

## *Dislalia y espasmofemia funcional Relaciones específicas\**

Por los Dres.:

RICARDO CABANAS COMAS\*\* y JULIO GONZÁLEZ BORROTO\*\*\*

Cabanas Comas, R. y González Borroto, J. *Dislalia y espasmofemia funcional. Relaciones específicas.* Rev. Cub. Ped. 45: 1, 1973.

Este trabajo recoge investigaciones efectuadas al examinar las historias clínicas de ambas entidades nosológicas, correspondientes al archivo de la consulta externa de Logopedia y Foniatria del Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga". Las observaciones durante esos estudios, que se extienden desde 1962 a 1972, se dirigieron fundamentalmente: 1—) a la captación de coincidencias entre ambos trastornos, 2—) en esas coincidencias, a la apreciación de la primera (dislalia) y su tratamiento como factor desencadenante de la segunda (espasmofemia funcional). Las conclusiones son interesantes en cuanto al reforzamiento doctrinal de la tesis de la escuela de Viena sobre la etiopatogenia de la espasmofemia funcional.

Este trabajo recoge y expone por primera vez en nuestro medio, investigaciones específicas efectuadas al examinar las historias clínicas de las entidades nosológicas de espasmofemia funcional (tartamudez) y dislalia (alteraciones orgánicas o funcionales de la pronunciación aisladamente considerada). Las observaciones tomadas de dichas historias clínicas abarcan un período de diez años (1962-1972). El objetivo principal fue el siguiente: verificar estadísticamente la incidencia de fenómenos de conversión o complicación de una entidad en otra, la cual se había observado esporádicamente durante nuestro trabajo asis-

tencial en la consulta externa del Departamento de Logopedia y Foniatria del Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga". Es decir, nos había sorprendido varias veces la aparición brusca de una espasmofemia funcional o tartamudez durante la evolución de casos que habían comenzado su tratamiento solamente por dislalias o alteraciones de la pronunciación, por lo que decidimos profundizar teórica y prácticamente sobre esta cuestión, extendiéndola a comparaciones estadísticas. Secundariamente extrajimos datos complementarios acerca de la simple coincidencia entre ambos tipos de trastornos, valoración estadística de otros trastornos orales, y sobre todo hacer una exposición estadística de distintos factores a considerar dentro de la espasmofemia funcional, como son: edad, sexo, raza etc., y que también son estudiadas por primera vez por nosotros.

Se examinaron 1 050 historias clínicas correspondientes al período antes mencionado, entre las cuales se hallaron 228

\* Trabajo presentado a la XVII Jornada Nacional de Pediatría los días 11, 12, 13 de mayo de 1972 en la Habana, Cuba.

\*\* Responsable del servicio de Logopedia y Foniatria del Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga". F e/ 27 y 29, Vedado, Habana.

\*\*\* Residente de Logopedia y Foniatria del Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga". F e/ 27 y 29, Vedado, Habana.

con diagnóstico de espasmofemia funcional, lo que constituye un 21.6% del total, mientras que 735 correspondieron a dislalias diversas, representando un 70%. El 8.4% restante (87 casos) se dividió bastante difusamente entre las siguientes afecciones por orden de frecuencia: dismaduración neurológica o anartrias y diartrias, anacusias e hipacusias, síndromes encefalopáticos crónicos, disfonías funcionales crónicas y tartajeo.

Lo anteriormente expuesto reviste cierta importancia ya que presenta un cuadro estadístico general de la incidencia de las afecciones del habla y de la voz en nuestra población infantil con un límite máximo de edad de 15 años.

Refiriéndonos ahora a lo que mencionábamos como objetivo fundamental de este trabajo, decimos que del examen y clasificación de los 228 casos de espasmofemia funcional se pueden sacar claramente las conclusiones siguientes: a) existe una relación notable entre el tratamiento de las dislalias y la incidencia brusca de la tartamudez; b) esta relación se hace más marcada a medida que la edad del niño es menor; c) dentro de la mencionada relación juega un papel preponderante la presencia de una mayor acentuación del esfuerzo muscular en el tratamiento de las dislalias, como ocurre en los casos de tratamiento logofoniatrico del niño con fisurado palatino.

Como veremos después, esta notable relación entre la terapia de la dislalia y la incidencia de la tartamudez respalda la concepción etiopatogénica de la espasmofemia funcional que mantiene la escuela vienesa de Logopedia y Foniatria, con *Fröschels* y *Weiss* a la cabeza. Al mismo tiempo estas investigaciones y resultados estadísticos pueden considerarse como índice nacional, dadas las características de recepción de nuestros

servicios, los cuales al no estar regionalizados, reciben casos procedentes de los más diversos y lejanos puntos del país.

A manera de aclaración, estimamos conveniente ofrecer, en forma resumida, los conceptos científicos que aceptamos como definidores de las entidades estudiadas aquí: La espasmofemia funcional o tartamudez, es una afección del habla caracterizada por repeticiones de sonidos, sílabas o palabras, vacilaciones o titubeos, esfuerzos o contracciones espasmódicas de la musculatura bucal, a veces acompañadas de paraquinesias o movimientos generalizados concomitantes, etc. Este cuadro sintomatológico *sui generis* está enmarcado por una constante de carácter psicológico: fobia a la comunicación oral, como resultado de una superconciencia de la función. En su etiopatogenia, según la escuela de Viena, es aceptada como una desviación de la maduración normal del habla que tiene lugar durante la etapa de integración de esta función, y significa una interrupción desviacional del automatismo involucrado en la estructura final del acto oral. Esto quiere decir que normalmente, a medida que se va estableciendo el equilibrio entre la ideación y la adquisición de vocabulario, se van estableciendo y automatizando las vías funcionales de asociación hasta la instauración del proceso completo. Ahora bien, si se presenta una urgencia o llamada de atención a destiempo por parte del medio ambiente, o sea, en pleno proceso de integración, que fije excesivamente la concentración atencional del niño sobre su habla con el propósito de quemar etapas en la secuencia correcta de evolución, aspirando al perfeccionismo en la articulación de las palabras, o suprimiendo las naturales repeticiones e interrupciones, etc., resulta entonces la fijación temprana de una conciencia cada vez mayor sobre los detalles del

habla, que incrementa el problema y lo hace pasar de una dificultad de tipo transitoria a una verdadera alteración, que aumenta progresivamente estableciéndose un círculo vicioso entre la superconciencia de la función y las manifestaciones sintomatológicas.

Siguiendo el propósito aclaratorio describiremos brevemente el concepto logofoniatrico de dislalias. Entendemos por dislalias, ya funcionales, ya orgánicas, todo déficit o alteración en la articulación de los sonidos del habla, es decir en la pronunciación aisladamente considerada. En la etapa de integración del habla mencionada anteriormente, y que a los efectos motores articulatorios se hace extender hasta los cinco o seis años por algunos autores, se acepta normalmente la presencia de dislalias, que por ese motivo se denominan "fisiológicas".

Al adentrarnos en la materia específica de nuestro trabajo encontramos que entre los casos revisados de tartamudez existe un porcentaje significativo de desarrollo de la misma durante el tratamiento de dislalias, como motivo inicial de consulta. Este porcentaje alcanza algo más del 21%, y ocurre precisamente en la inmensa mayoría de los casos cuyas edades estaban comprendidas entre los 2 y 6 años.

Es particularmente interesante señalar el hecho de que 1/3 de estos casos eran dislalias orgánicas en niños con fisurado palatino ya intervenidos quirúrgicamente.

Si analizamos que el tratamiento logofoniatrico de las dislalias consiste fundamentalmente en la ejecución de determinados movimientos musculares que siguen lineamientos funcionales, y que estos movimientos articulatorios llevan implícito forzosamente cierto desarrollo y concentración de la atención sobre el habla, que por la índole de las dificul-

tades inherentes a la notable distorsión articulatoria y vocal en el niño fisurado se hacen máximas, se comprenderá fácilmente la incidencia significativa de la tartamudez en dicho tratamiento, en concordancia con el concepto mencionado anteriormente sobre su etiopatogenia.

El hecho de que más de un 20% de los casos empezados a tratar por dislalias (sigmatismo o alteraciones del fonema s, rotacismos o distorsiones del fonema r, lambdacismo o deficiencia del fonema l, así como desfiguraciones múltiples de la articulación como sucede en los niños operados de fisura palatina etc.) hallan desarrollado una tartamudez durante el curso de una terapia logofoniatrica, en ausencia anterior de todo síntoma detectable clínicamente de espasmofemia funcional, conduce forzosamente al mencionado respaldo conceptual; puede argumentarse que en el resto de los casos que no presentaron complicaciones en el desarrollo espasmofémico funcional faltaron factores secundarios de favorabilidad como son: la presencia de terreno neuropático, urgencias o apremios por parte del ambiente, etc.

Consideramos tal vez como la derivación más importante de este trabajo, el planteamiento de las medidas profilácticas en evitación de la tartamudez a realizarse en el medio ambiente del niño dislítico, ya bien fisiológico, patológico orgánico o funcional. Si en numerosos casos el tratamiento científico logofoniatrico, específicamente conducido por manos expertas, es capaz de hacer aparecer la tartamudez, hay razones más que suficientes para recomendar una prohibición total de cualquier intento por modificar o "tratar de arreglar" un defecto de pronunciación en el niño pequeño por parte de una persona no especializada: amigos, familiares, incluso maestros y hasta médicos no calificados.

Con respecto a datos particulares de observación en la tartamudez podemos señalar los siguientes resultados en los distintos aspectos:

a) *Edad*: En este sentido puede afirmarse que el niño cubano no difiere de ningún otro, ya que en más del 95% de los casos el comienzo promedio de la tartamudez ocurrió entre 3 y 4 años y en aquellos casos en los que excepcionalmente se refería por los familiares un comienzo posterior a los 6 años, un interrogatorio hábil y preciso descubría la presencia antes de los seis años de, por lo menos, síntomas prodrómicos.

b) *Sexo*: En este aspecto, las conclusiones de nuestro trabajo muestran una marcada diferencia con respecto a las estadísticas de otros países. Nuestras conclusiones demuestran una relación entre el sexo masculino y femenino que viene a ser poco más de como dos es a uno, lo que difiere notablemente de las estadísticas extranjeras, que señalan relaciones de 5 a 1, 7 a 1, y hasta de 10 a 1.

c) *Color de la piel*: En este aspecto específico nuestras conclusiones arrojan datos que estimamos de valor estadístico especial, pues no tenemos noticias de investigaciones anteriores en otros países. Los datos son los siguientes: blancos 65%, mestizos 32%, negros 3%. Se observa una baja tendencia a la tartamudez en los niños negros.

d) *Herencia*: En este aspecto nuestros datos atribuyen a los factores de herencia una cifra de 6.9%. Sin embargo, se hace necesario señalar aquí que las referencias ofrecidas por los familiares no son siempre confiables, puesto que la ignorancia o la simple torpeza en la diferenciación de síntomas orales llevan a menudo a errores de apreciación. De ese modo, nos hemos encontrado muchas veces que supuestos casos de tartamudez

en la familia eran en realidad casos de tartajeo y a veces hasta de simples dislalias.

e) *Lateralidad combatida*: Solamente pudimos encontrar un 2.5% de casos que eran zurdos congénitos y que fueron obligados por el medio ambiente a usar la mano opuesta.

f) *Condiciones de sueño y conducta*: En este campo un 10% de los casos mostraron diversos síntomas de alteraciones (sueño alterado, hablar dormido, conducta intranquila, etc.).

g) *Condiciones traumáticas del parto*: Nuestras investigaciones arrojan que en un 18% de los casos están presentes diversas condiciones traumáticas del parto como: uso de forcep, presentación pelviana, segundo en parto gemelar, asfixia y cianosis con necesidad de oxígeno, (daño cerebral mínimo).

h) *Desarrollo psicomotor*: Alrededor de un 8% de los casos investigados presentaron retardos de relativamente poca significación en su desarrollo psicomotor, preferentemente en el comienzo de la marcha y del habla propiamente dicha.

#### CONCLUSIONES DEFINITIVAS

1. Este trabajo confirma la relación entre el desarrollo temprano de la conciencia sobre los detalles del habla y esfuerzo en la misma con respecto a la instauración de la tartamudez.
2. Aporta datos exclusivos sobre la relación sexo-tartamudez en nuestro país.
3. Verifica la no importancia real del factor lateralidad combatida como determinante de tartamudez.
4. Minimiza la importancia real de la herencia en el mismo sentido.

5. Reconoce relativa importancia al factor neuropático de base.
6. Brinda por primera vez datos específicos en cuanto a relaciones estadísticas entre la raza y la tartamudez.
7. Como corolario, y en el sentido profiláctico, llama la atención sobre la necesidad de una conducta apropiada por parte de' medio ambiente en las

dislalias, y recomienda no forzar la situación oral acudiendo oportunamente a la consulta especializada, única capaz de enfocar y resolver correctamente las complicaciones factibles de surgir.

A continuación, los correspondientes cuadros expositivos de las estadísticas mencionadas anteriormente.

Historias clínicas revisadas .....	1 050
Dislalias .....	735 ..... 70.0 %
Espasmofemia funcional .....	228 ..... 21.6 %
Dismaduración neurológica o anartria y disartria; anacusia e hipoacusia; síndromes encefalopáticos crónicos; disfonías funcionales crónicas y tartajeo.	87 ..... 8.4 %
<b>Total .....</b>	<b>1 050 ..... 100.0 %</b>

#### SEXO

	Casos	%
Masculino .....	135	59.0
Femenino .....	93	41.0
<b>Total .....</b>	<b>228</b>	<b>100.0</b>

#### RAZA

	Casos	%
Blanca .....	148	65.0
Mestiza .....	73	32.0
Negra .....	7	3.0
<b>Total .....</b>	<b>228</b>	<b>100.0</b>

#### OTROS FACTORES

Herencia .....	16	7.0 %
Lateralidad combatida .....	5	2.5 %
Sueño y conducta alterada .....	23	10.7 %
Condiciones traumáticas del parto .....	41	18.0 %
Alteraciones del desarrollo psicomotor ....	18	8.0 %



## SUMMARY

Cabanas Comas, R. et González Borroto, J. *Dyslalia and functional spasmofermia. Specific relations.* Rev. Cub. Ped. 45: 1, 1973.

This work comprises investigations performed by examining the clinical histories of cases with dyslalia and functional spasmofermia corresponding to the archive of the Logopedia and Phoniatric external consultation at "Pedro Borrás Astorga" Infantile Teaching Hospital. Remarks made during these studies, which extended from 1962 to 1972, were mainly directed toward: 1) relationships between both disturbances, 2) among these relationships, the determinations and treatment of the first one (dyslalia) as the unchaining factor of the second one (functional spasmofermia). Conclusions are significant with respect to doctrinal support of Vienna school thesis about the etiopathogenia of functional spasmofermia.

## RESUME

Cabanas Comas, R. et González Borroto, J. *Dylalie et spasmofermie fonctionnel. Relations spécifiques.* Rev. Cub. Péd. 45: 1, 1973.

Ce travail recueille les recherches faites en examinant les dossiers cliniques de toutes les deux entités nosologiques, correspondants aux archives de la consultation externe de Logopédie et Phoniatrie de l'Hôpital Infantile Enseignant "Pedro Borrás Astorga". Au cours de ces études les observations faites à partir de 1962-1972, ont été dressées fondamentalement: 1) — à la captation de coïncidences entre tous les deux troubles, 2) — dans ces coïncidences, à l'appréciation de la première (dyslalie) et son traitement comme facteur déchainant de la seconde (spasmofermie fonctionnel). Les conclusions sont intéressantes en ce qui concerne le renforcement doctrinal de la thèse de l'école de Vienne sur l'étiopathogénie de la spasmofermie fonctionnel.

## РЕЗЮМЕ.

Кабанас Комас Р. и Гонзалес Боррото Х. *Функциональные дислалия и спазмофермия. Специфические соотношения.* Rev. Cub. Ped. 45: 1, 1973.

В работе освещается изучение клинических историй, взятых из архива амбулаторного лечения по логопедии и фониирии детского педагогического госпиталя им. "Педро Боррас Асторга". Наблюдения, проведенные в течении этого изучения, с 1962 по 1972 г., были в основном направлены на: 1) Обнаружение совпадений между обоими расстройствами, 2) В числе этих расстройств, на оценивание дислалии и лечения ее как факт, развязывающий функциональную спазмофермию. Заключение имеет интересное значение с точки зрения укрепления тезиса венской школы о этиопатогении функциональной спазмофермии.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Emil Fröschels and Jellinek. Practice of voice and Speech Therapy.* Expression Company. Boston, 1941.
- 2.—*Emil Fröschels: Speech Therapy* Expression Company. Boston 1933.
- 3.—*Emil Fröschels y otros: Twentillh Century Speech and voice Correction.* Philosophical library. New York. 1948.