

# Aproximación al tratamiento de la tartamudez desde una perspectiva psicoanalítica

**Elena N. Peralta de Resquín (†)**  
**Psicóloga**  
**APINEP Rosario**

Para entrar en el tema propuesto, primeramente haré una introducción general donde revisaremos conceptos y referencias sobre la Tartamudez: el nivel fenoménico, las fases del proceso evolutivo, los factores etiológicos y algunos tipos de tratamientos.

En la segunda parte retomaremos el factor psicológico para abordar distintos aportes teórico-explicativos, tales como la fundamentación freudiana de los cuadros conversivos y la reinterpretación del síntoma desde el campo psicosomático.

## **Nivel fenoménico**

La tartamudez es un trastorno funcional de la palabra. Es un trastorno del habla caracterizado por repeticiones o bloqueos que acarrearán una ruptura del ritmo y la melodía del discurso (de Ajuriaguerra, 1977). Es un trastorno donde el habla se hace vacilante e interrumpida por repeticiones y persistencia de sonidos o fonemas, acompañada por una proliferación de gestos mímicos y movimientos (Azcoaga, 1981).

Hay dos tipos clásicos de tartamudez: la clónica y la tónica que normalmente van juntas. La clónica se caracteriza por repeticiones más o menos largas de fonemas, especialmente del primero. A veces intercalan en la emisión un fonema parásito (embolia). La tartamudez tónica, por una detención en la emisión acompañada por sincinesias más o menos importantes y de reacciones emocionales. Los movimientos que acompañan y los trastornos respiratorios o trastornos vasomotores son consecuencia de dicha afección.

Es necesario distinguir entre tartamudez, farfuleo y habla entrecortada (Pichon y Borel Maissonny citados en de Ajuriaguerra, 1977). El pensamiento del farfullador se expresa

Relato presentado al PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSICOLOGÍA.  
Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología  
Rosario- Santa Fe- Argentina

[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)

convenientemente mediante la palabra, sólo que con excesiva velocidad y con demasiado esfuerzo y falta de fluidez. Con ello llega a hacer entrecrocarse las palabras haciéndolas irreconocibles. En el habla entrecortada hay frases imperfectas, incoherentes en su sintaxis por ruptura en su construcción, aunque sin error articulatorio. La Tartamudez sólo existe si una tensión espasmódica o tónica aparece en la emisión verbal. La repetición no es tartamudez.

Se ve en escolares tartamudos que poseen, en general, un buen lenguaje escrito y expresan sus pensamientos sin dificultad cuando han de escribirlos. El paciente "A" fue un excelente alumno, abanderado en la escuela primaria y secundaria, sus evaluaciones fueron siempre permitidas por escrito aún en la universidad. El tartamudo no presenta un lenguaje interior mal organizado, es en el discurso donde tiene dificultades que le son características, entran en el marco de la inhibición de las estratagemas verbales, es decir de todo lo que concierne a la utilización oral del lenguaje, a los trastornos de la psicología del tartamudo. El paciente "E", de 23 años, desea ser ingeniero agrónomo, está en el penúltimo año de la carrera. Nunca tuvo problemas de aprendizaje. El rendimiento es muy bueno. Es creativo, ha inventado un aparato o instrumental de apoyo para el despistaje radiológico y se propuso introducirlo en el mercado. Esta nueva situación, que actuó como factor desencadenante, le hace tomar conciencia de su tartamudez y de que tiene miedo de que no poder hablar, de que le fallaran todos los subterfugios, apoyos y rituales que enhebró tras largo penar y pensar para apuntalar su discurso, para ocultar a medias los trastornos de su habla. Quebraron sus defensas, surgió la angustia y se desorganizó el mecanismo de la hipercompensación; no obstante, conservando totalmente el nivel de pensamiento y el lenguaje interiorizado. Esto ejemplificaría el concepto ya mencionado como hipertrofia de la conciencia verbal de tipo-obsesivo.

Se afirma con respecto a la inteligencia que no se ha encontrado relación directa entre la tartamudez y la deficiencia mental. La mayoría de los niños tartamudos poseen un cociente intelectual normal y también cierta precocidad, aunque pueden tener dificultades en el nivel formal del pensamiento debido a otros trastornos asociados que mencionaremos en la etiología. Algunos niños deficientes mentales leves pueden padecer de tartamudez.

### **Factores etiológicos**

En la investigación de la etiología de esta afección se señalan muy variados factores como la predisposición hereditaria y otros predisponentes tales como: malformaciones de órganos fonadores, anomalías de zonas y funciones cerebrales y trastornos del lenguaje, trastornos motores, retraso del habla, etc.

Otros aportan que la tartamudez es un trastorno muy vinculado a lo emocional; poniendo énfasis en los fenómenos afectivos y en lo relacional estén referidos a tempranos conflictos de comunicación madre-hijo. Volveremos sobre este aspecto. A pesar del esfuerzo por descubrir el origen de la tartamudez, es aún difícil poder señalar jerárquicamente aquellos factores desencadenantes que pudieran explicar el gran espectro y variedad de esta afección.

### **Tratamiento**

Es entre los 5 y los 10 años cuando se decide la evaluación de la tartamudez. Esta permanecerá intermitente y menor, en los 2/3 de los casos, o bien en el otro tercio

Relato presentado al PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSICOLOGÍA.

Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología

Rosario- Santa Fe- Argentina

[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)

evolucionará hacia una tartamudez grave, un comienzo precoz de bloqueo y tensión verbal y un empobrecimiento de genuinas relaciones interpersonales.

Se han propuesto centenares de métodos para el tratamiento de la tartamudez, todos muy discutidos y en general inapropiados (de Ajuriaguerra, 1977). Enumero algunos: Técnicas ortofónicas, técnicas psicomotoras y en particular la relajación, método de descondicionamiento de las prácticas negativas, técnicas de desensibilización sistemática, tratamientos quimioterápicos y métodos psicoterapéuticos, etc. Contra todos estos métodos se alza la crítica destacando la inadecuación porque por lo general tratarían de modificar lo fenoménico y no operan sobre su nudo gordiano. La mayoría son eficaces para consolidar la rigidización, el negativismo, aumentando la vulnerabilidad psicosomática del paciente, o tal vez lo expongan a una rehabilitación interminable y penosa, iatrogenizándolo.

Ya en este punto me siento tentada a hacer hincapié en la necesidad del equipo profesional, donde el trabajo interdisciplinario abarque el estudio e investigación de complejas afecciones como la que nos ocupa, para el diagnóstico y para la determinación certera de la elección terapéutica.

### **Factor psicológico. Aproximación al psicoanálisis**

En la etiología aparecería el factor psicológico como causal de la tartamudez. Continuaremos con este aspecto.

Carecemos de un enfoque teórico que funcione como respaldo general al tema que nos ocupa. Proponemos el abordaje de la teoría del psiquismo temprano con el afán de estudiar las relaciones mente-cuerpo y sus alteraciones. Nos referiremos a la tartamudez como una irrupción en el individuo de algo en el cuerpo, lo somático no elaborado psicológicamente, como situaciones traumáticas que alteran el soma. Ej. Accidentes, fracturas, lastimaduras que corresponden a momentos de claudicación del procesamiento mental de la angustia. Esta es la hipótesis teórica: el aparato mental queda rebalsado, los procesos psicológicos son anulados y se impone el soma. Este momento es el restablecimiento de períodos arcaicos del desarrollo en que los afectos se expresan corporalmente. El registro simbólico queda anulado y se impone la descarga corporal (Fischbein, 1988).

Muchos autores han ubicado a la tartamudez dentro de un estado neurótico. Otto Fenichel (1959) lo sitúa entre la histeria de conversión y la neurosis obsesiva. Anzieu explica que sobre un fondo de neurosis paranoide, siguiendo en parte la orientación kleiniana, donde el sujeto tartamudo estructura, por defensas obsesivas, el contenido significativo de su discurso y por defensas histéricas la forma manifiesta de su conflicto interior.

Diatkine ha mostrado el polimorfismo del comportamiento del tartamudo; entre ellos muchos niños y adolescentes asimilan bien el defecto o lo disgregan en su conducta total por un mecanismo de hipercompensación, o viven ansiosos y frustrados en las relaciones sociales con hambre de conversación y conquistas. Las primeras reacciones de ansiedad sentidas como amenazantes o agresivas pueden ser causa de tartamudez, que es a un tiempo bloqueo y castigo. Agrega que un pensamiento insuficientemente ordenado, una lengua excesivamente elaborada o rápida o descontrolada, por pequeño que sea su cuantun de ansiedad puede producir un desfasaje con la realidad concreta. Los componentes motores expresivos no actúan sino cuando el habla altera su orden o sus componentes son patológicamente frágiles.

Relato presentado al PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSICOLOGÍA.  
Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología  
Rosario- Santa Fe- Argentina

[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)

Hay otros niños que tempranamente tienen miedo de hablar. Su trastorno está entonces incluido en lo neurótico y sobrepasa el lenguaje y que está agravado por la dificultad de comunicar, constituyendo verdaderas neurosis infantiles, fobias en particular, síndromes obsesivos y trastornos psicóticos.

Franz Alexander, en 1943, expresaba que frente al problema psicofísico solo es justificable desde el punto de vista científico una concepción monista que considere lo psíquico como una propiedad de la materia organizada de una manera particular. Lo psíquico sería una función del organismo. Esta integración dinámica favorece al paciente que vuelve ahora a ser considerado como un ser humano con sus preocupaciones, esperanzas, disfunciones, etc. es decir como un todo indivisible.

Ángel Garma (1962) fue uno de los primeros psicoanalistas del mundo que trató de hallar una concomitancia entre los padecimientos somáticos y algunos determinantes psicológicos. Trató de hallar una respuesta a la elección de órgano en algunas afecciones y se afirmó en el modelo de la histeria de conversión. A este esquema freudiano agregó aspectos de la teoría de M. Klein, en que la madre internalizada - en el bebé - devoradora que habiendo sido objeto de voracidad y envidia por parte del bebé, se vengaba ahora - ley del Talió - atacando la mucosa gástrica del sujeto hasta sangrarla y perforarla.

Garma (1962) luego avanza en el descubrimiento del soñar como algo que desborda al yo débil del durmiente, constituyendo cada sueño una verdadera pesadilla. Así, estos conceptos están más cerca de ese "más allá del principio del placer", que son la génesis de los padecimientos psicósomáticos, en que el sujeto ve desbordada su capacidad de mentalizar, de soñar, o de investir su cuerpo con catexias libidinales.

### **Acerca de la pulsión tanática en relación con las afecciones psicósomáticas**

Podríamos ver en las afecciones psicósomáticas, y en especial en la tartamudez, cómo la pulsión tanática se vuelve sobre el individuo como fuerza impulsora que detiene, paraliza, disfunciona y es formadora de síntomas. A esa fuerza matriz, Freud le otorga tres posibles destinos, o tres modos de presentarse en el sujeto: combinarse con el Eros, deflexionarse hacia el exterior en forma de sadismo o agresión o corroer al sujeto en su interior, calladamente y conduciéndolo, en muchos casos, a su muerte. Freud en "Pulsiones y destinos de la pulsión", en 1915, aborda el concepto de "Trieb" (impulso, fuerza motriz, brote) y lo ubica entre lo anímico y lo somático. También como urgencia que el cuerpo plantea a la psique. A lo largo de toda su obra otorgó al cuerpo una significación primordial. En sus historiales de Lucy, Emmy de N., Isabel (1895) los padecimientos del cuerpo de sus pacientes: sinusitis, cefaleas, parálisis ocuparon un primer plano. En el caso Dora, publicado en 1905, aparecían los más variados síntomas histéricos referidos a la esfera somática, como crisis disneicas, tos, afonía, jaqueca. Así como la tos o la constipación del paciente ruso. Freud no estableció entonces un correlato entre su concepto de pulsión y sus descripciones clínicas, salvo como fenómenos conversivos. Síntomas que en el análisis demostraron estar en conexión con afectos reprimidos, es decir inconscientes y que buscaban una vía de expresión fuera de los cauces normales. Cada tendencia psíquica busca una adecuada expresión corporal (Freud, 1986).

La imposibilidad de una descarga total de las tensiones por vía normal crea un estado de excitación crónica que obliga al yo del sujeto a intentar, por la producción de nuevos síntomas, el alivio de la situación patógena. La angustia, expresión de esta tensión excesiva tiene, como el dolor en el terreno de lo orgánico, la misma finalidad, es decir, movilizar los

Relato presentado al PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSICOLOGÍA.

Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología

Rosario- Santa Fe- Argentina

[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)

mecanismos de defensa. Un ejemplo: la cólera que no puede expresarse por medio de gritos, acusaciones, golpes, al ser reprimida puede manifestarse como fenómeno de conversión somática en los órganos, o en el orden funcional de los órganos empleados para la expresión de dicho afecto, como, por ejemplo la laringe, los miembros, apareciendo entonces síntomas tales como disfonía o una parálisis de determinados miembros. Así surgirían las somatizaciones, las que se producen en los órganos de relación externa, sensoriales, musculatura estriada, órgano del lenguaje y su control central y funciones organizadoras centrales, configurando aquí el proceso ya conocido de conversión somática.

¿Cómo podríamos descubrir el momento en que nuestro ser psíquico se interna por los senderos de nuestro cuerpo? por ejemplo, en lugar de expresar sin ruptura ni bloqueos el discurso, aparece la tensión espasmódica clónica o tónica. Eso parece acontecer porque cuando el dolor que implica ser humano desborda nuestra posibilidad humana de pensar, sentir o sufrir y da un salto al vacío la mente se apea del cuerpo dejándolo librado a su suerte o a la inversa, el cuerpo se independiza del comando anímico" (Kohan, 1988).

Considero que el niño de pocos años, esta posibilidad es una de las pocas con que cuenta, si la madre no funciona como su polo mental, asumiendo toda manifestación de angustia que el bebé no puede vivenciar. De no ser así, el niño tiende a conservar o a volver a su yo de realidad primordial- arcaico - que distingue un afuera ajeno y amenazador remitiéndose a la satisfacción alucinatoria y no podrá establecer la defensa primaria, al carecer de la experiencia de satisfacción. El aparato psíquico del niño posee cierto límite para la invasión de estímulos displacenteros. Una de las funciones máspreciadas del aparato es protegerse de los estímulos y proteger al organismo de situaciones límites.

Es de suma importancia para la comprensión de las disfunciones psicósomáticas en el niño, considerar su origen en los hogares en que lo no-hogareño es lo más característico y donde la irregularidad y la falta de reglas aún en las frustraciones es lo que impera.

Describe Freud en "Lo Ominoso" qué entiende por "Unheimlich", lo no-hogareño: aquello que reviste en apariencia características de algo familiar pero que luego abruptamente, muestra su carácter agresivo, de desamparo, peligroso y falso. Freud expresa que esos elementos adquieren carácter demoníaco, porque tiene que ver con deseos inconscientes que los revisten mentirosamente con aspecto entrañable y hogareño. Para él, en el niño está facilitado al máximo la tendencia de vivenciar lo siniestro (Freud, 1986).

Un hogar psicósomatógeno se caracteriza porque en él lo que está descuidado son las nociones elementales de organización de la casa, de frío-calor, ruidos, horarios, noche y día: las necesidades. En este lugar: no-hogareño se origina la falla, la disfunción y es donde debiera construirse el psiquismo temprano.

### **Características del niño pequeño**

Es obvia la indefensión del neonato, pero pareciera necesaria enfatizarla cuando nos referimos a la evolución del psiquismo temprano. Fue Winnicott quien trató de explicar el hecho inimaginable de concebir un bebé sin un ente auxiliar o madre en los primeros momentos de su vida. Se refirió a la unidad inseparable madre-hijo, para preservar la salud o la vida del niño.

La organización temprana del niño depende del narcisismo materno. El deseo parental rige la organización de los sentimientos de cohesión interna, seguridad emocional y creatividad del sujeto. La vivencia del niño de madre-satisfecha-con-su-bebé, le trae

Relato presentado al PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSICOLOGÍA.

Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología

Rosario- Santa Fe- Argentina

[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)

sensaciones primarias de confianza y aliento. Promueve fantasías que permiten salir a buscar en el mundo exterior objetos que suministren gratificaciones adecuadas, las que irán consolidando el aparato mental (Fischbein, 1988). La situación inicial de contacto entre la madre y su bebé es un sistema de alimentación a doble vía. Para reconocerse a sí mismo, el niño necesita el reconocimiento de su madre y un afecto de gratificación y completud en ella. Ella necesita también reconocerse en su propio bebé para poder, gracias a la gratificación que éste le da, establecer un buen contacto con él. Las comparaciones o diferencias básicas que la madre establece con el niño, los parecidos o diferencias básicas darán lugar a afectos cariñosos o agresivos que influirán en el armado de su yo corporal, base de la ulterior estructura mental.

Cada sujeto se relaciona con su propio cuerpo según el modelo de contacto con que la madre se relacionó con él en los primeros momentos de su vida. Es ella quien abre el camino de la percepción y de los cuidados de sí, quien catectiza, estimula, crea, e inscribe mentalmente al cuerpo, base de la identidad del sujeto. Transmite además a su niño el lenguaje desde el cual no sólo le cualifica sus reacciones afectivas sino además le permite, desde la palabra, prescindir de la tiranía del objeto concreto. El lenguaje verbal estructura el psiquismo al estructurar el preconciente.

El niño se ama a sí mismo de acuerdo al amor recibido. La carga erótica debe ser suficiente para una adecuada inscripción mental del cuerpo, núcleo del psiquismo del sujeto. De no ocurrir así, aparecen situaciones de vacío psicológico desde la que se forman estructuras caracterizadas por sentimientos de vulnerabilidad. Estos pacientes viven en un constante desamparo. Sus sentimientos de vacío ligados a la falta de un buen equipo simbólico, les impiden el despliegue del espacio psíquico de la fantasía y abren el camino a la acción directa corporal a través de un padecer -de una noxa—. Toda situación crítica en la actualidad los lleva a la reedición del desamparo inicial.

Al bebé el cuerpo se le impone masivamente. Los signos de tensión o enfermedad no son percibidos por él, y es impotente para pedir ayuda o cuidarse. Las percepciones interoceptivas están alteradas y hay al mismo tiempo total dependencia de la realidad. Si la madre "no ve" la demanda del cuerpo del hijo estimula la desconexión y maduración prematura del yo de su hijo como sobreadaptación. La sobreadaptación prematura sería el sometimiento de un cuerpo insatisfecho que es significado desde un comienzo como sede del dolor y es depositario de las pulsiones agresivas del sujeto. Todos estos fenómenos pasan en el niño en un momento del desarrollo en el cual no se han consolidado los procesos simbólicos y crean huellas que facilitan en lo sucesivo la descarga. Todo incremento tensional en el aparato mental encontrará una vía de descarga sobre esa exterioridad angustiante y persecutoria que es el cuerpo. Así el cuerpo y sus acciones tiene como sentido decir lo que el yo no puede decir, ni pensar, necesitando el paciente de un otro que cualifique y dé significado al síntoma, porque no puede informar de un fragmento de su realidad psíquica a la que le es difícil acceder por carecer de inscripciones simbólicas que le permitieran su registro.

### **La técnica Psicoanalítica**

El síntoma está basado en los núcleos mudos de la historia del sujeto, en experiencias previas a la adquisición de la palabra, estas pueden constituirse y significarse en el tratamiento psicoanalítico. El síntoma adquiere el sentido de dar acceso al conflicto, - como ya lo dijimos antes-; a través del trabajo terapéutico a un universo simbólico que reducirá el espacio de la disociación existente mente-cuerpo. Es en el universo del símbolo, de la palabra

Relato presentado al PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSICOLOGÍA.

Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología

Rosario- Santa Fe- Argentina

[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)

donde el espacio desaparece. Es dentro del campo analítico donde la repetición se puede volver recuerdo a través del aporte significativo del analista.

Sería como crear un texto o el discurso faltante al síntoma, establecerlo a nivel del pensamiento, allí donde el psiquismo se expresa corporalmente.

En la técnica psicoanalítica palabra y voz, psiquis y soma se integran para entender la comunicación verbal que tiene lugar en el análisis. Tiene como eje la asociación de ideas, el análisis de la transferencia y de las resistencias. El abordaje está basado en la interpretación, pero también comprende señalamientos, interrogaciones, explicaciones y en algunos casos el silencio.

### **Bibliografía**

- Alexander F. (1939). *Aspectos Psicológicos de la Medicina Psicosomática*.
- Azcoaga J. E. (1981). *Los retardos del lenguaje en el niño*. Paidós: Buenos Aires.
- De Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson: Barcelona
- Fenichel O. (1957). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Nova: Buenos Aires.
- Fischbein J. E. (1988) Irrupción Somática. Una Vía de Acceso al Estudio del Psiquismo temprano. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo XLV, N° 5 Bs. As.
- Foks G. de (1970). La voz. Un Estilo Psicoanalítico. En *Un estudio del Hombre que Padece*. Centro de Investigación en Medicina Psicosomática. C.I.M.P.-Kargieman: Buenos Aires.
- Freud S. (1986). *Obras Completas*. Amorrortu. Bs. As.
- Garma A. (1962). *El Psicoanálisis. Teoría, Clínica y Técnica*. Medicina Psicosomática. Paidós: Buenos Aires.
- Kohan H. C. (1988). Sobrevivir: La gran lección del mundo infantil. Acerca de los Instintos tanáticos y sus destinos. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo XLV, N° 5 Bs. As.
- Klein M. (1948). *El Psicoanálisis de niños*. Paidós.
- Klein M. (1962). *Desarrollos en Psicoanálisis*. Hormé.
- Soifer. R. (1980). *Psicodinamismos de la Familia con Niños. Terapia Familiar con Técnica de Juego*. Kapelusz: Buenos Aires.

Relato presentado al PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSICOLOGÍA.  
Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología  
Rosario- Santa Fe- Argentina

[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)