado con su mutismo, ya que es ella quien no se relaciona. Están ubicadas en compartimentos aislados, es notoria la necesidad de evitar el contacto, separando a los integrantes de la familia.

La ausencia de ojos, las posiciones de espalda o de perfil dan cuenta de las dificultades en la comunicación y también de su propia vivencia de soledad, aun cuando está en el grupo.

La abuela es graficada de espalda, esto haría regencia a la demencia senil que padece (como que está en otro lado).

En el test de la familia kinética prospectiva, cambia algunos integrantes de lugar, ubica en primer lugar a la mascota que reemplaza el lugar de su madre, esto estaría indicando la posibilidad de un conflicto y la fantasía de liberarse de ella lo antes posible.

Nuevamente grafica a la familia extendida y ella se dibuja al final, esto expresaría un intento de separarse del grupo o de discriminarse.

Su figura se desplaza del grupo primario y junto a ella dibuja a una amiga. Se observan cambios esperables en las distintas figuras.

En otra entrevista le administro el test de las dos personas.

Las figuras graficadas son más producidas y detalladas comparadas con los test anteriores, puede ser que la fantasía que le despierta este vínculo diádico le produzca mayor motivación e interés.

En las figuras se destaca buen grado de humanización, completad, complejidad e integración. Le atribuye importancia a la vestimenta, las figuras son rígidas, esto podría estar relacionado con su mutismo.

La expresión de temor es característica en ambas figuras.

Teniendo en cuenta que atraviesa por el período de latencia es normal que dibuje figuras del mismo sexo, una de las figuras (Natalia) tiene aspecto de varón respecto de la otra con características femeninas bastante acentuadas.

El texto narrado responde al gráfico, en el inicio la historia se refiere a cuando eran niñas pero finaliza con la edad que se observa en el gráfico (aproximadamente diecisiete años).

De lo narrado en el texto se interpreta en Soledad cierto temor a asumirlo momento actual por el que está travesando, esto puede conjugarse con una idealización de la etapa elegida (la adolescencia), “más va a ser todo mejor, vivieron contentas y felices”.

Soledad posee capacidad yoica disponible para fantasear con un vínculo diádico, ya que puede elaborar un relato que da cuenta de esa interacción. No hay evitación de contacto y los roles son simétricos, el rol que ella se adjudica es el de la niña que va a visitar a la otra que se cayó.

Soledad en ningún momento habló, por eso opté por la administración de estos tests proyectivos. Al finalizar los mismos, continuó su mutismo con el agregado de gestos y sonrisas hacia mi persona.

“MUTISMO SELECTIVO” EN NIÑOS

Autora: Ofelia Beatriz Viña

Decidí citar a la madre, para comentarle lo acontecido y para obtener más información. La madre en esta entrevista se encuentra más ansiosa que en la anterior, con un dejo de tristeza me comenta que Ramón murió de SIDA. Menciona que le cuesta hablar de este tema con todos y especial mente con Soledad, ella no sabe de que murió su padre. Marcela menciona que sufre desde hace mucho tiempo y que desde que Ramón murió no volvió a tener pareja, porque sostiene que lo sigue amando y además piensa que Soledad se celaría de la eventual pareja. También aclara que no le contó lo del padre para “protegerla”.

Análisis del caso

El síntoma se desarrolla con Otro y para Otro, puede ser que Soledad se halla convertido en aquel de quien se habla por no poder ser ella la que habla o aquel a quien se le habla. Es preciso considerar que Soledad no está sola, sino que ocupa un sitio en el fantasma del otro, específicamente me estoy refiriendo a su desconocimiento referente a lo acontecido con su padre.

“Si el niño tiene la impresión de que le está cerrado todo acceso a una palabra verdadera, en ciertos casos puede buscar una posibilidad de expresión en la enfermedad”⁶.

Tanto el regreso del padre enfermo y el abrupto alejamiento de sus abuelos, obraron en Soledad como detonantes, ya no era la misma niña no hablaba, se transformó en un ser tímido y taciturno.

Tuvo que soportar la angustia de su madre ante tal hecho.

La muerte como significante queda alojada en su cuerpo, significante que hizo marca. Soledad responde con el síntoma mutismo selectivo, según la primera conceptualización lacaneana “el síntoma como significado del Otro”.

El sujeto enfrentado a la presencia del Otro produce su respuesta como un efecto de significación. La respuesta frente a la castración materna que evidencia el deseo de la madre.

Soledad es la representante del síntoma de la madre, de su angustia, de la imposibilidad que esta tiene para verbalizar algo perteneciente al orden de lo “no dicho”.

Se deben indagar las raíces de la inhibición en Soledad.

“Síntoma del niño que guarda su secreto para proteger a su padre o a su madre”⁷.

Soledad carga con el análisis de toda su familia, la palabra de ella está integrada a la de sus padres, lo que ella tiene para decir está encerrado en su soma.

La muerte del padre fue vivida como una “mutilación”, para la madre lo traumatizante no es enfrentarse con Soledad y su problema sino con la mentira del adulto (su fantasía). Después de la muerte de Ramón se establece un vínculo más sólido entre madre e hija, vínculo aglutinado que se refuerza aún más ya que Marcela no vuelve a hacer pareja.

“El síntoma del niño está posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar”⁸.

Soledad responde con su síntoma a los deseos reprimidos de la madre insatisfechos en su vida íntima y a su vez la madre espera en su hija la curación o compensación de su sentimiento de fracaso.

Según la segunda conceptualización lacaniana, el síntoma es definido como verdad de la pareja parental, no lo es del discurso de la madre como tal sino de la verdad de la estructura de la pareja.

Los padres de Soledad han convivido por épocas pero fueron una pareja, pareja en la que uno de sus miembros es un drogodependiente.

Soledad es el fruto de esta pareja, cuando empieza a entender quien era su padre, este era portador de HIV y luego muere.

Marcela, trata de preservar a su hija, recibiendo el sostén económico de sus padres, sigue en pareja con Ramón, un vínculo del cual nunca pudo desligarse.

Cabe señalar lo importante que es para el niño el lugar que la mujer le otorga a la palabra del padre, como ley que regula el deseo y el hombre debe instaurar a la mujer como objeto que cause su deseo sexual.

Cuando el hombre hace objeto a la mujer como causa de su deseo, le propone al niño una versión correcta de goce y lo libera de responder en el lugar de goce para la madre.

¿Como se produce el síntoma en Soledad? En respuesta al encuentro de falla en la estructura materna se confronta con la castración materna y verificará que del lado de la madre no hay un significante para escribir el todo del goce.

Marcela siempre vivió con sus padres, nunca se independizó, cómoda en el rol de hija que no logra asumir del todo el rol de madre. Esta situación nos lleva a pensar en posibles dificultades en la resolución edípica.

Me pregunto si esta madre desea que se repita la historia de mutua dependencia en su hija.

Soledad como sujeto sujetado al momento de su nacimiento, ocupa un lugar que está vacío en la madre y está condenada a ser objeto del deseo de la madre.

Soledad a través del síntoma obtura su encuentro con el Otro, manera gozosa de hacer con la castración.

Lacan define al padre no tanto en términos de relación al falo sino con relación al objeto (a) (todo lo que somos, causa del deseo).

La dirección de la cura apunta a la obtención de una versión del objeto (a) no se trata de una realización fálica sino que se produzca una separación del objeto, para que no sea el cuerpo del niño el objeto del goce materno.

“Si una madre se encuentra en verdad sola, es bueno que se refiera a un tercero para criar a su hijo. El hijo debe saber que no es su objeto único y que ella tiene otros intereses y otros amores en la vida”⁹.

CONCLUSIONES

Las definiciones sobre mutismo selectivo, nos orientan y nos sirven de parámetro para poder aclarar este tipo de trastorno.

Definir el síntoma, nos ayuda para poder entender cuales son las causas que provocan mutismo selectivo y poder así determinar que tratamiento hay que aplicar.

Considero personalmente que el marco teórico psicoanalítico ahonda profundamente en las causas del trastorno y en el presente y pasado del niño. Su campo de desarrollo es más generalizado, dista del cognitivismo, cuyo enfoque es más parcial y tecnista.

Es importante recalcar en las siguientes alarmas ante un niño con mutismo selectivo:

- No habla cuando se espera que lo haga.
- No tiene dificultades en el lenguaje.
- Se aísla del grupo.
- El rendimiento escolar es pobre

Finalmente considero que hoy por hoy los profesionales de la salud no estamos obligados a adherir a un marco teórico, tanto el psicoanálisis como el cognitivismo tienen sus pro y sus contra, está en el profesional no dogmatizarse con ninguno de ellos, pensando prioritariamente en el beneficio del paciente.

Por último este trabajo pretende ser una incipiente investigación aclarando causas, síntomas y procedimientos a seguir con niños que presentan este trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Maud Mannoni (Cap 1 “El Síntoma o la Palabra”) Bs. A.s, Editorial Nueva Visión, pag. 28
- 2 Lacan, J. (Patología, Las Respuestas del Sujeto) (“Clínica lacaniana”- 1º módulo “La Clínica con Niños”) pag. 19
- 3 Shipom Blum, Elisa (“Entendiendo el mutismo selectivo”) (Selective mutism group-child hood Anxiety network”) pag. 1, 2, 3.
- 4 Idem 1. pag. 43.
- 5 Idem 1. pag 65.
- 6 Idem 1 pag
- 7 Doltó, Françoise (“Seminario de Psicoanálisis de niños II”) 1987.
- 8 Idem 2. pag
- 9 Cordie, Annye (“Dr. ¿Por qué nuestro hijo tiene problemas?”) (“Un niño psicótico”)

BIBLIOGRAFÍA

- | | |
|----------------------------|--|
| Ajuriaguerra, J. D. | “Manual de Psiquiatría Infantil” |
| Cía, Alfredo | “Como superar el pánico y la agorafobia” – 2006 |
| Cordie, Anny | “Dr. ¿Por qué nuestro hijo tiene problemas?” |
| Cordi, Anny | “Un niño psicótico” |
| Doltó, Françoise | “Seminario de Psicoanálisis de niños II”, 1987 |
| DSM IV | “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” |
| Frank de Verthelyi, Renata | “Familia kinética actual y prospectiva” |
| Frank de Verthelyi, Renata | “Identidad y vínculo en el test de las dos personas” |
| Freud, Sigmund. | “La disposición a la neurosis obsesiva” |
| Lacan, J. | “Clínica Lacaneana, Clínica con Niños” UN de Córdoba |
| Lacan, J. | “Estadío del espejo como formador de la función del yo, E. siglo XX – 1949 |
| Lacan, J. | “La metáfora paterna.” Seminario V. Formaciones del Inconciente. E. Paidós. – 1956 – 1957. |
| Mannoní, Maud | “El niño su enfermedad y los otros” 1976 |
| Mannoní, Maud | “La primera entrevista con el psicoanalista” |
| Mansur, G. y otros | “Programa de postgrado, Clínica lacaniana”, UN de Córdoba. |
| Nacio, Juan D. | “El silencio en psicoanálisis” |
| Shipom Blum, Elisa | “Entendiendo el mutismo selectivo” 2003 |

DATOS DE LA AUTORA

Apellido y nombre: Ofelia Beatriz Viña
Domicilio: Falucho 1531 4º piso depto. 19. Mar del Plata
Teléfono: (0223) 451-2503
e- mail: beaintomarvi@yahoo.com.ar

Referencias Curriculares: Lic. en Psicología, recibida en la Facultad de Psicología perteneciente a la UNMDP. Obtención de título: julio de 2005.
Seminarios de pregrado: “Introducción a la Clínica de las Drogadicciones”.
Residencia en la institución municipal IREMI (300 horas).
Cursos de postgrado: “Clínica de Niños y Adolescentes” (Colegio de Psicólogos) (30 horas). “La hora de juego diagnóstica” (12 horas). Asistencia al Congreso 2007 de A.A.S.S. de Salud Mental.
Actividad Laboral: Orientadora Educacional en E.E.M. Nº 6, Asistente Educacional en el Centro de Estimulación temprana, Escuela 501. Consultorio particular: Falucho 1531 4º 19. Mutual 22 de diciembre. S.A.C. (Servicio de Atención a la Comunidad) dependiente del Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Bs. As.