

Mutismo Selectivo: Análisis Psicodinámico desde la teoría de D. Winnicott

Selective Mutism: Psychodynamic analysis from Winnicott's theory

Dr. Pedro Palma Vergara¹

Resumen. El Mutismo Selectivo (MS) es un trastorno poco frecuente dentro de la psiquiatría infantil. La prevalencia en estudios internacionales en niños entre 4 y 7 años va desde un 0,7 a un 2%, y la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres. El desarrollo del MS ocurre antes de la edad de 5 años y más comúnmente entre los 2,5 y los 4 años. El objetivo del presente es revisar algunos elementos de la evidencia actual acerca del MS y poder ampliar la mirada desde un análisis psicodinámico en base a la Teoría de Winnicott.

Palabras claves: Mutismo selectivo, Winnicott, ansiedad, agresividad.

Abstract. Selective Mutism (SM) is a rare disorder in child psychiatry. The prevalence in international studies in children between 4 and 7 years old ranges from 0.7 to 2%, and the prevalence is higher in females than in males. The onset of SM occurs before the age of 5 years of age and more commonly between 2.5 and 4 years of age. The objective of the present study is to review some elements of the current evidence about SM and to be able to broaden the view from a psychodynamic analysis based on Winnicott's theory.

Key words: Selective mutism, Winnicott, anxiety, aggression.

INTRODUCCIÓN

El Mutismo Selectivo (MS) es un trastorno poco frecuente en psiquiatría infantil, que está caracterizado por la dificultad persistente de hablar en situaciones donde se esperaría socialmente que hablara, mientras que es capaz de hablar en otras situaciones¹. Esta dificultad selectiva para hablar debería tener al menos un mes de duración. La prevalencia en estudios internacionales en niños entre 4 y 7 años va desde un 0,7 a un 2%, y es mayor en mujeres que en hombres. El desarrollo del

MS ocurre antes de la edad de 5 años y más comúnmente entre los 2,5 y los 4 años. Los pacientes con MS presentan altas tasas de comorbilidad, incluyendo trastornos de ansiedad como fobia social (65-100%), trastorno de ansiedad por separación (17 a 32%), fobias específicas (30 a un 50%), historias de trastornos de comunicación (50%) y trastornos de eliminación (16 a 29%). La tasa de comorbilidad con trastornos externalizantes, como trastorno opo-sicionista desafiante es menor (6 a un 10%), en comparación a los trastornos ansiosos, según estudios científicos².

1. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil . Hospital Militar de Santiago de Chile

Correspondencia: Pedro Palma Vergara. Avenida Cristóbal Colón 5185. Las Condes. dr.pedroignaciopalma@gmail.com

La evidencia que existe en relación la etiología del MS propone la interacción de un conjunto de factores, que se pueden agrupar en los siguientes dominios: 1) Genes-Temperamento; 2) Influencias Ambientales; 3) Factores del Neurodesarrollo, los cuales revisaremos a continuación.

1. Genes-Temperamento

- *Genes*

La investigación ha documentado que el MS y los síntomas asociados ocurren a una tasa alta en las familias de niños con esta psicopatología. Se han evidenciado antecedentes de MS en padres y hermanos (9-18%)³, signos de reticencia extrema entre los padres (44-51%)^{3,4}, así como altos niveles de timidez, ansiedad social y mayor preferencia por las actividades solitarias de éstos.^{4,5,6} En un estudio de análisis de ADN de 99 familias que incluían al menos un niño con MS, mostraron que una variación genética del gen CNTNAP2 podría estar involucrada en el MS, ansiedad social y rasgos de ansiedad social, lo que vincularía a nivel genético, el MS, con el espectro ansioso.^{4,8}

- *Temperamento*

En la literatura, el temperamento inhibido se ha asociado con los síntomas claves del MS, así como la timidez la cual puede verse como variante social de la inhibición del comportamiento, estando presente en niños con MS, en porcentajes que oscilan entre el 68%-85%^{4,9,10}. Ford y col. (1998) señalaron que los niños con MS, obtuvieron un puntaje alto en conductas de retirada y bajos en adaptabilidad, indicando que estos niños “no responden bien a estímulos nuevos o inusuales” y “no manejan bien las transiciones y los cambios”.^{4,11} Otro aspecto del temperamento in-

fantil que ha recibido poca atención de la investigación es la oposición, donde algunos niños son más difíciles de manejar porque no quieren cumplir con las reglas y condiciones establecidas por los cuidadores^{4,12}. Ford y su investigación de fenomenología (1998) evidenció que los niños con MS, además de mostrar síntomas de ansiedad, mostraban comportamiento oposicionista, describiendo que una proporción significativa de padres reportaba comportamiento como ser “terco, hosco, irritable” (72%), “tiende a argumentar mucho” (58%), “desobediente en la escuela” (48%), “quejumbroso” (46%), “pataletas o mal genio” (44%)^{4,11}. Habría que ver si estos comportamientos reflejan comorbilidad, o si deberían verse como parte de la sintomatología que ocurre en niños que están expuestos a situaciones de miedo, que son explicaciones similares que se han presentado para la co-existencia de síntomas ansiosos y externalizantes.^{4,14}

2. Influencias Ambientales

- *Ansiedad-Control Parental*

Se han investigado eventos traumáticos o importantes en la vida, como el divorcio, el abuso, la hospitalización, el traslado y la muerte de un miembro de la familia, pero falta evidencia convincente de una relación temporal entre este tipo de trauma psicológico y la aparición de MS^{4,9,15,16}. Sin embargo, un estudio observacional de Edison et.al (2011), mostró que los padres de los niños con MS, parecen ser significativamente más controladores y sobreprotectores.^{4,17}

- *Problemas en el ámbito escolar*

En el ámbito escolar se ha evidenciado que las dificultades en el habla y el lenguaje (18-43%), trastornos de co-

municación (38-50%) serían comunes entre los niños con MS.^{4,10,11,18,19} Otro problema sería la dificultad de las relaciones con los pares, síntomas de fobia social, rechazo de pares hacia los niños con MS. Sin embargo, no se puede determinar causa-efecto en el sentido de que puede que los niños con MS, no hablen debido a problemas académicos y de interacción social, o que tales problemas surjan de no hablar en la escuela.

- *Estado de Inmigrante*

En esta esfera destaca un estudio de Elizur y Perednik (2003), los que realizaron entrevistas telefónicas a los maestros de preescolar en el oeste de Jerusalén, Israel, para identificar a los niños con MS. Los resultados mostraron que la prevalencia de MS entre los niños inmigrantes era de 2,2%, que era más de cuatro veces la tasa de ocurrencia del MS en niños de familias nativas (0,5%)^{4,20}. Parece que hay una tendencia a que los niños en proceso de inmigración serían más propensos a desarrollar MS, lo que podría estar relacionado con la aculturación, adquisición de un segundo idioma, discriminación, rechazo de pares^{4,21}, así como los niveles elevados de miedo y ansiedad que los niños de grupos étnicos minoritarios sufren.^{4,22}

3. Factores Del Neurodesarrollo

Hay estudios que indican que los niños con MS, tendrían:

- **Problemas del lenguaje y del habla:** Existen estudios donde a niños con MS, se les ha diagnosticado trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (17%), trastorno del lenguaje expresivo (12%), y / o trastorno fonológico (43%)^{4,23}, así como también dificultades en habilidades de vo-

cabulario receptivo, gramática y de conciencia fonológica, en comparación con los niños con trastorno de ansiedad y niños de caso-control.^{4,19}

- **Retraso general en el desarrollo:** Se ha evidenciado que niños con MS presentaban con mayor frecuencia problemas pre y perinatales y retrasos en la función motora fina y gruesa, en comparación con los niños de caso-control. Al catalogarlos en relación al DSM-IV, el 17% de estos niños tenían trastorno de coordinación del desarrollo, 32% de trastorno de eliminación, 8% de retraso mental leve y 7% de trastorno del espectro autista. Por lo tanto, aunque está menos investigado que los problemas de lenguaje y habla, hay evidencia de que el MS está asociado con la inmadurez del neurodesarrollo.^{4,18}

- **Anomalías neurológicas:** Existen estudios que reportan que el reflejo acústico del oído medio, el cual sirve para enmascarar la propia voz durante el habla y otros reflejos auditivos, tendría una función anormal en niños con MS y que esto resultaría en una experiencia subjetiva anormal de la propia voz del niño^{4,23,24,25}. Es poco probable que las actividades eferentes auditivas reducidas representen un mecanismo causal único del MS, pero su existencia, en combinación con la ansiedad (social), la timidez y la inhibición del comportamiento, podrían contribuir a la etiología de esta afección.

En cuanto a la evolución del MS, se evidencia en la literatura científica que los pacientes presentar un promedio de duración de este trastorno alrededor de 8 años e incluso una vez que se resuelve la sintomatología principal, las personas afectadas por MS continúan mostrando deficiencias en las habilidades

de comunicación, el rendimiento escolar, las relaciones familiares y sociales y tienen un mayor riesgo de desarrollar afecciones psiquiátricas en comparación con la población general.⁴ Con respecto al tratamiento, los niños pequeños parecen responder mejor que los niños mayores, tanto a la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) como a la medicación. En niños preescolares se ha encontrado una alta tasa de respuesta a la TCC (78%), sin embargo, en los primeros años escolares, la respuesta a TCC es baja (33%). Por lo que se plantea en la literatura que en preescolares la TCC se debería considerar como primera línea, reservando la farmacoterapia a aquellos que no responden a un largo ensayo de TCC. Para los escolares se sugiere un enfoque combinado que incluye medicamentos luego de un ensayo de TCC (por ejemplo 3 meses, con evidencia de progreso limitado).²⁶ Específicamente en la farmacoterapia, dado que el MS, se ha clasificado como un trastorno de ansiedad, se sugiere utilizar fármacos que apunten a los trastornos de ansiedad en general, como los ISRS.^{3,27} El uso de fluoxetina y sertralina tienen resultados similares, a pesar de algunas mejorías, los pacientes en estudios han permanecido fuertemente sintomáticos.^{28,29} Dado que las teorías explicativas no logran dar cuenta totalmente del origen y tratamiento del M.S. se hace necesario explorarlo desde otra perspectiva, por ello se propone revisar los fundamentos de la teoría de D. Winnicott, siendo el objetivo del presente trabajo.

DISCUSIÓN

Teniendo presente las características antes descritas, se podría analizar en qué circunstancias clínicas y/o cuadros clínicos aparece el síntoma mutista, y

dentro de la psicopatología propia del cuadro del trastorno propiamente tal, se podría destacar que aparece principalmente en niños pequeños, menores de 5 años, pudiendo verlo en cuadros psicóticos donde prevalecen los síntomas de negativismo en el contexto de Síndrome Catatónico, en estructuras psicóticas, como es en el caso de pacientes con trastorno del espectro autista (TEA), en cuadros conductuales donde aparece el mutismo como una oposición al otro, así como también en cuadros anímicos y ansiosos donde la inhibición o reacción ante un estímulo que provoca angustia o miedo, puede provocar esta sintomatología. Se menciona esto, porque el trastorno del mutismo selectivo, expuesto anteriormente, revisando la evidencia científica, está relacionado fuertemente con la ansiedad, de hecho, está clasificada dentro de los Trastornos Ansiosos (TA), sin embargo, existen múltiples factores relacionados con su etiología, que van más allá de la ansiedad. Se intentará aportar al entendimiento del MS, desde el análisis de los mecanismos subyacentes en base a la teoría Winnicottiana, con el objetivo de poder entender más este trastorno, que es raro dentro de la psiquiatría, pero de gran impacto en la salud mental y de una clara tendencia a la cronicidad.

Análisis Psicodinámico

Desde una mirada Winnicottiana parece interesante analizar cómo se construye el individuo en su propio desarrollo y desde esa base se relaciona con un otro. Para que suceda este proceso, es importante que ocurran el holding, handling y presentación de objeto, en un ambiente el cual es predecible y rutinario para el bebé, donde se propicia el proceso progresivo de integración

percatamiento y relación con el objeto, donde el bebé va relacionándose con el mundo, pasando desde un estado de unidad, de dependencia absoluta hacia una dependencia relativa; siendo la comunicación la forma en la cual el niño se relaciona con el mundo, con un objeto externo, con un otro.^{30,31} En relación al proceso de construcción del individuo, parece importante mencionar cómo el sostén materno (holding), se relaciona con la integración a través de dos procesos fundamentales que son 1) las técnicas del cuidado, es decir que lo tomen, que lo cambien, que lo abracen y 2) las experiencias instintivas agudas. Luego este proceso de construcción del individuo, continúa con la personalización, la cual está relacionada con el handling (la acción concreta que hace la madre de contenerlo, de tocarlo, de estar siendo atendido), proceso que tiene que ver con lo psicossomático, donde el bebé ocupa su propio cuerpo, donde el cuerpo que ocupa le pertenece y puede manejarlo. Finalizando con la realización, en el cual se presenta el objeto, lo que es progresivo, transitando desde la ilusión que la madre le permite al bebé tener la experiencia de crear al pecho (omnipotencia), base de la creatividad primaria, hacia la desilusión de la madre que se retira progresivamente y el niño puede iniciar su contacto con la realidad.³²

En este punto en el cual el niño va constituyendo y relacionándose con la realidad, nos referiremos al percatamiento, que según Winnicott es el proceso que ocurre en el bebé, en el cual se “percata” que la madre objeto y la madre ambiente es la misma; donde puede empezar la vivencia que también él es el mismo cuando está en estados excitados, (movilizado, sobresaltado) o cuando está en estados de quietud,

(cuando es acariciado) comprendiendo que es una unidad, generando momentos de integración³¹. Se plantea que en este proceso de integración psique-soma, de percatamiento progresivo, también se empieza a desarrollar la comunicación, y en específico el lenguaje; Meltzer,(1996) menciona que a través de la emisión de sonidos y balbuceos que provocan un experimentar el propio cuerpo, se va generando un lenguaje interno, para luego empezar a ocupar un espacio desconocido, el cual es un entre mamá hijo disolviendo la unidad y propiciando una separación, de lo que pudiera ser el espacio transicional donde el niño vierte su sonido el que se emite y es metabolizado en ese espacio y recibido por un otro el cual genera una reacción con respecto a esa emisión de sonido.^{33,34}

En este contexto, según Meltzer (1996) la aparición del lenguaje se gesta desde lo corporal a lo simbólico, y como mencionamos anteriormente, al ir apareciendo este brote de lenguaje y expandiendo en un espacio transicional, en el cual también se inserta en lo simbólico, el niño va tocando el mundo a través de su lenguaje, lo va creando interiormente para que pueda vivir en él y con él a través de sus palabras, por lo que el lenguaje no sólo implica el aspecto cognoscitivo de su desarrollo, sino que, sin duda, va asociado aspectos emocionales que configuran cómo el bebé se piensa a sí mismo y cómo va percibiendo el objeto externo, por lo que la función materna a través de los procesos antes descritos por Winnicott, es fundamental para que este desarrollo ocurra de manera natural. Si todo va bien; el desarrollo de la comunicación y el contacto con el mundo externo sigue su curso. Llegamos al momento donde el niño cumple 2-3

años, que es la edad de más prevalencia del MS, apareciendo hechos de gran relevancia: 1) a nivel neurobiológico: en los primeros 3 años de vida, existe un peak de: densidad sináptica, de receptores de dopamina, tasa metabólica cerebral³⁵, 2) a nivel conductual: ocurre la fase oposicionista del desarrollo, 3) a nivel del lenguaje: el niño llega a nombrarse como yo. Como vemos desde lo neurobiológico es una etapa de gran importancia, se desarrollan las vías dopaminérgicas que tienen una gran relevancia en el estudio neurobiológico de la psicosis. Con respecto al oposicionismo, es conveniente abordarlo desde como entiende la agresividad Winnicott, planteando que la agresión “forma parte de la expresión primitiva del amor”, existe antes de la integración de la personalidad, el bebé da patadas, muerde el pezón, es decir en su origen, para Winnicott, la agresión es un símil a motilidad.³⁴ Incluso el describe la agresión en diferentes fases, (pre inquietud-inquietud-ira), en la cual el niño va transitando desde que no aprecia que lo que ataca en estados excitados es lo mismo que valora en sus estados de quietud, a poder sentir culpa al percatarse de que es la misma madre a la que ataca, hasta la fase de ira suscitada por la frustración que puede llegar a un extremo llegando a la escisión de objetos buenos y malos, en detrimento del sentimiento de culpabilidad.³⁴ En este desarrollo de la agresión como elemento evolutivo del desarrollo emocional del niño, parece interesante profundizar en la necesidad de la oposición, la que surge en los estados precoces de la agresividad, como delta de la fusión entre los erótico y la movilidad, siendo este delta no fundido entre lo erótico y la movilidad, potencial de movilidad, necesitado de una oposición, la cual si no existiese, no se regis-

traría experiencia y sería una amenaza para el bienestar del niño, tendiendo a tener experiencia en la medida que sufriera ataques del ambiente. Esta oposición que resulta en un contacto con el otro, parece interesante ponerla nuevamente de manera relevante en el desarrollo del niño, en la fase oposicionista, donde se plantea que esta relación con la oposición se metamorfosea a lo largo de cada época etaria, sin embargo es muy interesante poder verlo desde este punto de vista del niño que tiene este comportamiento oposicionista, llevándolo a la frustración con la realidad, buscando la resistencia del otro, donde se constituye o se va consolidando el límite con el otro, su diferenciación y su propia sensación de ser, es decir de su construcción yoica, desde su centro donde a través de su motilidad-agresividad va contactándose con el mundo; por lo que aparentemente la agresividad puesta en el oposicionismo, la construcción del ser propio, la del mundo, la de la relación con el objeto en esta etapa es impresionantemente coincidente, simultánea y de grandísima relevancia. Este componente agresivo constituye el mundo interior del niño, así como también por las satisfacciones instintivas que le hacen sentirse bien, se llena de lo que siente como bueno y esto mantiene e inicia su confianza en si mismo, pero también existen sus ataques de ira, que como consecuencia lo llenan de cosas malas, malignas o persecutorias, que como contraparte ataca su base de confianza.³⁴ Por lo que el niño tiene la tarea de dirigir su mundo interior, tarea que comienza cuando logra darse cuenta del adentro y del afuera, de la fantasía y de lo real, entendiendo que su dominio del mundo externo depende del dominio del mundo interno, y parece que este darse de cuenta de estos elementos

tiene su fase peak alrededor de los 3 años, siendo la agresividad parte fundamental de su culminación.³⁴ Dado este contexto Winnicott, plantea la introversión que es característica importante del MS, en lo que se ha revisado, como fuente común e importante de agresión real, ya que en este estado lo bueno se concentra dentro y lo malo es proyectado, y para poder recuperarse de la introversión patológica, exige un vuelco del niño hacia un mundo lleno de perseguidores, y en este punto de su recuperación el niño por lo general se vuelve agresivo, y si este comportamiento agresivo es poco contenido por los que cuidan al niño, éste vuelve nuevamente a la introversión.³⁴ Si estos planteamientos se pudieran analizar desde la perspectiva de la evidencia, hay autores que han planteado que el MS, aparentemente va más allá que del espectro ansioso. En un estudio de Cohan et al. (2008), realizaron un análisis de perfil latente de los informes de los padres de niños con MS sobre la ansiedad social, los problemas de conducta y los retrasos en la comunicación e identificaron los tres grupos de niños: exclusivamente ansioso, combinado ansioso - levemente oposicionista y ansioso - retraso en la comunicación. Los resultados fueron sorprendentes ya que se descubrió que los niños exclusivamente ansiosos representaban el grupo más pequeño (12%) y que la mayoría de los niños se clasificaban en los grupos combinados de ansiedad-levemente oposicionista y ansiedad - retraso de comunicación (45 y 43%, respectivamente)^{4,13}. Por lo tanto, pareciera ser que el MS, va más allá de la ansiedad, y Winnicott da luces de la importancia de la agresividad en el propio desarrollo emocional, así como la agresión como un intento curativo en lo que plantea en la introversión e in-

cluso viendo a la introversión como un potencial de agresión real.³⁴ El tercer punto relevante en los 2-3 años, es cuando el niño llega a nominarse como yo, y solo puede decirse yo en la medida que esté sostenida la experiencia de continuidad del ser, el cual se puede dar por una parte a través de una madre suficientemente buena es decir desde el aspecto madre-ambiente. En esta continuidad de la existencia, que permite al niño llegar a nominarse como yo, el oposicionismo cobra protagonismo nuevamente, siendo la agresividad del niño un hecho fundamental de su diferenciación y contacto con la realidad externa es un momento por ejemplo donde las pataletas son frecuentes, poniéndose en juego la sobrevivencia del objeto (Sobrevivencia en el sentido de no ser retaliativo), ya que al intentar destruirlo, el objeto queda fuera del control omnipotente del niño, y al sobrevivir a este ataque, puede percibir al objeto como un fenómeno exterior y no propio de su proyección; es decir el niño puede vivir en el mundo de los objetos, transitando desde la relación de objeto al uso del objeto. En este sentido se plantea que el niño a través de esta conducta se relaciona con la madre objeto. En la medida que la madre no sobreviva a estos ataques, para Winnicott significa que hay un ataque a la estructura, lo que afecta a la relación con el mundo; por lo que si no sobrevive, se establece la defensa por sobre la comunicación con el mundo, y es en este sentido que se plantea que una de las situaciones que podría estar bajo la aparición del mutismo, es que se establezca como una 1) defensa ante la no sobrevivencia de la madre.³⁶ Al no sobrevivir la madre, el niño tiene que adaptarse, no hay ambiente que pueda cuidarlo, no hay un ambiente confiable, por lo que tiende al repliegamiento,

Contribuciones

se engolfa hacia lo más propio, por lo que queda interrumpida su experiencia de seguir siendo, de continuidad del ser, donde no hay lugar para la oposición sana, sino para una oposición patológica, que surge de los ataques del medio, hasta el extremo donde no hay espacio para la movilidad ni la construcción del individuo, desarrollándose más desde la cáscara que desde el núcleo, predominando el falso self. Para Winnicott, en relación al desarrollo del bebé, esta falla materna conduciría al bebé a vivenciar angustias de aniquilamiento, donde existe un quiebre en la existencia, es decir a la desintegración, y esta vivencia y tendencia a la desintegración podría aparecer nuevamente y aún más en esta etapa de los 2-3 años, debido a que se pone en juego nuevamente y como punto cúlmine del desarrollo mediante la agresividad propia de la etapa, la sobrevivencia de la madre, que por características descritas de padre y madre (ansiosos, evitativos, controladores, sobreprotectores), resultaría dificultosa; por lo que el mutismo se plantea que aparecería como una defensa ante esta desintegración.^{30,37}

Otra de las situaciones que también llevan a la desintegración y se cree posible considerar, pueda estar ligada a la aparición del mutismo como defensa, es la que ocurre con la 2) sobreidentificación materna con el niño y refiriéndose a la identificación materna con el niño, como aquella conexión sensorial, que genera la madre donde la madre interpreta el niño en base a la experiencia de ella; sin embargo la sobre-identificación materna con el niño, estimula la dependencia, y tiende a no tolerar el rechazo del niño, ya que interpreta estas señales como un ataque hacia ella. En palabras de Winnicott “la súper madre

genera niños psicóticos”. Y finalmente otro mecanismo que pudiera estar bajo la generación del mutismo como defensa es debido a las 3) intromisiones maternas, cuya existencia conduce al niño a desarrollar un sentido de escisión defensiva del self, de autoprotección, donde predomina el falso self, generándose sometimiento donde el niño no se puede diferenciar, el yo está completamente arrasado y cuando la intrusión sucede demasiado, se produce un quiebre donde el sujeto no vuelve a un estado de reposo, quedando en una pauta reactiva persistente, generando una recarga motora en el ámbito de lo destructivo, la que tiende a salir, lo que implica la necesidad de la sobrevivencia materna, generando un circuito de procesos psicodinámicos, que podrían estar bajo la presentación clínica del mutismo.^{38,39} Si se hiciese un paralelismo de estos mecanismos planteados con lo anteriormente descrito de las familias y padres de estos niños, podría considerarse que por ejemplo la sobrevivencia de la madre, sobreidentificación materna con el niño y las intromisiones maternas, se ponen en juego en aquellas madres o padres o sistemas familiares donde predomina la ansiedad, que tiende a presentar el mundo de manera amenazante, es decir tiende a la visión paranoide de éste, a ser sobreprotectoras, controladoras. Además, se podría agregar desde una observación clínica, que las familias presentan escasos espacios de comunicación entre sus integrantes, no propiciando un ambiente contenedor, con baja tolerancia a la diferenciación de sus miembros, así como a tolerar las muestras de agresividad de éstos, sistemas tendientes a la sumisión, rígidos, con riesgo de la existencia del secreto familiar, así como de ejercer la autoridad, desde el autoritarismo, con empleo incluso de castigos

físicos. Es importante que estos procesos se podrían ver en los pacientes con mutismo, cuadro que particularmente su mayor prevalencia se da en niños preescolares, cobrando sentido por lo expuesto anteriormente que se da en esta edad, desde una visión integral de desarrollo evolutivo-neurobiológico-psicodinámico, pero también podrían ocurrir casos en niños mayores o en adolescentes, donde el mutismo, como en los mecanismos antes descritos aparece como un replegamiento, un encapsulamiento y pareciera que volvieran a esta etapa, donde aparentemente el contacto principal se podría dar a través del cuerpo, con el cuidado, poniendo en juego aspectos maternos en la transferencia con el tratante y con su familia que tienen que ver con el holding-handling y presentación de objeto, en la cual la sobrevivencia de la madre (o sistema familiar), el manejo de la intromisiones maternas, y la sobreidentificación materna adquieren una gran relevancia, con el objetivo de que este estado de replegamiento a través del manejo de las funciones maternas en la transferencia logre llegar a una regresión clínica para poder re-editar los aspectos emocionales enquistados en esta defensa. Adicionalmente es importante considerar que el mutismo es un cuadro que se da en base a la escisión, y según Winnicott en base a este mecanismo se pueden desarrollar dos clases separadas de relación con el objeto: 1) la vida privada del bebé o el individuo, basándose en las relaciones más en su capacidad de crear que en el recuerdo de los contactos y por otro lado 2) el falso self que se desarrolla sobre la base del sometimiento y se conecta de forma pasiva con las exigencias de la realidad externa. Winnicott menciona que la explotación de este falso self sometido, lleva que el verda-

dero self solo pueda manifestarse como una negativa; Winnicott lo menciona específicamente asociado a alimentación del bebé, sin embargo, en el cuadro del mutismo selectivo también se podría ver el no comunicarse como la expresión de un verdadero self, donde el control omnipotente del lenguaje intenta posibilitar un nuevo paso de relación al uso de objeto. En esta expresión del verdadero self a través de la negativa, pudieran coexistir la negativa de comunicarse con la de alimentarse, como podría ser una anorexia nerviosa con un mutismo selectivo.⁴⁰ Winnicott señala que la gravedad de la escisión, irá desde no tener razón para vivir, lo que en el espectro sintomático del mutismo podríamos asociarlo con cuadros psicóticos con sintomatología catatónica, desde una escisión primaria, donde es tal la interferencia que no hay razón para comunicarse con el mundo externo, hacia los grados menores de escisión, donde el síntoma mutismo y el trastorno de mutismo selectivo propiamente tal aparecería como una organización secundaria de la escisión que implicaría una regresión frente a las dificultades con que el niño se ha topado en su desarrollo emocional.⁴⁰ Como expresión corporal de la escisión y el control del medio que hace el paciente a través de no comunicarse, me parece interesante mencionar que algunos autores plantean que el “comportamiento de no hablar” de los niños con MS esencialmente debe verse como una estrategia de regulación emocional^{4,41}. Es decir, al permanecer en silencio, estos niños reducen la ansiedad u otras emociones negativas en situaciones estresantes o desafiantes (por ejemplo, en la escuela). En relación a esta hipótesis, Young et.al (2012) realizó un estudio interesante, en 35 niños entre 5 y 12 años, los cuales se dis-

tribuían de la siguiente manera: 10 con MS, 11 con fobia social, y 14 sin diagnóstico, participaron en dos tareas de interacción social: (1) un juego de roles que el niño tuvo que responder a las declaraciones y preguntas formuladas por un compañero de la misma edad y (2) leer en voz alta frente a una pequeña audiencia compuesta por un adulto y un compañero de la misma edad. Las mediciones incluyeron calificaciones de ansiedad de niños y observadores, así como medidas psicofisiológicas (por ejemplo, actividad electrodérmica, frecuencia cardíaca). Las clasificaciones de autoinforme de los niños no revelaron diferencias significativas en la ansiedad entre los tres grupos. Sin embargo, según las observaciones de comportamiento, el grupo de MS mostró los niveles de ansiedad más altos durante las tareas de interacción, y éstos fueron incluso significativamente más altos que los del grupo de fobia social. Inesperadamente, las medidas psicofisiológicas indicaron que los niños en el grupo MS experimentaron menos excitación que los otros niños mientras realizaban las tareas de interacción social. Sobre la base de estos hallazgos, Young et al. (2012) postuló que la falta de habla en los niños con MS puede reflejar “una estrategia eficaz de evitación mediante la cual se puede disminuir la angustia emocional y fisiológica”^{4,42} y desde Winnicott viene a reflejar la gran escisión con el cuerpo que tienen estos pacientes también. Terminando con respecto a lo selectivo, parece que serán más selectivos o no, en la medida que los siguientes factores tiendan a ser muy intensos o muy frecuentes: 1) cuán amenazante es la presentación del mundo que le otorgan los padres a los niños, 2) intensidad de las angustias primitivas que sienten, 3) intensidad de la falla ambiental, 4) ambiente o

personas que logren sostenerlos.

CONCLUSIONES

El Mutismo sigue siendo una patología poco frecuente dentro de la psiquiatría, ocurre prevalentemente a una edad muy significativa en el desarrollo humano, que es a los 3 años, hay pocos estudios en relación a este trastorno y los estudios que existen son de pacientes acotados. Es un trastorno que tiende a la cronicidad y que presenta una gran disfuncionalidad a largo plazo, siendo los tratamientos más efectivos propuestos la TCC y ISRS. En su etiología existen elementos genético-temperamentales, ambientales (familiar-educacional, estado migrante), y del neurodesarrollo (alteraciones del lenguaje, retraso del desarrollo, anomalías neurológicas), que son muy importantes a tener en cuenta, para un diagnóstico integral y planificación de tratamiento según las características de cada paciente para otorgarle mayores oportunidades de recuperación. Sin embargo, con la evidencia que existe, se observa que el Mutismo Selectivo, va más allá de un trastorno ansioso (TA) como lo plantea actualmente el DSM 5, siendo el único TA, que en sus criterios diagnósticos no hay una referencia explícita al miedo o la ansiedad, sino más bien se mantiene el criterio acerca de la falla en el hablar³. Por lo que en este escenario, a través de la teoría de Winnicott, se intenta dar un marco teórico permitiendo entender el Mutismo Selectivo, en base al desarrollo de como se integra el niño y como se va relacionando con los objetos y con el mundo exterior, dando gran relevancia la edad de 3 años, proponiéndose que la agresividad propia del desarrollo emocional, es un elemento central de como entender la génesis del MS. Siendo el

MS una organización defensiva, un replegamiento ante la 1) no sobrevivencia de la madre, 2) sobreidentificación materna y la 3) intromisiones maternas; que en estricto rigor va más allá de la madre (Winnicott lo plantea desde el desarrollo del bebé), involucrando al sistema familiar donde se desarrolla el niño. En esta forma de aproximarse al MS, la escisión y las consecuencias de ésta son fundamentales para entender la gravedad del cuadro, para comprender en la amplitud de cuadros donde puede aparecer el síntoma del mutismo y como el trastorno de mutismo selectivo se puede ir metamorfoseando hacia otra sintomatología en su tendencia a la cronicidad (43).

BIBLIOGRAFÍA

1. Association AP (2013) *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. book-pointUS
2. Lang C., Nir Z., Ayelet G. et.al., The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *Eur J Pediatr* (2016) 175:481–487.
3. Remschmidt, H., Poller, M., Hertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 284–296.
4. Muris P., Ollendick T., *Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5*. *Clin Child Fam Psychol Rev* (2015) 18:151–169
5. 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.
6. Kristensen, H., & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with an without a comorbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 347–353.
7. Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464–1472.
8. Stein, M. B., Yang, B. Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E., & Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 69, 825–831.
9. Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24–29.
10. Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606–614.
11. Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13, 192–227.
12. Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York, NY: Brunner/Mazel.
13. Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shi-

- pon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 770–784.
14. Bubier, J. L., & Drabick, D. A. G. (2009). Co-occurring anxiety and disruptive behavior disorders: The roles of anxious symptoms, reactive aggression, and shared risk processes. *Clinical Psychology Review*, 29, 658–669.
 15. Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847–856.
 16. Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 257–262.
 17. Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., & Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 270–290.
 18. 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* 1994; 33:, 39, 249–256.
 19. Manassis, K., Tannock, R., Garland, J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1187–1195.
 20. Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1451–1459
 21. Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabin, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57–67.
 22. Beidas, R. S., Suarez, L., Simpson, D., Read, K., Wei, C., Conolly, S., & Kendall, P. C. (2012). Contextual factors and anxiety in minority and European American youth presenting for treatment across two urban university clinics. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 544–554.
 23. Arie, M., Henkin, Y., Lamy, D., Tetin-Schneider, S., Apter, A., Sadeh, A., & Bar-Haim, Y. (2007). Reduced auditory processing capacity during vocalization in children with selective mutism. *Biological Psychiatry*, 61, 419–421.
 24. Bar-Yaim, Y., Henkin, Y., Ari-Even Roth, D., Tetin-Schneider, S., Hildesheimer, M., & Muchnik, C. (2004). Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism. *Biological Psychiatry*, 55, 1061–1068.
 25. Muchnik, C., Ari-Even Roth, D., Hildesheimer, M., Arie, M., Bar-Haim, Y., & Henkin, Y. (2013). Abnormalities in auditory efferent activities in children with selective mutism. *Audiology and Neurotology*, 18, 353–361.
 26. Oerbeck B., Stein M., Pripp A. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2015)

- 24:757-766.
27. Manassis K., Oerbeck B., Romving K. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2016) Jun 25(6)571-8. Manassis K, D.W.Winnicott. "El Concepto De Falso Self". "El Hogar Nuestro Punto De Partida" (1986). Editorial Paidos, Buenos Aires, 1996. 78-83
 28. D.W.Winnicott. "La Distorsión Del Yo En Términos De Verdadero Y Falso Self". "Los Procesos De Maduración Y El Ambiente Facilitador" (1965). Editorial Paidos, Buenos Aires, 1993. 182-199
 29. D.W.Winnicott. "Establecimiento de la Relación con la Realidad Externa". "Naturaleza Humana" (1988). Editorial Paidos, Buenos Aires, 1993. 145-163.
 30. Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). Selective mutism: An update and suggestions for future research. *Current Psychiatry Reports*, 13, 251-257.
 31. Young, B. J., Bunnell, B. E., & Beidel, D. C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification*, 36, 525-544.
 32. Mulligan, C.A. (2012). Selective mutism: Identification of subtypes and influence on treatment. Philadelphia College of Osteopathic Medicine Psychology Dissertations, Paper 210.
 33. D.W.Winnicott. "Objetos y Fenómenos Transicionales". "Realidad y Juego" (1971). Editorial Gedisa, Barcelona 1992. 17-45
 34. Tannock R. Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Can J Psychiatry* 2008; 53: 700-3.
 35. Black B, Uhde TW. Treatment of elective mutism with Fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*
 36. D.W.Winnicott. "La integración del yo en el desarrollo del niño". "Los procesos de Maduración y El Ambiente Facilitador" (1965). Editorial Paidos, Buenos Aires 1993. 73-82. D.W.Winnicott. "Integración". "Naturaleza Humana" (1988). Editorial Paidos, Buenos Aires, 1993. 165-172
 37. D.W.Winnicott. "Desarrollo Emocional Primitivo". "Escritos de Pediatría y Psicoanálisis" (1958). Editorial Paidos, Buenos Aires, 1979. 397-404
 38. D. Meltzer. "Sobre Lenguaje". "Jornada de Trabajo con el Dr. Meltzer 6/7/96". "Transcripción Jornadas Asociación Bick España". 1-12.
 39. D.W.Winnicott. "La Agresión en el Desarrollo Emocional". "Escritos de Pediatría y Psicoanálisis" (1958). Editorial Paidos, Buenos Aires, 1979. 275-293.
 40. Gleason M., Link H., Emily G. Psychopharmacological Treatment for Very Young Children: Contexts and Guidelines. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46:12, December 2007.
 41. D.W.Winnicott. "Sobre El Uso De Un Objeto". "Exploraciones Psicoanalíticas" (1989). Editorial Paidos, Buenos Aires, 1993. 275-293. 261-272. 43. D.W.Winnicott. "Replegamiento y Regresión". "Escritos de Pediatría y Psicoanálisis.