

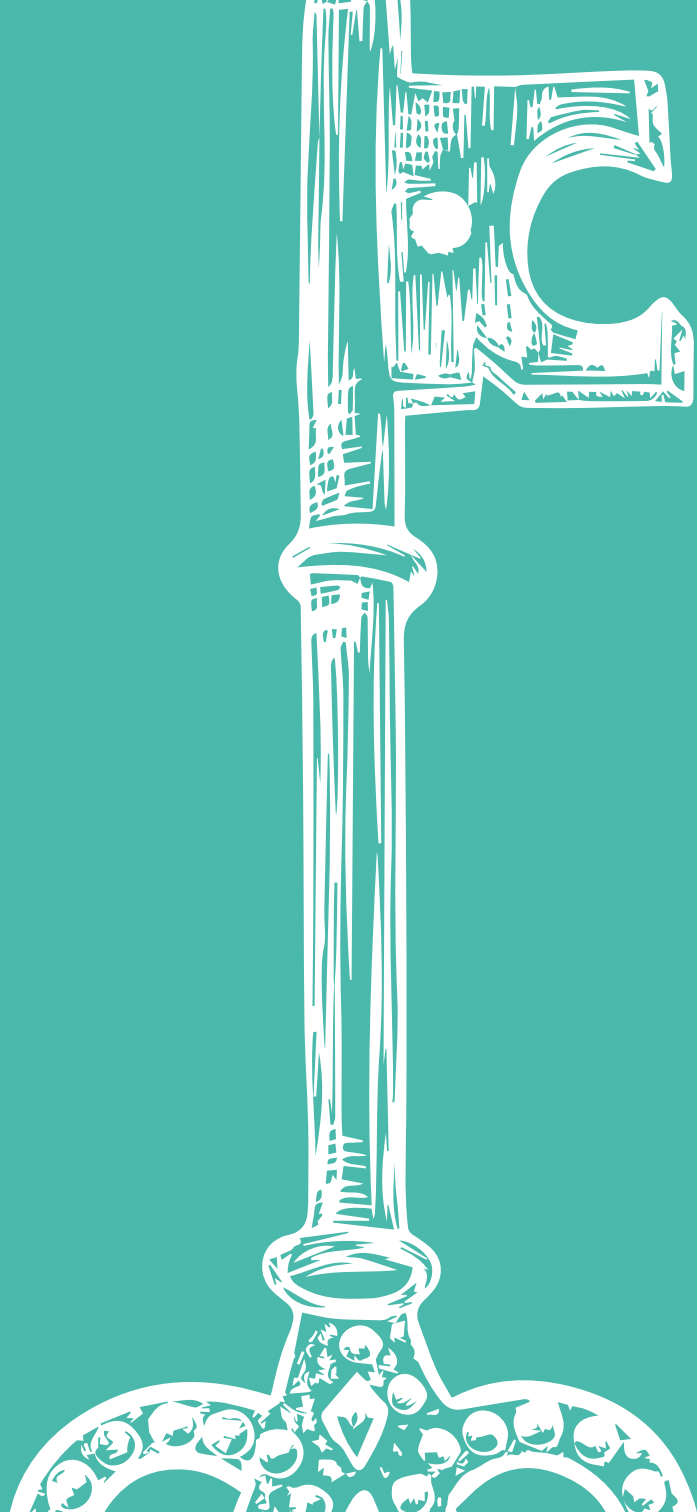
PARTE VI

El abordaje de la comunicación y del lenguaje

«La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.»

Sigmund Freud





La relevancia de la interacción dialógica en el abordaje clínico. El diálogo como imprescindible

Ilana Sancevich

El recorrido por la formación en la carrera me permitió reflexionar acerca de la importancia del espacio de encuentro con el otro. Ese encuentro que abre un contenido lingüístico discursivo y pone en juego las posibilidades de interacción, tanto de quien busca respuestas y ayuda (es decir, el paciente, pero nada pasivo) como del terapeuta, quien toma la responsabilidad de brindar un análisis y reflexión teorizada sobre aquello que observa, intentando a su vez, proyectar sobre el futuro y brindar las estrategias necesarias para conseguir el mayor éxito en los vínculos que pudiera establecer cada ser.

Enfrentamos un gran desafío. Luchando con, y a veces *contra*, un diagnóstico que suele ser lapidario e intimidante. Contra los miedos de los padres, la incredulidad de docentes, la frialdad de algunas especialidades médicas. También contra las propias fantasías e ingenuidades. Estamos ante la subjetividad frágil de ese ser en constitución que necesita nada más y nada menos que la presencia de otro. Un otro que esté disponible, permeable, atento, comprometido, formado no sólo en aspectos del funcionamiento biológico sino también en el terreno de la subjetividad. Que sea un otro adecuado a las demandas de un entorno social, histórico y hasta político, que no quedan al margen de lo que ocurre en el espacio terapéutico. El entorno puede abrir puertas, habilitar, permitir y al mismo tiempo, condicionar, obtener, generar fracasos y frustraciones.

En cada consulta, como en la primera, se abre la puerta, aparece un ser con mirada penetrante y temerosa, haciendo mil preguntas sin enunciar, a una persona desconocida que lo llena de interrogantes, observando todo lo que lo rodea, buscando el permiso para explorar, tocar, buscar, crear, decir.

Otras veces, se abre la puerta y encontramos una mirada esquiva, incierta, ¿ausente? Una mirada que busca rumbo, que necesita orden, guía, encuentro con otro y con el *gran Otro* que nos envuelve y rodea: el lenguaje. Lenguaje que, en palabras de la Dra. Claudia de Lemos (De Lemos, 1995), nos

captura, nos constituye, nos transfigura. Ese lenguaje primero se hace presente en el habla del otro, ese otro que devuelve, como espejo, la imagen, el sonido, el cuerpo, la esencia de lo que aún no se puede decir. Ese otro que, si verdaderamente permite *el diálogo, como co-construcción en busca de hacer sentido*, va a ser el intérprete prestigioso que otorgue significado a esas expresiones singulares e inéditas que aparecen. Cada manifestación lingüística y no lingüística, cada aspecto cobra valor y debe ser *interpretado* a la luz de una teoría coherente y fundamentada.

Aquí comienzan a surgir millones de interrogantes ante la posición de los cuerpos, la distancia que toma el niño respecto a los objetos: ¿cómo elige enfrentarme, de frente, de lado, de espaldas, me quiere encontrar, me evita, me busca? ¿Cómo son sus movimientos? ¿Cómo se expresa su cuerpo en gestos, ademanes? ¿Puede controlarlo? ¿Sabe lo que busca? ¿Puede desplazarse, subir, bajar, manipular? ¿Cuenta con recursos para abrazar, rechazar, acariciar, defenderse? ¿Cómo se oye su voz, qué melodía dibuja, tiene variantes? ¿Es lo único que puede: sólo variar la melodía en un par de sonidos y vocalizaciones que intentan transformarse en millones? ¿Qué logra producir?

Cuánto esfuerzo se observa en esos sonidos que borbotean desprolijos intentando contar, decir, argumentar, preguntar, pedir, cantar. Cuánta responsabilidad sobre nuestros hombros. Cuánta incertidumbre en ese instante donde debo “devolver algo”, responder, intentar dar continuidad para impedir que eso tan maravilloso que allí surge no se corte, no se diluya, no se esfume, no vuelva a caer en ese vacío sin sentido y retorne al niño volviendo a colocarlo en ese lugar donde no debe, no quiere, no puede *estar, ni ser*.

Y entonces nos ponemos a pensar: ¿cómo es hablado, qué lugar ocupa este ser y su *dolencia* en el entorno familiar y social al cual pertenece? ¿Pertenece? ¿Cómo intervenir desde el deseo de hacer fluir los enunciados o ante un texto retenido y apresado? ¿Cómo dar respuesta ante la opacidad manifiesta que provoca ese efecto de extrañamiento y ausencia de sentido? ¿Es lo mismo la lengua haciendo sentido que la lengua comunicando? ¿Cuál es la posición del terapeuta del lenguaje ante el habla extraña y opaca de otro que consulta por la *ruptura* en su decir? ¿Cuáles son las posibilidades de acceso al lenguaje escrito como otra forma más de inclusión social y cultural?

¿Cuál es la escucha ante el silencio que intimida y aturde y lejos de ser vacío significa? Silencio cargado de sentidos, que busca a otro para poder decir, silencio que debe ser interpretado y no sólo dentro del encuadre del espacio clínico, sino también el que se prolonga en los diferentes lugares donde el niño circula. Silencio que exige la voz del otro interpretando un movimiento rígido, o involuntario, una sacudida de músculos que no se pueden controlar. *Silencio*

que encuentra voz en el diálogo con el terapeuta atento. Silencio que, a veces, es la única posibilidad de “estar en el lenguaje”, de *ser*.

Cada encuentro es único y abre la posibilidad de decir. Comienzan a aparecer fragmentos cristalizados tomados del lenguaje circulante manifiestos en el habla del otro, luego poco a poco surgen los propios, desordenados, insólitos, contradictorios, pero propios. Más tarde, el niño intentará aclarar y agregar, opinar, reformular, volver a decir. Y así surgen complejas producciones configuradas como las más bellas poesías, basadas en la repetición léxica y sintáctica, el efecto rítmico, la enumeración, los contrastes. Comienzan a formularse paráfrasis y fenómenos paralelísticos, generando múltiples efectos en el interjuego de cadenas latentes y manifiestas, entre el sintagma y el paradigma. A partir de ello, podremos enlazar paréntesis para complementar lo dicho, para evaluar, para reformular. Tan importante como eso, volver a decir, decir mejor, para que pueda proseguir el diálogo, para dar continuidad, para seguir tejiendo esa matriz discursiva que nunca es unipersonal.

Cada momento de encuentro es abrir un espacio dramático donde el participante puede ser y transformarse en vendedor, maestro, bailarina, basquetbolista, policía, investigador, tigre o conejo. Donde un títere cobra vida, un auto arma historia en la ciudad de papel o imaginaria, donde los muñecos cuentan historias vividas, parafraseadas leídas o escuchadas.

Encuentro para vivir y decir, para crear, inventar, jugar, reír, llorar, saltar, esconderse y aparecer... Es en ese espacio donde se dice con el cuerpo, con la voz, con múltiples enunciados en configuraciones discursivas; en paráfrasis narrativas, propias y ajenas, donde se dice en el silencio, donde se traen los recuerdos de todo lo dicho y olvidado, lo guardado en la memoria discursiva. El encuentro se produce a través de un lápiz y un papel, en una pizarra magnética repleta de letras desparramadas o perfectamente ordenadas, para dejar un mensaje. También, es a través de la pantalla de algún dispositivo electrónico donde surgen íconos, letras, números, enlaces, textos, allí donde el lenguaje escrito permite otra forma más de inclusión social. En ese encuentro se abre un espacio, donde la *interacción* surge y el *diálogo* es *imprescindible*.

Referencias bibliográficas

Arantes, Lúcia (2007) “Impasses en la distinción entre producciones desviantes sintomáticas y no sintomáticas”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Rosario: UNR Editora.

Ibidem “Sobre la instancia diagnóstica en la clínica del lenguaje”. Op. Cit.
Andrade, Lourdes (2000) “Captación o Captura. Consideraciones sobre

la relación del sujeto y el habla”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Rosario: UNR Editora.

Ibidem “Procedimientos de evaluación del lenguaje en la clínica fonoaudiológica: entre lo singular y lo universal. Op. Cit.

Araujo, Sonia (2007) “Clínica del lenguaje: sobre la posición del fonoaudiólogo en la relación con el habla sintomática de los niños”. En *Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Carielo da Fonseca Susana, (2007) “El estatuto de la entrevista en el proceso diagnóstico de la afasia”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Desinano, N. (Coord). Bardone Liliana, Grodek Adriana. (1999) *Narraciones infantiles. Un estudio sobre la oralidad*. Rosario: Homo Sapiens.

Desinano, N; Bardone, Liliana; Grodek, Adriana. (1996) *Estudios sobre interacción dialógica*. Rosario: Homo Sapiens.

De Lemos, Claudia T.G. (2007) “Una crítica radical a la noción de desarrollo en la Adquisición del Lenguaje”. En *Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Ibidem (2007) “Sobre el paralelismo, su extensión y la disparidad de sus efectos”. Op. Cit.

De Lemos, Claudia (1996) *Procesos metafóricos y metonímicos: su estatuto descriptivo y explicativo en la adquisición de la lengua materna*. Barcelona: Meldar.

De Lemos, M.T. (1995) “El habla del niño como interpretación”. En *Cuadernos de estudios lingüísticos*. Universidad Estatal de Campinas.

Lier DeVitto, María Francisca (2007) “Delirios de la lengua: el sentido lingüístico (y subjetivo) de los monólogos del niño”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Ibidem. “Patologías del Lenguaje: sobre las vicisitudes de las hablas sintomática”. Op. Cit.

Ibidem “El interaccionismo: una teorización sobre la adquisición del lenguaje”. Artículo traducido para uso interno de la Cátedra Lingüística II. Escuela de Fonoaudiología. UNR

MILANO SURREAUX, L (2000) “El problema del silencio en la adquisición desviante del lenguaje”. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional y I Internacional da Aquisição da Linguagem, Octubre de 2000. PUCRS. Porto Alegre Brasil.

Milner, J.C. (1980) *El amor por la lengua*. Ciudad de México: Nueva Imagen.

Orlandi, E. (1997) *Las formas del silencio. En el movimiento de los sentidos*. Campinas; Sao Pablo: Editora del UNICAMP.

Ibídem (2000) *Análisis del Discurso. Principios & procedimientos*. Campinas. SP. Brasil, Pontes.

Silveira E. (2007) “Un cierto retorno a la lingüística por el camino del Psicoanálisis”. En *Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Datos de la autora

Iliana Sancevich es Licenciada en Fonoaudiología y Profesora Titular de la cátedra Lingüística II. Psicolingüística (Escuela de Fonoaudiología. FCM. UNR). Realizó una formación de posgrado en Teoría Interaccionista en PUC SAN PABLO Y UNIVERSIDAD DE IRATI BRASIL. Se dedica al abordaje clínico en las diferentes áreas de formación profesional.

El abordaje psicomotor en los problemas de la comunicación humana. Su fundamento y mi experiencia en la clínica fonoaudiológica y la docencia

Raquel Fransolini

La psicomotricidad es una disciplina científica reciente en la historia de las ciencias. Surgió de la neurología y fue influida en sus inicios por una concepción mecanicista, reeducativa de las funciones motoras alteradas. En su devenir sumó aportes de la psicología genética y particularmente del psicoanálisis, modificando su fundamentación teórica y prácticas consecuentes. De la diversidad de paradigmas que hoy coexisten me posiciono en el marco referencial de la *Neuropsicosociología del Desarrollo (NPSD)*, propuesta por la Dra. Myrtha Chokler. Su enfoque refleja un pensamiento transdisciplinario que articula coherentemente los conocimientos necesarios para comprender el complejo proceso del desarrollo humano, de la constitución subjetiva y el peso que en ellos tienen las determinaciones histórico-sociales. Formulado a partir de la teoría de los organizadores del desarrollo psicomotor (1988), plantea una modalidad diferente de abordaje según la etapa madurativa por la que el sujeto va transitando.

La *Atención del Desarrollo Infantil Temprano (ATDI)* refiere al abordaje que los profesionales implementan en los primeros tres años fundantes de la persona, particular período que Chokler (2005) denomina *protoinfancia*, con estrategias de acompañamiento y apuntalamiento de las funciones parentales, institucionales y comunitarias. Se dirigen al adulto responsable del cuidado del niño, para enriquecer y fortalecer sus competencias en la tarea de crianza y garantizar los entornos humanos, afectivos, simbólicos, materiales que necesite en cada etapa, lo valore en sus posibilidades reales, respete su hacer y tiempos personales. Es durante la protoinfancia cuando se desenvuelven los procesos de subjetivación, etapa enteramente *somatopsíquica* donde sensorialidad, motricidad, afectividad, cognición y comunicación se despliegan en forma sincrética constituyendo el sólido tejido del *ser del niño en el mundo*.

En tanto para la comprensión e intervención con los infantes mayores, cuando ya se fueron consolidando los procesos de separación e individuación, organizando la conciencia de sí e interiorizado sus figuras de apego, la Dra. Chokler elabora el cuerpo conceptual y praxis de la *Psicomotricidad Operativa (PO)*. En este periodo, el abordaje se direcciona a la atención directa del niño, desde una epistemología convergente en la que tienen un lugar relevante las originales formulaciones de la Práctica Psicomotriz de Bernard Aucouturier.

En la búsqueda incesante por dar respuestas ajustadas a las problemáticas que presentaban los infantes que acudían a mi consultorio es que, como fonoaudióloga, me acerqué a la psicomotricidad. Conocí que se trataba de una disciplina que estudiaba las modalidades y relaciones de la persona con el mundo externo, modalidades corporales, no verbales y verbales, que es cuerpo en interacción y en relación (De León, 2012) y descubrí lo privilegiado de su intervención para favorecer el desarrollo y la competencia comunicativa.

Desde la NPSD, entendí la importancia de significar otros aspectos que globalizan la comunicación y concebirla como resultante, a la vez que constituyente, entramada, en la historia personal de cada uno; remitir sus perturbaciones a esa historia inconsciente del cuerpo que se expresa en el sufrimiento del cuerpo real y sus producciones; valorarla desde la individualidad y no desde un diagnóstico que rotulaba al niño con determinada sintomatología a corroborar y pronóstico a esperar; conocí el valor de ofrecer un abordaje integral que considera al infante en su conjunto y no parcializado, escotomizado en sus funciones, que no le exige sobreadaptaciones, que no le hace hacer, estando disponible para él, acogiendo y aceptando sus modos de comunicar sin acelerar el proceso hacia el conocimiento abstracto, cognitivo del lenguaje.

Aprendí a confiar en las capacidades que cada sujeto puede desplegar si se le ofrecen las condiciones ajustadas del ambiente en cada momento evolutivo, y favorecer así el sentimiento de ser competente y agente de su acción. Sostuve y compartí con las familias los principios de Respeto, Autonomía y Seguridad (RAS) necesarios en su cuidado como actitudes imprescindibles del adulto para cumplir ese rol con idoneidad (Chokler, 2017). En ATDI jerarquicé la observación como modo de comprender qué hace el niño, cómo y por qué lo hace, y así lo transmití a los padres para que pudieran apreciar las nuevas adquisiciones de su hijo y ser partícipes de esos descubrimientos. En tanto en la práctica de la PO, la herramienta que me permitió conocerlo fue el ejercicio de la observación interactiva, cuando estaba a solas con el niño en una relación empática, corporal y emocionalmente involucrada porque, desde esta perspectiva, la función se pone en funcionamiento y se da a ver con un otro.

Comprendí que, en mi formación, la fonoaudiología daba importancia al lenguaje como expresión del pensamiento, pero no contemplaba su origen. El cuerpo, como matriz de producción de signos y significados fue, en ese momento, el gran olvidado de las teorías del lenguaje a excepción del concepto de diálogo tónico acuñado por Ajuriaguerra. (De Ajuriaguerra, 1979)

Hoy se sabe que la palabra implica un proceso de simbolización y representación al que se llega partiendo de las experiencias sensoriomotoras y corporales de los primeros momentos de la vida, experiencias que se vivencian con un *otro* que las carga de sentido, afecto y placer, dejando huellas de esos encuentros e interacciones que, en la repetición, modelarán las matrices comunicativas. Es en ese interjuego que se despierta la intención comunicativa del infante si se siente participante activo, en el que se confirma el doble anclaje, corporal e interactivo de la simbolización (Golse y Bursztejn, 1992).

Desde esta concepción, se puede afirmar que las dificultades en la comunicación y organización del lenguaje, –por fuera de la posibilidad neurológica–, se producen mayormente “en las disfunciones más arcaicas del contacto fático, en la ausencia o precariedad de las interacciones primarias gratificantes y reaseguradoras, que abren y garantizan los procesos originarios de semiotización y simbolización” (Chokler, 2008).

Estas dificultades son las que se abordan desde los sistemas de conexión más primitivos en los que hace foco la formación personal del psicomotricista. Esa formación “abre a una sensibilización progresiva del registro tónico-emocional” (Chokler, 1999) que posibilita estar más abierto a la comprensión del otro, aceptar y recibir las modalidades de encuentro de cada uno, lo que permite, admite, lo que no, lo que entrega y cómo, favoreciendo los ajustes que requiere para que se viva profundamente y se produzcan las transformaciones.

Los fundamentos teóricos –que brevemente reseñé– y la consecuente construcción de herramientas operativas los volqué al quehacer fonoaudiológico porque comprendí que atender y priorizar la interacción de cuerpos significantes con todas sus producciones en juego, bajo un fondo de placer, posibilitaba el pasaje de la acción a la palabra. Y este es el terreno donde la psicomotricidad se constituía en la vía regia de intervención.

Bajo el encuadre de la PO, he atendido niños que llegan a consulta por una falla en su producción comunicativo-lingüística: por francas dificultades comunicativas de conexión, porque no aparece el habla o lenguaje verbal en el momento de desarrollo esperable –por mutismo o comienzo tardío del habla–, o bien porque ese desarrollo no es adecuado para ese tiempo –habla ininteligible, telegráfica, aniñada con dislalias múltiples, disfluencias.

Signifiqué esas fallas desde referentes teóricos diferentes, pero que comparten ideas respecto de los avatares del desarrollo comunicativo, a los

que entienden se producen en un “entre dos”, “entre el sujeto y los otros”. Anzieu (1933) menciona los neologismos, el lenguaje autístico, el habla maquina, como manifestaciones de una rebelión del niño a las convenciones lingüísticas, al código, que toma valor compartido cuando lo acepta y a él se somete, adentrándose así al orden simbólico que lo humaniza. Gori sostiene que “la palabra tiene una doble sujeción, al cuerpo y al código, a la subjetividad del deseo y a la objetividad del código” (Gori, 1981) y el lenguaje “es cuerda, hecha de carne, ubicada en el símbolo, que envuelve y ata, en un lazo fusional, al que habla y al que escucha” (Gori, 1981).

Golse (1992) formula la hipótesis de una patología de la *transicionalidad* como explicación para algunos retrasos del lenguaje, al señalar que éste sólo puede aparecer si hay separación. La refiere a la dificultad de la madre para crear el espacio transicional con su hijo, lo cual obstaculizará la instauración del lenguaje como fenómeno transicional. La palabra es un mediador entre dos cuerpos o, según J. Levin, un cordel de retención y unión imaginaria dentro de un espacio dialógico frente a una real separación (Levin, 2002).

En psicomotricidad, es la sala el espacio simbólico, de representación, ofrecido-vivido como espacio transicional, asegurador y de sostén, en el que la expresividad motriz del niño refleja su proceso de separación-individuación. Todas las actividades sensoriomotoras como trepar, saltar, destruir, arrojar, balancearse son actividades simbólicas que producen placer y permiten que cada uno pueda actualizar-recrear la historia de sus relaciones afectivas. Allí puede vivir la descarga tónica, el grito, el efecto mágico de la palabra, su omnipotencia, la manipulación de la realidad o su imposibilidad de hacerlo, su inhibición y jugarlos a la vez que jugar-se en la elaboración de su subjetividad. No se enseña el lenguaje, se vive en la acción y ahí teje su red semántica, morfológica, sintáctica, es esa acción que atañe al otro, lo afecta y lo modifica cuando hay repercusión tónico-emocional.

Es la emoción compartida, con su poder de contagio que describió Wallon (1954), la que promueve la comunicación. Para Chokler (1999), posibilita una *común-unión* y creación de nuevos vínculos. Juana Levin la entiende como comunión, participación en lo común, *compartir* (Levin, 2002). Hoy se conoce que ese contagio de la emoción es trabajo de las neuronas espejo y ha sido confirmado por las neurociencias.

La clínica me demostró que para que se establezca una comunicación verdadera con el otro –paciente–, se requiere *trabajar* en uno mismo –profesional– un sistema de actitudes para ponerse en el lugar del otro, estar disponible, resonar tónico-emocionalmente, ser empático, favorecer una actitud de escucha, de comprensión, para que lo que se verbalice se integre con lo puesto en marcha por la mirada, gesto, postura y muestre la coherencia de la complejidad de los mensajes que se envían.

Convencida de los beneficios de este hacer en la praxis fonoaudiológica proyecté, como docente del espacio curricular de la asignatura Psicomotricidad en la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología, la inclusión de la experiencia vivencial en los talleres de los trabajos prácticos destinados a abordar los contenidos actitudinales que competen al ser en su hacer profesional (Fransolini, Marcozzi, Schumker, Gómez, 2010). La individualidad del *hacer* de cada uno es lo que en psicomotricidad se llama tecnicidad y requiere de intensa formación personal. Se la entiende como “un conjunto coherente de medios teorizados y profundamente integrados en la persona” (Aucouturier, Darrault, Empinet, 1985), necesita la implicación del terapeuta, dar prioridad a su relación con el niño y ajustarse a sus producciones; es un *saber cómo hacer* que ayuda a la apertura de la comunicación y dimensión simbólica.

Por jerarquizar esa modalidad, propicié que el alumno fuera protagonista activo en su propia formación al implicarse en la vivencia del taller. Que pusiera en juego no sólo su saber sino también su *ser* –se pusiera y expusiera–, para que el conocimiento deje de ser ajeno y tenga un lugar y hacer propio desde el cual y con el cual poder operar. Intenté establecer un lazo directo entre las dos disciplinas, fonoaudiología y psicomotricidad, que le permita al estudiante buscar, reconocer y valorar las posibilidades comunicativas de cada sujeto, aceptando las estrategias personales que pueda desplegar, sin dejar de lado las propias, más bien involucrándolas y entendiendo que se entrelazan en cada encuentro.

Para concluir, transcribo una cita de la Dra. Myrtha Chokler: “No es casual que muchos especialistas en patología del lenguaje verbal hayan incursionado en el campo de la Psicomotricidad, buscando elementos los primarios que subyacen en la comunicación no verbal y que darían cuenta de muchos mecanismos que estructuran los modelos de interacción y su posible modificación” (Chokler, 2005). Con ella y muchas/os otras/os compañeras/os, compartimos la afirmación de que los aportes de la psicomotricidad y las propuestas de tecnicidad en su praxis son indispensables en la formación de fonoaudiólogos/os.

Referencias bibliográficas

De Ajuriaguerra J (1979). Manual de psiquiatría infantil. Cuarta edición. Barcelona: Toray-Masson.

León C de, (coord.) (2012): Diálogos con Bernard Aucouturier, Montevideo: Espacio Lunes.

Chokler M. (2017) La aventura dialógica de la infancia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed Cinco.

Golse B, Bursztejn C, (dir.) (1992): Pensar, Hablar, Representar. El emerger del lenguaje, Barcelona: Ed. Masson.

Chokler M (2008) “Presentación en Congreso Homenaje al Prof. Dr. Julio Bernaldo de Quirós”, Rosario. 2008.

Chokler M. (1999) Acerca de la práctica Psicomotriz de Bernard Aucouturier, Bs. As.: Ed. Ariana, FUNDARI.

Gori R. (1981) “Entre grito y lenguaje: el acto de la palabra”. En Mandet E y Miari L: Psicoanálisis y Lenguaje. Del cuerpo a la palabra, Bs. As.: Kapelusz, pp. 67 y 76.

Levin J. (2002) Tramas del lenguaje infantil. Una perspectiva clínica. Bs. As.: Ed. Lugar.

Fransolini R, Marcozzi N, Schmukler M, Gómez S. (2010) Acerca del Hacer de la Cátedra Psicomotricidad en la Escuela de Fonoaudiología: Propuesta Pedagógica. Trabajo premiado presentado para los noventa años de FCM. UNR.

Aucouturier B, Darrault I, Empinet J L (1985): La Práctica Psicomotriz. Reeducción y Terapia, Barcelona: Ed. Científico-Médica.

Chokler M (2005): Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la Psicomotricidad Operativa. Bs. As.: Ed. Cinco.

Wallon, H. (1954). Los orígenes del carácter en el niño. Argentina, Editorial Lautaro

Datos de la autora

Raquel Fransolini es Fonoaudióloga, Psicomotricista y Doctora en Fonoaudiología. Vice directora de las carreras de Doctorado en Medicina, Doctorado en Fonoaudiología y Doctorado en Enfermería (FCM. UNR). Ex Prof. Titular de las asignaturas Psicomotricidad y Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica en la Parálisis Cerebral (Escuela de Fonoaudiología, FCM. UNR). Docente Responsable del Seminario III: Enfoque y Abordaje Transdisciplinario de los Trastornos en el proceso del Desarrollo de la Carrera de Especialización en Desarrollo Infantil Temprano (Facultad de Educación Elemental y Especial. UNCuyo). Directora de Proyectos de Investigación, acreditados en SCTeI (FCM. UNR).

La comunicación fluida. Una perspectiva para la prevención y atención de la tartamudez

Silvana Perfumo

La complejidad que caracteriza a las relaciones humanas, entre ellas la comunicación y el lenguaje, requieren para un apropiado abordaje de sus dificultades una visión crítica, capaz de contextualizar lo práctico y lo teórico, posibilitando la apertura de interrogantes que habiliten la construcción de una mirada ética, comprometida y coherente en el proceso terapéutico.

En este sentido, siempre me sensibilizó la tartamudez, siendo así que en el año 2001 comenzó a resonar en mí, más significativamente, el padecimiento que esta dificultad provocaba en las personas y familiares al verse afectado ese poder decir, de la manera que se desea decir. Y me refiero al decir que nos constituye y nos permite ser en cada situación comunicativa y al lenguaje que, sin dudas, nos humaniza, se trasluce en el cuerpo y se muestra al hablar.

Fue así como amplié la mirada terapéutica fonoaudiológica hacia otro contexto, el contexto social, abarcativo de las necesidades de una población que sufre y que le cuesta salir a la luz. Años más tarde, junto a otras fonoaudiólogas, fundamos una entidad sin fines de lucro, denominada Fundación para la Tartamudez (2002-2018). Actualmente se continúan los objetivos a través del Grupo “Comunicación Fluida – Tartamudez”.

Más allá de haber recibido formación académica de distintas líneas de estudio e investigación, con concepciones diferentes y representadas por profesionales de la salud y de la educación que hoy continúan siendo referentes en distintos países, desde mi propia experiencia profesional y terapéutica considero que el conocimiento más genuino acerca de qué es la tartamudez y el efecto que ésta provoca en la persona proviene –sin dudas– de quienes tartamudean, y de sus madres, padres y familiares. Y ese conocimiento genuino se obtiene ofreciéndoles *tiempo*, es decir, tiempo de escucha y contención, como se pudo ofrecer desde la entidad antes referida, a través de las consultas de asesoramiento y de los grupos de apoyo abiertos y gratuitos a la comunidad.

No existe definición de la tartamudez más sentida, reveladora y singular que aquella que proviene de la vivencia y experiencia de la persona con tartamudez. Reseño algunas frases ejemplificadoras:

“Si usted nunca ha sido tartamudo, no puede tener ni la más remota idea del misterioso poder de desaprobación por parte de la sociedad hacia eso que llaman tartamudeo. Es tal vez una de las influencias sociales más desmoralizante, perpleja y aterradora de nuestra cultura” (Johnson, 1959).

“Soy tartamudo, siento, pienso y actúo primero como tartamudo, luego como psicólogo, como investigador o como científico” (Rodríguez, 2005).

“Mi peor enemigo”. “Una compañera que debemos entender y aceptar para que no nos afecte”. “Ahora, una pequeña piedra en el zapato que me incomoda a veces; antes eran muchas piedras que me incomodaban mucho en todo momento”. “Un monstruo que va mermando la vida, hasta que se apodera de ella, y sólo existe para lo que ella desea”. “Una cosa que te impide decir lo que quieres”. (Expresiones de personas adultas, 2019).

¿Cómo la definen algunos adolescentes?

“Es la peor cosa del mundo” (10 años). “Es por momentos un freno y en otros la Muralla China” (16 años).

¿Qué dicen algunos niños/niñas?

“No me sale mamá” –señala la boca– (3 años, 6 meses). “Mamá, mi boca no puede hablar bien” (4 años, 10 meses). “Papá, llévame al médico que me cure la voz” (4 años, 11 meses). “Cállate boca trabada” –mirando a su mamá– (5 años).

¿Qué dice un grupo de madres?

“Explícita o implícitamente en nuestro discurso aparece la imagen desvalorizada que nos hicimos de nuestro hijo a lo largo del tiempo, nos apena su dificultad, creemos que todo lo que emprenda será más complicado para él. Así, sin quererlo le asignamos un rol, un rótulo” (Grupo de madres. Fundación para la Tartamudez, 2009). Considero que, a través del tiempo, de la reflexión continua y construcción

conjunta, las representaciones sociales acerca de las disfluencias en edades tempranas y de la tartamudez en niñas y niños, adolescentes, adultos, padres, madres y docentes se transformaron en objeto de estudio e investigación en pos de un saber cada vez más contemplativo de la realidad social, a fin de poder científicamente ejercer las intervenciones sociales necesarias.

Por ello, las representaciones sociales sobre la problemática mencionada constituyen un referente valioso para el acercamiento a la población, a partir de todas las actividades de extensión social que tengan como propósito informar y propiciar cambios ideológicos en la comunidad, en relación a esta dificultad compleja que afecta la calidad de vida de las personas con tartamudez.

Al respecto, adhiero a Denise Jodelet (1986), cuando se refiere a las representaciones sociales como:

...imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana; un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual.

Es por eso que a través de los años, luego de encontrarme y toparme cara a cara con la angustia y las necesidades de la gente, como la de un adulto en su desempeño laboral, un estudiante ante exámenes orales, una madre con temor a las burlas, la desorientación de un maestro frente a cómo abordar en el aula a un niño o niña o la preocupación de madres y padres al interpretar como tartamudez las disfluencias de sus hijos en edades tempranas, todo ello me fue marcando un camino de respuestas ante la fluidez pretendida, de interrogantes en cómo recuperarla y muy especialmente de compromiso, tiempo, escucha, espera y respeto necesarios para poder correrme del lugar del saber y poder ponerme en el lugar de ese otro que requiere de mí, antes que nada, alivio y contención, reconociendo muy especialmente que ese otro cuenta con un saber tan único como imprescindible para poder ayudarlo.

Por todo ello, cómo no reflexionar ante las maneras de definir la tartamudez y los mecanismos engañosos que desencadena el querer ocultarla, evitarla y controlarla. La trampa de la tartamudez es “hacer” para ocultar. Es todo lo que se hace para no tartamudear. Anticiparse a “la traba” es un hacer que nace en la persona, al querer controlar la tartamudez y que con el tiempo se transforma en un mecanismo subjetivo y consolidado ante el deseo de “hablar bien”.

Es así como la búsqueda tan ansiada de la fluidez se hace presente, ahí mismo, en ese lugar donde se produce la traba, en la continuidad de las palabras. Más fluidez se busca, más tartamudez aparece, y con ello más sensaciones en el cuerpo, más pensamientos, emociones negativas y menos intención de hablar. La atención puesta en las trabas y en la fluidez convierten a ambas en protagonistas que se retroalimentan ancladas y atrapadas en la forma del decir, alterando la armonía del acontecer natural de las palabras, al quebrarse la unidad lingüística comunicativa (forma y sentido). De esta forma, la persona se aleja del sentido de lo que desea decir por cómo decirlo y queda presa en la incongruencia de la tartamudez; la persona no se permite hablar tartamudeando y no encuentra otra manera de hacerlo.

¿Qué fluidez debemos recuperar?

Esta pregunta me ha llevado a reflexionar de manera profunda y sugiero que se la planteen todas/os las/os fonoaudiólogas/os que quisieran dedicarse a la prevención y tratamiento de la tartamudez. Mi respuesta se sustenta en el propósito de recuperar la fluidez desde una visión terapéutica holística, considerando al ser humano como un todo, incluyendo sus vínculos y contextos; y contemplativa de lo que piensan, sienten, hacen y dicen las personas que tartamudean y las madres, padres, familiares o docentes que rodean al niño o adolescente con disfluencias o tartamudez.

En el año 2010 conceptualicé que “la comunicación fluida es un proceso complejo de interacciones humanas, lingüísticas, comunicativas que se habilita y acontece con compromiso, espontaneidad, comodidad, facilidad y creatividad”. Esta definición surgió con el fin de modificar la mirada y el foco de atención puesto en la imposibilidad que genera “la traba” de la tartamudez, unida a la búsqueda imperante de la fluidez en ese lugar donde aparece, es decir, en el habla. En sentido figurado, las trabas se van adueñando cada vez más del espacio comunicativo para pasar a ser figura principal, resaltando en un fondo que se desdibuja, se ensombrece y desvanece. Ese fondo es el que hay que rescatar, todo lo que la tartamudez cubre e impide ver, como ocurre también en el caso de madres y padres que, en su preocupación, reaccionan ante lo mucho o poco que “se traba” su niña o niño, y dejan de atender todo lo que ésta/e puede y es capaz.

Desde mi experiencia, ofrecer comunicación fluida es una perspectiva clara para que un niño/a, un padre o una madre, un/a adulto/a comprenda fácilmente y cambie su centro de atención, enfocándose en hablar de la comunicación, de los modos de comunicar, del lenguaje en movimiento y de la unidad que somos junto a él, en un cuerpo que lo aloja y que también expresa. Además, es tomar conciencia que en la interacción comunicativa no estamos solos, estamos junto a un otro que nos influye y al cual influimos

creando efectos de conducta y de sentido. Descubrir y re-valorizar las cualidades y habilidades lingüísticas comunicativas, haciendo observar que ellas conforman una totalidad que trasciende la forma en que salen las palabras de la boca. La persona es mucho más que sus trabas y/o tartamudez.

Es necesario recuperar las fortalezas cubiertas por las trabas y/o tartamudez desde una visión de la fluidez que una al sujeto comunicante con su entorno y modifique la creencia e imagen de incompetencia para hablar. Esta condición no permite valorar el acontecer de los tramos fluidos que aparecen y limita la percepción de la fluidez sólo asociada a las trabas y/o tartamudez, cercenada de toda la situación comunicativa. Al respecto dice Silvia Friedman (2012) “...hay que construir en la sesión terapéutica, una nueva calidad de auto-percepción de la fluidez, que de soporte a una nueva imagen de sí como hablante, lo que sostiene la superación de la tartamudez”.

La comunicación fluida es un proceso que trasciende absolutamente la forma de hablar, al habilitar el reencuentro con la comunicación humana y el respeto por la libertad en los modos de *ser* con el lenguaje y el cuerpo, resignificando el padecimiento de “ocultar” la tartamudez por la espontaneidad de *ser*, *mostrar* y *dejar mostrar* las trabas y/o tartamudez. La denominación comunicación fluida pone en evidencia el lugar desde el cual se interviene, la interacción lingüística comunicativa y determina un enfoque posicionado desde y para la prevención, intervención temprana y abordaje fonoaudiológico de la tartamudez.

Desde esta perspectiva considero al ser humano como una totalidad con el medio, que configura su visión de la realidad a partir de esa unidad interna y externa, refiriendo a la espontaneidad como la autenticidad y naturalidad de ser uno mismo, junto a las trabas y/o tartamudez.

Como corolario, creo apropiado citar estos últimos conceptos y reflexiones:

Jacobo Levi Moreno (1921) expresó “(la) espontaneidad es la base de la salud. Capacidad para dar respuestas diferentes a situaciones semejantes o conocidas. Capacidad para dar respuestas diferentes a situaciones nuevas o imprevistas. Es la posibilidad de ser creativos ante situaciones vitales y de relaciones interpersonales, no repitiendo modelos personales o culturales sin conciencia. Es hacer lo oportuno, en el momento necesario”.

D. Goleman (2010) señala que “...las acciones más creativas son aquellas verdaderamente adaptables y sensibles a las circunstancias”.

Grupo de madres, Fundación para la Tartamudez (2009) concluyeron que ... lentamente le sacamos el rótulo a nuestro hijo y lo liberamos. Le

hacemos el mejor de los obsequios, demostrarle que tenemos confianza en él, en sus capacidades, que lo amamos tal y como es, respetando su individualidad. Valorando hasta el más mínimo de sus logros. Acompañándolo en sus momentos de inseguridad, de pérdida de fluidez. Dejamos de demandar y reforzamos el desarrollo de sus habilidades, permitimos que se destaque en aquellas cosas que desea. Al ocuparnos por modificar nuestras actitudes, desaparece la preocupación y fluimos, saliendo de los límites del habla, fluimos en la comunicación.

Grupo de adolescentes y adultos, Fundación para la Tartamudez (2013) testimoniaron: “aprendí a no ponerle resistencia a la tartamudez. Aprendí a ser espontáneo. Creemos que la clave está en aceptarla, sin resignarse, sino haciéndose cargo, asumiéndola como tal y tratando de lograr una convivencia pacífica con la tartamudez. Decir lo que uno quiere, aunque no sea perfecto, antes buscaba sinónimos o me quedaba con las ganas de decir; ahora lo voy a decir igual porque es lo que quiero yo decir”.

Por todo ello, entiendo que *comunicación fluida* es un abordaje habilitante para mostrar las trabas y/o tartamudez, creando modos diferentes de ser y decir, revalorizando los recursos lingüísticos comunicativos verbales, no verbales, paralingüísticos y corporales, constitutivos de verdaderas fortalezas y que se destacan de manera singular en cada ser humano; es decir, es un abordaje habilitante de respuestas diferentes y oportunas que conforman el propósito de una propuesta terapéutica que se encauza y orienta hacia una fluidez diferente.

En conclusión, la comunicación fluida es un proceso complejo de interacciones humanas, lingüísticas y discursivas, abarcativo de vínculos y contextos. Se habilita con intencionalidad en sus componentes y se basa en reflexionar, re-significar y vivenciar, a través del diálogo, la experiencia lúdica, la observación, la auto observación para recobrar espontaneidad, autenticidad, libertad, naturalidad, fluidez.

Referencias bibliográficas

Rodríguez, Pedro R. (2005) Hablan los Tartamudos. Vicerrectorado Académico. Comisión de estudios de Postgrado. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela.

Ibette, Alfonso (2018). “Las Representaciones Sociales”, Ed. Universidad de La Habana, La Habana, en <https://www.psicologia-online.com/las-representaciones-sociales-2604.html> (17/10/18).

Friedman, Silvia. (2012) Material inédito. “Tartamudez. Causas. Modo de funcionamiento. Tratamiento”.

Perfumo, Silvana Cecilia (2014). “Prevenimos la Tartamudez mirando la Comunicación y no el Habla”. *Revista del Colegio de Fonoaudiólogos*. Provincia de Santa Fe, 2da. Circunscripción,

Perfumo, Silvana Cecilia (2018). Material inédito. Curso teórico-práctico. “La Comunicación Fluida. Prevención Primaria y Abordaje Terapéutico de la tartamudez”. Colegio de Fonoaudiólogos. Provincia de Santa Fe 2da. Circunscripción

Aguilar, Mario A. Bize, Rebeca B. (2011). *Pedagogía de la Intencionalidad*. Rosario: Ed. Homo Sapiens.

Carbonell, María Cecilia. (2019) *Representaciones Sociales sobre la tartamudez que poseen adultos tartamudos*. Tesina. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Cs. Médicas UNR. Rosario.

Grupo de apoyo de personas con tartamudez, Fundación para la Tartamudez. Rosario, 2013.

Grupo de madres, Fundación para la Tartamudez. Rosario, 2009.

Datos de la autora

Silvana Perfumo es Fonoaudióloga, docente e investigadora de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Co-fundadora, Presidente y Coordinadora de talleres y charlas dirigidas a la comunidad de la Fundación para la Tartamudez de Rosario. Capacitada en coordinación de grupo (Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina). Directora del Proyecto de Extensión “Prevención Primaria en Fonoaudiología” (Secretaría de Extensión Universitaria de la UNR). Colaboradora Docente del Sistema de Practicinato Optativo en Fonoaudiología (SPOF). Disertante en jornadas, cursos y congresos relacionados con la temática de las Disfluencias y la Tartamudez.

Fonoaudiólogos/as del siglo XXI: hacia una práctica profesional humanizante

Yanina Romani

Palabras iniciales

Según la mirada que el terapeuta tenga del niño/a que llega al espacio del lenguaje, formulará hipótesis diagnósticas que orientarán su modalidad de abordaje y la calidad de sus intervenciones. Esto obedece a la formación y al posicionamiento clínico que asume cada profesional en su práctica.

Cuando se interviene en el tiempo de la infancia, la concepción de niño/a y de la naturaleza de su dificultad será decisiva, dado que producen efectos en la constitución subjetiva-construcción del lenguaje y teniendo en cuenta la premisa, que es en la primera infancia, donde se producen las operaciones fundantes primordiales.

En este trabajo intentaré hacer una reflexión –producto de mi recorrido personal en veintidós años– acerca de mi posición en la clínica del lenguaje con niñas y niños. Una trayectoria en la que fui circulando por múltiples espacios: seminarios, grupos de estudio, cursos, congresos, sumado a mi análisis personal. Con ellos fui resignificando los saberes propios de mi práctica clínica específica, en articulación con algunos conceptos del psicoanálisis, que me posibilitaron pensar una nueva clínica amorosa ⁽¹⁸⁾, del nombre propio, con la complejidad del detalle. En ella me asumo, la pongo en acto y la quiero transmitir.

Del grito sin sentido al acontecimiento de la palabra propia: un recorrido sobre los tiempos inaugurales

18 Una clínica amorosa es aquella que se construye en el espacio de lenguaje desde la transferencia, desde el lazo que se teje con el niño y sus padres en la terapéutica, y no como un espacio de reproducción de técnicas estandarizadas.

El cachorro humano deberá atravesar por determinados momentos de estructuración subjetiva, que hacen trenza con lo biológico y que le posibilitarán situarse como niño/a con deseo de hablar, jugar, mirar, tocar.

A partir de intercambios amorosos fundantes y singulares con sus Otros significativos, encarnados en las funciones parentales, ese manojito de reflejos –biológicamente un recién nacido– a decir de Enright & Caniza de Paez (1996), adviene sujeto anudado al lenguaje. Para ello, es requisito indispensable que, en un tiempo anticipatorio, aun antes de su nacimiento biológico, se lo desee, se hable de él, se lo ilusione, fantasee, se lo nombre. ...”el cuerpo del recién venido al mundo se desprende de la placenta, el corte del cordón umbilical augura la primera experiencia, un caos de estímulos inaugura el precoz pasaje al tiempo de estar alojado en la hospitalidad incondicional de la palabra, los susurros, el toque y el cuerpo del Otro”. (Levin, 2020, p.56)

Cuando nace, ese Otro transforma las sensaciones de malestar y displacer –que se expresan a través del grito y el llanto– en un llamado, un decir a él/ella. Las interpreta y responde, atribuyéndoles un significado. Entonces, realiza las acciones necesarias de acuerdo a lo que entiende que está necesitando el niño/a, lo hace desde su saber inconsciente, en función de su historia individual, atravesado por la cultura en la cual vive, y le ofrece aquellos objetos que lo/a pueden calmar. Acompaña estas acciones donando miradas, caricias y palabras con una voz cargada de libido ⁽¹⁹⁾, que con sus matices melódicos y prosódicos lo/a sostiene, convoca, aloja, deslumbra.

Este *decir*, con la musicalidad de quien ejerce la función materna, sumado a la anticipación de que su hijo/a a futuro va a hablar, irán armando un lugar para que el cachorrito llegue a posicionarse como un sujeto hablante/escuchante. La madre como Otro primordial, inculca fragmentos que le llegan como torrente acústico, las palabras comienzan con la condición salvaje de la musicalidad. El bebé toma esos sonidos, estos fonos y se establece un primer diálogo asimétrico; entre lo que es sonido para el bebé y lo que es palabra para la madre. Si la madre les da significación a las expresiones del bebé, “este diálogo es una operación subjetivante fundamental” (Savid, 2013, p. 81).

El bebé fascinado responderá a esa voz, que como una caricia sonora

19 La razón por la cual una mamá acentúa o no esa prosodia que utiliza no está en su aparato fonador, sino en el deseo de materner –una mujer puede sostener el deseo de materner si es que, como resolución de su pasaje por el complejo de Edipo, sobreviene la promesa de tener un hijo–.

(Savid, 2005) lo invoca, girando su cabeza hacia ella. Busca “mirar a esa voz” que le provoca placer. En este momento surgen sonoridades placenteras –*ajoes*– que marcan el comienzo de las vocalizaciones del niño/a.

Ese Otro las valora como un decir a ella/él: “Me habla a mí” y, a medida que le devuelve palabras, lo/a va reafirmando como sujeto hablante-escuchante. “Es con otro, para otro y por otro que demanda, que el sujeto producirá discurso. Es decir, desde un inicio hay un encuentro con un semejante.” (Levin, 2008, p. 18). Este diálogo amoroso asimétrico es fundante para el advenimiento del largo camino de la apropiación de la lengua y construcción del lenguaje.

Además, el/la niño/a busca prenderse a esos ojos que lo/a miran deseantes. Coincidiendo con el laleo/gorjeo, fija la mirada y sonríe al rostro –aparición de la *sonrisa social*– en el transcurso del primer trimestre de vida. En estos encuentros/desencuentros con su niño/a, la *madre suficientemente buena* –según palabras de Winnicott (1990)– lo/a sostiene, manipula y le presenta los objetos. Va poniendo significado a los distintos llantos/gritos/ruidos, los toma como diferentes modos de pedido y acude con distintos ofrecimientos, acompañando sus acciones con palabras. Será necesario que no responda siempre a todo, y que alterne su presencia con ausencias poniendo un espacio/distancia necesaria. Así va instalando una espera, intervalo necesario para que el niño/a a posteriori desprenda su palabra. En este *entre* aparecen interrogantes, enigmas. ¿Qué querrá? ¿Le gustará esto que le estoy dando? De este modo, deja un lugar vacío para que aparezca lo propio del lado del niño/a. Tal como sostiene Coriat (1996), ese lugar vacío, ese punto oscuro de ignorancia en el saber de una madre, es el que enciende la chispa de la vida propia del hijo/a.

Poco a poco, el llanto sin sentido se empieza a convertir en un llamado para cada necesidad, a partir de la atribución de sentido de la madre. Esto depende de que la madre, o quien ejerce la función, lo haya decodificado satisfactoriamente, diferenciando las demandas, lo que hará que el bebé comience a emitir distintos modos de llanto/llamado según sus necesidades.

Simultáneamente al ofrecimiento de diversas experiencias, la madre va instalando rutinas: ritmos de vigilia, sueño, alimentación, higiene. Con su decir reglado, con enunciados que normativizan al niño/a, va dando un orden a lo cotidiano. La madre, al encarnar el conjunto de reglas, normas, prohibiciones, el orden cultural, va introduciendo el lugar tercero –separación necesaria entre la madre y el hijo/a– que posibilita el advenimiento de un sujeto hablante-escuchante, allí donde solo había previamente un capullito de carne.

Después del segundo trimestre, el bebé comienza a transitar el *estadio*

del espejo ⁽²⁰⁾. Ahora los llantos/ruidos poco a poco se van llenando de formas y sentidos de la lengua en uso por su entorno significativo. Esos laleos/gorjeos devienen balbuceo –inicio de la sílaba– cuando identifica a la madre– única persona de su entorno que lo/a mira, lo/a toca, le habla como a nadie más– y extrae/selecciona de todo lo oído los fonemas de la lengua ofrecida por ella. Coincide con la *angustia del octavo mes* (Spitz, 1972) ⁽²¹⁾. Se va armando e instalando en el bebé, la matriz dialógica necesaria que promoverá el largo camino de la construcción del lenguaje.

Comienza a jugar con las sílabas, aparecen gestos convocantes y miradas dirigiéndose al otro como alguien separado de él –diferente–. Juegos de alternancia –de escuchar y hablar– entre dos, lugares que se turnan: “ahora vos, ahora yo”. Con su balbuceo empieza a pedir, llamar, convocar al otro que responde y significa. Esto coexiste con juegos que incluyen el espejo y su reflejo: su madre que le irá confirmando “ese sos vos”. El niño va progresando en la discriminación y diferenciación con el otro, y así va recortando su cuerpo del cuerpo de su otro materno. Ya comienza a haber alguien que habla y escucha, mira, se relaciona e interactúa. Se sigue complejizando la situación dialógica con lugares, roles, turnos y espera entre ambos.

En el transcurso del segundo año de vida comienza a esbozar las primeras palabras y con ellas empieza a convocar/llamar al otro (papá, mamá) o representar su ausencia. Se puede llamar a alguien que haya alternado sus presencias con ausencias, que se haya ido para poder volver. Esta conquista es solidaria con el juego de estructura que es el llamado *fort-da*. Este le permite al niño/a simbolizar la ausencia de la madre –salir del cuerpo de la madre– jugando. Paralelamente logra la marcha independiente –el dominio del cuerpo será para él una experiencia gozosa– y progresivamente consigue

20 Estadio del espejo: le permite al niño/a asumir como propia la imagen que el espejo le devuelve. Este acontecimiento parte de la impronta del otro primordial, encarnado en la función materna, que lo confirma en ese lugar diciéndole “ese que está ahí sos vos”. Entonces el niño/a, identificando su propia imagen en el espejo, con júbilo enuncia Yo. La propia imagen del cuerpo se articula a la palabra Yo. Este pasaje le posibilita al niño/a abandonar el cuerpo del otro, creando una espacialidad que lo ubica como distinto del de su madre: Yo no soy el otro, por lo tanto, tengo identidad propia.

21 Cuando el niño/a ya puede identificar a la madre con su lengua, coincidente con la angustia del octavo mes, sumado a la percepción auditiva, aparece el balbuceo (6-8 meses) que se limita a los fonemas de su lengua materna con la envoltura sonora o melodía de la que se ha impregnado desde el nacimiento. La angustia del octavo mes corresponde al tiempo en que el/ la bebé llora frente a los desconocidos porque reconoce a la madre, primer Otro. Para que esto suceda, ella anteriormente debió identificarse con él/ella.

el control de esfínteres –pierde la dependencia del cuidado materno de la higiene–. Ya puede reconocerse como uno/a y único/a separado/a de la madre –salida del *estadio del espejo*–, conquista el juego simbólico y paulatinamente se apropia de la palabra. Poco a poco llega al gran hito denominado *asunción subjetiva del yo*. Adquiere la forma lingüística *Yo* y comienza a hablar asumiéndose en sus enunciados en cada acto de habla. Logra la posición de hablante-escuchante único/a, con deseo de palabra propia.

El largo proceso de construcción del lenguaje se sigue instalando en situaciones placenteras de diálogo que le permiten el lazo con los otros/as. En ellas va produciendo los sonidos pertenecientes a la lengua materna, los componentes fonológicos, morfológicos, sintácticos y pragmáticos. Entonces, el niño ha entrado en el orden cultural ⁽²²⁾ quedando sujeto a las normas del bien decir, ya que para pertenecer a su comunidad, ser uno/a de ellos/as, requiere compartir su lengua, no hablando de cualquier manera, sino siguiendo reglas lingüísticas, sociales y culturales. A partir de aquí, el niño/a se lanza a otros logros que lo tienen a él/ella como protagonista.

Toda esta compleja construcción deberá darse en todos los niños/as, dependiendo de la singularidad propia de cada uno/a. Sin embargo, en la clínica nos encontramos con niños/as donde el desarrollo no se despliega fluidamente.

Ami espacio llegan niños/as con obstáculos en la construcción del lenguaje-constitución subjetiva, que se encuentran previo al momento de *asunción subjetiva del Yo*. Denomino perturbaciones a aquellas construcciones, sin daño orgánico comprobable, donde se compromete el encuentro participativo dialógico entre dos escuchas-hablantes. Frente a esto propongo interpelarnos y asumirnos en un acto clínico humanizante, singular y artesanal, con una ética que aloje las complejidades de las infancias, que rescate los nombres propios, corriéndonos de los diagnósticos rotulatorios y estigmatizantes que van de la mano de prácticas que rehabilitan funciones sin considerar al niño/a como sujeto inmerso en una historia y dentro de un contexto.

Asumo una clínica con un/a terapeuta en disponibilidad que, para pensar las intervenciones, pueda determinar en qué momento subjetivo, de armado del cuerpo, del lenguaje y del juego se encuentra el/la niño/a. Siempre creando un abordaje que implique la ofrenda de la palabra y la escucha –en situaciones de diálogo– para que sea el niño/a quien la aprehenda y haga suya. Acompañando y cobijando a los papás en la crianza.

22 Entrar en la cultura implica que ha ingresado en la Ley, vehiculizada por la función paterna.

Referencias bibliográficas

- Coriat, E. (1996). *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*. La Plata: Ed. de la Campana.
- Enright, P. & Caniza de Paez, S. (1996). ¿Qué se juega cuando jugamos? La intervención diagnóstica en la clínica de la Psico-pedagogía Inicial. En *Escritos de la infancia 7*. Buenos Aires: Ediciones F.E.P.I.
- Levin, E. (2020). *Las infancias y el tiempo. Diagnóstico y clínica en el país de Nunca Jamás*. Buenos Aires: Noveduc.
- Levin, J. (2008) *La tartamudez. Otra perspectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Savid, C. (2005). Construcción de la subjetividad y sus tropiezos. Rosario: UNR
- Savid, C. (2013). *Clínica psicoanalítica. Infancia terminable e interminable*. Rosario: Laborde.
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Ed. Aguilar.
- Winnicott, D. (1990). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Ed. Gedisa.

Datos de la autora

Yanina Romani es Licenciada en Fonoaudiología y Jefa de Trabajos Prácticos de la asignatura Ciencias Biológicas (Escuela de Fonoaudiología, UNR). Profesora de la asignatura Lenguaje y subjetividad, vicisitudes de la clínica interdisciplinaria de la Diplomatura en Estimulación Temprana y Promoción del Desarrollo Infantil (Instituto Universitario del Hospital Italiano de Rosario IUNIR). Desarrolla tareas de coordinación del equipo de profesionales en pasantías en la Unidad de Enseñanza Práctica de la Facultad de Psicología del IUNIR. Es colaboradora docente, para con los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología, durante el cursado del Sistema de Prácticas Optativas en Fonoaudiología. Es docente del curso de posgrado Clínica interdisciplinaria con niños y adolescentes 2017-2018 (UNR). Es miembro fundador de Forum Infancias Rosario. Se dedica a la clínica con niños/as con perturbaciones del lenguaje.

Las alteraciones del lenguaje en el adulto: cuestionamientos en el devenir del proceso terapéutico

Claudia Ithurralde

Nuestra profesión nos sitúa en un lugar de privilegio, que es trabajar junto al paciente para ayudar a restablecer una función perdida o sensiblemente disminuida: la capacidad para comunicarse a través del lenguaje. Me pregunto: ¿cuál es la esencia *de un/a fonoaudiólogo/a que trabaja con pacientes que han perdido y/o ven restringida su capacidad de comunicarse?* Me referiré al trabajo con personas con trastornos neurolingüísticos, genéricamente denominados afasias, incluyendo a los trastornos de la comprensión y/o de la elocución, de diferente grado de severidad; los mismos requieren de un abordaje interdisciplinario.

Sin duda, los contextos cambian con el paso de los años y buena parte de las certezas acerca de las problemáticas respecto de la salud se ponen en discusión a la luz de considerar por qué se enferma un ser humano. En este sentido, juega un rol importante el momento en que aparece el trastorno.

La bibliografía da cuenta de situaciones en las que se ha dado el *stroke* (ACV). Marachlian y Sezino (1995) ejemplifican dos casos de pacientes que estaban pasando por situaciones críticas, a nivel personal y/o de pareja, cuando les sobrevino el accidente cerebro vascular (ACV). Junto a la causa más determinante, la lesión, debe considerarse el particular tono afectivo del sujeto, como así también las condiciones socioculturales que lo enmarcan y determinan. Estos factores cobran gran significación tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y el tratamiento del lenguaje.

Partiendo del interrogante inicial, creo que un/a fonoaudiólogo/a es ante todo una persona que tiene un dominio disciplinar específico y pertinente para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las alteraciones del lenguaje, que recibe con amor a otra persona que le consulta. Juntos emprenden una tarea que va más allá del restablecimiento de las funciones afectadas. Es un trabajo que depende en gran medida de ambos, que exige compromiso por parte de los dos, y que requiere del establecimiento de un vínculo muy fuerte.

Hemos aprendido de las lecturas de Luria (1973) ⁽²³⁾ y de Segre (1983) ⁽²⁴⁾ qué puede sentir quien se encuentra imposibilitado de darse a entender o bien quien no comprende lo que le dicen. Sin embargo, es en lo cotidiano, en el trabajo con nuestros pacientes, que entendemos la verdadera naturaleza de la patología lingüística y, sobre todo, los efectos que su disminución o pérdida producen en quien la padece.

La tarea del/la fonoaudiólogo/a será entonces entender qué significa para ese/a paciente la enfermedad que lo/a aqueja. Cuán invalidante resulta para él/ella pero también cuánto lo/a incentiva a probar diferentes estrategias para comunicarse, las cuales –aun cuando no sean exclusivamente verbales– resultan válidas. Apostamos a la comunicación, a que no se pierdan los vínculos con sus seres queridos y sobre todo en los primeros momentos luego de ocurrida la lesión, a evitar su desconexión al sentirse incomprendido/a. Por ello, la familia debe estar convenientemente asesorada. Así, podrá acompañar el proceso terapéutico y a la vez no sentirse abatida ante la aparición de conductas regresivas o excesivamente demandantes por parte del/la paciente.

El/la fonoaudiólogo/a debe poder lograr que su paciente no se sienta un/a afásico/a sino que está pasando por un estado particular; *no es afásico/a, está afásico/a*, o, mejor dicho *es una persona con afasia*. Esta condición implica evolución, cambio, mejora, recuperación, generalmente en el mediano o largo plazo. ¿Desde dónde? A partir de intentar conocer quién es esa persona, su historia, sus intereses, su deseo (o no) de superar el difícil momento por el que atraviesa y junto con ella, sus seres cercanos: la familia.

La primera entrevista resulta fundante de la relación que se establece. Es el momento de escuchar lo que puede (y no puede) decir, lo que viene a contarnos con su andar, sus gestos, su mirada que a veces desvía hacia el familiar que lo acompaña, pidiendo que hable por él/ella, de tener una primera impresión acerca de cuánto comprende, saber qué le angustia más ahora. La empatía debe estar tanto en los gestos como en la escucha atenta y en las palabras dirigidas a ese ser que sufre.

Me sitúo en el consultorio, en las primeras semanas posteriores a la ocurrencia del ACV, habiendo ya pasado el período agudo (que generalmente

23 En *El hombre con su mundo destrozado*, Luria (1973) nos acerca la experiencia vivida por su paciente Satsky: “después de la herida me pareció ser una criatura recién nacida que no hacía más que mirar, escuchar, observar, repetir, pero que no tenía pensamientos propios” (p.28)

24 Segre (1983) comenta en su libro “Debe tenerse en cuenta en todo momento, que el afásico es un ser que ha sufrido una ‘agresión’ múltiple y que ella deteriora no sólo su lenguaje y el uso de sus manos y piernas, sino su psiquis” (p. 93).

transcurre en unidad de terapia intensiva - UTI), transitando desde el punto de vista lingüístico, el período sub-agudo de la enfermedad. Es un momento donde, si bien el/la paciente fue externado/a porque se encuentra clínicamente estable, la fisiopatología cerebral no lo está aún: hay variabilidad del cuadro lingüístico, generalmente asociado a fatigabilidad. Ello determina características que corresponde identificar y neutralizar con indicaciones precisas. Dada la gran labilidad presente, entendemos que se encuentra en *emergencia fonoaudiológica* ⁽²⁵⁾. De allí, el respeto por sus tiempos –generalmente más lentos– y la necesidad de adaptar nuestra manera de comunicarnos. Es la oportunidad de dar pautas para favorecer la comunicación y también marcar ciertas conductas que en esta etapa pueden ser perjudiciales (alta exposición a estímulos, interacciones sociales con varias personas a la vez). De esta manera, acompañamos la recuperación espontánea con pautas acordes a la realidad de ese/a paciente en particular. Se configuran así los primeros lineamientos terapéuticos. (Arroyo, A. 2009)

Otra situación es la del seguimiento de la evolución del cuadro del lenguaje durante la internación. Mi experiencia con pacientes internados (Ithurralde, 2016) ha sido en su mayor parte a través de la cátedra Alteraciones del lenguaje en el adulto ⁽²⁶⁾, a partir del año 1995, cuando implementamos la extensión docente-asistencial. ⁽²⁷⁾

En el primer encuentro, nuestra idoneidad como terapeutas ayudará a dar seguridad al paciente. Si bien debemos mostrarnos positivos respecto de su recuperación, esto no implica dar falsas esperanzas ni ser excesivamente optimistas. Por otra parte, la familia debe saber que su acompañamiento es vital para sostener el proceso terapéutico. El/la paciente debe entender que buena parte de su recuperación depende de sí mismo/a. Debe sentir que se va con algo de esa primera entrevista, se va con el compromiso de asistir a las sesiones, de seguir las indicaciones que el/la terapeuta dio en ese primer encuentro. También, con la seguridad de que en él/ella encuentra a un interlocutor válido de allí en adelante con quien podrá comunicarse, más

25 Emergencia fonoaudiológica, término acuñado por el neurólogo A. Zenoff (24/6/1995). Docente de Apinep Rosario. Autor de publicaciones desde la perspectiva del método fisiológico y fisiopatológico.

26 En 1989, la directora de la carrera, Fga. Hilda Ogní, nos solicitó a las Prof. S. Greppi, A. Arroyo y a mí que pasásemos de una asignatura que dictábamos en primer año a ésta: inauguráramos así el primer curso de esta asignatura en la carrera.

27 Los proyectos de extensión docente- asistencial fueron propuestos durante la gestión de la Directora Fga. Ana Baldomá y convocaron mayormente a las cátedras del ciclo clínico de la carrera.

allá de poder expresarse o no con palabras, alguien que lo/a comprenderá aun cuando haya silencios, alguien que se interesará por él/ella y por su recuperación. Es un gran desafío para ambos. La entrevista puede ser el momento oportuno para sugerir la participación del psicólogo para el paciente y/o la familia. Dependerá en parte de las posibilidades lingüísticas del primero; también de la aceptación del familiar de la enfermedad que aqueja al ser querido, y de la necesidad de complementar la terapia del lenguaje con otras.

¿Cómo? Es la pregunta que surge cada vez que se planifica una sesión, habiendo realizado de antemano un concienzudo y analítico diagnóstico del lenguaje, el cual debe plantearse como un problema de conocimiento. Se realiza en el período de estado. Saber *qué tiene y por qué lo tiene* – desde el modelo fisiológico y fisiopatológico– (Azcoaga ⁽²⁸⁾1985, 2000;) implica poder reconocer/caracterizar el cuadro patológico y la fisiopatología predominante; hablamos así de diagnóstico clínico y fisiopatológico. Estas respuestas emergen del recorrido realizado en el proceso diagnóstico, donde se conjugan una exhaustiva anamnesis, el examen del lenguaje y de otras funciones superiores, sumados a la capacidad del profesional para analizar los hallazgos, teniendo en cuenta las características que hacen a la individualidad del/la paciente. En la enunciación del diagnóstico se incluye, asimismo, el grado de severidad del cuadro.

Geromini (2000) ⁽²⁹⁾ define al método fisiológico y fisiopatológico

(...) como un conjunto de reglas que se aplican para alcanzar el conocimiento de funciones o sea actividades dinámicas. Por lo tanto, su objeto de estudio son los procesos normales o patológicos que subyacen a las funciones o a la producción de los síntomas. (p.33).

28 Azcoaga, J.E. Científico, investigador y docente. Creador del modelo fisiológico y fisiopatológico. Estableció un puente entre la condición biológica para el desarrollo del lenguaje y la incidencia de la cultura. Su cuerpo teórico nos confirió una autonomía hasta entonces no conocida, en el área del lenguaje. Autor de numerosos libros. Colaboró con el Centro de Estudiantes ayudando a la incorporación de la Cámara Gesell. Mantuvo con nuestra cátedra un contacto fluido que permitió profundizar en su obra y conocer su gran generosidad.

29 Geromini, N. Graciela. Discípula del Dr. Azcoaga y difusora en nuestro medio de su teoría. Como docente, formó a través de Apinep Rosario y Adina a varias camadas de fonoaudiólogos/os en Neuropsicología desde la perspectiva del modelo azcoaguiano. Autora de numerosas publicaciones. Aportó instrumentos para el diagnóstico y el tratamiento fonoaudiológico, desde su rol de terapeuta del lenguaje.

Más adelante la autora señala “el nivel fisiológico y fisiopatológico... tiene una *estrecha y obvia* ⁽³⁰⁾ vinculación con otros (niveles) más complejos como los que representan algunos procesos psicológicos y procesos lingüísticos (...)” (p. 39).

El conocimiento de la fisiología y por ende de la fisiopatología resulta necesario para poder establecer una base, el nivel más inferior, desde donde empezar a trabajar. La metodología nos brinda las herramientas para poder desentrañar los caminos por donde circula lo que el paciente puede y no puede decir, lo que puede y no puede comprender. Información neural que se ha codificado lingüísticamente, que ha sido construida a lo largo de su vida y que no puede actualizar ahora. Nos ayuda a entender por qué cuando quiere decir una palabra la sustituye por otra que no es casual y que guarda una relación con la primera. Nuestro trabajo todo el tiempo es entender, para poder reencauzar, para hacer que el camino sea más fácilmente transitible.

Las rutas propuestas por el modelo aludido invitan a buscar otros caminos por donde acceder al lenguaje. No es sólo a través de lo verbal. Entonces aparecen un sinnúmero de nuevos accesos, puertas que se abren y otros tipos de información fluyen: visual, auditiva, olfativa, emocional. Nada es imposible si se tiene en claro desde dónde empezar, qué tramos seguir, cuáles no se deben tomar ante la inminencia de fallos, repeticiones que entorpecen y no ayudan. ¿Cuál es la mejor estrategia para cada paciente en particular? ¿Qué lo/a moviliza? ¿Qué lo/a bloquea? ¿Cómo controlar su fatigabilidad? Son interrogantes que vamos respondiendo en nuestro quehacer.

A la pregunta que nos condujo al diagnóstico y que nos permitió enunciarlo, le suceden otras: las que se hace el propio paciente, las que se hace el/la terapeuta. Dentro de las primeras: *¿me voy a curar?* *¿Cuánto tiempo va a demandar mi recuperación?*, *¿Cuándo voy a volver a trabajar?* *¿Voy a ser como antes?* Estos interrogantes dan cuenta de que el paciente no tiene cabal dimensión de su estado, de sus pérdidas. Deberá pasar un tiempo para que vaya reconociendo sus limitaciones, para que vaya reconociéndose incluso –a veces– con un cuerpo diferente (ya que muchas veces la lesión provoca trastornos motores asociados), que se vaya aceptando. Hay gran ansiedad en los primeros encuentros y el/la fonoaudiólogo/a debe tener el suficiente aplomo como para poder responder con solidez, pero sin alentar falsas expectativas respecto de una pronta recuperación.

Se impone la realización de un pronóstico a fin de responder de la manera más científica posible, a tales demandas. En él se juegan variables determinantes y determinables. Las primeras no son pasibles de cambio:

30 Resaltado que es fiel a la cita de la autora.

la lesión –y sus concomitantes– y la historia del paciente. Queda entonces operar sobre lo determinable: las variables que hacen a lo emocional y lo rehabilitatorio: allí es adonde debemos apuntar.

El trabajo es a veces lento, pero debe tener una progresión; el/la fonoaudiólogo/a debe saber adónde y por dónde ir. Hay un objetivo general, pero los objetivos particulares se van sucediendo a medida que progresa el tratamiento. Cuando no se da tal cual lo esperado, debemos revisar los factores que están impidiendo los avances: los inherentes al tratamiento en el ámbito del consultorio y los que están por fuera, que obstaculizan y no supimos neutralizar. Ejemplo de ello es la falta de atención psicológica al paciente y su familia. Cada sesión es una oportunidad, que se dan paciente-terapeuta, para seguir avanzando. Desde nuestra competencia, debemos considerar la elección de contenidos a trabajar, como así también la importancia de dividir los tiempos de la sesión y explicar sus porqués. Estimular los progresos y celebrar cada nueva estrategia que se trae a la sesión; respetar y favorecer su autonomía.

Otras preguntas nos interpelan: *¿está preparado el paciente para su alta? ¿Cómo me siento como terapeuta ante esa proximidad?* El alta debe ser progresiva, evitando o reduciendo la sensación de abandono del paciente en esa instancia, por lo que debe ser convenida entre ambos. La despedida implica el cierre del espacio terapéutico y la oportunidad de un nuevo ciclo. Sin duda *también yo* debo prepararme internamente para la partida. Porque según expresa Geromini (2005) “(...) ejercer como terapeuta del lenguaje no sólo demanda especialización sino también una preparación intrínseca que permita posicionarse frente al paciente y a su familia disociando las propias situaciones internas de la relación terapéutica como tal (...)” (p.9).

En cada alta, en cada admisión, se halla implícita la esencia de nuestro trabajo como terapeutas del lenguaje. Sepamos descubrirla y obrar con profesionalismo, integrando los saberes propios de la disciplina y la preocupación por el cuidado del/la paciente.

Referencias bibliográficas

Arroyo, A. (2009) Introducción. En Arroyo, E; Cerutti, M; Giuello; M. Jairala, J. El porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto. *Revista Fonoaudiológica Digital*. Tomo 55. N° 2: 58-70. ASALFA. Argentina.

Azcoaga, J.E. (1985) *Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología)*. Buenos Aires: El Ateneo.

Azcoaga, J.E. (2000) *Modelos para el estudio neuropsicológico*

del lenguaje normal y anormal. Barcelona: PPU, S.A. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Geromini, N.G. (2000) "Las alteraciones neurolingüísticas: Modelo teórico fisiológico y fisiopatológico". *Revista Fonoaudiológica*. Tomo 46- N° 2: 30-40. ASALFA. Argentina.

Geromini, N.G. (2005) *Limitaciones de mayor jerarquía en la rehabilitación del paciente afásico*. Biblioteca ADINA. <http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/limjer4t.pdf>

Ithurralde, C. (2016) "Responsabilidad social universitaria: intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos". *E+E: Estudios De Extensión En Humanidades*, 4(4). Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/EEH/article/view/15148>

Luria, A.R. (1973) *El hombre con su mundo destrozado*. Buenos Aires: Granica.

Marachlian, C. y Sezino, R. (24/6/1995) *Conferencia II Repercusión de la afasia en el paciente, en su pareja, en su vida familiar y social*. [Presentación en papel] Ciclo de conferencias 1995: Conociendo la realidad del afásico. A.D.IN.A. Rosario

Segre, R. (1983) *Mi propia rehabilitación como afásico*. Buenos Aires: Editorial Puma.

Zenoff, A. (26/8/1995) *Conferencia III Niveles de prevención de la afasia*. [Presentación en papel] Ciclo de conferencias: 1995: Conociendo la realidad del afásico. ADINA.

Datos de la autora

Claudia Ithurralde es Fonoaudióloga y Licenciada en Fonoaudiología (UNR). Doctora en Fonoaudiología (Especialidad Perturbaciones en la Comunicación Humana) (UMSA). Ex Prof. Titular de las asignaturas Alteraciones del Lenguaje en el Adulto y Taller III Práctica Pre-profesional (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Investigadora Categoría III. Directora y Co-directora de proyectos de investigación vinculados a los Trastornos Neurolingüísticos y a la Fonoaudiología Social y Comunitaria. Autora y co-autora de publicaciones referidas a la afasia. Ex Vicedirectora de la Escuela de Fonoaudiología (período 2003- 2007). Actualmente integra el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.