

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Psicoterapia Infantil

EL JUEGO ES MAGIA, UN CASO DE MUTISMO SELECTIVO:
UN ESTUDIO DE CASO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

TESIS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Aissa Salcedo Rivera

Director: Dra. María del Rosario Muñoz Cebada

2014, México, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A todos los que fueron parte de mi caminar y mi crecimiento

Dedico con mucho cariño y agradecimiento este trabajo a:

Dios, la vida y a mi misma: por permitirme aprender, crecer, y enfrentar las dificultades y retos para terminar este sueño y proyecto de vida.

A mis padres Enrique y Melissa por ser un apoyo incondicional, mostrarme su amor en todo momento y enseñarme con su ejemplo a salir adelante.

A mi esposo Jaime por enseñarme a confiar, creer y darme todos los días cariño y amor incondicional.

A mi hermano Enri por acompañarme en el camino y ser siempre un apoyo cariñoso e incondicional.

A mis maestras por enseñarme y permitirme aprender, a mis supervisoras por enseñarme a ver desde una óptica distinta y a mis analistas. A mis compañeros por compartir conmigo su día a día, sueños, trabajos, conocimiento y más.

A CONACYT por otorgarme la beca para realizar mis estudios, a la UNAM por permitirme aprender tanto a través de este programa. Al centro de Atención Psicológica los Volcanes por permitirme desempeñarme como practicante y aprender tanto.

A mi querida amiga Natalia por su paciencia, cariño, compañía y apoyo.

A mis tíos, primos, sobrinos y demás familiares por mostrarme siempre su amor incondicional.

A mis amigos que me han acompañado a lo largo de la vida, con una escucha, compañía y cariño incondicional.

A mis pacientes gracias a los que junto con ellos he aprendido y crecido tanto.

A A. y su madre por permitirme acompañarlas y confiar en mí y en la psicoterapia.

Muy especialmente a la Mtra. Rosario Muñoz por acompañarme, supervisarme, aconsejarme, apoyarme y mostrarme su cariño a pesar de todo, gracias por creer en mí.

No me queda mas que decir ¡gracias! Por este sueño que se cumple hoy.

Resumen

En este trabajo se expone la reflexión acerca del planteamiento, las intervenciones psicoterapéuticas y la importancia de la alianza de los padres para posibles casos de simbiosis y mutismo selectivo, esto a partir del estudio de caso de A. una niña de 8 años, quien presentaba dificultad para hablar y relacionarse fuera del núcleo familiar. Esto a través de 13 encuentros de diagnóstico y tratamiento psicológico de acercamiento a este desorden tan poco estudiado en México como es el mutismo selectivo. Los ejes de la psicoterapia realizada fueron el juego y las relaciones transferenciales y contra transferenciales con base psicodinámica, tomando en cuenta los factores familiares, biológicos, cognitivos, escolares y sociales.

Indice

Introducción.....	5-6
Capítulo I: Mutismo selectivo.....	7-20
Capítulo II: Nacimiento Psíquico y Simbiosis humana.....	21-32
Capítulo III: El nombre del padre.....	33-37
Capítulo IV: Perspectiva familiar.....	38-45
Capítulo V: Juego simbólico.....	46-51
Metodología: Pregunta de investigación; Objetivo general; Hipótesis de investigación; El entorno y Participantes.....	52-54
Presentación de A.: Motivo de Consulta y La primera entrevista.....	55-58
El Psicodiagnóstico y sus Resultados: Antecedentes, Área Intelectual y Perceptual; Área Afectiva o Emocional; Relaciones Interpersonales; Mecanismos de Defensa; Conclusiones Psicodiagnósticas y Sugerencias de Tratamiento.....	59-69
El Tratamiento Psicológico: Fase Inicial; Fase Intermedia y Fase Final.....	70-77
Discusión.....	78-85
Consideraciones Finales.	86-90
Referencias Bibliográficas.....	88-93
Anexos.....	94-101

Introducción

A lo largo de la licenciatura en psicología me preguntaba hacia que área quería especializarme, había varias áreas que me llamaban la atención como psicoanálisis, psicología de la salud y trabajar con niños y adolescentes. Recuerdo durante mis prácticas profesionales en el hospital Civil de Guadalajara estar en los pasillos de los enfermos y sentir que el corazón me latía con fuerza por el aprendizaje al que me enfrentaría durante el día. Después de un año de laborar ahí, otro año trabajando con niños a nivel escolar y un profundo discernimiento, decidí que quería especializarme en niños por varias razones conscientes e inconscientes. Estuve investigando varias opciones de posgrado y el que más me agradó fue el de la Facultad de Psicología de la UNAM, la Residencia en Psicoterapia Infantil, ya que era el programa que me ofrecía lo que estaba buscando, de tiempo completo, teórico, práctico y de investigación y además formarme como Psicoterapeuta Infantil desde un enfoque integrativo.

Esta formación me ha dado habilidades y competencias para el diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes con diferentes problemáticas, y me ha invitado a seguir aprendiendo y creciendo. Como parte de este aprendizaje están las sedes, en donde se llevan a cabo las prácticas en distintos escenarios. Tuve la fortuna de estar practicando y ser supervisada por profesionales durante los dos años de la maestría en el Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes, ubicado en la Colonia los Volcanes, Tlalpan, DF. Este centro está integrado por la facultad de psicología de la UNAM y por el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. El centro surge por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, ante la necesidad de atender el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en la población del sur de Tlalpan. A partir del convenio establecido con la Facultad, este Centro fue inaugurado en noviembre de 2004. Se otorgan servicios de atención psicoterapéutica a niños(as), adolescentes y adultos(as), y se desarrolla trabajo preventivo a través de conferencias, talleres y otras acciones comunitarias.

Durante mi formación laboré 2 años en este centro y atendí 20 pacientes individuales, un grupo de padres y un grupo de niños, recibí supervisión individual y grupal, participé y asistí a exposiciones de temas académicos, realicé evaluaciones, entrevistas, procesos

terapéuticos con los niños y sus padres, trabajo en conjunto con prestadores de servicio social de la Licenciatura en Psicología, con practicantes de la maestría en Terapia Familiar y con mi supervisora.

De todos los niños con los que pude trabajar, hubo uno en particular que más me llamó la atención tanto por la historia, la complejidad, y lo que me llevó a conocer y aprender este caso. Este es el caso que presento de A. una niña de 7 años, la cual presenta dificultad en la escuela al no poder hablar ni relacionarse con sus compañeros y maestros. A lo largo de esta tesis, veremos cómo se habla desde diferentes abordajes para entender desde la parte teórica el caso. Estos abordajes son de acuerdo a la línea de la maestría que es de corte integrativo; cada una de estas perspectivas ayuda a explicar de manera más amplia el zoom que se quiere dar para entender lo que se quiere resaltar para analizar el caso, como es la explicación del mutismo selectivo como posible diagnóstico de A., la explicación psicodinámica desde la simbiosis (en donde se hace énfasis acerca del desarrollo psíquico de A. y su madre) y el nombre del padre (en donde se explica la triada que tanto jugaba A. y que pasa con la relación entre el padre, la madre y la hija), la explicación familiar desde El ciclo vital de la familia y la terapia familiar, así como la descripción del caso, la metodología y las conclusiones.

Capítulo 1.

Mutismo Selectivo

El mutismo selectivo (MS) es un desorden de comunicación, caracterizado por una falta persistente del habla, en situaciones sociales específicas, en donde normalmente se espera se presente el habla (ej. La escuela), sin embargo presenta lenguaje fluido en otras situaciones más familiares (ej. En casa) (Asociación Psiquiátrica Americana 2000).

El Mutismo Selectivo fue descrito por primera vez por Kussmaul en 1877 con el término “Afasia Voluntaria” (Krysanski 2003). Tramer optó por el término “Mutismo Selectivo”, para sugerir que el niño seleccionaba con que personas hablar, y con quienes no (Afnan S, Carr A 1989). En 1994 el DSM-IV cambió la terminología a Mutismo Selectivo (L. Sharkey and F. McNicholas 2008), haciendo énfasis en el hecho en que el niño es mudo solo en ambientes seleccionados. (Asociación psiquiátrica Americana 2000) y propuso criterios para el diagnóstico de la enfermedad.

1. Características diagnósticas

A. La característica esencial del mutismo selectivo es la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas (p. ej., en la escuela, con compañeros de juego) cuando es de esperar que se hable, pese a hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere en el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social.

C. La alteración debe durar por lo menos 1 mes y no se limita al primer mes de escolaridad (durante el cual muchos niños pueden estar vergonzosos y negados a hablar).

D. No debe diagnosticarse mutismo selectivo si la incapacidad del sujeto para hablar se debe sólo a una falta de conocimiento (o de fluidez) de la lengua hablada requerida en la situación social.

E. Tampoco se diagnostica si el trastorno se explica mejor por otro trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) o si aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

F. En lugar de comunicarse mediante las verbalizaciones usuales, los niños afectos de este trastorno pueden comunicarse mediante gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, estirando o empujando, o, en algunos casos, mediante vocalizaciones monosilábicas, cortas o monótonas, o con voz alterada.

Síntomas y trastornos asociados

Las características asociadas al mutismo selectivo incluyen timidez excesiva, miedo a las relaciones sociales, aislamiento y retraimiento sociales, «pegarse» a otros, rasgos compulsivos, negativismo, pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa. Puede existir un grave deterioro de la actividad social y escolar. Es frecuente que los compañeros se burlen de ellos o los conviertan en víctimas propiciatorias. Aunque los niños con este trastorno suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, ocasionalmente tienen asociado un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo o trastorno mixto del lenguaje expresivo receptivo) o una enfermedad médica que cause anomalías de la articulación. También pueden asociarse trastornos de ansiedad (especialmente fobia social), retraso mental, hospitalización, o estrés psicosocial grave.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Niños inmigrantes, que no se han familiarizado o se sienten incómodos con la lengua oficial de su nuevo país de adopción, pueden rehusar hablar a extraños en su nuevo ambiente. Este comportamiento no debe diagnosticarse como mutismo selectivo.

El mutismo selectivo es algo más frecuente en mujeres que en varones.

Prevalencia

En apariencia, el mutismo selectivo es raro y se halla en menos del 1 % de los sujetos visitados en centros de salud mental.

Curso

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no presentarse en la consulta clínica hasta haberse realizado el ingreso en la escuela. Aunque la alteración suele durar sólo unos pocos meses, a veces persiste más tiempo e incluso se prolonga durante varios años.

Diagnóstico diferencial

El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación como un trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo o tartamudeo. A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla propia de estos trastornos no se limita a una situación social específica. Los niños procedentes de familias que han inmigrado a un país donde se habla un lenguaje diferente pueden rehusar hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento del idioma. Sí la comprensión del nuevo idioma es adecuada, pero persiste la negativa a hablar, puede estar justificado un diagnóstico de mutismo selectivo. Los sujetos con trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o retraso mental grave, pueden experimentar problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo sólo debe diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en algunas situaciones sociales (p. ej., en casa). La ansiedad social y la evitación social propias de la fobia social pueden asociarse a mutismo selectivo. En estos casos deben establecerse ambos diagnósticos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE10

Los criterios diagnósticos de DSM IV y CIE 10 son idénticos. En esta última, el trastorno viene con el nombre de mutismo electivo (Organización Mundial de la Salud 2001).

Criterios para el diagnóstico de F94.0 Mutismo selectivo

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- 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 (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Contexto situacional del Mutismo Selectivo

El ambiente escolar es el contexto social en donde más frecuentemente el niño con mutismo selectivo manifiesta síntomas del desorden. Normalmente el niño con quien menos habla es con los maestros el mutismo se presenta más frecuentemente en el ambiente del salón de clases que en el área de juegos (Bergman y cols. 2002).

Algunos niños que presentan mutismo selectivo no hablan con sus compañeros de escuela, mientras que otros hablan con pocos compañeros (Black 1992). El contexto familiar es en donde el niño con MS presenta menos síntomas, aunque en casos también presenta reservas para hablar en casa, el padre es la persona con quien menos habla (Black 1994).

Epidemiología

MS es generalmente considerado como un raro desorden, con una prevalencia de entre .3 y 7.1 por cada 1,000 niños. Cuando se presenta el MS tiene cuatro veces mayor prevalencia en inmigrantes que en personas nativas. (Black 1995).

Es más común en niñas que en niños, en un rango de 2 a 1. Usualmente se identifica en los primeros años de primaria entre los 6 y los 8 años, aunque los estudios indican que los síntomas se presentan desde los 3 años (Blum y cols. 1998).

Etiología

La causa del MS es desconocida como tal, se ha pensado que tanto la genética y los factores ambientales contribuyen a la etiología. La actual conceptualización del desorden liga al Mutismo Selectivo con desordenes de ansiedad, en particular con fobia social. Los niños que presentan MS han sido descritos como inhibidos, tímidos. En la escuela han expresado miedo a ser juzgados, así como síntomas de ansiedad en situaciones sociales, y cuando se les confronta con la situación causante del miedo, tienden a evitar las situaciones. (Bridge y cols. 2009)

Los estudios de diagnóstico de niños que presentan MS indican que el 97% cumple con los criterios que define el DSM-IV para fobia social, así como sus familias. Estos autores sugieren que el MS debe verse como un subtipo o una expresión temprana de la fobia social. El MS ha sido asociado con otras condiciones psiquiátricas de la infancia, como enuresis y encopresis y otras como ansiedad de separación, síntomas obsesivo-compulsivos y enfermedades somáticas (Carlson y cols.1999). Gillberg y Gillberg (1989) Reportaron una asociación entre MS y desórdenes del espectro autista. Como un atraso en el desarrollo del lenguaje, dificultades en el habla, son factores que pueden contribuir al desarrollo del desorden. Cerca del 68% de niños con MS han presentado retraso en la adquisición del lenguaje y el habla, aproximadamente el 68.5% de personas referidas a clínicas en otros países cumplen con criterios de atraso en el desarrollo neurológico Kristensen (2000). Rodriguez y Cols. (2007) comentan acerca de la interdependencia entre el MS y el nivel intelectual, así como el estudio de la correlación entre el mutismo selectivo y el cromosoma 18.

Las familias de niños con MS han sido descritas como tímidas y aisladas Black, Uhde (1994). Algunos estudios han demostrado un fuerte vínculo entre la madre y el hijo, causando dificultades en la separación y la individuación Sharkey, McNicholas (2008). Hayden (1980) utilizó el término “mutismo simbiótico” para describir la relación padre – hijo de una serie de casos, y recomendó a la familia terapia como tratamientos de intervención.

Algunos estudios han reportado el desarrollo del MS como consecuencia a un evento traumático Steinhausen, Juzi (1996).

La etiología de lo antes mencionado permanece sin estar claro. La alta permanencia de problemas de comunicación en las familias, la cercana relación entre MS y fobia social y

los altos índices de retraso en el desarrollo sugieren que la vulnerabilidad genética juega un rol importante en el desarrollo del desorden, que también puede estar compuesto por el ambiente en el que viven los niños, frecuentemente caracterizado por un aislamiento geográfico o social y modelado por padres ansiosos y sobreprotectores. Steinhausen, Adamek (1997)

Cohan y cols. (2006) sugirió una trayectoria de desarrollo en donde el niño que experimentó un alto nivel de ansiedad (genético, comportamiento o vivido en casa), puede que exista mayor sensibilidad a interacciones verbales con otras personas (debido a un desarrollo inmaduro, desorden de comunicación o a ser inmigrante). Esto sumado a un estresor ambiental (trauma personal, inicio escolar), que puede llevar a un problema para hablar en cierto ambiente, a pesar de tener la habilidad para hacerlo.

Caracterización clínica

De acuerdo a Olivares y cols. (2007) el mutismo selectivo presenta tres componentes o sistema de respuesta:

-*El sistema motor:* los niños con MS presentan aislamiento social, esto se interpreta como una respuesta de evitación pasiva, ya que al no relacionarse socialmente no se emiten los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad (si nadie le va a preguntar no tiene que contestar). Utiliza modos de comunicación alternativa (hablar en secreto, utilizan gestos, muecas, movimientos de cabeza para afirmar o negar, tirones o empujones para pedir algo o expresar desagrado, usan el lenguaje escrito como sustituto del oral. No miran al interlocutor especialmente en el inicio.

- *El sistema psicofisiológico:* Cuando son expuestos a situaciones que les provocan ansiedad como el enfrentarse a una situación social; se incrementa la sudoración (se puede ver reflejado en la frecuencia con que se restriegan las manos en el pantalón o falda), tensión muscular que pareciera están agarrotados, tics, rechinar dientes, tocarse o rascarse más de lo habitual distintas partes del cuerpo, suele incrementarse la respiración y la frecuencia cardíaca, después de la situación temida pueden presentarse cefaleas, mareos, cansancio extremo, alteraciones de la visión, así como aumento en las ganas de orinar.

- *El sistema cognitivo:* Los pensamientos con respecto a la incapacidad de hablar en situaciones que le producen ansiedad están constantemente reforzándose, ya que las

respuestas fisiológicas condicionan sus conductas al hablar y se asocia con pensamientos negativos hacia esas situaciones.

Evaluación y diagnóstico del mutismo selectivo

Para que se pueda llevar a cabo se requiere una evaluación interdisciplinaria, a lo largo de varios ejes.

Como el MS no es comúnmente diagnosticado hasta que el niño comienza la escuela, aunado a un periodo de conversación normal con los miembros de la familia en el hogar, el maestro es un informante muy importante en cuanto a la habilidad del niño para comunicarse en el salón de clases. Sharkey, McNicholas (2008)

Algunos niños con MS tienen dificultades con el habla y el lenguaje Steinhausen, Juzi (1996), el retraso en el desarrollo de ambos, puede considerarse como una predisposición al desarrollo y prevalencia del desorden. El habla y el funcionamiento del lenguaje son evaluados por un terapeuta de lenguaje Toppelberg y cols. (2005). La historia detallada contada por los padres de la observación verbal y no verbal de la comunicación del niño en varios ambientes, el uso de videos y audios pueden ayudar en la evaluación del lenguaje. Sharkey, McNicholas (2008)

Los niños con MS son normalmente considerados con una habilidad académica promedio, aunque también se puede presentar con problemas de aprendizaje, el psicólogo es el que mejor puede determinar el nivel cognitivo y de sus funciones adaptativas. Sharkey, McNicholas (2008)

Existen dos escalas americanas para evaluar el mutismo selectivo en casa y en escuela, una desarrollada para padres (anexo 1) y otra desarrollada para maestros (anexo 2) que ayudan en el diagnóstico Bergman y Cols. (2008). Sólo se tiene el conocimiento de una escala en español para el diagnóstico diferencial del MS, es la Escala para el diagnóstico diferencial del MS de Estévez (1995) que posteriormente ha sido modificada por Olivares (2002), Olivares y Cols. (2008) (anexo 3). Existen varios registros desarrollados por

Olivares (2004) para la observación de las interacciones del niño en presencia de personas extrañas, de personas conocidas en lugares extraños o con personas conocidas en presencia de extraños (anexo 4), el registro general para las respuestas de ansiedad (anexo 5), y el registro de respuestas motoras de ansiedad (anexo 6).

Psicopatología

Los niños con MS son descritos en la literatura con diferentes síntomas (tímidos, ansiosos, dependientes, temerosos, sensibles, depresivos, “congelados por ansiedad”, tercos, desobedientes, controladores, demandantes y opositoristas Krohn y cols. (1992). Reportes realizados usando escalas validadas y muestras de niños con MS Kristensen, Torgersen (2001) muestran ansiedad como acompañante del MS, esto sugiere que el MS puede ser una expresión temprana de fobia social Vecchio, Kearney (2005).

El mutismo per se impacta en un ajuste social en una etapa crucial del desarrollo, que si persiste puede causar dificultades a largo plazo en la interacción con los pares y logros académicos. Como se mencionó anteriormente, muchos niños tienen problemas con el habla y el lenguaje Kristensen (2000) y pocos estudios reportan inmadurez neurológica en funciones cognitivas y motoras. Sumadas a reportes de enuresis y encopresis Kristensen, Torgerson (2002), esto refleja una conexión entre el atraso en el desarrollo neurológico y el MS. Otros autores también han reportado comportamientos obsesivo compulsivos Cohan y Cols. (2006). También han ocurrido casos de niños con MS en los que se han detectado anomalías en los cromosomas del par 18 Simons y cols. (1997).

Características familiares

Las familias de niños con MS han sido descritas como tímidas y reservadas Steinhausen, Adamek (1997). El MS se ha detectado en otros miembros de la familia en casi un 50% y fobia social en un 70% Black, Uhde (1992). También se ha reportado melancolía en ambos padres hasta en un 50% Steinhausen, Adamek (1997). Los desórdenes de internalización parental han mostrado correlacionar de manera importante como un predictor de niños con MS Black, Uhde (1995).

Goll describe una serie de casos de 10 familias con MS en el que un niño presenta MS, en estos identifica a sus miembros jugando 4 roles específicos: 1. El mudo selectivo 2. El modelo o modelos mudos 3. El padre simbiótico 4. El líder de la familia, la dinámica se lleva a cabo de la siguiente manera: El padre simbiótico (normalmente la madre) forma una coalición con el mudo selectivo, y esta relación cercana está directamente relacionada con la hostilidad y la insatisfacción entre los padres. El mudo selectivo y el padre simbiótico presentan grandes dificultades para separarse al comenzar la escuela y la individualización para convertirse en un ser autónomo. Las madres comúnmente son descritas como sobreprotectoras y demasiado involucradas, mientras que los padres como desapegados. La rivalidad fraterna es muy común. Algunos padres asocian el mutismo con el nacimiento de un hermano menor. La incidencia del MS aumenta entre hermanos, y esto puede representar una transmisión genética, modelando o compitiendo por la atención y el afecto que es dado al hermano que presenta MS.

Goll veía la problemática como la interacción de la familia con la sociedad y se preguntaba si los roles que se desarrollaban eran causados por el MS o si el MS causaba los roles del MS. Sharkey, McNicholas (2008).

Cline y Baldwin observaron familias con niños que presentaban MS y comentaron que estas son caracterizadas por fuertes tensiones y diferencias maritales. La comunicación es frecuentemente breve, restringida e insatisfactoria. A pesar de esto usualmente los padres se mantienen juntos, pero comúnmente son infelices. Comúnmente se aíslan socialmente, y son cautelosos de los extraños y del mundo. Los padres por lo general no tienen contacto con otras personas además de su familia inmediata, y este contacto suele ser intenso. En las entrevistas generalmente niegan cualquier dificultad en su relación, y se cree que el comportamiento del niño ayuda a desviar la atención de la relación de los padres Sharkey, McNicholas (2008).

Manejo del Mutismo Selectivo

La mayoría de la literatura presenta reportes o casos pequeños de MS. Entre estos reportes se presenta una gran variedad de tratamientos y estrategias, incluyendo intervenciones individuales, grupales y familiares.

Recientemente se han hecho estudios farmacológicos, aunque han sido inconclusos. Por lo que se puede decir que es un trastorno difícil de tratar y la intervención óptima puede ser multimodal, desde diferentes enfoques y a largo plazo.

Psicoterapia Individual

Diferentes enfoques psicoterapéuticos han sido reportados, la mayoría de los casos reportan la eficiencia de la terapia. Los métodos utilizados han sido el psicoanálisis, terapia de juego y arte-terapia con orientación psicoanalítica, terapia cognitivo-conductual.

Terapia cognitivo conductual

El MS ha sido descrito como una respuesta aprendida que el niño desarrolla para manejar la ansiedad o para obtener la atención de otros. En este modelo el MS es descrito como el producto de una serie de eventos condicionados y sin tener en cuenta la causa original del comportamiento, también frecuentemente existe una ganancia secundaria que hace el niño mantenga el mutismo a lo largo del tiempo Cohan y Cols. (2003).

Los tratamientos conductuales han empleado técnicas como el manejo de contingencias, moldeamiento y extinción del estímulo, desensibilización sistemática, entrenamiento y modelamiento de habilidades sociales para aumentar las verbalizaciones en circunstancias en donde el niño había permanecido sin habla. Intervenciones de manejo de contingencias que incluyen reforzadores positivos del comportamiento verbal que generalmente se combinan con otras intervenciones como el reforzamiento de la comunicación no verbal como señalar o hablar en secreto para aumentar las verbalizaciones en los ambientes problemáticos. Amari y Cols. (1999)

En un manejo de contingencias y modelamiento, las opciones de reforzamiento son primero desarrollados en colaboración con el niño. Después el reforzamiento se provee a partir de aproximaciones a las conductas objetivo de habla como palabras aisladas, susurros, hablar por teléfono, para terminar con el habla normal. Schenck, Kane(1999).

Reed usó desensibilización sistemática para tratar a una niña de 6 años con MS. Nolan y Pence describieron un programa conductual usado para tratar a una niña de 9 años con MS. Un análisis funcional reveló que la escuela reforzaba su conducta al ser permisiva con ella. El condicionamiento operante fue usado para ignorar el silencio y recompensar la

comunicación. Dos años después de que finalizó el tratamiento, la niña hablaba con soltura en diferentes situaciones. Sharkey, McNicholas (2008).

El auto modelamiento ha sido descrito como una ayuda en la intervención durante el tratamiento de MS. Esto incluye el hacer un video y audio casetes que muestren al niño hablando en ambientes en donde el niño previamente hubiera permanecido sin habla. Estos casetes son vistos repetidamente a lo largo del tratamiento, con el objetivo que el niño se acostumbre a escucharse a hablar en estos ambientes, y crea en la habilidad que tiene para hacerlo. En los siguientes 6 a 9 meses de tratamiento fueron reportados resultados positivos Kee y Cols. (2001), Kehle y Cols. (1998).

Porjes observó que la terapia necesitaba darse en la escuela, y requería organización y coordinación entre maestros y psicólogos, también notó que el tratamiento era más exitoso en niños pequeños en donde los logros académicos y el desarrollo de las relaciones con pares no estaban comprometidas.

Fung describió un programa en internet basado en un programa cognitivo conductual para el tratamiento de MS, este programa incluía un libro de trabajo en la web, y un manual para padres que puede bajarse de la red, que se basa en la psico-educación, el tratamiento consistía en 14 sesiones semanales e individuales, en las que se le enseña al niño a reconocer señales de ansiedad asociadas con el habla y a usar estrategias de manejo de ansiedad. Sharkey, McNicholas (2008).

Intervenciones Psicodinámicas

Desde este enfoque se conceptualice el MS como una expresión de conflictos intrapsíquicos no resueltos como un duelo postergado hostilidad parental y ansiedad ante extraños, relaciones objetales, y ansiedad de castración. Valner y Neimiroff (1995). El tratamiento incluye técnicas relacionadas para lograr el entendimiento del significado del mutismo del niño y sus orígenes inconscientes. El psicoanálisis clásico ha sido utilizado con niños mayores, y en el caso de los niños más pequeños se ha utilizado la terapia de juego, la cual incluye el uso de juegos no estructurados y juguetes que ayudan al niño a identificar y expresar sus emociones, así como una variedad de de materiales de arte (dibujos, pinturas, plastilina etc.) para crear representaciones visuales de los pensamientos y sentimientos del niño. En el tratamiento psicodinámico el terapeuta no

busca objetivizar los síntomas del mutismo selectivo directamente, si no busca centrar la atención en explicar el significado simbólico del mutismo del niño. El objetivo de la intervención psicodinámica es permitir al niño expresar sus conflictos internos, con la expectativa de que el niño no continúe en silencio. Los casos reportados desde el enfoque psicodinámico frecuentemente no están muy claros debido a la falta de sistematización del proceso terapéutico, ya que no incluyen controles experimentales que permitan su réplica. Sharon y Cols. (2006)

Bonovitz (2003) habla de un caso de un niño de 12 años, en donde trabajó con el niño y su madre por más de 1 año, en donde el autor habla de la dificultad del niño para simbolizar y como el espacio terapéutico funge como un espacio de transición para lograr la simbolización por medio de terapia de juego, imitaciones, adivinar juegos, usando la comunicación no verbal.

Valner y Nemiroff (1995) Describen un caso de una niña de 6 años en el que es tratada por más de un año, por medio de terapia de juego y sesiones con los padres, en donde los autores describen la problemática a partir de un proceso de duelo no resuelto de la niña después de haber presenciado la muerte de su padre. La niña empezó a hablar a los terapeutas durante las sesiones y después a sus amigos de la escuela, mas no en el salón de clases.

Terapia de grupo

La terapia grupal para MS es poco frecuente, dado el limitado número de casos referidos al mismo tiempo. Boizgar y Hansen reportaron un grupo de cuatro niños con MS, el grupo se reunía una vez por semana 1 hora, durante 2 meses a 1 año, hasta que el niño hablara con fluidez en cualquier ambiente. El programa de tratamiento incluía la coordinación con los padres y el salón de clases. Al final del tratamiento todos los niños fueron transferidos a nuevas escuelas y estuvieron libres de síntomas. Se les dio seguimiento periódicamente durante un año, y seguían libres de síntomas. Estos autores creen que la cercana cooperación con las escuelas fueron parte del éxito del tratamiento. Sharkey, McNicholas (2008).

Terapia familiar

La terapia familiar se ha utilizado para identificar los modelos de intervención en la familia que pueden fomentar o mantener el mutismo selectivo. Olivares y cols. (2008) La literatura que habla acerca de la práctica sistémica del mutismo selectivo es dispersa, y puede reflejar ansiedad social o familias aisladas. Goll describió una serie de casos de diez familias con niños con MS. Identificó factores incluyendo una relación muy cercana entre madre e hijo, así como una importante sobreprotección, usada como un acercamiento al tratamiento. Sharkey, McNicholas (2008).

Suzuki reportó un tratamiento familiar de un chico con MS, en el que se modificaron las interacciones familiares, y la madre actuó como co-terapeuta para reconocer los logros del niño, el tratamiento duró 2 años, y se reporta fue eficaz. Olivares y cols. (2008)

Farmacoterapia

Desde 1990, se han reportado varios casos y algunos ensayos clínicos que respaldan el uso de medicamentos en niños con MS, que no respondieron a medidas psicosociales. Los reportes iniciales sugirieron el uso de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) Golwyn (1999), que son usados para tratar adultos con fobia social, y fue pensada su actividad en los receptores de dopamina para aumentar el habla. Los reportes más recientes se han dedicado al uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que son menos tóxicos en dosis altas y son efectivos en desórdenes de ansiedad Black, Uhde (1994). La mayoría de los estudios reportan una mejoría en los síntomas debido a la medicación, algunos autores reportan efectos secundarios como desinhibición del comportamiento, que pueden ser más problemáticos que los síntomas del mutismo selectivo.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (*FDA*, por su sigla en inglés) emitió advertencias con respecto a ISRS en 2004, con base en los reportes de ideación suicida en niños y adolescentes con depresión mayor, en los estudios de corto plazo, sin embargo no se contraindico su uso. Esta advertencia cambió la prescripción en Estados Unidos y Europa. La evidencia reciente sugiere que el ISRS es efectivo en el desorden de depresión pediátrica, desorden obsesivo compulsivo y desordenes de ansiedad incluyendo MS. Los beneficios son mayores en desórdenes de ansiedad que los riesgos de ideación suicida en todos los casos Bridge y Cols. (2007). Los mejores

resultados se han visto con el uso de la fluoexetina en niños resistentes a tratamientos psicosociales, iniciando con dosis bajas y ajustando de acuerdo a la respuesta al tratamiento y a si se presentan o no efectos secundarios. Además los médicos deben monitorear al niño de cerca, avisando a los padres de los posibles eventos adversos y cómo manejarlos Black, Uhde (1994). La fluoexetina es el psicofármaco acerca del que más se han realizado publicaciones, debido a las propiedades ansiolíticas y antidepresivas de la misma, ya que actúa generando una reducción de la intensidad y duración de las respuestas psicofisiológicas de ansiedad. Olivares y Cols. (2008)

Pronóstico

Existen pocos estudios a largo plazo con niños con MS, y la edad de seguimiento ha sido menor a los 18 años. La mayoría de los estudios incluyen muestras de menos de diez individuos, y revelan tasas de remisión de entre 39 y 100%. Las tasas variables son posibles debido a las diferencias en la definición de MS, y la duración del tiempo de seguimiento. Las tasas de remisiones más largas que se han obtenido han sido de seguimientos mayores a 10 años, posiblemente reflejan el hecho que en la mayoría de los casos la duración del desorden excede 5 años.

Las altas tasas de desórdenes fóbicos detectados en la muestra con el seguimiento de las pruebas anteriores sugieren que el MS es un desorden persistente con una tendencia general de un mal pronóstico. Los predictores de un mal pronóstico incluyen las dificultades de las condiciones familiares, la falta de cooperación o enfermedad psiquiátrica de los padres, incapacidad intelectual del paciente, mutismo dentro del núcleo familiar, y disfunción cerebral. Sharkey, McNicholas (2008).

Margaret Mahler basa el desarrollo del niño y la constitución de su personalidad en la dependencia emocional que éste tiene respecto de la madre. El nacimiento psíquico y el nacimiento biológico se reconocen como dos procesos diferentes en tiempo. Esta simbiosis madre-hijo, está basada en el hecho de que el niño no está psicológicamente preparado para sobrevivir sin ayuda. El camino que el niño recorre para la salida de esta simbiosis es el proceso que Mahler ha llamado de separación-individuación:

"el nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico no coinciden en el tiempo. El primero es un acontecimiento espectacular, observable y bien circunscripto; el último es un proceso intrapsíquico de lento desarrollo (...). Denominamos al nacimiento psicológico del individuo proceso de separación-individuación. Este consiste en el establecimiento de un sentimiento de separación respecto de un mundo de realidad, y de una relación con él, particularmente con respecto a las experiencias del propio cuerpo, y al principal representante del mundo tal como el infante lo experimenta, el objeto primario de amor" Mahler, (1975)

Este proceso de separación-individuación continúa durante toda la vida y se concibe como dos desarrollos complementarios. La separación consiste en la emergencia del niño de la relación simbiótica con la madre, que incluye la diferenciación del niño con ella, la conciencia de la separación corporal. La individuación consiste en los logros que el niño alcanza en sus propias características individuales, como por ejemplo, la evolución de la percepción, de la memoria, la cognición, la prueba de la realidad y la evolución de la autonomía intrapsíquica, es decir, el desarrollo del funcionamiento autónomo e independiente.

"la separación y la individuación se conciben como dos desarrollos complementarios: la separación consiste en la emergencia del niño de una fusión simbiótica con la madre, y la individuación consiste en los logros que jalonan la asunción por parte del niño de sus propias características individuales" (Mahler, 1975).

(Bleichmar y Lieberman, 1987), Comentan la teoría de Mahler la capacidad de la madre para responder a las capacidades simbióticas del bebé y, posteriormente, de tolerar y favorecer el proceso de separación-individuación en el momento adecuado. Desde esta

teoría, la enfermedad mental está provocada fundamentalmente por defectos en la relación madre-hijo debido a la psicopatología materna o por ausencia real de la pareja simbiótica. En los niños con autismo primario, Mahler (Bleichmar y Lieberman, 1987) acentúa el peso constitucional de una debilidad congénita del yo, el cual posee una mínima cohesión, desconociendo la existencia de los estímulos internos y externos.

Mahler habla de las cuatro fases del desarrollo psíquico las cuales por motivos de facilitar su estudio se plasman en el siguiente cuadro, en el que se describen las fases y las sub fases.

Cuadro 1 Fases del desarrollo psíquico del infante

Fase	Estadio	Nombre	Duración
1	Sin objeto	Autismo normal	0-2 meses
2	Pre objetal	Simbiosis normal	2-5 meses
3	Objetal	Separación - individuación	5- 36 meses
3.1		Diferenciación	5-10 meses
3.2		Ejercitación locomotriz	10-15 meses
3.3		Reacercamiento	15-22 meses
3.4		Individuación	22-36 meses

Los principales logros psicológicos de este proceso ocurren en el período que va desde los primeros meses hasta aproximadamente los tres años. Se describen las fases autista y simbiótica, como dos primeros estadios de no-diferenciación madre-niño, evolucionando hacia una entidad separada, que se va haciendo evidente por la emergencia de un Yo como estructura funcional, pasando de estos primeros estadios de no diferenciación a los estadios de separación e individuación objetal.

- *La primera fase es llamada autismo normal, va de los cero a los dos meses.* Consiste en un estado similar a la somnolencia y casi ajeno a los estímulos externos, en el cual la satisfacción de las necesidades parece pertenecer a sí mismo sin diferenciar que viene de otro. Los cuidados de la madre para reducir sus tensiones no son diferenciados de los esfuerzos propios, los mecanismos que utiliza el bebé para evitar una tensión desagradable son llorar, defecar, orinar, toser, estornudar.

El efecto de estos mecanismos y la gratificación de la madre, lo ayudan con el tiempo a diferenciar lo placentero y "bueno" de lo displacentero y "malo". Predominando así los procesos fisiológicos más que los psicológicos, que se convierten en señales de llamada para la madre. La madre sirve entonces de "Yo-auxiliar externo", reemplazando la inicial incapacidad del niño para postergar las descargas. Esta función de la madre sirve de medio a los estímulos internos y externos que podrían abrumar al bebé, facilita la transición gradual desde los procesos internos del cuerpo a la de los órganos de los sentidos sobre la superficie del cuerpo y de allí a una mayor conciencia sensorial del mundo externo.

La tarea de la fase autística sería mantener el equilibrio homeostático del organismo en el nuevo ambiente extrauterino. Sin embargo, Mahler acepta que el neonato llega al mundo con un "equipo de autonomía primaria", y que existen períodos de responsividad o de inactividad alerta ante el mundo exterior, a los que sitúa en continuidad con la fase simbiótica siguiente y las posteriores.

- *La segunda fase llamada simbiótica normal va del primer mes hasta el quinto.* Consiste en un estado de fusión del bebé con la madre en el que el Yo no se ha diferenciado todavía del No-Yo y el "dentro" y el "fuera" se van captando sólo gradualmente como diferentes.

El bebé comienza gradualmente a diferenciar las experiencias agradables y buenas de las desagradables, malas y dolorosas; proceso que ocurre por el efecto que tiene el alivio de las descargas de sus impulsos y las atenciones de la madre a sus necesidades y llamados.

Por lo que se puede inferir, "la barrera a los estímulos externos" que existía durante la fase autista ya no se mantiene de la misma forma. El infante se comporta como si él y su madre formaran parte de una "unidad dual" dentro de un límite común y en la que la madre en esta unidad hace de escudo protector contra los estímulos; pero también es selectivo y receptivo y protege al Yo rudimentario del bebé de tensiones prematuras. El Yo rudimentario se complementa con el cuidado materno. Y dentro de esta matriz de dependencias fisiológicas y psicológicas en relación a la madre comienza la diferenciación estructural.

Los procesos de maduración y el cuidado maternal juntos traen al niño un aumento de la conciencia sensorial de la periferia de su cuerpo y paralelamente una conciencia sensorial progresiva del mundo exterior.

Las sensaciones internas van formando el núcleo de su "sí mismo" desde donde se va a desarrollar el sentimiento de identidad. Cuando las necesidades ya no son tan imperativas y cuando el infante es capaz de esperar satisfacción confiadamente, es posible hablar al mismo tiempo, dice Mahler, del comienzo del "Yo y de un objeto simbiótico".

Ya puede responder diferenciadamente a estímulos de fuera y de dentro (por ejemplo, experimentar en forma distinta, una luz y un retortijón de hambre). Pero estas experiencias serán todavía algo vagas y la madre todavía será percibida como objeto parcial, como parte de él mismo. La atención, "la inactividad alerta" que mencionamos en la fase anterior, está dirigida hacia la madre fundamentalmente.

Una fase simbiótica satisfactoria es como un prerrequisito para el paso a

la siguiente fase. Y esto ocurre si la madre es capaz de discernir las señales que el niño emite, si hay compatibilidad entre las señales del niño y las respuestas de la madre.

Hay pautas conductuales que dan cuenta del apogeo de la fase simbiótica y de los comienzos de la diferenciación, y es esta parte del proceso de la fase simbiótica la que se puede denominar propiamente, la ruptura del cascarón. Durante los meses de la fase simbiótica el bebé se ha familiarizado con la unidad maternante de su Yo simbiótico. Un indicador de este paso es la sonrisa social inespecífica, que se transforma gradualmente en específica, dirigida especialmente a la madre, signo muy importante porque da cuenta que ya se ha establecido un vínculo específico entre el infante y su madre. Este proceso de romper el cascarón se puede observar en la forma como dirige su atención hacia el exterior: mirando más allá de la madre, pero usándola como punto de orientación.

En los niños que han tenido una fase simbiótica óptima se observa curiosidad y asombro ante los extraños; en niños en que la confianza básica no ha sido tan óptima, se aprecian reacciones de ansiedad ante los extraños.

En la fase simbiótica hay una selección mutua de señales que crean una configuración determinada. La madre transmite un marco de referencia durante los primeros meses del niño. Si es estable, esto facilitará el desarrollo de la identidad del niño. Si es hostil, impredecible, inestable, el proceso de la individuación se desarrollará sin un marco de referencia para reexaminar perceptual y emocionalmente a la compañera simbiótica, lo que puede generar un trastorno en la cohesión interna y en el sentimiento propio del ser. El intercambio de señales desde las primeras fases entre madre e hijo asienta las bases para la comunicación y el lenguaje.

- *La Tercera fase de separación-individuación, que consta de cuatro sub fases, comienza aproximadamente a los cuatro o cinco meses con lo que Mahler define*

como "ruptura del cascarón", es decir, la salida de la ilusión de un límite común con la madre y el comienzo de la diferenciación de ésta. Uno de los logros más importantes en la diferenciación de la madre es el desplazamiento hacia la percepción del propio cuerpo como separado. Este desplazamiento se trasladará luego a los objetos del medio, y en primer lugar a la madre, ya que no puede haber verdadera relación objetal hasta que no se ha logrado la separación respecto del objeto de amor.

- *Primer sub-fase diferenciación de los 5 a los 10 meses*

Al llegar a los seis meses comienza a experimentarse una novedosa autonomía, demostrable -para la mirada especialmente perceptiva de Mahler- por la comprobación de conductas tales como *"tirar el cabello, la nariz o las orejas de la madre, poner comida en la boca de ésta, o poner el cuerpo tenso para poder apartarse de la madre y poder contemplarla mejor"* (Mahler, 1975). El niño comienza a diferenciar su propio cuerpo del de su madre. Aparece la pauta de verificación visual y táctil del rostro de la madre y la reacción de ansiedad ante extraños. El pasaje a la etapa siguiente puede verse dificultada si las necesidades inconscientes de la madre favorecen conductas que tiendan a mantener el estado de omnipotencia simbiótica.

- *La subfase de ejercitación motriz* va de los 10 a los 15 meses. Esta etapa está señalada por el predominio de la ejercitación motriz, en primer lugar la que permite un cierto alejamiento de la madre, aunque todavía con diversas limitaciones (arrastre, gateo), y luego la que corresponde a la deambulaci3n en bipedestaci3n (locomoci3n vertical libre) en el segundo a1o de vida. Se completa as3 la diferenciaci3n corporal de la madre y se establece un v3nculo con ella a partir de los rudimentos de un Yo aut3nomo. Durante el primer per3odo, la distancia 3ptima parece ser la que permite al ni1o explorar el mundo un tanto alejado, pero siempre en presencia de la madre. Ella contin3a siendo una

"base de operaciones" a la que el niño vuelve en busca de abastecimiento emocional y de reaseguro, proporcionados por el contacto físico. Si bien hay interés en la exploración, la madre parece seguir teniendo prioridad emocional, y los objetivos principales aparentan *"establecer familiaridad con un segmento más amplio del mundo, y percibir, reconocer y gozar de la madre desde mayor distancia"* (Mahler, 1975).

La locomoción libre y el comienzo del pensamiento representacional llevan al niño a tener conciencia de su estado de separación, y este aparentemente andar por el mundo sin preocuparse si la madre está o no está cerca, es reemplazado por una activa conducta de aproximación para compartir sus habilidades, sus descubrimientos con la madre: hay una necesidad del amor de la madre y una constante preocupación por su paradero. Se aprecia una disminución de la ejercitación y exploración y ya no es tan impermeable a los golpes y caídas y puede alterarse mucho al darse cuenta de su estado de separación. En esta subfase, su fuente mayor de placer son las interacciones sociales.

El reconocimiento del niño de su estado de separación y de sus propias limitaciones, amenazan su creencia en la omnipotencia mágica. Lentamente comprende que sus deseos no coinciden con los de la madre y empiezan los conflictos con ella. Surgen todo tipo de mecanismos para contrarrestar la sensación de separación junto al deseo de comprobar su autonomía.

Está el deseo de estar cerca, junto con el querer separarse, el querer complacerla y el enojarse con ella. Aparecen más abiertamente los celos, la posesividad, la obstinación característica de la fase anal y reacciones ante las diferencias sexuales y anatómicas.

Se aprecia alegría y descontento, ansiedad de separación, tendencia a deprimirse, dificultades para dormir y alteraciones del sueño. Aparece una conducta negativista y coercitiva y pataletas. Cuando estas conductas son extremas, son señales de peligro.

La madre a menudo está perpleja por la irascibilidad de su hijo queriendo ser más independiente por una parte, y por otra, con la demanda insistente para que la mamá comparta sus logros.

Es muy importante en este momento del desarrollo, que la madre pueda tolerar esta ambivalencia del niño. Solo de este modo, el niño puede reemplazar la omnipotencia mágica por el progresivo conocimiento y aceptación de lo que la realidad le ofrece.

- Tercera subfase llamada reaceramiento de los 15 meses a los 22 meses

Cerca de los 18 meses de edad, el niño ha solidificado los aspectos cognoscitivos del sentido del Yo. Comienza a hablar de sí mismo en primera persona y usa su propio nombre. Se reconoce a sí mismo como una persona en el espejo, y reconoce a su madre y a sí mismo en fotografías. Distingue a otras personas de sí mismo por el nombre, entiende los pronombres "yo" y "tú" y está consciente de sí mismo como persona, como Yo. Más o menos a la edad de dos años puede hablar en frases cortas, usando pronombres. A los tres años ha adquirido cientos de palabras, y utiliza frases de 12 a 15 palabras. Aprendiendo los nombres de las cosas es más capaz de internalizar simbólicamente su medio ambiente como para hacer posible su manipulación imaginativa.

El niño ha integrado más coherentemente las partes del cuerpo, tanto del Yo como del objeto, también los ha integrado con sus actividades y los sentimientos.

Ocurre en el momento en que el desarrollo emocional motor y cognoscitivo del niño permite un conocimiento más preciso del Yo como distinto del objeto y una demarcación más precisa de las representaciones del Yo y del objeto. Los sentimientos, los deseos, las prohibiciones, llegan a ser representadas mentalmente y persisten en la mente por tiempos progresivamente más largos. Empieza a reconocer que hay

sucesos independientes de sus deseos y necesidades.

No puede tener lo que quiere, no puede tener a la madre el tiempo que quisiera, ni estar donde quiere, se pone celoso del interés que la madre pueda demostrar a los otros niños y tampoco ésta puede devolverle su sensación de unión con ella y de omnipotencia, no puede evitarle el sentimiento de soledad y desamparo.

Los conflictos persisten en la mente del niño. Los conflictos interpersonales, de ser problemas externos se transforman en intrapsíquicos. La ansiedad y la agresión se generan internamente. Si la agresión es más fuerte que lo amoroso, las representaciones internas de la madre se hacen inestables y la ansiedad de separación se hace intensa y el niño trata coercitivamente que la madre permanezca cerca de él y fracasa o se altera la posibilidad de introyectar un objeto bueno y protector. Si resuelve con éxito esta crisis, y predominan identificaciones positivas con sus padres, progresará hacia la cuarta fase.

La disponibilidad emocional de la madre es extremadamente importante en la tercera subfase. Esto reduce los conflictos intrapsíquicos, junto a la relación con el padre, que en ese momento es fundamentalmente importante.

El padre está asociado con la realidad externa. Las tendencias regresivas y la intensa ambivalencia parecen estar más específicamente ligadas a la madre, y el padre parece experimentarse como un aliado, no tan contaminado como la madre y es el que alienta el desarrollo autónomo del niño y es una figura muy importante de identificación. Parece ser, según las investigaciones, que una relación satisfactoria con el padre es muy importante para la resolución de esta crisis.

Si esto no ocurre pueden facilitarse problemas narcisistas y limítrofes e interferir en la resolución del conflicto edípico y permanecer el uso de mecanismos primitivos en vez de la represión y la sublimación.

Bajo condiciones favorables para el desarrollo, el Yo ha ejercido un control substancial sobre el impulso agresivo y los aspectos "bueno" y "malo" del self, están muy integrados. Se han dado los pasos principales en la línea de integración, diferenciación del self y del objeto, y ambos son ahora percibidos y representados en más íntima armonía con la realidad.

Cuando las condiciones para el desarrollo son desfavorables, la crisis de reaceramiento no puede ser resuelta satisfactoriamente. Puede convertirse en un punto de fijación, con la persistencia del exceso de ambivalencia, "división" y conflicto intrapsíquico.

Como resultado, el logro de la constancia del yo y del objeto y el desarrollo de la estructura psíquica son obstruidos, la resolución de conflictos edípicos se hace más difícil, y puede desarrollar síntomas neuróticos de la variedad narcisista, o pueden ocurrir síntomas borderline en la lactancia y adolescencia. La neurosis infantil puede tener su precursor obligatorio si no su primera manifestación, en la crisis del reaceramiento.

Esta etapa está señalada por el predominio de la ejercitación motriz, en primer lugar la que permite un cierto alejamiento de la madre, aunque todavía con diversas limitaciones (arrastre, gateo), y luego la que corresponde a la deambulación en bipedestación (locomoción vertical libre) en el segundo año de vida. Se completa así la diferenciación corporal de la madre y se establece un vínculo con ella a partir de los rudimentos de un Yo autónomo. Durante el primer período, la distancia óptima parece ser la que permite al niño explorar el mundo un tanto alejado, pero siempre en presencia de la madre. Ella continúa siendo una "base de operaciones" a la que el niño vuelve en busca de abastecimiento emocional y de reaseguro, proporcionados por el contacto físico. Si bien hay interés en la exploración, la madre parece seguir teniendo prioridad emocional, y los objetivos principales aparentan *"establecer familiaridad con un segmento más amplio del mundo, y percibir, reconocer y gozar de la madre desde mayor distancia"* (Mahler, 1975).

- *Cuarta subfase hacia la Individuación, va de los 22 a 36 meses*
El establecimiento de la constancia objetal es un proceso lento, complejo y multideterminado. La capacidad de mantener y utilizar efectivamente una representación mental estable del objeto libidinal es producto de una relación interdependiente entre la maduración, modulación y fusión de los impulsos libidinales y agresivos, el desarrollo del Yo, incluyendo los aparatos perceptual, de memoria, las funciones adaptativas y defensivas, y las experiencias reales de gratificación y frustración en la vida del niño, particularmente el grado de disponibilidad emocional de la madre, la calidad de la interacción madre-hijo. En base a estos desarrollos, particularmente este último, se producen introyecciones e identificaciones favorables.

El logro de la constancia objetal implica representaciones estables del sí mismo y del objeto. El logro de la constancia objetal es un proceso continuado y cada fase va contribuyendo a que esto sea posible.

En esta subfase se estabiliza la estructura intrapsíquica y el Yo puede ejercer un control sobre los impulsos agresivos y se ha logrado una mejor integración del Yo y del objeto.

Hay también integración de los aspectos bueno y malo, e integración del esquema corporal. Este mayor nivel de integración unido a la constancia objetal, lo alivia de las amenazas de desamparo y soledad características de la crisis del reaceramiento. Esto significa que ha logrado la individuación y que puede permanecer más tiempo separado de la madre.

La constancia objetal sólo se empieza a adquirir en el tercer año de vida y está basada en la disposición intrapsíquica de la madre.

Las tres tareas principales de esta cuarta subfase son: El alcance de cierto grado de constancia objetal; el logro de una individualidad diferida, y el desarrollo de una estructura psíquica estable y durable.

La adquisición de la constancia objetal es un proceso continuo, que tiene su origen en el comienzo de la vida del niño. Cada fase y subfase hacen su contribución y comienza a lograrse alrededor del tercer año de vida y continúa desarrollándose a través de la infancia, de la latencia y de la adolescencia.

Las representaciones internas se hacen disponibles y cognitivamente estables si se ha resuelto la crisis del reaceramiento. Y esta resolución se produce por procesos de internalización. La madre puede ser ahora sustituida durante su ausencia física por lo menos en parte, por la presencia de una imagen interna que permanece relativamente estable, aún cuando está ausente, siempre que la ausencia no sea muy prolongada.

Cuando la madre decide dejar al niño por un breve tiempo, está más capacitado para tolerar su ausencia. Por ejemplo, si a un niño muy concentrado en el juego se le pregunta dónde está su mamá o si la echa extraña, habitualmente dará una respuesta sencilla sin necesidad de buscarla. La madre real que servía de base segura para explorar en la subfase de práctica, se representa ahora cada vez más por una estable y segura imagen mental. El niño pequeño es así capaz de comprometerse en una variedad de actividades independientes de la madre. Hacia el fin del tercer año de vida, corrientemente se ha alcanzado un grado suficiente de constancia de objeto para que el niño tolere la separación bastante tiempo como para estar listo para entrar el jardín infantil y aún para beneficiarse al hacerlo.

Capítulo 3. El nombre del padre

La primera referencia que hace Lacan a los nombres del padre, está en "Función y campo de la palabra" (1953), donde articula el concepto de Nombre del Padre a la clínica. Anterior a este escrito, es la conferencia que da Lacan en la Sociedad Francesa de Psicoanálisis en el momento en que se funda, titulada "Simbólico, imaginario y real" Lo que es llamativo de esa conferencia es que Lacan introduce allí, por primera vez, los tres registros como registros distintos, pero no hay ninguna referencia al Nombre del Padre. El Nombre del Padre aparece dos meses después, en "Función y Campo de la palabra" y articulado directamente a la clínica. Plantea lo siguiente: "en el Nombre del Padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que desde el albor de los tiempos históricos, identifica a su persona con la figura de la ley. Esta concepción... y de ello resulta un modo de comprensión que va a resonar en la conducción misma de las intervenciones. La práctica nos ha confirmado su fecundidad tanto a nosotros como a los alumnos a quienes hemos inducido a este método. Hemos tenido a menudo la oportunidad de los controles y en los casos comunicados de subrayar las confusiones nocivas que engendra su desconocimiento".

Es en ese momento que Lacan introduce los tres registros, es la base de su plataforma de retorno a Freud. Son los tres nombres, ya que justamente se trata de un acto de nominación -real, simbólico e imaginario- a partir de los cuales gira la enseñanza y la práctica de Lacan. En toda la obra de Lacan, a partir de esa conferencia, se debate entre lo simbólico, lo imaginario y lo real. Inmediatamente aparece un cuarto término, que si bien es un significante referido a la ley simbólica, es un cuarto término en la medida en que siempre aparece el Nombre del Padre como algo que pertenece al Otro pero no es del Otro, o es el Otro de la ley respecto del Otro, o es un significante que sostiene la cadena en más o en menos. Lo que queda claro es que se trata de un cuarto elemento. Este cuarto elemento, con distintas variantes, lo vamos a encontrar a lo largo de toda su enseñanza. Hay una referencia de "Moisés y la religión monoteísta", el capítulo se titula La renuncia de lo pulsional, allí Freud utiliza el término Nombre del Padre. Freud comienza diciendo que no es evidente la razón por la cual un progreso en la espiritualidad, un relegamiento de la sensualidad, hayan de elevar la conciencia de sí de la persona o de un pueblo. Opone el progreso en la espiritualidad al relegamiento de lo

sensual, esto es, la satisfacción pulsional. Lo que va a plantear aquí como algo novedoso -es ubicado por él de esa manera- es que toda renuncia pulsional produce un afecto displacentero. Sin embargo, el progreso en la espiritualidad - dice por razones internas, y aquí ubica al superyó- permite un enaltecimiento del yo, un nuevo beneficio económico que sería esa ganancia de placer de otra índole que la llama aquí satisfacción sustitutiva. Es un término ya conocido de Freud, pero no se trata de la satisfacción sustitutiva del síntoma, sino de la satisfacción sustitutiva por el sacrificio, por la renuncia pulsional, que permite un progreso en la espiritualidad. Para entrar en debate con el planteamiento de Freud, podemos decir que nuestra época no es la época del progreso en la espiritualidad y la renuncia de lo sensual, de lo sensorial. La cultura, la civilización actual, no se sostiene de la renuncia sino más bien en un mandato de goce, en una promoción de lo sensorial, del goce, de la sensualidad. No es el ideal del progreso en la espiritualidad del iluminismo, de la ciencia positivista que todavía se sostenían en la época de Freud. El planteamiento freudiano es el siguiente: "El progreso en la espiritualidad consiste en decidirse uno en contra de la percepción sensorial directa en favor de los procesos intelectuales llamados superiores, vale decir, recuerdos, reflexiones, razonamientos y determinar, por ejemplo, que la paternidad es más importante que la maternidad aunque no pueda ser demostrada como esta última por el testimonio de los sentidos. Por eso el hijo debe llevar el nombre del padre y heredar patrilinealmente. Así nuestro Dios es el más grande, el más poderoso, aunque sea invisible como los vientos del huracán y las almas".

Volviendo a Lacan (1963), al modo en que introduce la cuestión del Nombre del Padre, podríamos ubicar que en la primera enseñanza de Lacan, el Nombre del Padre, tiene una función teórica. Hay un Nombre del Padre como función simbólica, que ningún padre la alcanza, todo padre es discordante con esta función. Es muy llamativo, por ejemplo, en relación al caso Juanito; al padre, Lacan lo elogia como inteligente, compañero, etc. pero como función carente, el único mérito -dice Lacan- es haberlo llevado a Freud. Entonces, en El Seminario 4 Lacan (1956) ubica su análisis del caso Juanito a partir de la carencia paterna. Lo dice también en relación al hombre de las ratas: "El padre no sólo sería el Nombre del Padre sino, realmente un padre que asume y representa en toda su plenitud esta función simbólica, encarnada, cristalizada en la función del padre. Pero resulta claro,

que ese descubrimiento de lo simbólico y lo real, es completamente inasible, que al menos en una estructura social similar a la nuestra, el padre siempre en algún aspecto es un padre discordante en relación con su función. Un padre carente, un padre humillado. Existiendo una discordancia entre lo percibido por el sujeto a nivel de lo real y esta función simbólica. La función del padre, esta función simbólica, teórica, ideal, en el sentido hegeliano. (La función para Hegel es una función universal, que deja de lado lo particular).

Lacan en su primera época llama al Nombre del Padre, significante del Nombre del Padre. Es un significante que tiene la particularidad de que no va bien con el conjunto, aunque tiene una función respecto del conjunto. En la última parte de su enseñanza, a los tres registros, Lacan los llama nombres del padre.

Hay una formulación en El Seminario 23, Lacan (1975-1976) donde dice que del Nombre del Padre, se puede prescindir, a condición de servirse. Respecto de esto, encontramos un debate en Lacan mismo, ya que en el Seminario 22 (1974-1975) encontramos que del Nombre del Padre no se puede prescindir, porque si se prescinde, los registros se sueltan.

A modo de síntesis Lacan (1953) habla de la constitución de los tres registros y el Nombre del Padre; Lacan (1963) cambia del Nombre del Padre a los nombres del padre; y en Lacan (1973), hay una reformulación, donde los tres registros son nombres del padre y donde se hace necesario un cuarto elemento. Lacan tiene que pasar del nudo de tres al nudo de cuatro. Se puede señalar, en distintos momentos, una lectura en que la estructura siempre falla, por ejemplo cuando plantea que el padre siempre es discordante en relación a su función, o que el Edipo es siempre patógeno, y también decir que siempre hay un elemento que va a sostener la estructura.

El modo en que Lacan (1955-1956) piensa la psicosis en El Seminario 3 es la forclusión del Nombre del Padre, y un elemento que va a suplir la metáfora paterna que falta: la metáfora delirante, es decir que ya el término suplencia lo tenemos allí. El término suplencia no remite solamente a las psicosis, en El seminario 4, justamente hablando de Juanito y su carencia paterna, Lacan va a plantear que la fobia suple la carencia paterna en Juanito. Ya el término suplencia no es utilizado solamente para la psicosis, sino que también aparece como término respecto de la fobia.

El término suplencia va a adquirir todo su relieve en la última enseñanza y, podemos decir que hay un encuentro entre el Nombre del Padre, suplencia y síntoma, en la última época de su enseñanza. En el párrafo citado anteriormente referido al padre discordante, carente, este padre que siempre está en discordancia con la función, parecería que es un padre sintomático respecto de una función ideal.

En El Seminario 17 Lacan (1992) vuelve a la cuestión de la metáfora paterna, cuando plantea el apólogo del cocodrilo y el palo, ubica al deseo de la madre como un cocodrilo y al Nombre del Padre, o el falo, como aquello que impide que esa boca se cierre. Aquello que es del orden del sujeto de la cultura, del progreso en la espiritualidad tiene que ver con poder metaforizar la cosa, el deseo materno. La metáfora paterna, está en la misma línea de "la palabra mata a la cosa", el significante ya es una especie de interpretación del objeto primordial.

Sobre la cuestión del nombre, es muy interesante toda la tradición religiosa respecto del acto de nombrar, ya que justamente, el último Lacan va a ubicar en el centro una función de la palabra, el acto de nombrar, distinta a su función metafórica, significante. Ya no se trata de que "la palabra mata a la cosa", sino que, extremando el asunto, que la palabra es la cosa. Para decirlo de otro modo, el fundamento del lenguaje no es la cosa, sino, la lengua como real.

Por otra parte Françoise Doltó (1985) plantea El nombre del padre, en donde menciona los significantes del padre como "El padre en lo que respecta a la ley de la cual junto con la madre es el ejemplo, confirma o no al niño el lugar que se reconoce en sociedad" Se puede decir que de aquí se inicia su dignidad narcisista. También habla Doltó de lo que está inscrito en el niño antes que sus apellidos es el padre y este es el imaginario que le transmite la madre. Doltó habla también de cómo la relación dual se ve interferida por la triangulación que ejerce el padre.

En el caso de A. (el cual describiremos a mayor profundidad más adelante) podemos relacionar la teoría de Lacan en relación a la falta de la función paterna y como esta falta de función, de lugar, de ley, de prohibición, conlleva a que la madre realice su deseo más

profundo de no estar sola, estar acompañada todo el tiempo o la mayor parte del tiempo de alguien, y como al elegir engendrar un hijo para realizar esta función, el padre acepta y apoya la decisión de ser un inseminador, para apoyar el deseo de su esposa y liberarse de su función no sólo conyugal si no también paterna. Se ven las consecuencias de la renuncia del padre en la relación diádica madre-hija, en donde no hay un tercero que limite, que corte, que separe, que ejerza la ley. Esta renuncia del padre no sólo se relaciona a la función real si no también se exenta a tener un lugar, un nombre, una figura, ya no se diga real porque renuncia a ello, sino también a un nombre y un lugar imaginario. Llevando así a una especie de psicosis, que como lo menciona anteriormente Lacan, en el caso de Juanito la fobia sustituye al padre y se puede decir que en este caso el mutismo de A. suple la función carente del padre.

Capítulo 4 Perspectiva familiar

El ciclo vital de la familia

De acuerdo a Lauro Estrada (1997) La principal relación emocional que establece el ser humano y la primera que descubre al nacer es la familia. Sin esta, la sociedad no estaría fundada sobre una base esencial y su composición sufriría serios trastornos.

La estructura biológica y psicológica de la familia humana pasa por un ciclo vital, como todo organismo vivo, tiene una historia, un nacimiento, y un desarrollo, es decir nace, se reproduce, declina y también muere. Está comprendida por 6 etapas: el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez. No es necesario que toda familia pase por cada una de las etapas, éstas, únicamente, sirven como mapa para su estudio y análisis. Dentro de cada una de estas fases para motivos de estudio se habla de 4 áreas:

- Área de identidad: reorientación personal constante en el cual se fortalece el desarrollo de la personalidad
- Área de sexualidad: interacción armónica hacia la búsqueda de la complementación biológica y psíquica.
- Área de la economía: dividir y acordar las responsabilidades de proveer y el hogar.
- Área de fortalecimiento del yo: Ayuda mutua para aprender los papeles y roles, expresarse con libertad para expresarse y mantener sentido de identidad. En esta área los padres deben aprender sus roles y como apoyarse mutuamente para no usar a los hijos para satisfacer sus necesidades y llenar sus vacíos.

El desprendimiento: La familia tiene su inicio en la constitución de la pareja, la cual se da en el noviazgo. En esta fase se desarrolla el desprendimiento de ambos miembros de la pareja respecto de la familia de origen. Éste proceso será fácil o difícil de acuerdo al apego familiar que hayan desarrollado durante su juventud.

El encuentro: Después del proceso de desprendimiento del sostén emocional y socioeconómico de la familia de origen, los adultos jóvenes se encuentran en posición de formalizar una relación de noviazgo para contraer matrimonio. Una vez que formalmente la pareja ha decidido compartir su vida, se da necesariamente un proceso de adaptación: se trata de dos personas con ideas, sentimientos, historias y educación diferentes que han de aprender a convivir e integrar una sola dinámica familiar y una nueva historia en común.

Los hijos: La llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional. La pareja debe adquirir un nuevo anclaje de relación emocional con el niño, y entre ellos, la capacidad de ayudar al compañero para que lo haga. Tener un niño favorece la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación y elaboración de diversas facetas de la personalidad de cada uno. Aquí la planificación familiar juega un papel fundamental, cada pareja debe ser responsable y saber cuántos hijos realmente podrían entrar en su núcleo familiar.

La adolescencia: es una época de crisis y de cambios, de experimentación y de definición, tanto para los hijos adolescentes como para los padres; comprende entre los 12 y los 17 años de edad. En ésta fase se combinan varios factores: ya que se presentan con mayor frecuencia problemas emocionales, los padres se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia y es muy común que los abuelos se acerquen al no poder mantenerse por sí mismos y todo esto cambia la dinámica familiar.

Los hijos se van separan de la familia y es necesario renovar el contrato matrimonial. A algunos padres les cuesta soltar a sus hijos, sin embargo deben saber soltarlos a tiempo para que vaya en búsqueda de una persona con la cuál seguir el ciclo vital de la familia. Cuándo los hijos se van la pareja adquiere otra dimensión en el área social y tiene que aprender a adaptarse a ella.

El reencuentro: Conocida como la etapa del “nido vacío”, es una de las etapas más demandantes para el sistema familiar, en la cual la pareja enfrenta los problemas de una biología que decrece pues se pasa de la edad madura a la vejez, la aceptación de los nietos y del papel de abuelos, la muerte de algunos familiares de generaciones anteriores, la jubilación, las diferencias con las nuevas generaciones (brecha generacional), etc.

Por lo general en esta fase los hijos ya se han ido a formar sus propias familias, lo cual propone algunos cambios. Los padres se encuentran cercanos a los 50 años de edad o más. Si las cosas han marchado bien en las etapas precedentes, les será más fácil aceptar los cambios de una biología que tiende a declinar; igualmente como pareja podrán enfrentar los cambios familiares y sociales que se presentan.

Los padres deben independizarse de los hijos y de los nietos para volver a formar una pareja. Se reencuentran con ellos mismos y con el compañero. En estos momentos es necesario el apoyo mutuo entre los esposos ya que esto servirá para continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio.

La vejez: Es una de las etapas más difíciles de la pareja, ya que en ésta las personas deben adaptarse a la pérdida y retos que la edad presenta: la búsqueda de una nueva identidad, de una compañía que produzca placer, así como de una experiencia significativa y genuina. Esta etapa, como todas, presenta obstáculos unos de ellos son los siguientes: la tristeza que genera el sentir el rechazo de los demás y por eso en ocasiones se da el aislamiento; También cuando él esposo se jubila, la mujer siente invasión del espacio ya que antes ella lo controlaba porque era su terreno y él no sabe qué hacer con su tiempo libre, ahora es necesario definir límites de los espacios donde cada uno pueda actuar independientemente, para evitar que se lleguen a perder la estima y el respeto, y aparezcan problemas como ansiedad, tensión y depresión. Otro conflicto es la sobreprotección de hijos a padres, en donde no se les permite vivir en libertad y los hijos controlan la vida del adulto mayor y esto perjudica su autoestima.

Pero como todo, también tiene su lado bueno ya que el ser abuelo o disfrutar a los sobrinos enciende el deseo de sobrevivir, al aceptarse la propia mortalidad ya que pasado y futuro se funden en el presente y también se da la oportunidad de experimentar una nueva relación, diferente a la del padre, y está se disfruta más.

El adulto mayor debe realizar un trabajo interno que le permita aceptar la propia historia como la única posible y también para aceptar que todo tiene un principio y un final. Es importante que en esta etapa se apoye al adulto mayor para que no viva solo estos cambios, acompañándolo siempre con respeto y sin dañar su integridad. Éste proceso también es muy difícil para la familia ya que implica varios cambios en la dinámica y

también implican pérdidas. Habrá familias que puedan superar esta etapa solos, pero hay otras que necesitan ayuda porque no saben cómo manejar la situación, ya que esto les está afectando a todos, en éste caso es conveniente que se acerquen a pedir orientación psicológica para que los acompañen y los ayuden a atravesar por éste proceso y así todos los integrantes de la familia podrán enfrentarse con más herramientas a esta fase de la vida.

Hijo parental Se denomina a aquel hijo que en el seno de una familia asume las responsabilidades de un adulto. En algunos casos el hijo parental se encarga del cuidado de uno o ambos padres cuando estos son mayores; en otros, el hijo toma las responsabilidades de un adulto cuando uno o ambos padres son aún jóvenes.

En algunas familias, consciente o inconscientemente, se elige a uno de los hijos para hacerse cargo del cuidado de los padres en su vejez. Generalmente, se elige entre una de las hijas más pequeñas.

En otras ocasiones, al morir o ausentarse (física o emocionalmente) uno de los padres, uno de los hijos “toma su lugar” en la estructura familiar; el niño se ubica como “sustituto” del padre o madre ausente.

Domínguez (2010) nos habla de la elección del hijo parental desde un contexto socio-histórico en México. El hijo parental es elegido al nacer y usualmente tal función recae en el hijo-a mayor o bien, en el hijo/a menor. El concepto del hijo Él- ella habrá de cuidar de los padres en la ancianidad y en la enfermedad hasta el día en que estos mueran. Cuando el hijo elegido inicialmente es el primogénito, las esperanzas y los anhelos de los padres se depositan en él y hacia él se dirigen todas las energías en el afán de proveerle de la mejor formación para que «sea exitoso en la vida». Sin embargo, con mucha frecuencia, el primogénito varón y en general los hijos varones gozan de mucha mayor libertad para dejar el núcleo familiar en busca de nuevos derroteros. Al salir de casa después de la preparatoria, los hijos varones (cuya heredad prometida no es suficiente para garantizarles un futuro mejor que el que tuvieron sus abuelos y sus padres) suelen no regresar a la casa paterna.

Por el contrario, con el deseo de encontrar mejores oportunidades de desarrollo buscan otros destinos. Ello particularmente cuando las ciudades de procedencia son más bien de tamaño pequeño o mediano.

La salida del hijo mayor hace patente la evidencia de que no habrá regreso. Rápidamente la familia se reorganiza para redistribuir los roles que en adelante deberá cumplir cada uno de sus miembros. La elección de otro de los hijos para que se ocupe de los viejos y los enfermos debe hacerse de inmediato. Ahora la elección habrá de hacerse de entre los más pequeños. Estos se irán más tarde de casa, si son mujeres no se irán de manera permanente, sino solamente por temporadas y los padres tendrán buen cuidado de mantener activos los vínculos de sujeción y dependencia, de tal manera que a la vuelta de unos años «la muchacha habrá de regresar a casa».

La parentalización

De acuerdo a Haley (en Hoffman 1987) es la asignación del rol parental a uno o más hijos de un sistema familiar o la asunción de ese rol por parte del hijo. Implica un modo de inversión de roles que está relacionado con una perturbación de las "fronteras generacionales". Un requisito importante para el funcionamiento de una familia es el mantenimiento de una jerarquía familiar, lo cual implica que los subsistemas de los padres y los hijos están delineados con claridad.

En las familias con hijos parentalizados, se puede suponer que las necesidades de los padres no fueron satisfechas por sus propios progenitores y que el deseo de verlas satisfechas se transfiere a los propios hijos. La parentalización es así una modalidad de "delegación". En cierto sentido, los hijos asumen el rol de los abuelos.

La parentalización es patológica sólo cuando no es recompensada o es infracompensada en el contexto del sistema de valores de la familia. En el transcurso del "ciclo de vida familiar", el grado de disfunción de la parentalización debe ponderarse con sumo cuidado. Mientras que la parentalización de un hijo muy pequeño constituye normalmente una excepción, la parentalización en etapas posteriores de la vida llega a ser legítima a medida que los padres envejecen y necesitan más cuidados, y el hijo adulto es colocado necesariamente en la posición de asumir un rol semiparental.

La triangulación

Se refiere a la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero (por ejemplo, un hijo), lo cual da por resultado el "encubrimiento" o la "desactivación" del conflicto.

Las partes en conflicto pueden hallarse ante el siguiente dilema: o bien una de ellas gana y la otra pierde, o bien la relación puede desintegrarse. En esas circunstancias, una solución puede ser la inclusión de una tercera persona. El perdedor en un conflicto puede compensar su frustración estableciendo un lazo abierto o encubierto con un tercero restaurando así el equilibrio de la relación diádica. Así mismo, se puede evitar el conflicto si el tercero, por lo general un hijo, proporciona un problema, convirtiéndose en "chivo expiatorio", o se le encomienda que genere una conducta problemática ("delegación").

La metáfora del "chivo expiatorio" se refiere a una situación en la cual los padres tratan de resolver un conflicto existente entre ellos buscando o exagerando problemas en otro miembro de la familia. Por lo general, la persona "designada" para servir de chivo expiatorio es un hijo.

El "triángulo perverso", término introducido por Haley, se refiere a la estructura patológica que adopta una relación entre tres personas, en la cual dos de ellas con diferentes niveles jerárquicos constituyen una coalición contra la tercera. Esta alianza adopta normalmente la forma de una trasgresión de las fronteras generacionales, en la que uno de los padres se une a un hijo formando una coalición contra el otro.

Por tanto, las características de este triángulo son:

1. Dos niveles generacionales.
2. Existe una coalición de dos, que se encuentran en distintos niveles, contra el otro.
3. La coalición se mantiene oculta. Es decir, el comportamiento que indica que existe semejante coalición será negado al nivel meta comunicativo.

Puede establecerse la hipótesis de que cuando se da una coalición de un padre con su hijo, también se da una coalición del padre con el abuelo. Así pues, cuando este triángulo

en una generación siempre se ve acompañado de otro similar en el siguiente nivel de generaciones, podemos sospechar una "constante" en la red de las relaciones familiares donde los patrones en cualquier parte de la familia son formalmente los mismos que aparecen en otra parte.

Cuando este tipo de triángulo se da de forma repetitivo el sistema se volverá patológico.

Minuchin (2004) describió las diversas modalidades de estructuras trianguladas patológicas en su concepto de "tríada rígida". Esta expresión se refiere a las configuraciones relacionales padres-hijos en las cuales el hijo es usado rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales.

Siguiendo a Minuchin, podemos representar cuatro tipos de tríadas:

1. Triangulación:

Describe una situación en que los padres, en conflicto abierto o encubierto, intentan ganar, contra el otro, el cariño o apoyo del hijo. Connota un intenso conflicto de lealtades.

2. Coalición progenitor-hijo:

Aunque la familia pide terapia para un niño problema, es una expresión más abierta del conflicto parental. Uno de los padres se pone del lado del niño contra el otro. Es difícil saber si es el niño o el cónyuge excluido el que tiene más problemas.

3. Tríada desviadora-atacadora:

Los padres toman al hijo como "chivo expiatorio". La conducta del niño es anómala y los padres se unen para controlarlo. Ambos padres, no obstante, están en desacuerdo sobre cómo tratarlo, por lo que su manera es contradictoria. Esta categoría incluye la mayor parte de desórdenes de comportamientos en los niños.

4. Tríada desviadora-asistidora:

Los padres enmascaran sus diferencias tomando como foco un hijo definido como "enfermo" Los padres muestran preocupación y sobreprotección. Esto los une mucho, y

es un rasgo común en familias en las que la tensión se expresa en trastornos psicosomáticos.

Todas estas tríadas pueden encontrarse en las familias con hijos que presentan diversos trastornos de conducta. El objetivo de la terapia es apartar al hijo de su posición entre los padres, y ayudar a los padres a enfrentarse más directamente a sus problemas. Cabe mencionar, siguiendo a Haley, que una persona participa, simultáneamente, en veintiún triángulos, (familia extensa donde hay dos padres y dos hijos, y cada padre tiene a su vez dos padres). Si todos viven juntos en armonía, no hay dificultad. Pero si un niño está en el nexo de dos triángulos que entren en conflicto, se encontrará en una posición difícil. Si su madre y su abuela materna están en conflicto con su padre y con la madre de su padre, tendrá que comportarse cuidadosamente, porque si complace a un grupo desagradará al otro. Si los triángulos en que habita el niño se encuentran divididos, tendrá, que mostrar un comportamiento conflictivo para poder sobrevivir. Y semejante comportamiento a menudo es considerado como "anómalo" o "extraño".

Además de estos modos de triangulación patológicos, BOWEN y ZUK han descrito modalidades de triangulación eficaces terapéuticamente. En estos casos, el terapeuta alivia al niño triangulado ingresando en el triángulo. ZUK emplea la estrategia de ingresar en diferentes coaliciones y actuar como "intermediario", a fin de cuestionar y modificar la estructura de sistema.

Capítulo 5 Juego simbólico

Freud dice que el juego del niño es simbólico porque, apuntalado en un fragmento de la realidad, le presta un significado particular y un sentido secreto. De este modo, se encuentra al servicio de la realidad de su deseo. El niño que juega crea un mundo propio donde inserta las cosas en un orden de su agrado, un mundo amable, apto para ser amado.

Pero si el niño acude espontáneamente a este recurso, es pertinente aceptar que el mundo de la realidad no es precisamente de su agrado. La realidad pretende imponerle algunas restricciones. Es por ello que Freud nos dice que lo opuesto del juego no es la seriedad sino la realidad. Así, en el juego, en ese espacio sin restricciones a su deseo, el niño puede no renunciar al placer, siempre y cuando se sostenga el secreto de su sentido. Tal secreto no es un ocultamiento; el niño mismo que juega no conoce el sentido profundo de su juego. Es por ello que los niños no se ocultan para jugar.

En 1920 Freud, en un giro teórico importante, describe un juego que luego recibirá el nombre de *juego del carretel*. Registra el juego de un niño de 18 meses que arrojaba con placer un carretel por la baranda de su cuna, para recogerlo luego tirando de una cuerda atada a él. El niño manifestaba más placer cuando el carretel reaparecía que cuando desaparecía. Simultáneamente, el niño vocalizaba un *o-o-o-o* al arrojar el carrete y un *a-a-a-a* al recogerlo. Esto le hizo ubicar el juego del fort-da, en términos de *fort* ("se fue") y *da* ("acá está"). Freud había observado antes lo que después llamaría la primera parte del juego, es decir, el acto reiterado de arrojar objetos lejos de sí. En el juego había mayor frecuencia del primer acto, aquel de la desaparición. Freud relaciona el juego a un dato interesante y llamativo de la conducta del niño: su carácter juicioso, sobre todo porque no lloraba cuando la madre lo abandonaba por horas.

A partir de estas consideraciones, Freud concluye que el juego constituye una Reproducción lúdica completa de la desaparición y reaparición de la madre.

Según lo visto anteriormente, podría decirse que el juego, apuntalado en la realidad del carrete, reproduciendo con él, simbólica y placenteramente, el retorno de su madre ausente.

El juego es el mundo, no de la satisfacción plena sin restricciones, sino el lugar en el cual el niño realiza un serio intento de elaboración, precisamente de las renunciaciones pulsionales a las que la realidad lo somete.

EL JUEGO SIMBÓLICO - SIGMUND FREUD

Juego simbólico nombra un juego propio de una etapa del desarrollo del niño (es un concepto).

Todo juego es siempre “simbólico”. Hay una teoría del desarrollo del juego. Su concepción es subsidiaria de la Teoría del Sueño. (Aportes post-Freud).

Surge por la necesidad de un espacio de actividad cuya motivación no sea la adaptación.

Está dirigido por el deseo de ser grande, de ser adulto. (Ello lo relaciona a la Identificación.) Es una deformación del mundo real por asimilación al yo. La creación de un mundo acorde a sus deseos está encuadrada en un marco de repetición compulsiva.

Es una actividad producida por el niño.

El simbolismo del juego simbólico es consciente (primario).

Existe un simbolismo secundario que es “menos consciente” en el juego simbólico e “inconsciente” en el sueño infantil. El simbolismo del juego, igual que el onírico está bajo el imperio de la legalidad del Inconsciente (proceso primario) y respeta las condiciones dinámicas de ese sistema psíquico.

El juego simbólico tiene valor en sí mismo por la función elaborativa que puede tomar. Se explica el juego en su aspecto simbólico en función de su concepción de la repetición lúdica como forma de tramitación psíquica. La interpretación será, pues, posible en la singularidad de cada caso.

- Freud (1909) en ningún momento vio niños, el caso HANS fue a través de su padre.

El JUEGO desde varios autores

Para S. Freud, el juego es una actividad simbólica que permite al niño renunciar a una satisfacción instintiva, haciendo activo lo sufrido pasivamente, cumpliendo una función

elaborativa al posibilitar la ligazón de las excitaciones recibidas (Reynoso y cols.)

Para M. Klein:

a) El juego como lenguaje: el niño expresa sus fantasías, deseos y experiencias simbólicamente por medio de juguetes y juegos, y al hacerlo utiliza los mismos medios de expresión arcaicos, filogenéticos, el mismo lenguaje que no es familiar en los sueños.

b) Las experiencias sexuales del niño está enlazadas con sus fantasías masturbatorias y por medio del juego logra su representación y abreacción.

c) El juego calma la ansiedad: transforma las experiencias sufridas pasivamente en activas y cambia el dolor en placer.

d) En el juego y en general, son las fantasías las que promueven y mantienen el desarrollo del interés por el mundo externo y el proceso de aprendizaje del mismo, y de ellas se extrae la fuerza para buscar y organizar el conocimiento del mundo.

e) La capacidad para evocar el pasado en el juego imaginativo parece estar muy vinculada con el desarrollo del pensamiento, del poder evocar el futuro en hipótesis constructivas y desarrollar las consecuencias de los 'si...'

f) El juego tiene un importante valor diagnóstico y pronóstico (Reynoso y cols., 1980)

Para Erik Erikson, el juego es una función del Yo que expresa su intento de sincronizar los procesos corporales y sociales en el sí mismo. Aunque reconoce que puede hacerse una lectura simbólica del juego, destaca la necesidad yoica de dominar las diferentes áreas de la vida, sobre todo en aquellas que el niño percibe que su sí mismo, su cuerpo y su rol social son incompletos y están rezagados. Así, el juego permite alucinar un dominio yoico, pero también practicarlo en una realidad intermedia entre la fantasía y el mundo real. El juego es un medio de revelar la forma en que el niño experimenta y estructura su mundo y funciona dentro de él; también, Erikson le otorga valor terapéutico. Reynoso y cols. (1980)

Para Winnicott (1994), en el proceso de desarrollo, la actividad de jugar se describe en cuatro etapas:

a) El niño y el objeto están fusionados, el niño tiene una visión subjetiva del objeto. La madre procura hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar.

b) El objeto es repudiado, re aceptado y percibido objetivamente. En esto la madre debe estar dispuesta a devolver lo que se ofrece, y si este papel no encuentra impedimentos, el niño vive una experiencia mágica de omnipotencia. La confianza en la madre genera así un campo intermedio de juegos donde nace la idea de lo mágico y lo omnipotente.

c) El niño se encuentra solo en presencia de alguien. El niño juega suponiendo que alguna persona amada digna de confianza está cerca y sigue estándolo en el recuerdo.

d) El niño permite una superposición de dos zonas de juego y disfruta de ella. Primero es la madre quien juega con el bebé cuidando de encajar en sus actividades lúdicas, pero tarde o temprano introduce su propio modo de jugar descubriendo que los bebés varían según su capacidad para aceptar o rechazar la introducción de ideas que les pertenecen. Queda así allanado el camino para un jugar juntos en una relación.

Winnicott (1994) indica que la zona de juego, en el cual el niño se halla muy concentrado y no admite intrusiones, es una zona intermedia que no es ni su realidad subjetiva ni el mundo exterior, pues en el juego el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior usándolos al servicio de su realidad interna o personal: sin necesidad de alucinaciones, revela así su capacidad para soñar al investir fenómenos exteriores de significación y sentimientos oníricos.

El juego implica confianza y está ubicado en el espacio potencial entre el bebé y la madre. Compromete al cuerpo porque manipula objetos y porque puede haber excitación corporal. Esta excitación en las zonas erógenas, los instintos, amenazan el jugar: aunque el juego es satisfactorio, puede elevar la ansiedad a niveles intolerables, destruyéndolo. El carácter excitante del juego no deriva del despertar de los instintos, sino de la precaridad de la acción recíproca, en la mente del niño, entre lo que es subjetivo (casi alucinación) y

lo percibido objetivamente (realidad verdadera o compartida).

Hay un desarrollo que va de los fenómenos transicionales al juego, de este al juego compartido, y de este a las experiencias culturales.

Freud (1905) hace referencia a efectos placenteros de la repetición en el jugar que conducen a cierto ahorro de gasto psíquico: el juego está asociado a placer, y jugar da lugar a mayores niveles de estructuración psíquica. Todo juego tiene un significado inconsciente y la repetición de la vivencia desagradable permite cierto dominio de la situación, se repite activamente lo que se sufrió pasivamente. En “El creador literario y el fantaseo” (1908) Freud escribe:

“La ocupación preferida y más intensa del niño es el juego. Acaso tendríamos derecho a decir: todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio (...) El adulto deja, pues, de jugar; aparentemente renuncia a la ganancia de placer que extraía del juego. Pero quien conozca la vida anímica del hombre sabe que no hay cosa más difícil para él que la renuncia a un placer que conoció. En verdad no podemos renunciar a nada; sólo permutamos una cosa por otra; lo que parece ser una renuncia es en realidad una formación de sustituto o un subrogado. Así, el adulto, cuando cesa de jugar, sólo resigna el apuntalamiento en objetos reales; en vez de jugar, ahora fantasea. Construye castillos en el aire, crea lo que se llama sueños diurnos (...) Esta diversa conducta del que juega y el que fantasea halla su buen fundamento en los motivos de esas dos actividades, una de las cuales es empero continuación de la otra” (p. 127-128).

A pesar de que Freud reconocía el poder simbólico del juego, fue Melanie Klein hacia fines de la década de los años veinte quien da un paso decisivo cuando jerarquiza el juego del niño, al darle el mismo estatuto que la asociación libre verbal del adulto. Este procedimiento autoriza el trabajo psicoanalítico con niños. Klein comparte con Freud la hipótesis de la sexualidad infantil. Desde su punto de vista, en todos los juegos infantiles yace un proceso de descarga de fantasías de masturbación en su lenguaje inconsciente. Ella piensa que reduciendo el gasto energético de la represión, se produce una importante liberación de la fantasía retenida. La función estructurante del juego entonces está relacionada con los objetos que se le ofrecen al niño –juguetes, el analista en la

transferencia – los que le permiten la posibilidad de articulación con fantasías inconscientes. El juego es a su vez sublimación. La sublimación primaria, el placer del movimiento y la palabra, serían transformaciones de la pulsión sexual ligadas a la escena primaria recreando fantasías sádicas de pelea o unión. La sublimación secundaria estaría más relacionada con el área corporal, acentuando la deportiva específicamente (Klein, 2004).

Así que el niño juega para repetir, elaborar, simbolizar y desplazar experiencias a través de externalizaciones y personificaciones de imagos. Los distintos personajes representados en el juego son comprendidos como aspectos del Ello y el Superyó. El juego se transforma en vía de canalización de la angustia planteada a nivel intersistémico. Por eso, el juego permite al niño hacer un clivaje entre sí mismo y las identificaciones primarias, así como discernir diferentes identificaciones del Superyó. A través de mecanismos de defensa como la disociación, y la proyección, el niño puede diferenciar las identificaciones parentales, expulsarlas al mundo exterior, logra así aliviar la cruel presión superyoica. Melanie Klein diferencia juego neurótico y normal. El juego neurótico presenta como rasgo destacado la inhibición; el normal simbólico, permite modular la ansiedad con ganancia de placer y despliegue de fantasías.

Fantasía para Klein: “Es la expresión mental de las pulsiones, y por consiguiente existe, como éstas desde el comienzo de la vida”. La naturaleza de estas fantasías y su relación con la realidad determina el estado psíquico del sujeto. Desde el nacimiento se establecen relaciones objetales primitivas en la fantasía y la realidad. Fantasía y realidad se complementan y coexisten. La fantasía tiene un aspecto defensivo: controlar la realidad externa, contra la realidad interna, contra otras fantasías. (seagal 2008)

Capítulo 6 Metodología

Pregunta de investigación

1. ¿Se puede llevar a cabo la individuación en el caso de A., una niña que presenta mutismo selectivo?
2. ¿Cómo llevar a cabo psicoterapia de juego con una niña que no presenta lenguaje?
3. ¿Cómo trabajar con el síntoma de una niña que es resultado del deseo de la madre?

Objetivo general

Conocer y trabajar el mundo interno de la niña y la madre para que puedan elaborarse los conflictos intrapsíquicos relacionados a la falta de individuación y mutismo selectivo.

Hipótesis de investigación

Se pueda lograr la individuación en el caso de A.

El mutismo selectivo requiere de atención psicológica específica, ya que las características de este padecimiento pueden ocasionar conflictos en las relaciones interpersonales, en el desarrollo, en la autoimagen, autoconfianza y la identidad.

El entorno

El proceso terapéutico se llevó a cabo en una clínica comunitaria al Sur de la Ciudad de México llamada Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes, ubicado en Calle Volcán Cofre de Perote, esquina Volcán Fujiyama s/n. Colonia los Volcanes, Tlalpan. Este centro está integrado por la facultad de psicología de la UNAM y por el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. El centro surge por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, ante la necesidad de atender el incremento de

problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en la población del sur de Tlalpan. A partir del convenio establecido con la Facultad, este Centro fue inaugurado en noviembre de 2004. Se otorgan servicios de atención psicoterapéutica a niños(as), adolescentes y adultos(as), y se desarrolla trabajo preventivo a través de conferencias, talleres y otras acciones comunitarias. La formación en la práctica y el servicio social se realizan bajo la estrecha supervisión de las y los responsables académicos. Este centro brinda atención psicológica a un sector de la población con pocos recursos económicos, que no podría pagar a un especialista privado, además de tener difícil acceso a las redes de información sobre apoyo de la salud mental. Los prestadores de servicios profesionales son pasantes de la carrera de Psicología, residentes de maestría en terapia familiar y Psicoterapia Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Las actividades están supervisadas por profesoras de esta Facultad, y llevan a cabo supervisiones grupales e individuales, así como grupos de estudio. Se imparten servicios de atención clínica general como:

- Pre consulta
- Evaluación Clínica
- Psicodiagnóstico
- Juego diagnóstico
- Orientación: individual, familiar, de pareja y a padres
- Intervención en Crisis
- Psicoterapia focalizada y a tiempo limitado
- Referencia Institucional

Servicios de Atención Clínica Especializada:

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Familiar y de Pareja
- Psicoterapia Grupal
- Terapia de Integración Sensorial
- Psicoterapia de Juego

La Misión es ofrecer servicios psicológicos de calidad relativos a evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, al alcance de la población que acude al Centro Comunitario, mediante el desarrollo de actividades para la atención y solución de problemas, fomento de la salud e investigación clínica comunitaria. La visión es desarrollar un Centro de Atención Psicológica con psicólogos que realizan una labor profesional de alto nivel, procurando elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad en el sentido de contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades de salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social. El objetivo general es contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Participantes

Se trabajó con la madre y su hija, que forman parte de una familia de clase social media baja constituida por papá, mamá, dos hijas y un hijo que viven al sur de la Ciudad de México. El padre terminó la secundaria y la madre terminó primero de secundaria. La madre trabaja los fines de semana como afanadora en la UNAM y el padre es mecánico de equipos de tortillerías.

Se trabajó con la madre a través de orientaciones terapéuticas. El proceso psicoterapéutico se realizó directamente con la niña y este es el tema del presente trabajo.

Presentación del caso A

Asisten al centro de atención psicológica “los volcanes” mamá e hija, solicitando ayuda psicológica para la hija. Durante el proceso psicológico sus asistencias fueron poco constantes, en especial cuando se pedía a la madre hablar con ella o se pedía una cita o platicar de algo relacionado para comprobar el habla de la niña.

Mamá: Denotaba buena higiene personal, la cual se veía reflejada en su vestimenta limpia, en su manera de presentarse limpia, se observa sin maquillaje, prendas de ropa sencillas y deportivas (como pants), su complexión era ligeramente robusta, tez morena clara, habla en tono de voz bajo, y se muestra un poco tímida.

A: 8 años y 1 mes, cursa 2º de Primaria en una escuela pública del sur de la ciudad de México. Es delgada, de tez morena clara, presenta buena higiene y aliño personal. Sus facciones son finas, ojos negros. No habla, no mantiene contacto visual cuando se le habla (desvía la mirada y agacha la cara).

Motivo de Consulta

Madre: “A. no se puede desenvolver, no tiene confianza, es penosa y callada, no habla, hay problemas con la maestra porque no habla”.

“Me mandaron de la escuela porque la niña no habla en la escuela, y es un problema con la maestra, pero en la casa si habla. Me preocupa que la niña no hable, porque yo le digo que así como. No vamos a estar toda la vida para cuidarte, ¿luego si te lleva el roba chicos?, luego va a ser peor.”

A: Aunque no la habla, empieza a relacionarse a partir de ser vista y tomada en cuenta diferenciándola de la madre en la quinta sesión (segunda sesión con la niña), por lo que se puede deducir que el motivo de consulta de A sería tener un lugar e identidad propia. En la sesión anterior (primera sesión con la niña) no hay respuesta ni comunicación verbal ni no verbal de parte de A. hacia mí, por momentos logro que ella me mire cuando le enseño el espacio terapéutico. Durante la segunda sesión con la niña, TV UNAM se presenta en el centro de atención psicológica los volcanes para filmar las actividades que se llevan a cabo en el centro, con el fin de realizar un documental, este incluía a terapeutas y pacientes (sólo se grabaría a los pacientes por la espalda para que sus rostros no fueran captados), coincide la grabación con la sesión con A. y me piden si nos

pueden grabar por lo que se le pide autorización a la mamá de A. para que la niña fuese grabada y la señora acepta con gusto, cuando se le pregunta a A. después de unos minutos de tratar de entablar un diálogo aunque fuera gestual con ella, A. responde ligeramente con un movimiento de cabeza en forma de negación, por lo que asumí comprobando verbalmente si su respuesta era no; se habla con los de TV UNAM y se da a conocer no se podrá grabar la sesión con la niña. En el momento que regreso con A. después de avisar no se podría grabar es que A. empieza a dibujar y empieza a comunicarse conmigo de manera no verbal por medio de gestos y dibujos.

Primera entrevista

La mamá de A. y A. llegan al centro buscando ayuda porque las envían de la escuela ya que no saben cómo ayudar ni tratar a la niña en la escuela, las refiere la directora a la institución, debido a su problema al relacionarse y la falta de comunicación con sus compañeros, sus maestros y directivos del plantel.

La mamá de A. se muestra tímida y tranquila, el problema parece no preocuparle per se, sino más bien la presión de la escuela para pedir ayuda es lo que la lleva a buscar la atención psicológica.

Para el entendimiento de lo ocurrido durante la primer sesión, esta se redacta a manera de preguntas y respuestas.

¿Cómo es esta situación de que A. no habla?

“pues en la casa si habla, conmigo, con mi esposo y con mis hijos, pero con nadie más, ni si quiera habla con la esposa de mi hijo, y en la escuela a veces le dice algunas palabras a la maestra, pero si habla.”

¿Desde cuándo han notado esta problemática?

Al parecer se dan cuenta en la escuela cuando la niña entra a primaria hace 2 años y medio, de hecho está recursando segundo de primaria por la falta de lenguaje.

¿Cómo era su situación del lenguaje en kínder?

Estuvo en la guardería de la UNAM de los 3 a los 6 años, dependía de la maestra con la que estuviera, si era una maestra cercana y cariñosa sabía como trabajarla para que hablara, otras maestras decían que era tímida.

¿A. ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver este problema?

La mandaron al Juan N. Navarro, la diagnosticaron con depresión, y la medicaron, la madre comenta que no quiso medicarla porque no le parecía necesitara medicamento, el problema de su hija no es tan grave como para medicarla.

¿Qué esperan del tratamiento?

Madre: “Que la niña pueda hablar para no tener problemas en la escuela”

Descripción de la conducta de A. durante la sesión inicial:

La niña no hace contacto visual en ningún momento, inclusive da la mano cuando llega y cuando se va por instrucciones de la madre, durante la sesión la madre y yo estamos sentadas frente a frente y la niña está sentada viendo hacia otro lado, y después se para y parece hacer círculos en la pared, la madre hace caso omiso de la conducta de la niña. Al parecer la niña no tiene reacción alguna ante el relato de la madre, ni al estar hablando de la niña.

El psicodiagnóstico y sus resultados

Cabe mencionar que debido a la naturaleza de la problemática que la niña presenta, (falta de habla e interacción) el psicodiagnóstico se vio limitado y con dificultad a situaciones de interacción con la niña, con la niña y la madre y a las entrevistas. Se buscó establecer un vínculo terapéutico en primera instancia, para lograr la alianza terapéutica que es lograr la relación del paciente y terapeuta en un clima de confianza, respeto, en el que el paciente pueda sentirse cómodo y confiado.

Se pidió se le realizara un estudio de audiometría y lenguaje para descartar algún problema de habla y/o escucha, a lo que la madre se escudaba para no realizarlo, comentando la habían revisado y estaba bien. La madre asegura la niña habla normal, me sugiere mostrarme un video en donde se mostraba hablando (el cual no se recibió).

Evaluación aplicada en 5 sesiones

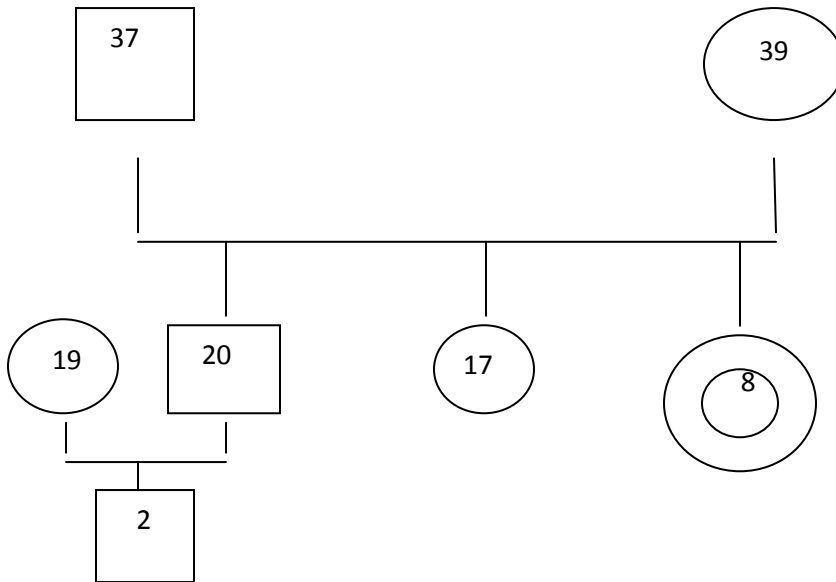
- 1 entrevista inicial con la madre
- 2 entrevista de seguimiento e historia de desarrollo
- Juego diagnóstico con la niña
- Juego diagnóstico madre-hija
- DSMIV

Actitud ante las pruebas

En general A. se muestra distante, tímida, sin comunicación verbal, y llega a mostrar comunicación no verbal cuando la madre le da instrucciones o consignas.

Antecedentes

La familia



La familia de A. está constituida por:

El padre de 39 años, dedicado a la reparación de máquinas de tortillas, el cual es el proveedor principal de la casa. La madre de 37 años dedicada al hogar, y los fines de semana labora en la UNAM como intendente. El hermano mayor de 20 años el cual labora como intendente de la UNAM, su esposa de 19 años que es ama de casa y el hijo de ambos de dos años. La hermana de 18 años que estudia tercer año de bachillerato. A. de 8 años, que cursa segundo de primaria. Todos viven en la misma casa y por lo que describe la madre la relación más cercana es de A. y su madre, a pesar de estar rodeados de más miembros de la familia.

Dinámica familiar

Los padres se conocen en la secundaria y se hacen novios; durante el noviazgo él tenía varias amigas de las que la madre desconfiaba, ya que el padre salía y pasaba mucho tiempo con ellas (una a la vez), esto hacía que la madre dudara de su fidelidad hacia ella y tuvieran discusiones. Como prueba de su fidelidad el padre propone se casen al momento en que él termina la secundaria. A la madre le parece buena idea casarse, ya que ella tiene deseos de formar una familia y estar acompañada, ya que posee una historia familiar en la que sus padres se divorcian y ambos vuelven a casarse, y pareciera que ella deja de tener un lugar en la vida de sus padres (aunque se va a vivir con su madre, esta forma una nueva familia nueva y no se siente parte de la nueva familia). La madre de A. comenta ante esta situación sentirse muy sola y abandonada; por lo que la madre de A. decide casarse como salida a su soledad y la ilusión de tener un lugar y un vínculo emocional.

Los primeros años de matrimonio de los padres de A. la relación de estos era cercana (convivían juntos después del trabajo y fines de semana) a poco más de un año de casados se embaraza de su primer hijo y después de la segunda hija, los padres poco a poco se van distanciando por las labores del hogar, el cuidado de los hijos, el trabajo laboral de ambos padres, y el padre paulatinamente empieza a frecuentar a unas amigas. La relación de los padres se distancia y la madre se da cuenta que sus hijos están creciendo, algún día se van a ir y la van a dejar sola; por lo que decide tener otro hijo para que la acompañe y no estar ni sentirse sola.

La relación actual entre los padres es distante, duermen en camas separadas, el padre está ausente la mayor parte del tiempo, de 7 am a 10 pm y descansa los martes (aunque descansa no siempre está en casa), la madre de A. comenta que su esposo sale los martes sin saber bien a donde (cree con las amigas de él). La madre realiza todas sus actividades en compañía de A. desde ir al trabajo hasta las clases de biblia para adultos, pasando por las actividades que le implican el cuidado del hogar, A. y su mamá duermen en la misma cama, el único momento en que se separan es para ir a la escuela. Por lo que se describe se puede inferir que cada uno de los padres lleva su vida independiente (como si no fueran pareja y más bien fueran compañeros de casa) y como estas interacciones parecieran colocar a A. en medio de los padres.

Los hermanos de A. aunque viven en la misma casa son independientes, el hermano mayor está centrado en su familia y su trabajo, sin vincularse mucho con los demás miembros de su familia extensa. La hermana está enfocada en sus estudios, sus tareas y sus amigos. Pareciera como si la familia estuviera dividida y fueran como compañeros de casa, sin tener fuertes vínculos afectivos entre ellos (con excepción de A. y su mamá).

La decisión del embarazo

Después de tener dos hijos y la madre darse cuenta que sus hijos se iban a ir en algún momento y la dejarían sola, la madre se preocupa por sentirse sola y abandonada (sentimiento que la acompaña desde pequeña), y piensa en que la solución es tener un hijo para que la acompañe y de esta manera la ayude con su percepción de vacío. Comenta esta idea con el padre de A. al cual le parece buena idea, ya que el afirma se quedará sola y este hijo/a la puede acompañar, accediendo así a la petición de la madre de concebir otro hijo. La madre en ese momento laboraba de 7 a 3.

La noticia del embarazo

La mamá comenta: “Me dio mucho gusto el saber que no estaría sola, y que dentro de mí tenía a alguien que me acompañaba, no me imaginaba que sería”

Durante el embarazo

La madre comenta que la asaltaron dos veces, una en el primer trimestre saliendo de su casa la amenazaron con una navaja y le quitaron su bolsa, y la segunda en el sexto mes de gestación cuando estaba en la tortillería asaltaron con pistola a los clientes, por lo que a partir del primer asalto hasta el final del embarazo estuvo muy nerviosa.

El nacimiento de A.

El embarazo llegó a término (no recuerda el número de semanas). Comenta fue parto natural, sin complicaciones. No recuerda la calificación APGAR ni cuánto pesó ni midió,

pero comenta que todo salió bien y estuvo normal. La madre trabajaba una jornada de 8 horas, y decide recortarla a los sábados y domingos para estar más tiempo con su hija.

El desarrollo de A.

A lo largo de la entrevista de desarrollo la madre parece no tener claras las fechas e incluso llega a contradecirse especialmente a lo relacionado al habla.

Tomó pecho hasta los 8 meses, si gateó pero no recuerda a qué edad, inició la bipedestación al año, empezó a hablar bien a los dos años y medio (no me supo decir cuando ni cuál fue su primer palabra), Comenta que ambos padres no estimulaban ampliara su vocabulario ni la sonorización ni vocalización adecuada (no le decían el nombre de las cosas, y si A. las decía incorrectamente no le decían la palabra correcta, le fomentaban la palabra incorrecta, en especial el padre).

Dejó el pañal a los 3 años, a la mamá de A. no le preocupaba que lo dejara pero le dijeron en la guardería de la UNAM que si no lo dejaba no podría entrar, por lo que inició con el control de esfínteres.

La decisión del nombre

La niña tiene un nombre compuesto de 2 nombres (G.A.) La mamá comenta que su esposo quería ponerle A. como una compañera del esposo de secundaria (no sabe quién es), mas parece que no le agrada del todo. Comenta la madre que le quiso poner G., porque tenía una compañera de trabajo en la UNAM que así se llamaba, y le gustó su nombre porque a la mamá de A. le caía bien ya que era muy seria, tranquila, casi no la conocía, pero por eso le gustaba mucho de ella y lo relacionó con el nombre de su compañera como sinónimo de sus características de personalidad. Comenta que pensó en ponerle E. como ella, (pero de nuevo relacionando el nombre con las características de personalidad) comenta con melancolía: “pero luego se me hace el nombre como muy triste”, y comenta en tono de pregunta: ¿o será que la triste soy yo?

La llegada de A. para la familia

La madre deja de trabajar cuando ella nace, comenta puede haber un cierto resentimiento de parte de los hermanos hacia A. y la madre (en especial del hermano) debido a que la madre cuidó más de A. que de los hermanos de A. (a los hermanos los dejaba encargados con las vecinas para irse a trabajar y a hacer sus cosas). El padre se vive ausente de la vida de la niña, física y emocionalmente, ya que trabaja de 7 am a 10 pm, y su día de descanso no siempre está en casa (cuando está en casa los martes A. no va la escuela para ver a su padre), al parecer no ha realizado esfuerzo alguno por vincularse con la niña y deja este rol a su esposa. La madre vive al padre ausente, A. vive a su padre ausente y por el discurso de la madre el padre reconoce su ausencia afectiva en torno a su rol de padre y de esposo, mas si logra cumplir con su rol de proveedor.

La rutina de A.

La mamá comenta que actualmente la niña está todo el tiempo con ella, que los fines de semana que trabaja se va con ella, cuando va a su estudio de la palabra se va con ella, y durante todo el día, por las mañanas la mamá la ayuda a hacer la tarea, regresan y comen, hacen el quehacer, se van a al estudio, y a veces durante la tarde es cuando la niña juega y sola, porque no hay más niños de su edad y la madre comenta que no le va a ir a buscar amigos más lejos. Cuando la niña no está la señora se va con la nuera a acompañarla a algún lado.

El padre está ausente durante la mayor parte del tiempo, se comentó que trabaja de mecánico para las tortillerías y trabaja de 7:15 a 9 o 10 de la noche, la madre está haciendo lo posible para que entre a la UNAM (es parte del sindicato) solo los martes descansa, y es cuando ve a su hija (no asiste a la escuela los martes) y la madre se plantea que tal vez no sea tan bueno que no vaya.

La vida académica de A. y el ambiente social en la escuela

La madre refiere que entró a la guardería de la UNAM a los 3 años, en donde comenta cursó el kínder hasta los 6 años, la madre no reporta que A. haya establecido relaciones interpersonales con sus pares, en cuanto a los reportes de la guardería dependía de la maestra con la que estuviera, si era una maestra cercana y cariñosa sabía cómo trabajarla para que hablara, si era una maestra poco paciente y cercana la niña no hablaba con ella; las maestras decían que era tímida. En general A. no mostró ningún problema en el aprovechamiento y la parte académica.

Cuando entra a la primaria logró el proceso de lecto-escritura al parecer sin problemas, se refiere que en la parte social seguía sin establecer relaciones con sus pares, pero si lograba comunicar algunas palabras a la maestra.

Solicito un reporte a la escuela en el que me informen acerca del desempeño escolar y social de A., en el cual se describe que la situación del habla de la niña no ha presentado cambio o mejoría desde que la niña ingresó a primaria. “Se observa que la niña no se comunica de manera verbal ni gestual con sus compañeros, maestros y personal de la escuela en general. Al inicio de la escolaridad no se consideró relevante debido a la adaptación a la escuela y parte de su desarrollo”. Refieren que está recursando segundo de primaria debido a la misma problemática y que incluso por no pedir permiso para ir al baño” le ocurrían accidentes”. Comentan que en los 3 años ha tenido 2 maestras.

La evaluación que envía la escuela refleja lo siguiente:

Habla con los maestros palabras aisladas, manifiesta ansiedad como apretar la boca, juega con sus manos, se muestra tensa y evade cuando se le pide interactuar verbalmente, permite el contacto corporal de sus compañeros y maestros, se integra a equipos de trabajo y juegos en el recreo siempre y cuando sus compañeros la integren (no muestra interacción verbal), cumple en tiempo y calidad con los trabajos en clase, timidez.

Es un poco contradictorio lo que se relata porque en el momento de describir conductas si se refleja una interacción no verbal con sus compañeros y de igual manera con las maestras, inclusive llega a emitir palabras aisladas con las maestras. Por otro lado cuando se da el resumen dicen lo contrario, que la niña no se comunica en ningún

momento ni verbal ni no verbalmente con sus compañeros, maestros y personal del colegio.

Área Afectiva o Emocional

Se percibe el tono afectivo de A. es de timidez, y esto y la falta de comunicación impiden al inicio del proceso se pueda percibir algo más.

La demanda y expresión del afecto se puede percibir como nula, ya que no demanda y no expresa al inicio del proceso psicológico.

Auto concepto

En este caso es difícil hablar del auto concepto, ya que es difícil conocer lo que se siente, lo que se piensa y más aún como se auto determina alguien que no se comunica; se podría sugerir que no hay un auto concepto debido a que no ha habido un nacimiento psíquico.

Control de impulsos

Se puede decir que A. presenta un adecuado control de impulsos, pero no se puede hablar realmente de un control como tal debido a la falta de expresión y comunicación, un retraimiento importante.

Relaciones Interpersonales

- A. es una niña introvertida, le es difícil relacionarse con otras personas, es tímida. Es decir, su adaptación social no es la esperada para su edad, no sabe como relacionarse con sus pares, ni con adultos, por lo observado se relaciona de manera no verbal con la madre, y con lo descrito por la madre se relaciona de manera verbal y esperada con su familia nuclear.

Mecanismos de defensa

Se habla del aislamiento como mecanismo de defensa en A., ya que la búsqueda de una interacción verbal se puede vivir como amenazador dando como resultado el silencio y la evasión, que puede reflejar una diferenciación de la madre y medio de control.

Juego diagnóstico madre-hija

Se observa que la madre busca dirigir a A. tanto físicamente (al tomarla de la mano y guiarla), como verbalmente al pedirle continuamente que hable, y le dé instrucciones del que y como hacer las cosas, de igual manera se observa como la madre lee lo que la niña quiere con una mirada de la niña.

Por otro lado se ve reflejado el asombro de A. ante la situación de que la madre juegue con ella, inclusive muestra gestos de alegría cuando la madre busca relacionarse a través del juego, lo cual A. no consigue.

En esta situación se ve reflejado como la madre es la que da sentido al ser y hacer de la niña, y esta se siente impresionada al ser vista y tomada en cuenta por medio del juego, más allá del deseo constante de la madre de que hablara en ese momento.

Juego diagnóstico

Durante la sesión de juego diagnóstico estuvimos por primera vez A. y yo, al parecer en esta sesión se logra iniciar una comunicación no verbal y un vínculo, al preguntar y respetar su opinión y deseo, parece es un inicio para empezar a actuar y decidir desde ella (y no desde la madre), en donde logra comunicarse no verbalmente con un poco más de fluidez. Al parecer se ve reflejado su necesidad de ser vista como individuo, ser tomada en cuenta y respetada.

Se observa que su psicomotricidad fina, así como su trazo son adecuados para su edad.

DSMIV

Criterios para el diagnóstico de F94.0 Mutismo selectivo

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).

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 (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Conclusiones Psicodiagnósticas

Como ya fue mencionado, A. presenta un buen desarrollo académico, desarrollo de la psicomotricidad adecuada para su edad, su nivel de atención y control de impulsos adecuados para su edad. Sin embargo no se puede hablar de una medición en el estricto sentido de la palabra de la inteligencia ni de la madurez cognitiva, ni de la capacidad de aprendizaje. Se tiene a favor que a A. puede comunicarse de manera no verbal cuando se le da el tiempo y el espacio necesario. Entiende perfectamente el lenguaje, sabe seguir instrucciones y tareas. Acorde a lo que refleja la escuela no tiene problemas académicos pero si está siendo un problema el no poderse comunicar para transmitir su aprendizaje y su conocimiento.

Así como sus principales conflictos están relacionados con el área afectiva, parece que la falta de habla de la niña está relacionada con una falta de sentido propio, con un deseo de una hija acompañante sin lugar y sin haber logrado un nacimiento psíquico, una hija que terció entre un padre ausente y acompaña a una madre “vacía”, siendo la manera de

diferenciarse por medio de la falta de palabra. Se vive una dificultad para jugar y para simbolizar.

Se verifican los criterios del DSMIV para un posible mutismo selectivo, en cual se cumplen los criterios.

Su relación con la madre se pudiera decir es simbiótica, por lo que la niña y la madre van juntas física y emocionalmente, y por otro una relación ausente con su padre que no sólo no hace el corte de esta unión, si no que por otro lado la propicia.

Cabe mencionar como el estado emocional de la madre es de suma importancia, en donde se observan rasgos depresivos que se ven reflejados en el cuidado personal (poco cuidado), en el estado de ánimo de tristeza, tendencia al retraimiento y su propia narración en donde habla de sentirse sola y tener un vacío. Esto nos lleva a vincularlo con la falta de interés de la problemática de su hija, así como al estimular y apoyar a la niña en necesidades básicas para su desarrollo como el control de esfínteres y el buscar apoyo para su problema de socialización, comunicación y lenguaje.

Sugerencias de tratamiento

Por sus conflictos ubicados en el área emocional, se recomienda terapia psicológica individual, acompañada por orientación a la familia.

Se sugiere un espacio a la madre, en donde pueda elaborar su historia y sus rasgos depresivos, para que le permita ser consciente de las necesidades de su hija (el que ella tenga su espacio, tenga sus amigos, actividades para ella, mejore en su comunicación y lenguaje inclusive). Hay un espacio especial para padres del centro a donde se invita a participar a la madre.

Se sugiere una evaluación fono audiológica para descartar algún problema de lenguaje y/escucha.

Foco de trabajo con la niña

- Establecer el vínculo terapéutico
- Darle un lugar y un espacio individual
- Poderse separar de la madre
- Lograr la simbolización por medio del juego

Foco de trabajo con la madre

- Reconocer la individualidad de su hija
- Asumir el rol que está jugando en la vida de su hija
- Replantearse objetivos de apoyo para su soledad y vacío, de manera que pueda dejar crecer a su hija.
- Hacerla entender que debe asumir sus funciones paternas

Capítulo 9 El tratamiento psicológico

El tratamiento tuvo una duración de 5 meses, un total de 5 Sesiones de evaluación, 6 Sesiones de juego y 2 entrevistas con la madre. Las sesiones fueron semanales, con una hora de duración aproximadamente. Hay que mencionar que fue una familia que le fue difícil comprometerse, eran inconstantes tanto en la puntualidad, como en la asistencia, y esto se incrementaba cuando se le pedía el estudio fono audiológico a la niña y/o se le pedía cita a la mamá para hablar con ella.

No es tarea fácil transmitir lo que implica todo el proceso de un tratamiento, uno quisiera contar todos los detalles porque realmente todo es importante, como lo es cada pieza de un rompecabezas. Sin embargo no se puede y tampoco es que se pueda registrar todo. El concepto del caso siempre debe de ser dinámico, constantemente se hacen evaluaciones y a cada momento se repiensa el entendimiento.

El proceso terapéutico con A. ha sido dividido en dos etapas de acuerdo a los temas y trabajos que más se destacaron en importancia para la comprensión del caso y su proceso: fase inicial y fase final.

El anonimato fue tomado en cuenta, los nombres son abreviados y algunas informaciones personales han sido protegidas.

Fase Inicial

Desde que inició el trabajo con A. se buscó establecer la alianza y el vínculo terapéutico, para de esta manera llegar a establecer comunicación entre ambas e iniciar un trabajo más de índole terapéutico y poder entender el mundo de la niña. Para ejemplificar el tratamiento, en ocasiones se escribirán párrafos de algunas sesiones.

Desde la primera sesión se da su espacio a la niña para que en el momento que lo decida inicie una comunicación con ella (verbal o no verbal), respetando sus procesos y tiempos.

A raíz de ser respetada y tomada en cuenta en la decisión de no ser filmada por TV UNAM A. inicia no sólo a decir de manera no verbal lo que necesita si no a interactuar por medio del dibujo. [primera sesión]

En esta primera etapa fue recurrente el llevar objetos transicionales (jueguetes) que le proporcionaban seguridad y eran un elemento de introducción y vinculación a las sesiones. Lleva a diferentes muñecas, con las cuales al inicio de las sesiones conocemos y jugamos con ellas, siendo útiles para una especie de “actividad rompe hielo” o warming cómo se conoce en las actividades introductorias de los grupos de psicodrama, para después iniciar con la actividad principal.

Lleva una mochila y en ella saca a su bebé, y su ropita, iniciamos a conocer el contenido y a partir de ahí se inicia a jugar con la arena y la muñeca sigue presente aunque sin un rol o importancia dentro del juego. (Tercera sesión)

Se busca tener una comunicación no verbal con la niña de manera escrita para no sólo tratar de establecer una forma más de comunicación, si no hacer un cierre cognitivo y conocer su percepción en cuanto a la sesión, además de comprobar su proceso de lecto-escritura. A lo largo de la mayoría de las sesiones, en los últimos minutos de estas se le preguntaba ¿cómo se sintió? ¿Qué fue lo que más le gustó? Y ¿Qué no le gustó? A. reaccionó a estas preguntas favorablemente, inclusive esperándolas y siendo un elemento de interacción, vinculación y conocimiento importante.

Cuando se le pregunta cómo se sintió en la sesión la niña comenta con una carita que feliz, lo que más le gustó fue la arena y lo que menos le gustó fueron los títeres. (cuarta sesión).

Es de llamar la atención que en diferentes sesiones y de manera diferente la niña juega a los triángulos y/o las triangulaciones, inicia de una manera simple representada por triángulos, y termina proyectando la triada madre-padre-hija.

La niña toma las figuras geométricas de dos dimensiones, toma los triángulos e inicia a hacer triángulos de diferentes colores y de diferentes tamaños, aunque también juega con otras figuras la constante son los triángulos. [Tercera sesión]

La niña juega a la arena, introduce en ella un carro, una moto y una gatita, y constantemente cambia de personajes dentro de la arena (que no interactúan entre sí), sin embargo la constante es el triángulo (cuarta sesión)

Durante las primeras 4 sesiones no se presentó juego simbólico, ya que A. se limitaba a ejercer funciones básicas del juego, colorear, armar, pero sin darle un símbolo, un toque de un elaborar imaginativo, si no el juego dado en su representación convencional de la vida ordinaria.

La niña lleva su muñeca, la viste, y la desviste, además de verla y dejarla en la mesa no hay ningún intento de su parte por buscar una interacción desde la muñeca, ejercer funciones imaginarias como ir a caminar, comer etc. (cuarta sesión)

En esta primera etapa se tiene entrevista con la mamá de A. para dar seguimiento al proceso de la niña, se le regresa la importancia de ser constantes con el tratamiento y la importancia de esto, y por otro lado se le sugiere de nuevo el estudio de audiometría. La madre comenta no se ha observado cambio alguno en la niña, comenta la escuela le pregunta que está pasando, si aún siguen viniendo; lo cual puede estar funcionando como un agente externo de presión para continuar en el proceso.

En la última sesión de esta etapa no se le trata de adivinar lo que A. quiere de manera no verbal, no se sugiere juego o actividad alguna y A. reacciona guardando su muñeca y su ropa en su mochila, inclusive la carga y da señal de irse, cuando esto sucede se le comenta que es su espacio y si lo que ella desea es irse es libre de hacerlo, ante este comentario ella decide quedarse; esta situación parece ser el parte aguas del proceso, ya que la niña decide quedarse, y a partir de esta sesión en la que no se hacen las cosas por ella y ella lo tiene que hacer por ella misma se puede decir que inicia su nacimiento psíquico, el nacimiento de su propio deseo.

En esta primera etapa se observa como paulatinamente se vea creando el vínculo terapéutico, con calma y sin prisa, como cada uno de los momentos son cautelosos pero van acercándose no sólo a establecer el vínculo, si no que la niña se adueña de su espacio para la creación y la elaboración. Surge la hipótesis en esta primera etapa acerca de los triángulos, me parece que se puede relacionar a lo que se menciona en terapia familiar acerca de la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin

de incluir a un tercero (por ejemplo, un hijo), lo cual da por resultado el "encubrimiento" o la "desactivación" del conflicto.

En la parte transferencial percibí timidez, miedo, ansiedad al no saber que hacer, como relacionarse y en la parte contrantransferencial traté de regresarle paciencia, respeto y constancia, sin embargo era un reto para mí el no recibir retroalimentación verbal y en un principio de ningún tipo, me generaba incertidumbre y ansiedad, cambiando después a asombro, curiosidad y entusiasmo.

En esta etapa el mecanismo de defensa que presenta A. es el aislamiento, la proyección y la sublimación.

Fase Final

Esta etapa inicia con el cierre de una fuerte sesión en el que A. por primera vez muestra libremente tanto su deseo de irse de la sesión terapéutica como de quedarse por su propia voluntad. A partir de esta sesión es cuando A. asume su proceso terapéutico, y empieza a jugarse a ella y se empieza a permitir jugar el interactuar con los otros y el ser vista.

En esta segunda etapa aunque sigue llevando objetos transicionales ya no son utilizados como medio para iniciar el juego, simplemente siguen siendo compañía y ayudan a la interpretación de la simbiosis.

Esta sesión A. llega y coloca la muñeca en la silla, la abraza muy fuerte, y se le señala que pareciera como si quisiera ser una con la muñeca. (quinta sesión)

En esta fase se vive a la niña más libre y espontánea, se da permiso de explorar el material libremente y sin rigidez, así como busca en etapa la interacción directa por medio del juego.

La niña juega por primera vez con la arena, se ensucia, experimenta, busca la interacción entre nosotras por medio del juego de la arena, se muestra sonriente y feliz, inclusive me baña de arena, me regala una barita mágica. (quinta sesión)

En esta etapa es muy interesante como se percibe claramente el inicio y desarrollo del juego simbólico.

En esta sesión A. juega a las muñecas, la lleva de paseo en el carro, la peina, la cambia. Esconde a un muñequito (Sexta sesión)

La niña esconde mi pluma, y cuando le pido me la da empieza a jugar y darme otros objetos simulando que es mi pluma, inclusive simula que me la da, pero en realidad no es nada. (séptima sesión)

En esta fase la niña juega a las escondidas, lo cual representa la Constancia objetal, la cual es importante mencionar como un símbolo de su nacimiento psíquico, en el cual al poderse diferenciar de su madre logra una individuación y una necesidad de constatar si el objeto está ahí o no, jugándose de cierta manera ella misma.

A. esconde al muñequito en la arena, y empezamos a jugar a buscarlo, continúa con este juego de esconder muñecos y yo encontrarlos, gozando este juego, seguido de esconderse ella al final de la sesión (sexta sesión)

La escuela de A. se encuentra a un lado del centro, y del consultorio se ve perfectamente. Por primera vez ve hacia la escuela y se esconde, al preguntarle si esconde “de los otros niños de la escuela” ella asiente.(séptima sesión)

En esta etapa la arena juega un papel muy importante, ya que parece simbolizar como “los polvos mágicos” aquello que da vida, que da magia, da un sentido y un hacer especial.

La niña me baña de arena, y a partir de ese momento busca una relación e interacción más cercana y activa (quinta sesión)

La niña le avienta un poco de arena a las muñecas, como una especie de “polvos mágicos” y a partir de ese momento juega entre ellas y con ellas. La niña le pone un

poco de arena a la casita y a partir de ahí empieza a jugar a armar la casita, y a jugar con los muñecos en la casita. (sexta sesión)

A. avienta arena hacia su escuela, como brindando esa magia hacia afuera del consultorio.

Logra expresar lo que desea de manera impulsiva al darse cuenta del poder de su elección.

A. mí me da al papá para que juegue con él, asiente que quiere juguemos a los muñecos, en el transcurso de la sesión estoy anotando algo y me quita la pluma en señal de que no quiere que escriba, le pregunto si es lo que quiere y asiente.

Busca jugar y vincularse para ser vista por los otros

A. toca la ventana que da hacia la escuela de al lado (que es su escuela) y se esconde, después de esto pide no verbalmente abrir la ventana, toma un poco de arena y la avienta hacia afuera, vuelve a repetir el tocar la ventana y esconderse y se carcajea por primera vez en el transcurso del proceso, le pregunto si la vieron y asiente con la cabeza.

En esta etapa los cierres se pudieron llevar de manera diferente, la niña ya no solo los escribía, si no que los actuaba, o los jugaba.

Se habla de lo que se jugó en la sesión y al preguntarle que le gustó señala el carrito y al preguntarle cómo se sintió va por arena y la avienta hacia arriba de nosotras denotando una expresión de alegría importante. (Sexta sesión)

A. esconde mi pluma y cuando le pregunto con que vamos a escribir, escoge otro plumón para escribir el cierre.

En esta etapa se observa como siguen estando presentes los triángulos en el juego, aunque de manera no tan sublimada, ya que representa los triángulos de primera instancia en las muñecas, y en segunda instancia directamente con el papá, la mamá y la niña.

Durante esta sesión A. juega a dar un paseo en el carro a las muñecas, elige sólo tres y las acomoda en forma de triángulo y las deja de esta manera durante toda la sesión (sexta sesión)

A lleva a la sesión a una muñeca, un muñeco y una niña, me da al muñeco, y pregunto si es que quiere jugar a la familia y asiente, la niña logra establecer un juego entre mamá y papá, pero la hija solo juega con la mamá, cuando se trata de jugar con el papá y la mamá y la hija, la hija se va, al parecer se muestra extraña cuando el papá trata de vincularse con la niña y A. no sabe qué hacer, se paraliza y se avergüenza.

En esta etapa se tiene una sesión muy importante con la madre de A. en la última sesión, la madre reporta que ha notado muchos cambios en su hija, y también lo reporta la escuela, la niña ya es más independiente, juega más, se relaciona con sus compañeros, dice que quiere y que no quiere, inclusive se puede portar en momentos hasta rebelde de lo que la madre le dice. Se observa que la madre está muy triste y se le comenta esto, a lo que la madre con llanto asiente que le duele mucho ver que su hija se va a ir y la va a dejar sola. Se habla de cómo esto se había planteado en la segunda sesión y como el dejarle ir y dejarla crecer a ella también le permitiría ser cercana a otras personas importantes en su vida como a sus otros hijos o a su nieto, y como ella necesita trabajar su soledad y miedos para que ambas puedan crecer juntas. La madre se va más tranquila, sin embargo dejan de asistir, la última sesión que se les veo llegan 50 minutos tarde, la madre dice como de costumbre que salude, y esta vez A. cuando su mamá se voltea decide hablarme y me dice hola. Esta fue la última vez que las vi, me comuniqué a su casa varias veces sin éxito alguno.

Esta fase final es muy importante, ya que se ve el gran avance de la niña, se observa como no sólo juega la triangulación real que permite de cierta manera iniciar con la elaboración de la situación, si no que logra decidir por ella misma que quiere y que no

quiere, logra expresarse, busca querer ser vista por los otros y relacionarse. Termina reconociéndose como un ser autónomo y con decisión propia, lo cual pudo haberla ayudado a que decidiera comunicarse.

En la parte transferencial me parece un cambio radical en comparación con la fase anterior, ya que A. se muestra confiada inclusive retadora y mucho más viva. Contratransferencialmente me siento muy contenta de todos los logros y el gran avance alcanzado por abril, pero por otra parte me da impotencia y tristeza el que la madre de nueva cuenta haya decidido por la niña el no dejarla crecer, y miedo a que esto realmente ocurra. Por otra parte impotente al ver las limitantes que tenemos al ser sólo una pequeña parte, en que aunque se trate de hacer lo mejor, los resultados y conclusión de los procesos terapéuticos no siempre están en nuestras manos.

Capítulo 10 Discusión

El caso de A. es un caso de mutismo selectivo, dado que los rasgos que se describen en el DSMIV concuerdan con los síntomas que presentó la niña:

- La característica esencial del mutismo selectivo es la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas (p. ej., en la escuela, con compañeros de juego) cuando es de esperar que se hable, pese a hacerlo en otras situaciones, en el caso de A. lograba hablar con su familia nuclear, sin embargo no lo lograba en la escuela ni en la terapia.
- La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social. A. presentaba problemas en la escuela al no poder comunicarse con sus compañeros ni maestros, y afectaba el rendimiento escolar.
- La alteración debe durar por lo menos 1 mes y no se limita al primer mes de escolaridad, la escuela lo reporta por un año y medio.
- F. En lugar de comunicarse mediante las verbalizaciones usuales, los niños afectados de este trastorno pueden comunicarse mediante gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, estirando o empujando, o, en algunos casos, mediante vocalizaciones monosilábicas, cortas o monótonas, o con voz alterada. A. se comunicaba mediante gestos, la escuela reporta lograba decir algunas palabras aisladas.

Las características asociadas al mutismo selectivo incluyen timidez excesiva, miedo a las relaciones sociales, aislamiento y retraimiento sociales, «pegarse» a otros, esto se observa claramente en A. al ser tímida, mostrarse con miedo o ansiosa ante relaciones sociales, mostrarse aislada en la escuela y retraída en la escuela y terapia, y se puede decir estaba “pegada” a su madre.

Algunos niños que presentan mutismo selectivo no hablan con sus compañeros de escuela, mientras que otros hablan con pocos. A. al parecer no hablaba con sus compañeros de escuela. El contexto familiar es en donde el niño con MS presenta menos síntomas, aunque en casos también presenta reservas para hablar en casa, el padre es la persona con quien menos habla, por lo referido por la madre

A. no presentaba problemas para hablar en casa, aunque se menciona su padre decía era muy tímida.

MS es generalmente considerado como un raro desorden, con una prevalencia de entre .3 y 7.1 por cada 1,000 niños. Cuando se presente el MS tiene cuatro veces mayor prevalencia en inmigrantes que en personas nativas.

Es más común en niñas que en niños, en un rango de 2 a 1. Usualmente se identifica en los primeros años de primaria entre los 6 y los 8 años, aunque los estudios indican que los síntomas se presentan desde los 3 años, lo cual acorde a la escuela se identifica en primero de primaria, sin embargo por la historia clínica que refiere la madre, la problemática se presenta desde antes.

La causa del MS es desconocida como tal, se ha pensado que tanto la genética y los factores ambientales contribuyen a la etiología. La actual conceptualización del desorden liga al Mutismo Selectivo con desordenes de ansiedad, en particular con fobia social.

Las familias de niños con MS han sido descritas como tímidas y aisladas, las cuales concuerdan con el perfil de la familia de A.

Algunos estudios han demostrado un fuerte vínculo entre la madre y el hijo causando dificultades en la separación y la individuación. Hayden utilizó el término “mutismo simbiótico” para describir la relación padre – hijo, la cual al analizar el caso de A. debido a la historia de la madre y el día típico de A. se puede observar de esta relación tan cercana que ha dificultado la separación y la individuación de la madre.

Para que se pueda llevar a cabo el diagnóstico se requiere una evaluación interdisciplinaria, a lo largo de varios ejes. Como el MS no es comúnmente diagnosticado hasta que el niño comienza la escuela, aunado a un periodo de conversación normal con los miembros de la familia en el hogar, el maestro es un informante muy importante en cuanto a la habilidad del niño para comunicarse en

el salón de clases, lo cual de no ser por la presión de la escuela difícilmente los familiares de A. hubieran pedido ayuda especializada.

Goll (citado por Sharkey, McNicholas (2008) describe una serie de casos de 10 familias con MS en el que un niño presenta MS; en estos identifica a sus miembros jugando 4 roles específicos: 1. El mudo selectivo 2. El modelo o modelos mudos 3. El padre simbiótico 4. El líder de la familia, la dinámica se lleva a cabo de la siguiente manera: El padre simbiótico (normalmente la madre) forma una coalición con el mudo selectivo, y esta relación cercana está directamente relacionada con la hostilidad y la insatisfacción entre los padres. El mudo selectivo y el padre simbiótico presentan grandes dificultades para separarse al comenzar la escuela y la individualización para convertirse en un ser autónomo. Las madres comúnmente son descritas como sobreprotectoras y demasiado involucradas, mientras que los padres como desapegados. La mayoría de las características antes mencionadas anteriormente coinciden casi en su totalidad con la dinámica familiar de A., se percibe como la madre de A. tiene un vínculo muy estrecho con A. inclusive desde el deseo para concebir a A., el padre de A. se muestra ausente no solo del proceso terapéutico sino también de la vida de A.

De acuerdo a Olivares y cols. (2007) el mutismo selectivo presenta tres componentes o sistema de respuesta:

-El sistema motor: los niños con MS presentan asilamiento social, esto se interpreta como una respuesta de evitación pasiva, ya que al no relacionarse socialmente no se emiten los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad (si nadie le va a preguntar no tiene que contestar). Utiliza modos de comunicación alternativa (hablar en secreto, utilizan gestos, muecas, movimientos de cabeza para afirmar o negar, tirones o empujones para pedir algo o expresar desagrado, usan el lenguaje escrito como sustituto del oral. No miran al interlocutor especialmente en el inicio.

Se observa como estas características se ven identificadas en A. al evitar las relaciones sociales, incluso prefiere hacerse pipí antes de enfrentarse a pedir permiso para ir al baño. A lo largo del proceso terapéutico se observó como

sustituía el lenguaje oral con gestos, movimientos de cabeza, tirones, y lenguaje escrito.

- *El sistema psicofisiológico:* Cuando son expuestos a situaciones que les provocan ansiedad como el enfrentarse a una situación social; se incrementa la sudoración (se puede ver reflejado en la frecuencia con que se restriegan las manos en el pantalón o falda), tensión muscular que pareciera están agarrotados, tics, rechinar dientes, tocarse o rascarse más de lo habitual distintas partes del cuerpo, suele incrementarse la respiración y la frecuencia cardiaca, después de la situación temida pueden presentarse cefaleas, mareos, cansancio extremo, alteraciones de la visión, así como aumento en las ganas de orinar. En el caso de A. se observaba como constantemente se frotaba las manos y las frotaba contra la falda o pantalón, principalmente en las primeras sesiones.

- *El sistema cognitivo:* Los pensamientos con respecto a la incapacidad de hablar en situaciones que le producen ansiedad están constantemente reforzándose, ya que las respuestas fisiológicas condicionan sus conductas al hablar y se asocia con pensamientos negativos hacia esas situaciones.

Existen pocos estudios a largo plazo con niños con MS, y la edad de seguimiento ha sido menor a los 18 años. La mayoría de los estudios incluyen muestras de menos de diez individuos, y revelan tasas de remisión de entre 39 y 100%. Las tasas variables son posibles debido a las diferencias en la definición de MS, y la duración del tiempo de seguimiento. Las tasas de remisiones más largas que se han obtenido han sido de seguimientos mayores a 10 años, posiblemente reflejan el hecho que en la mayoría de los casos la duración del desorden excede 5 años.

Margaret Mahler basa el desarrollo del niño y la constitución de su personalidad en la dependencia emocional que éste tiene respecto de la madre, en este sentido A. se puede decir depende de su madre en gran medida, y la madre depende en gran medida de A. El nacimiento psíquico y el nacimiento biológico Se reconocen como dos procesos diferentes en tiempo. Esta simbiosis madre-hijo, está basada en el hecho de que el niño no está psicológicamente preparado para sobrevivir sin ayuda, lo cual se puede observar en el caso de A. y su madre, la cual no ha dotado de herramientas, seguridad y deseo de

crecer y ser autónoma. De aquí surge la duda de que pasa con la madre y el padre en cuanto al deseo por la hija y la forclusión del nombre del padre, Lacan cuando escribe acerca del Nombre del Padre nos refleja la importancia de la función simbólica y real de la ley, de corte, de triangulación, la cual el padre de A. no está cumpliendo ni a nivel real ni a nivel simbólico, y vemos que no hay alguien inclusive ni la misma madre que pueda frenar este deseo de ella de buscar un vínculo simbiótico con su hija, al parecer al pactar con la madre de A. acerca de la función de A. de venir al mundo a acompañar a su madre en su dolor y soledad, pareciera que el padre le ofrenda este producto a la madre para poderse deslindar de esta relación, y pactando de esta manera deslindándose de la relación y la madre deslindando al padre y a toda posibilidad de poner su deseo fuera de su hija. Esto nos lleva a cuestionarnos que pasa con el establecimiento de la pareja parental, ¿Cómo está constituida? Si analizamos este caso desde la perspectiva sistémica, de acuerdo a Estrada (2010), Se observa como desde la constitución del noviazgo y el desprendimiento de sus familias de origen los padres de A. parecen no tener una idea clara de lo que quieren ambos, la madre parece sentirse preocupada al ver que su novio sale con otras amigas, así como el papá de A. parece no asumir un compromiso monogámico con su entonces novia. El encuentro y la unión de los padres se dan por diferentes razones, el padre para demostrar su fidelidad, y la madre como un apoyo para enfrentar su angustia y soledad. Al parecer esta fase de integrarse y acoplarse como pareja no se dio, por lo que se describe vivían juntos, pero cada uno con su propia vida. Al llegar los hijos se continúa el patrón en el que los padres están juntos físicamente, mas no hay una integración ante los padres, la madre se sigue viviendo sola, y aunque si hay una capacidad de planeación de ambos (A. fue planeada y los hermanos también), parece no haber una vinculación afectiva cercana entre ellos. Durante el periodo de adolescencia de los hijos mayores es cuando se da cuenta la madre de A. que sus hijos mayores se van a ir, y es cuando se habla del deseo por concebir a A. por lo que se observa una pareja con carencias y déficits en la función marital y en la función paternal.

Siguiendo esta misma perspectiva es importante explicar como se llega a dar el rol de A. con lo antes mencionado a asumir el rol de parentalización o hijo parental, el cual de acuerdo a Haley (citado por Minuchin 2004) en el que A. asume el rol de pareja parental de la madre, perturbando así las fronteras generacionales e interfiriendo en el

funcionamiento de la familia al perderse la jerarquía familiar, esto se puede suponer ya que las necesidades de los padres no fueron satisfechas por sus propios progenitores y que el deseo de verlas satisfechas se transfiere a los propios hijos. La parentalización es así una modalidad de "delegación". En cierto sentido, los hijos asumen el rol de los abuelos. Se refiere a la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero (por ejemplo, un hijo), lo cual da por resultado el "encubrimiento" o la "desactivación" del conflicto. en el caso de A. ante la falta de gratificaciones de los abuelos maternos, la madre de A. se ve desprotegida y busca encontrar esta gratificación en su hija, lo cual es permitido debido a la distante y conflictiva relación entre los padres, que no sólo al aliarse A. con su madre y "gratificarla" en sus necesidades, termina de cumplir el deseo de los padres al convertirse en el "chivo expiatorio" al ser la depositaria del "síntoma" entendido como el mutismo selectivo. Durante el proceso terapéutico se empieza a observar como la niña por medio del juego empieza a diferenciarse de la madre, y de esta manera iniciar lo que Mahler describe como proceso de separación-individuación como el camino que el niño recorre para la salida de esta simbiosis, la cual se vio reflejada en el tipo de juego, la relación terapéutica y el empezar a relacionarse con sus compañeros de escuela. La problemática principal en este caso fue la falta de deseo de la madre para tomar su propio espacio y elaborar de esta manera sus pérdidas, angustias y vacíos para dejar que su hija pudiera continuar con su proceso de separación- individuación; como señala Anna Freud (citado por Furman 2000) las madres deben estar ahí para ser abandonadas, sin embargo el abandono infantil de la madre de A. las pérdidas tempranas y la falta de elaboración y deseo de elaboración de su historia la llevaron a estar en contra de ser abandonada y ante la inminente separación de A. experimentar una angustia desbordante que le impidiera colocarse en otra posición con respecto a su hija A.

Es difícil mencionar si el tratamiento fue exitoso o no, ya que se puede analizar desde dos ópticas distintas, la primera es que el tratamiento quedó inconcluso, y no se pudo realizar una evaluación final; por otro lado al ser un caso tan complejo, observar y verificar no sólo en el ámbito terapéutico si no por medio de la madre y lo referido de la escuela en cuanto a la individuación y deseo de la niña se puede considerar como un tratamiento con grandes mejorías, aunque me parece es desde donde se plantea el éxito del tratamiento. Me parece importante señalar que aunque el síntoma era el mutismo, en ningún momento el objetivo fue que la niña hablara, ya que esto sería una consecuencia

de la relación de las dinámicas y conflictos en los que la niña estaba inmersa. Me parece que se puede hablar de un tratamiento “truncado” debido a una falta de trabajo y apertura hacia y por la madre, se sugirió asistiera a un proceso de grupo o individual para padres y no se realizó, se pidió un estudio de audiometría y no se realizó. Con esta reflexión retomo lo que decía Anna Freud acerca de que el papel de las madres es estar ahí para ser abandonadas. Me parece que no todas las madres pueden dejarse de lado para dar todo su yo por sus hijos para luego ser abandonadas, y creo que ahí reside uno de los grandes retos de la maternidad, el cuestionarse el para qué, el porqué y como estoy, en qué circunstancias me encuentro como persona para asumir un rol tan demandante, y que recibí yo a la vez de mis propios cuidadores o padres, que me lleven a estar dispuesta con todo y el dolor y la renuncia que me implica el que mi hijo o hija crezca y se independice, vemos como este proceso inicia desde el destete, se ve más claramente con la ida al colegio, y cada vez más al irse independizando de acuerdo a su crecimiento biológico y psicológico.

Uno de los logros con A. fueron debido a la confianza de A., al vínculo y proceso terapéutico en el que la niña confió y decidió tomar su espacio y elaborar lo necesario; de cierta manera de su madre también, al depositarla en manos ajenas, y llevarla a un proceso que le implicaba separarse de su hija.

Respecto al proceso psicoterapéutico con la niña y en cuanto al trabajo referente a su individuación, que no le permitía decidir, relacionarse, jugar considero que se obtuvo un resultado bastante positivo ya que A. logró jugar y elaborar su yo, iniciar una consolidación y empezar a desear por sí misma.

En la contratransferencia puedo decir que mi amor por A. y fue sincero y acompañado por mi compromiso y entrega; aunque en un principio la sintomatología y la dificultad para comunicarnos era todo un reto y no me parecía algo sencillo, me siento muy orgullosa y agradecida por la confianza depositada en mí como instrumento para la elaboración, así como mi fuerte disposición en analizar mi trabajo ya fuera en supervisión o en mi propio proceso psicoterapéutico. También en permitirme ser usada por ella incondicionalmente, en lo postulado por Winnicott (1994): me presté a ser su objeto y me mantuve en la posición de supervivencia (constancia de objeto), con todo y la aceptación de mis sentimientos de impotencia, coraje, preocupación, de amiga y psicóloga clínica en formación. Creo de alguna manera la frase de Anna Freud también aplica para mí como

terapeuta al estar ahí para ser abandonada en el momento en que el o la paciente se vayan, dejándome un gran aprendizaje y profunda empatía hacia la situación familiar en la que estaba inmersa A.

Finalmente hice lo aprendido hasta ese momento de la formación y de la mejor manera que fue posible, dado que soy una psicoterapeuta infantil en formación. El caso me deja mucho aprendizaje y mucha nostalgia, por lo que me representa profesionalmente y por lo que el tema “mutismo selectivo” es de extrema relevancia, el caso de A. constituyó esta tesis que trata de procesar posibles aportaciones al tratamiento psicoterapéutico relacionados específicamente con el mutismo selectivo. Siendo éste apenas un estudio de este caso, las aportaciones no son generalizables y esto puede ser visto como una limitación, como también una invitación o sugerencia para que se realicen estudios longitudinales que nos puedan apoyar en la prevalencia y pronóstico del MS, así como mayor investigación en México acerca del tema.

Consideraciones finales

Es difícil encontrar las palabras para representar todo lo que me implica el caso de mutismo selectivo con A. una niña del sur de la ciudad de México, puedo decir que fue como una fuerte oleada que en un inicio sentí me inundaba y conforme se fue calmando el viento y fui teniendo perspectiva, fui disfrutando y gozando cada una de las olas que aunque me movían aprendí a disfrutar con su vaivén. En el presente estudio he presentado un apartado teórico seguido de la presentación y el análisis del caso; con el objetivo de contribuir con una perspectiva desde la psicoterapia infantil a los casos de mutismo selectivo, cada vez más comunes y tan poco conocidos en México.

Esta guía es parcial, ya que se basa en un caso único, y la bibliografía sobre el tema es limitada, no encontré tesis alguna relacionada al mutismo selectivo en alguna universidad de México, incluyendo la UNAM, por lo que se puede decir es un estudio de caso pionero en su estudio. Su contribución puede ser de importante utilidad como guía para casos similares.

Me parece importante señalar las consideraciones que me parecen relevantes para casos similares:

- Acompañar y/o condicionar el tratamiento psicológico de tratamiento familiar o cuando menos al padre/ madre con el vínculo más cercano al hijo que presenta el síntoma, ya que como se ha demostrado en este estudio gran parte del éxito o fracaso es del mismo apoyo de los padres.
- Acompañar y/o condicionar el tratamiento psicológico con estudios de audiometría para descartar problemas auditivos y/o de lenguaje.
- Sensibilizar y capacitar a las escuelas acerca de esta problemática.
- Realizar y/o validar y estandarizar cuestionarios de conductas para padres y maestros, ya que se sabe es difícil realizar el diagnóstico.

- Orientaciones con los padres para explicar claramente con la bibliografía como la historia de la familia y los datos obtenidos de la historia clínica y escuela la etiología del problema, y que se necesita hacer para obtener un proceso terapéutico exitoso.
- Estar al pendiente del proceso de los padres y de la familia, para poder acompañarlos de manera más cercana, debido a la importancia e influencia en la dinámica del niño o niña.

En general puedo decir que este caso me ha dejado una serie de aprendizajes sin igual, elegí de entrada este caso no por ser el de mayor número de sesiones, ni ser el de mejores resultados o haberlo dado de alta, si no por ser el caso que mas me demandó en el aspecto personal y profesional, creo que fue el caso que durante mi estancia en la maestría y en el centro de atención psicológica “Los Volcanes” mas aprendizajes me dejó tanto teóricos, como prácticos; tanto aprendizaje como terapeuta con respecto a la tolerancia a la frustración, el entendimiento e importancia del trabajo con la familia, como la complejidad de un síntoma que en el fondo desde la parte de la génesis de la problemática como lo he mencionado anteriormente. Aprendo que el individuo es parte de una familia y de un contexto, y si no se trata de manera integral es difícil comprenderlo y tratarlo. Aprendo la importancia de respetar los procesos de los pacientes y analizar mis propios procesos, miedos, fortalezas y debilidades, y me queda claro que entre más creo que sé, más necesidad tengo de seguir aprendiendo del tema y de mi misma. Este caso me simboliza un gran logro y un gran reto de seguir prestando mi experiencia y formación profesional, como mi persona; ya que al final del día creo somos instrumentos al servicio del paciente, y entre mas pulido esté el instrumento mejor será el servicio que se pueda prestar. Por otro lado este caso no se hubiera podido llevar a cabo sin el apoyo y la paciencia de mi tutora del centro comunitario la maestra María del Rosario Muñoz Cebada, que me supervisó y acompañó con su gran sabiduría durante todo el proceso.

En cuanto a los aprendizajes a lo largo de mi formación en la maestría en psicoterapia infantil puedo decir que gracias al proceso de aprendizaje tanto en las clases teóricas y de investigación, como en las partes prácticas, supervisiones individuales, de grupo, cámaras, procesos de grupos y claro muy importante mi proceso terapéutico individual he podido darme cuenta el porqué elegí no sólo esta profesión si no esta especialidad. Aprendí mucho más acerca del niño en su contexto, sus fortalezas, debilidades, en cada etapa que este se encuentra, sus deseos y miedos; así como la importancia de entender, analizar y trabajar con su familia, con su contexto. Las diferentes corrientes con las que se puede trabajar y apoyarse en marcos teóricos para entender y llevar a cabo procesos psicoterapéuticos, como también la importancia de estar en constante auto supervisión y supervisión de los colegas.

No me queda más que agradecer por esta extraordinaria oportunidad de formarme en una institución tan seria y admirable como es la UNAM, gracias por haberme elegido entre tantos candidatos y haberme dado no sólo su voto de confianza si no también toda su experiencia y las grandes personas que hay detrás de las grandes profesionistas.

Referencias Bibliográficas

- Afnan S, Carr A (1989) Interdisciplinary treatment of a case of elective mutism. Br Journal Occupational Therapy 52:61–66
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual de Diagnóstico y estadísticas de desordenes mentales, 4ª ed. revisada. Washington, DC.
- 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: 456-464
- Bergman RL, Piacentini J, Mc Cracken J (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
- Black B, Uhde TW (1995) Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34:847–855
- Black B, Uhde TW (1994) Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind placebo-controlled study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33:1000–1006
- Black B, Uhde TW (1992) Elective mutism as a variant of social phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31:1090–1094
- Black B, Uhde TW (1992) Elective mutism as a variant of social phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31:1090–1094
- Bleichmar, N. y Lieberman de Bleichmar, C. (1989) El psicoanálisis después de Freud. España: Paidós. 347-385.

- Blum NJ, Kell RS, Starr HL, Lender WL, Bradley-Klug KL, Osbourne ML (1998) Case study: audio feedforward treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:40–43
- Bonovitz, C. (2003). Treating children who do not play or talk: Finding a pathway to intersubjective relatedness. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 315–328.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA (2007) Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal American Medical Association* 297:1683–1696
- Carlson JS, Kratochwill TR, Johnston HF (1999) Sertraline treatment of five children diagnosed with selective mutism: a single case research trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 9(4):293–306
- Cohan SL, Chavira DA, Stein MB (2006), Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:11 , pp 1085–1097
- Cohan SL, Price JM, Stein MB (2006) Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 27:341–355
- Doltó F. (2003). Seminario de psicoanálisis de niños 2. México DF. Siglo Veintiuno Editores. 117-133
- Dominguez L (2010) La elección del hijo parental y su rol en la familia. Publicado por UIA Torreón. 1-7.
- Estrada Lauro. (2010). El ciclo vital de la familia México DF. Debolsillo. 11-155
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas* (12ª ed.). Tomo XVIII . Buenos Aires: Amorrortu Editores. 7-62
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de 5 años. En *Obras Completas* (12ª ed.). Tomo X . Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1-117

- Freud, S. (1908). El creador literario y el fantaseo. En *Obras Completas* (12ª ed.). Tomo IX Buenos Aires: Amorrortu Editores. 127-135.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*, Tomo VII Buenos Aires: Amorrortu Editores. 109-224.
- Furman Erna. El niño sus padres y el psicoanalista. 2000. Cap. 16. México DF. Síntesis. P.249
- Gillberg IC, Gillberg C (1989) Asperger syndrome—some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 19:118–133
- Golwyn DH, Selvie CP (1999) Phenelzine treatment of selective mutism in four prepubertal children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 9:109–113
- Grosso S, Cionni M, Pucci L, Morgese G, Balestri P, (1999) Selective mutism, speech delay, dimorphisms, and deletion of the short arm of chromosome 18: a distinct entity? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 67:830-831.
- Hayden TL (1980) The Classification of elective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 19:118–133
- Hoffman L (1987) *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México DF. F.C.E.
- Kee CH, Fung DS, Ang LK (2001) An electronic communication device for selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40:389
- Kehle TJ, Madaus MR, Baratta VS, Bray MA (1998) Augmented self-modelling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology* 36:247– 260
- Klein, M. (2004). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. En *Obras Completas* (4ª Reimpresión). Tomo III (pp. 129-146) Buenos Aires: Paidós.
- Kristensen H, Torgerson S (2002) A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a comorbid communication disorder. *Nordic Journal Psychiatry* 56:347–353

- Kristensen H, Torgersen S (2001) MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study. *Journal of Abnormal Psychology* 110:648–652
- Kristensen H (2000) Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39:249–256
- Krohn DD, Weckstein SM, Wright HL (1992) A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31:711–718
- Krysanski VL (2003) A brief review of selective mutism literature. *Journal Psychology* 137 :29–40
- Lacan (1992) Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis. Paidós. Barcelona.
- Lacan J (1975-1976) Seminario XIII: El sinthome. Paidós.
- Lacan J(1974-1975) Seminario XII: RSI, Versión crítica.
- Lacan J (1972-73/2010) Seminario XX. *Aun.* Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J (1970-71) Seminario XVIII.: *De un discurso que no fuese semblante.* Seminario inédito.
- Lacan J(1967-68) Seminario XV: *El acto psicoanalítico.* Seminario inédito. Publicación y Circulación interna de Discurso Freudiano.
- Lacan J (1963) Los Seminarios de Jacques Lacan. Seminario 10 bis. Los nombres del Padre. Clase única.
- Lacan J (1956) Seminario IV: la relación de objeto.
- Lacan J(1955-56/1984). Seminario III: *Las psicosis.* Buenos Aires: Paidós.
- Mahler Margaret, (1975) El nacimiento psicológico del infante humano : Simbiosis e individuación. Argentina. Marymar.
- Mahler Margaret, (1972) Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación, México DF, Joaquín Mortiz.
- Minuchin Salvador (2004), Familia y terapia familiar, México DF, Gedisa.

- Olivares JO, Rosa AI, Olivares PJ (2007) , Tratamiento psicológico del mutismo selectivo, Pirámide, Madrid, 40, 135-136, 155-156, 159,160
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Madrid, Médica Panamericana.
- Reynoso R y Cols. (1980) Psicopatología y clínica infanto-juvenil. Buenos Aires: Ed. Belgrano. 145-152,160-161,
- Seagal H (2008) Introducción a la Obra de Melanie Klein, México Df, Paidós. 17.
- Sharkey L. and McNicholas F. (2008). More than 100 years of silence, elective mutism. European Child and Adolescent Psychiatry 17:1, 257, 258
- Simons D, Goode S, Fombonne E (1997) Elective mutism and chromosome 18 abnormality. European Child and Adolescent Psychiatry 6:112–114
- Steinhausen HC, Adamek R (1997) The family history of children with elective mutism. European Child and Adolescent Psychiatry 6:107–111
- Steinhausen HC, Juzi C (1996) Elective mutism: an analysis of 100 cases. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35:606–614
- Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A, Lum K, Burger C (2005) Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 44:592–595
- Valner, J., & Nemiroff, M. (1995). Silent eulogy: Elective mutism in a six-year-old Hispanic girl. Psychoanalytic Study of the Child, 50, 327–340.
- Vecchio, J.L., & Kearny, C.A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27, 31–37.
- Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa. 71,72, 76,77,

Anexo 1

Name of Child: _____ Completed by: _____ Date: _____

Selective Mutism Questionnaire* (SMQ) (to be filled out by parents)

Please consider your child's behavior and activities of the past month and rate how frequently each statement is true for your child.

AT SCHOOL

	Always	Often	Seldom	Never
1. When appropriate, my child talks to most peers at school.				
2. When appropriate, my child talks to selected peers (his/her friends) at school.				
3. When called on by his or her teacher, my child answers.				
4. When appropriate, my child asks his or her teacher questions.				
5. When appropriate, my child speaks to most teachers or staff at school.				
6. When appropriate, my child speaks in groups or in front of the class.				
How much does not talking interfere with school for your child? (please circle)	Not at all	Slightly	Moderately	Extremely

WITH FAMILY

	Always	Often	Seldom	Never
7. While at home, my child speaks comfortably with the other family members who live there.				
8. When appropriate, my child talks to family members while in unfamiliar places.				
9. When appropriate, my child talks to family members that don't live with him/her (e.g. grandparent, cousin).				
10. When appropriate, my child talks on the phone to his/her parents and siblings.				
11. When appropriate, my child speaks with family friends.				
12. My child speaks to at least one babysitter.				
How much does not talking interfere with family Relationships? (please circle)	Not at all	Slightly	Moderately	Extremely

IN SOCIAL SITUATIONS (OUTSIDE OF SCHOOL)

	Always	Often	Seldom	Never
13. When appropriate, my child speaks with other children who s/he doesn't know.				
14. When appropriate, my child speaks with family friends who s/he doesn't know.				
15. When appropriate, my child speaks with his or her doctor and/or dentist.				
16. When appropriate, my child speaks to store clerks and/or waiters.				
17. When appropriate, my child talks when in clubs, teams or organized activities outside of school.				
How much does not talking interfere in social situations for your child? (please circle)	Not at all	Slightly	Moderately	Extremely

*SMQ under development; use with permission of author, Lindsey Bergman, Ph.D.; lbergman@ucla.edu

Anexo 2

Name of Child: _____ Completed by: _____ Date: _____

School Speech Questionnaire* (SSQ) (to be filled out by teacher)

Please consider the child's behavior and activities of the past month and rate how frequently each statement is true for the child.

AT SCHOOL

	Always	Often	Seldom	Never
1. When appropriate, the child talks to most peers at school.				
2. When appropriate, the child talks to selected peers (his/her friends) at school.				
3. When called on by his or her teacher, the child answers.				
4. When appropriate, the child asks his or her teacher questions.				
5. When appropriate, the child speaks to most teachers or staff at school.				
6. When appropriate, the child speaks in groups or in front of the class.				
7. How much does the failure to speak interfere with school for this child? (please circle) Not at all Slightly Moderately Extremely				

*SMQ under development; use with permission of author, Lindsey Bergman, Ph.D.; bergman@ucla.edu

Anexo 3

*Versión modificada de la escala de Estévez (1995)
para el diagnóstico diferencial del mutismo selectivo (Olivares, 2002)*

Nombre del niño/niña:

Fecha de nacimiento y sexo:

Centro educativo:

Los **ítems** con el número en **negrita** sólo deben ser cumplimentados por los profesionales. En el formato para «Padres» deben suprimirse.

Señale en cada caso si se cumplen o no las afirmaciones que se presentan a continuación. Se indicará:

- «**SÍ**» en el caso de que generalmente se produzca (o se haya producido) el comportamiento del niño o la circunstancia que se describe.
- «**NO**» cuando generalmente no se presente (o no se haya presentado) en los términos que se formulan.
- «¿?» se reserva para los casos que de ninguna manera puedan ser calificados como «**SÍ**» o «**NO**»

No escriba nada en la última columna de la derecha

	SÍ	No	¿?	
1. Sólo habla en algunas situaciones concretas				
2. Su familia se relaciona poco socialmente				
3. Los extraños le producen ansiedad				
4. Con frecuencia presenta rigidez muscular				
5. Hasta los tres años presentó un desarrollo normal				
6. Comprende habitualmente todo lo que se le dice				

	Sí	No	¿?
7. Pasados los primeros días se mostraba contento cuando empezó a ir al colegio.....			
8. Es un niño extremadamente tímido			
9. Se le entendía mal después de los tres años			
10. En el jardín de infancia se mostraba risueño y feliz			
11. Tiene algún trastorno mental.....			
12. Es un niño confiado			
13. Necesita llamar la atención.....			
14. Es dócil y se deja corregir			
15. Su silencio actual comenzó antes de los cuatro años			
16. Al ir al colegio gritaba y lloraba con gran desesperación al tener que separarse de su madre/padre			
17. Después de los tres años hablaba sólo con frases cortas.....			
18. La madre es ansiosa y sobreprotectora			
19. Tiene algún problema de pronunciación.....			
20. Cuando se le habla mira al interlocutor.....			
21. Habla con sus profesores			
22. Tiene dificultades para relacionarse con otros niños.....			
23. La familia es tímida y reservada.....			
24. La madre sobreprotege al niño			
25. Presenta algún problema en su desarrollo cognitivo			
26. Siempre llora para conseguir lo que desea			
27. Es un niño caprichoso			
28. Busca la compañía de los demás			
29. En algunos casos habla sólo utilizando monosílabos			
30. Le gusta jugar en grupo			
31. Expresa sus deseos con gestos y movimientos de la cabeza ...			
32. En el colegio responde a las preguntas de los profesores ...			
33. Los compañeros le buscan para jugar.....			
36. La/el madre/padre es vergonzosa/o y retraída/o			
37. Presenta tics nerviosos			
38. Tiene tendencia a imponer siempre su criterio.....			

	Sí	No	¿?	
39. En las pruebas de inteligencia puntúa normal				
40. Hay grandes desavenencias entre los padres				
41. En general responde de forma espontánea a las preguntas ..				
42. Es tímido en el colegio				
43. Habitualmente presenta la espina dorsal erguida				
44. Su cabeza y hombros están vencidos hacia delante				
45. Puede considerarse emocionalmente maduro				
46. Se muestra dependiente de la madre				
47. Presenta una dependencia excesiva de los demás				
48. Utiliza a la madre o al padre como intermediarios para expresar lo que desea				
49. A veces habla murmurando				
50. Generalmente se aísla de los demás				
51. El silencio del niño despierta cólera en los padres				
52. El niño habla con sus compañeros en clase				

Anexo 4

Registro para la observación de las interacciones del niño en presencia de personas extrañas, de personas conocidas en lugares extraños o con personas conocidas en presencia de extraños (Olivares, 1994f)

Evita hablar a personas extrañas			
¿A quién? (*)	Sólo si no se le insiste	Siempre, aunque se le insista	N.º de veces que lo ha observado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Evita hablar a personas conocidas en lugares extraños			
¿En dónde? ¿A quién? (*)	Sólo si no se le insiste	Siempre, aunque se le insista	N.º de veces que lo ha observado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Evita hablar a personas conocidas en presencia de extraños			
¿En presencia de quién? ¿A quién? (*)	Sólo si no se le insiste	Siempre, aunque se le insista	N.º de veces que lo ha observado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* Anote las iniciales del nombre y apellidos.

El Registro general de las respuestas de ansiedad (Olivares, 1994e)

Anexo 5

Registro general de las respuestas de ansiedad (Olivares, 1994e)

Cada vez que observe que el niño ha dado respuestas de evitación o de escape conteste las preguntas que siguen, describiendo sus respuestas con el mayor detalle posible. Para facilitarle esta labor le proponemos, en cada pregunta, una serie de respuestas posibles que, caso de observarlas usted en el niño, habrá de subrayar (dando a entender con ello que han ocurrido y las ha visto).

Si lo que usted ha observado no fuese lo que le proponemos, o no todo lo que le proponemos, escriba en el apartado «Otras» las que a nosotros se nos han quedado en el tintero.

1. ¿Qué le ha ocurrido al niño/a? Describalo:

1.1. ¿Qué ha hecho exactamente el niño o la niña?

- No ha mirado a quien le hablaba.
- Ha agachado la cabeza cuando le hablaban.
- Se ha escondido mientras le estaban hablando.
- Ha fingido estar enfermo/a cuando le hemos dicho que tenía que ir a visitar a alguien.
- Ha dicho tener deberes urgentes que hacer cuando se le ha dicho que tenía que visitar a alguien o que habría que recibir alguna visita que estaba a punto de llegar a casa.
- Se ha hecho pipí o caca encima.
- Se ha metido en el aseo y no ha habido quien le sacara de allí.
- Otras.

2. ¿Dónde se encontraban?

3. ¿Quién o quiénes estaba/n presentes en ese momento?

4. Según usted, ¿qué ha ocurrido instantes antes de que reaccionara tan desproporcionadamente?

- 4.1. ¿Le ha dicho usted o alguna de las personas presentes algo? ¿Quién? ¿Qué le ha dicho exactamente?
- 4.2. ¿Ha visto él o ella algo o a alguien? ¿A quién? ¿Qué ha visto?
- 4.3. Caso de ser otras las razones de tal reacción desproporcionada, descríbalas detalladamente a continuación:

5. ¿Tiene usted acceso a los pensamientos del niño o la niña?, es decir, ¿le contaría él o ella, oralmente o por escrito, en qué estaba pensando o qué ha pensado? Si es así, transcriba sus respuestas a los apartados que siguen:

- 5.1. ¿En qué estaba pensando instantes antes de reaccionar como lo ha hecho?
- 5.2. ¿Qué pensaba mientras se encontraba intentando evitar o escapar de la situación?

6. Si el niño o la niña le puede contar verbalmente o por escrito lo que piensa, también podrá hacerlo en relación con lo que sentía que ocurría en su cuerpo, tanto instantes antes como mientras se encontraba reaccionando desproporcionadamente. Transcribalo a los siguientes apartados:

- 6.1. ¿Qué sentía en su interior instantes antes de reaccionar tan desproporcionadamente?:
 - Angustia.
 - Un nudo en la boca del estómago, como una bola que le sube para arriba desde la boca del estómago.
 - Dolor en el pecho.
 - El corazón latiendo muy rápidamente, como si se le fuese a salir.
 - Sudor frío.
 - Sofocos.

Anexo 6

Registro de las respuestas motoras de ansiedad (Olivares, 1994d)

Ha observado que:	Sí (¿Cuántas veces?)	No
1. Balancea los brazos.		
2. Se rasca alguna parte de su cuerpo.		
3. Aprieta fuertemente una mano contra la otra.		
4. Retiene sus manos en los bolsillos.		
5. Retiene sus manos entre las piernas y la silla cuando está sentado.		
6. Retiene las manos entre las piernas cuando está sentado.		
7. Se desplaza y rota sobre el lugar donde se halla sentado.		
8. Tiene tics.		
9. Hace muecas.		
10. Se muerde los labios.		
11. Se humedece los labios con la lengua.		
12. Cruza sus piernas y las balancea cuando está sentado.		
13. Se muerde las uñas.		
14. Introduce algún dedo entre sus labios.		
15. Cuando está sentado, mantiene sus piernas rígidas y:		
a) Fuertemente apoyadas contra el suelo.		
b) Desplazadas hacia atrás en ángulo de unos 45° aproximadamente y apoyadas en la punta de los pies.		
c) Desplazadas hacia atrás y trabados los pies a las patas delanteras de la silla.		

Medida de las respuestas relacionadas con el funcionamiento familiar

Los registros que consideramos más relevantes a este respecto son el Sistema de codificación de interacción familiar, el Sistema de observación para la evaluación de las interacciones familiares (SOC-III), el Informe diario de los padres y el Sistema de observación de comportamientos escolares. Veámoslos con algún detalle.