

Tartamudez o espasmofemia funcional Relato y aportes conceptuales*

Por el Dr.: RICARDO CABANAS COMAS**

Cabanas Comas, R. *Tartamudez o espasmofemia funcional. Relato y aportes conceptuales*. Rev. Cub. Ped. 46: 6, 1974.

Se revisa la historia de la tartamudez en forma general y breve, señalándose las distintas teorías etiopatogénicas, y se presenta un estudio esquemático de su posible evolución, sintomatología, pronóstico y tratamiento. Se presentan datos que apoyan, desde el punto de vista conceptual, la línea de pensamiento de la Escuela de Viena, representada por Fröschels y Weiss. Se estudian, durante los años 1962 a 1972, las historias clínicas de 1050 niños, cuyas edades oscilaban entre 2 y 6 años y en los que apareció la tartamudez durante el tratamiento impuesto por dislalias de índole variada, por lo que se concluye que las mismas son fuente potencial de tartamudez.

La tartamudez o espasmofemia funcional es una entidad nosológica del habla, que ha afectado a la humanidad desde que se tiene conocimiento de la misma, no respetando diferencias geográficas, climáticas, étnicas, ni sociales.

Ya en el Antiguo Testamento se menciona a Moisés como portador de tartamudez, y las referencias a Aristóteles, Esopo, Virgilio, etc., como personajes tartamudos de la antigüedad son conocidas de todos, aunque hay razones para pensar que Demóstenes, también señalado como tal, no fue realmente tartamudo. Hasta nuestros días, toda una serie de celebridades han sufrido esta enfermedad: Carlos I, Charles Lamb, Charles Darwin, etc., llegando a contemporáneos como

Jorge VI, W. Churchill, W. Somerset Maugham y otros.^{1,2}

Millones de personas son espasmofémicas funcionales en el mundo, señalando las estadísticas en algunos países como los Estados Unidos de Norteamérica, una incidencia de un 1% de la población total; al mismo tiempo cabe mencionar el hecho de la espasmofemia funcional, que ocupa el segundo lugar entre las anomalías del habla en cuanto al índice de frecuencia, siendo superada sólo por las dislalias.

Siendo la tartamudez una especie de flagelo universal que afecta al hombre desde épocas remotas, y siendo a la vez una de las afecciones orales más llamativas y de mayores y peores repercusiones psicológicas, resulta natural que se le haya intentado combatir desde muy temprano en la Historia, aunque durante mucho tiempo ello ocurrió sobre bases no enteramente científica, ya que se tomó como punto de partida un híbrido conglomerado de ciencias y hasta pseudociencias. Se pudiera

* Trabajo presentado al II Congreso Latinoamericano de Neuropediatria. Ciudad México, 1973.

** Responsable del Servicio de logopedia y foniatría del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga". La Habana, Cuba.

afirmar que desde la magia negra hasta el psicoanálisis, pasando por la cirugía, la fisioterapia, el hipnotismo, etc., se han utilizado los más diversos medios de curación en la tartamudez. Ante todo, debe destacarse el hecho de que la charlatanería superficial y ramplona ha florecido aquí como en ningún otro campo. La medicina, con muy raras excepciones, hubo de soslayar durante siglos el estudio de la tartamudez, habiéndose interesado en esta materia sólo en épocas relativamente recientes. (Llama a la atención, sin embargo, que *Hipócrates*, *Galeno* y *Celso*,¹ ya en ese pasado lejano conocieran la tartamudez y se ocuparan de ella, emitiendo no sólo teorías sobre su etiopatogenia, sino también recomendando remedios para su tratamiento, como el uso de aceites, la cauterización de la lengua, y ejercicios respiratorios. Es con respecto a esta última indicación que algunos autores contemporáneos dan la impresión de estar actuando con el mismo bagaje científico de aquellos iniciadores de la medicina).

¿Cómo resumir las teorías etiopatogénicas de la tartamudez, en la forma más concreta posible, y destacar las más fundamentales, si como todos sabemos, son tantas y tan distintas las corrientes de pensamiento que han intervenido en esta cuestión? Se puede decir que cada maestro especializado, cada psicólogo, cada neurólogo, cada psiquiatra, etc., más o menos incursionadores en la patología del habla y de la voz, han lanzado ideas sobre las causas de la espasmofemia funcional, y, como es lógico, han indicado métodos de tratamiento. Muchas y variadas escuelas, más o menos dogmáticas, han abordado la cuestión; como resultado, las más variadas y diversas interpretaciones se disputan la verdad. Nosotros vamos a mencionar solamente, resumiéndolas, las más serias y reputadas entre las más conocidas.¹²

1. Teoría psicoanalítica³ (*Freud*, *Czerniat* y otros).

La tartamudez sería el resultado de regresiones y fijaciones en la etapa pregenital (oral o anal) del desarrollo sexual, de naturaleza parecida a la enuresis y otros síntomas. El conflicto psíquico se vertería somáticamente en el habla, y así la espasmofemia funcional podría etiquetarse como una neurosis de conversión, determinada, por ejemplo, por un destete anormal en el tiempo.

En cuanto a las características en sí de la neurosis, los mismos psicoanalistas no parecen estar de acuerdo, pues *Fenichel* considera a la tartamudez más bien como una neurosis de obsesión, mientras *Steckel* la llama, de angustia. Para *Ferrari*,⁴ el tipo de neurosis que adopta la tartamudez no tiene que ser siempre el mismo, dependiendo como en todas ellas, del grado de regresión de la libido. *Krout*,¹⁰ ofrece valiosa información sobre el tema.

2. Teoría neurológica (*Bryngelson*,⁵ *Orton*, *Travis*,⁶ y otros).

La tartamudez es el resultado de una deficiente inervación de la musculatura par de los órganos articulatorios, con base en la llegada a destiempo o inapropiadamente de los impulsos nerviosos procedentes de los centros superiores; responsables directos de ello lo serían interferencias del tálamo, del cerebelo, o del hemisferio no-predominante. (A esta última causal, sobre todo, se afiliaron *Orton* y *Travis*, incriminando fundamentalmente a una gradación incompleta, en lo que a la lateralidad dominante se refiere; esto es más importante para *Orton* que el popularmente exagerado, en importancia, cambio obligado del uso de la mano). Es de señalar que *Travis* modificó más tarde su concepto inicial, aceptando factores psicógenos etiopatogénicos. Para *Seemann*,³⁴ la tartamudez se debe a una alteración dinámica del

sistema estriopalar, bajo el influjo estimulativo de un fuerte efecto psíquico.

3. *Teoría de la neurosis social* (Brown y otros).

La tartamudez sería un síntoma de trastorno de la personalidad, basada esto último en un desajuste social. El adleriano Appelt¹¹ sostiene principios similares.

4. *Teoría inhibicionista* (Bluemel¹² y otros).

La tartamudez sería el resultado de una inhibición de la respuesta condicionada del habla, debido a experiencias "shockantes", estando la inhibición condicionada a ciertas situaciones orales especiales.

5. *Teoría neuroespástica* Kussmaul-Gutzmann, Nadoleczny y otros citados por Kesten.¹³

La tartamudez sería una neurosis espástica de la coordinación verbal, evocada a raíz de una debilidad irritable congénita del aparato articulatorio. Nadoleczny señala específicamente un fondo constitucional.

6. *Teoría de la formación de hábitos* (Dunlap y otros).¹⁴

La tartamudez sería considerada como una alteración en la formación de los hábitos, que puede romperse, como toda otra anomalía de hábitos, por la sugestión negativa. "Para dejar de tartamudear, tartamudee".

7. *Teoría del condicionamiento acumulado* (Fletcher¹⁵ y otros).

El desarrollo de la tartamudez se vería influido por la acumulación de las tensiones emocionales de la edad preescolar. Habría fundamentalmente una asinergia de los varios componentes del aparato oral: respiración, vocalización y articulación. "Se vocaliza cuando se debe hablar y viceversa."

8. *Teoría lingüo-especulativa*. (Pichon y Borel-Maissonny).¹⁶

La tartamudez sería generada por la dificultad de encajar el pensamiento dentro del molde expresivo normal (lingüístico).

Ante todo, ello sería cierto con respecto a la melodía y la sintaxis.

9. *Otras teorías*. A las anteriores se pudiera añadir una lista, más o menos larga, de ideas de carácter psicologista que consideran a la tartamudez resultante de diversos shocks o conflictos familiares, ambientales, etc., catalogándola como un trastorno emocional aunque sin afiliarse definitivamente a ninguna escuela específica (Gifford y otros).¹⁶

Expresamente, hemos dejado para último lugar a la teoría que sustenta nuestro pensamiento y acción:

10. *Teoría psicofuncional de la Escuela de Viena*. (Fröschels,^{17,18,19,20} Weiss,²¹ y otros).

Aunque inicialmente Fröschels consideró a la tartamudez como una disfasia de asociación ulteriores de estudios y observaciones de la Escuela, en los que intervino fundamentalmente Weiss al separar al tartaleo como una entidad independiente,²¹ condujeron a la concepción vienesa actual: la tartamudez es una neurosis desarrollada a punto de partida de una ruptura y desviación del automatismo de integración del habla, proceso que tiene lugar en los primeros años de la vida. Dicho de otro modo, la tartamudez es una complicación fóbica de lo que Weiss llama atinadamente "tartaleo fisiológico" y que se refiere al estado de inseguridad e inestabilidad que se observa en el niño entre los dos y cuatro a cinco años de edad, y que se caracteriza por repeticiones del acto oral. Esto no sería más que una repercusión lógica del desequilibrio entre la facultad

de pensar, prácticamente sin límites, y el vocabulario y la habilidad articulatoria a disposición del pequeño, en desventaja evidente en esos años. De ese estado, que sería normal, la inmensa mayoría de los niños evolucionarían hacia el establecimiento de un equilibrio pensamiento-habla, y por lo tanto, hacia una expresión oral idónea.

Alrededor de un 2%, sin embargo, no siguen esa evolución hacia la normalidad definitiva. Unos, prolongando —y aún empeorando— esa inseguridad e inestabilidad en el habla, acompañada por síntomas orales muy conspicuos; taquilalia, inversiones de términos gramaticales, etc., así como trastornos de otros canales de la comunicación: dislexia, disgrafia, etc., e hipermotricidad, se convierten en *tartaleadores*, otros, estableciendo una vivencia anormal, una conciencia exagerada, sobre las dificultades inherentes a esa etapa fisiológica de la integración del habla, detienen y desvían la formación del automatismo oral, reaccionando de manera neurótica y convirtiéndose en *tartamudos*. En los primeros, en los tartaleadores, puede hablarse de un imbalance central del lenguaje, de carácter fundamental orgánico; en los segundos, en los tartamudos, se trataría de un trastorno básicamente psicofuncional, de una superestructura neurótica como complicación desviacional de un proceso integracional normal. Se puede encontrar, y se encuentran casos *mixtos*, en los que un tartaleador de base, presionado por factores ambientales y sociales, al desarrollar cierta conciencia sobre su trastorno incorpore síntomas espasmofémicos.

Previa la anterior explicación, concretémosnos a la tartamudez pura. De los conceptos mencionados se desprende que la espasmofemia funcional es una enfermedad evolutiva que comienza en la niñez, en las edades referidas más arriba (el au-

tor con más de 25 años de experiencia clínica intensa, jamás ha visto un caso *real* de tartamudez empezando después; no se inclina, por tanto, a creer en la posibilidad de existencia de tartamudez "traumática").

En cuanto a la evolución, su inicio se plantea en los términos siguientes: si en ese estado repetitivo y vacilante, aceptado como normal, característico del "tartaleo fisiológico", inciden presiones familiares y del medio ambiente para que el niño hable mejor, en un afán "perfeccionista" oral completamente fuera de tiempo, la mayoría de las veces en tono exigente, demandando la supresión de la repeticiones y titubeos, se comprenderá fácilmente la situación crítica en que es colocado el niño. Primeramente se da cuenta, se hace consciente, de que no habla bien.

Después, espoleado por los que lo rodean, quiere suprimir las dificultades, para lo cual no encuentra a su disposición más que el esfuerzo muscular articulatorio, ya que al equilibrio pensamiento-habla, que resolverá la cuestión, y al cual no puede llegar más que por maduración y enriquecimiento de vocabulario, no se puede volver por quema de etapas. ¿Qué resulta? ma-ma-ma-ma-ma se convierte en mmmma-mmmá, con una presión labial notablemente exagerada. Esto sigue llamándole la atención a los demás, que aumentan sus críticas, aun de buena fe, y el mismo niño se percata de que las dificultades aumentan, autocriticándose. Insiste cada vez más en emplear la fuerza muscular, entrando así en el callejón sin salida de las contracciones espasmoides que a donde únicamente pueden conducirlo es a la tartamudez; lo llevan rápidamente, en una concatenación y encadenamiento de síntomas que se caracterizan por una indiscutible lógica interna.

Algunos niños podrían ir a esta evolución sin presiones externas, sociales o ambientales; se supondría en esos casos una

mayor inteligencia o una sensibilidad más fina.

Respecto al factor decisivo que intervendría, según algunos autores (*Fröschels* entre ellos),²⁰ las opiniones varían. El mencionado médico vienés estima que lo sería un deseo subconsciente de conducta anormal; reconoce que en muchos tartamudos hay antecedentes de tipo diverso: rivalidad entre hermanos, antagonismos hacia uno de los padres, etc., y sin problemas de tipo sexual, aunque no acepta, como el psicoanálisis que ello esté en la base de la tartamudez.

Es a *Fröschels* a quien se le reconoce, entre otros méritos, el ordenamiento estructural de la evolución de la tartamudez. A continuación del estadio inicial de repeticiones (clono) vendrían las primeras contracciones musculares para constituir una fase de clonotomo; al aumentar la incidencia de esfuerzos musculares, predominaría un estado de tonoclono, hasta llegar por último a una etapa caracterizada mayormente por tono continuo y de gran intensidad.

Una vez que el tono hace sus primeras apariciones, pero no antes, comienza un epifenómeno particular, muy característico de la tartamudez: *sincinesis* o movimientos físicos concomitantes, a distancia mayor o menor de la boca, cierre más o menos violento de los párpados, distintas muecas y contorsiones faciales, golpes de puño, patadas, etc. En este sentido debe enmarcarse la embolofrasia (sonidos y hasta palabras que el tartamudo intercala en su habla y que ante todo emplea al principio de palabras y frases.) Consideramos probable, como *Fröschels*, que, en su inicio, estos movimientos sean de tipo reflejo, y que distrayendo la atención del paciente sobre su habla, le faciliten expresarse. Una vez que el tartamudo se da cuenta de la facilidad adquirida accidentalmente, recurre voluntariamente a ellos,

aunque necesitará renovarlos a menudo, ya que pierden pronto su poder sugestivo, incorporándose inclusive al carro de la sintomatología, pues se van automatizando progresivamente. Queremos destacar especialmente, que utilizamos la terminología de esfuerzos *espasmoideos* y no *espásticos*, ya que se producen invariablemente en la musculatura controlada por la voluntad del paciente, respondiendo al deseo de éste (en cambio, el nistagmo y otros signos reflejos puros, involuntarios, dice *Fröschels* que jamás se presentan en el tartamudo).

Consideramos las alteraciones respiratorias referidas por algunos autores como seudosíntomas, secundarios completamente, la inmensa mayoría de los cuales juegan el mismo papel que los movimientos concomitantes, es decir, sirven al comienzo de medios falsos de ayuda, fijándose posteriormente por automatización. También hay que tener en cuenta que durante los tonos el aire espiratorio continúa gastándose, haciendo que el tartamudo llegue exhausto al final de la frase y creando, por lo tanto, la impresión inexacta de un déficit respiratorio. Entre los seudosíntomas respiratorios más frecuentes se encuentran: intentos de habla durante la inspiración, desequilibrios entre la respiración torácica y la abdominal, respiración rápida y superficial, etc.; el predominio de la respiración abdominal se explicaría, por ser este tipo de respiración el que más se presta, fisiológicamente, por medio de la contracción de los músculos rectos, para la producción de los sonidos fuertes de los esfuerzos espasmoideos, así como para las prolongadas espiraciones que los acompañan. *Secman*, como nosotros, no cree que haya diferencias entre la respiración de los normales y la de los tartamudos²² encontrando, en unos y otros, variaciones que cree, sean debidas a simpaticotonías y vagotonías. Es cierto que hay autores

que encuentran supuestas alteraciones respiratorias en el tartamudo, aun cuando éste se halle en silencio; olvidan, empero, los conceptos de lo que se ha dado en llamar "lenguaje interno" por *Moses*²² y otros, que permiten aceptar que el simple pensamiento en palabras arrastre consigo una "articulación silenciosa", con el aparato vocal en posición para hablar, lo cual indiseñablemente se acompañaría de cambios respiratorios similares a los que se aprecian en la conversación.

A medida que la tartamudez se asienta y se agrava, el cortejo sintomático se hace mayor y más variado. El tartamudo lucha entonces por hacer menos llamativo y dramático su cuadro, surgiendo entonces la llamada "fase de encubrimiento", caracterizada por el uso de sinonimias y rodeos gramaticales para evitar palabras que contienen sonidos difíciles —fantasmas—. Si dichas palabras no se pueden evadir, se llega hasta la decapitación de las mismas dentro de la estructura oracional pseudoagramatismos y paragramatismos. Incluso puede caerse en un silencio negativista (caso de los escolares que se niegan a leer en el aula).

En cuanto al debatido carácter hereditario de la tartamudez, somos de la opinión que no existe. En nuestra larga práctica hospitalaria no hemos podido prestar confiabilidad a los datos anamnésticos aportados por familiares que mezclan y confunden los trastornos orales por desconocimiento de los mismos, llamándole muchas veces "gagueo" o tartamudez a toda una serie de otras anomalías, principalmente tartaleo. Los casos en los que los datos recogidos han sido confiables, representan una cantidad muy baja.

Con pocas excepciones, se acepta que la mayoría de los tartamudos exhiben un cociente intelectual normal; se han reportado niveles superiores. Dice *Fröschels*,

con razón, que los síntomas tartamúdicos son, al menos en parte, resultado de un proceso racional; cita a *Dersjant*²⁴ y a *Kennedy*,²⁵ el primero de los cuales encontró tartamudos entre los morones, aun que el segundo no pudo hallar uno solo entre 500 idiotas investigados. Observaciones del autor en 50 mongoloides²⁶ refuerzan esos conceptos.

Es clásico el conocimiento de que la tartamudez es mucho más frecuente entre los varones que en las hembras. Se han reportado relaciones como de 5:1, 7:1 y aun 10:1. Nuestras estadísticas en Cuba arrojan sin embargo, una relación de 2:1. No se han llegado a conclusiones exactas o satisfactorias acerca de la explicación de tales relaciones; se alega como un factor a considerar, y lo estimamos bien basado, que las niñas desarrollan más pronto, y mejor su habla por las características de sus juegos con muñecas, casitas, cocinitas, etc., en los que fundamentalmente se conversa; mientras que los muchachos imitan más bien ruidos y sonidos, haciendo sus juegos más onomatopéyicos, menos ricos en uso de vocabulario.

No queremos terminar este compendio de síntomas y características de la tartamudez sin remarcar definitivamente que lo más sobresaliente en el cuadro espasmofémico está dado por la extraordinaria vivencia psicológica del trastorno, lo que le presta ribetes dramáticos "sui-géneris".²⁷

Asimismo, añadamos que, si bien no es aceptable para nosotros el factor herencia, sí puede suceder la instalación de una tartamudez de imitación, ante todo, de modelos familiares, lo que pudiera ser motivo de confusión. Ahora bien, este tipo de espasmofemia, entre otros signos específicos, presentaría una ausencia del eslabonaje lógico de desarrollo de los síntomas, afiliándose de entrada a aquéllos que prevalecen en el modelo en el momento del inicio imitativo.

Respecto al pronóstico, lo estimamos favorable en la inmensa mayoría de los casos, pudiéndose esperar la curación completa, especialmente si se actúa en las primeras etapas. De modo general podemos afirmar que es siempre posible una mejoría mayor o menor, si no de curación, aún en los casos de niños de más edad y en los adolescentes y adultos.

El diagnóstico diferencial de la tartamudez se realiza específicamente con el tartaleo, y es de relativa facilidad. El último no presenta el típico cuadro psicológico del espasmodismo; se entera de que habla deficientemente cuando se lo dicen los demás, su conocida taquialia y atropellos gramaticales pronto lo delatan; además, sus dificultades en la lectura y la escritura nunca se muestran en el tartamudo.

En cuanto al tratamiento de la espasmodia funcional es necesario considerar diferencias según la edad, y, especialmente, que hay una conducta profiláctica a tener siempre en cuenta: no intervenir, mucho menos urgiendo en el proceso psicofisiológico de integración del habla, debiendo adoptarse una posición inteligente y comprensiva por parte del medio familiar, el cual ignorará las dificultades normales de esa época y facilitará lenta y gradualmente la adquisición de un mayor vocabulario.

En el niño pequeño que comienza a tartamudear, las medidas terapéuticas van dirigidas fundamentalmente a evitar el desarrollo de las complicaciones psicológicas.²² En ese sentido, se reforzarán las indicaciones al medio familiar, ya mencionadas, y se instaurará una línea de ejercicios funcionales del habla cuyo propósito sea la facilitación de la fluidez oral, evitando la incidencia de las contracciones musculares espasmoideas, lo que no permite la impresión de huellas desagradables: lectura y repetición de frases al unísono, prolongación de vocales hablando y

leyendo, etc. Si el aprendizaje de la lectura no está instalado todavía, se hará sólo en repetición de frases. (Estos ejercicios desvían la atención del niño sobre las consonantes, las cuales, por su mecánica articularia de contracción muscular, son una invitación al tono). A ello debe unirse, si la inteligencia y la comprensión del niño lo permiten, ejercicios de relajación articularia, activa, durante el habla, buscando siempre la no presentación del tono o su máxima atenuación.

En las etapas más o menos avanzadas de la tartamudez (niños mayores, adolescentes y adultos), la terapia debe descansar en un trípode fundamental:

- a) Ejercicios funcionales del habla tendientes al restablecimiento del automatismo oral. Es aquí donde entra en juego el mal conocido y peor comprendido "comer el aire" ("chewing method") de *Fröschels*. A nuestro juicio, es ésta una de las técnicas de más inteligente concepción, no sólo en lo que se refiere a la tartamudez, sino dentro del campo general de la atención de los trastornos del habla y de la voz; basada en sólidos conceptos psicofisiológicos, e inclusive respaldada por teorías filosóficas no desdeñables del todo, constituye, según nuestra experiencia, un excelente instrumento terapéutico reajustador de las condiciones funcionales normales.²³
- b) Ejercicios funcionales del habla, basados en el conocimiento de la fisiodinamia articularia,²⁴ ya relajatorios, ya diversificadores de la atención sobre los detalles de la pronunciación.
- c) Psicoterapia. Esta es imprescindible cuando ya la tartamudez lleva algún tiempo de instalada; el cuadro neurótico llega a su clímax y hay que combatirlo psicológicamente. Só-

lo que nosotros no nos afiliamos al dogmatismo de una escuela determinada, y aceptando el aforismo: "no hay tartamudez, sino tartamudos", aplicamos a cada caso, según la hegemonía de sus síntomas neuróticos, una psicoterapia individual, ajustada a sus necesidades y aristas particulares.

Antes de finalizar este resumen de tratamiento, queremos decir algo en defensa de las líneas generales de atención de la Escuela de Viena. *Fröschels* ha sido acusado más de una vez, de utilizar técnicas distractivas, puramente sintomáticas, en la tartamudez.²⁷ Ello sólo puede decirse si se desconoce a fondo los basamentos científicos de técnicas como el "comer el aire".

Además, como alega *Fröschels*²⁸ autores como *Fletcher* reconocen que el tartamudo crea tantas asociaciones conscientes sobre su habla, inhibiendo así la función normal, que resultaría lógico tomar en cuenta los síntomas para el tratamiento.

Como última parte de este trabajo, y como aporte conceptual reforzador de la tesis vienesa, referimos a continuación observaciones y experiencias de nuestra práctica logofoniatría hospitalaria.^{29,30} Nos empezó a llamar a la atención, que en los casos de niños fisurados palatinos remitidos a nosotros, para tratamiento funcional, irrumpía con significativa frecuencia la tartamudez: extendimos entonces las observaciones a las dislalias en general, y examinamos una casuística de 1 050 historias clínicas que recorrían un período de tiempo de 10 años, casos todo de niños con problemas del habla, cuyas edades oscilaban entre 2 y 6 años, entresacando aquéllas en que el motivo de consulta inicial había sido dislalia, ya orgánica, ya funcional, y habían presentado después, en el decursar de su tratamiento, instalación súbita de tartamudez. Hallamos un 21% de esos casos. ¿A qué atri-

buir esos hechos? Nos encontrábamos poco menos que ante la producción experimental de tartamudez.

Como única explicación lógica, concluimos que ello era el resultado, sobre todo en el fisurado palatino, de dos direcciones fundamentales en el tratamiento de las dislalias:

1. La realización de determinados esfuerzos musculares para crear la dinámica de realización de los fenómenos.
2. La llamada a la atención sobre el mecanismo del habla en general que sufren esos casos.

Si eso era capaz de producirse en condiciones, digamos, "asépticas", manejada por personal supuestamente técnico, mucho más factible sería su producción en el medio ambiental general, donde las dislalias muchas veces son combatidas con burlas, amenazas o consejos erróneos.

Un corolario obligado de estas experiencias nos inclina a considerar las dislalias como una fuente potencial de tartamudez.

Derivado de ello, recomendaríamos que en el tratamiento de esos trastornos, preferentemente en el fisurado palatino, se tomen medidas profilácticas contra la espasmofemia funcional, favoreciendo al mismo tiempo la secuencia rítmica del lenguaje oral, minimizando en lo posible las contracciones necesarias, etc.

CONCLUSIONES

Además de una revisión histórica, general y breve de la tartamudez, en la que se hace una exposición panorámica sucinta de las distintas teorías etiopatogénicas invocadas para explicarla, y de un estudio esquemático, aunque lo más completo posible, de su evolución, sintomatología, pronóstico y tratamiento, este trabajo se propone presentar datos reforza-

dores, desde el punto de vista conceptual, de la línea de pensamiento de la Escuela de Viena, representada por Fröschels y Weiss.

Se toma como base para ella, observaciones realizadas durante la marcha evolutiva de casos de dislalias de variada índole, ya funcionales, ya orgánicas, y que durante su tratamiento como tales, hubo de presentarse como complicación súbita, en un porcentaje significativo, la aparición de tartamudez. Este estudio se efectuó sobre una casuística de 1 050 historias clínicas,

y abarcó una década de tiempo (1962-1972), en niños cuyas edades oscilaban entre 2 y 6 años.

Como conclusiones, además de respaldar la tesis de la tartamudez como resultante, fundamentalmente, de una ruptura en el automatismo del proceso integrativo de la comunicación oral, el trabajo hace señalamientos específicos con respecto a las dislalias como fuente potencial de tartamudez, ofreciendo sugerencias de carácter profiláctico en el manejo de estas últimas.

SUMMARY

Cabanas Comas, R. *Stammering or functional spasmophemia*. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

The history of stammering is reviewed in a general and brief way, different pathogenic theories are pointed out, and a schematic study of its possible evolution, symptomatology, prognosis, and treatment is presented. Data supporting, from the conceptual point of view, the thought line of Vienna School, represented by Fröschels and Weiss, are presented. It was reviewed the clinical histories from 1962 to 1972 of 1050 children whose ages ranged from 2 to 6 years and in whom stammering appeared during the treatment established for dyslalias of a varied origin. It is concluded that the same are a potential source of stammering.

RESUME

Cabanas Comas, R. *Bégalement ou spasmophémie fonctionnelle*. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

On révisé l'histoire du bégalement d'une façon général et brève, signalant les différentes théories étiopathogénétiques. On présente une étude schématique de leur possible évolution, leur symptomatologie, leur pronostic et leur traitement. Les données présentées du point de vue conceptuelle, suivent la ligne de l'école de Vienne, représentée par Fröschels et Weiss. On étudie au cours des années 1962 à 1972 les dossiers de 1050 enfants dont l'âge était de 2 à 3 ans. Le bégalement est apparu chez ces enfants pendant le traitement imposé pour les dyslalias, considérant que celles-ci sont une source potentielle de bégalement.

РЕЗЮМЕ

Кабанас Комас Р. *Заикание или функциональная спазмофемия*. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

Коротко и в общих чертах проводится пересмотр истории спазмофемии и отмечаются различные этиопатогенные теории. Представляется схематическое изучение возможного развития этой болезни, симптоматологии и прогноза, а также лечения. Представляются данные, которые поддерживают с точки зрения понятия линии мышления Венской школы Фрошелса и Вайсса. С 1962 по 1972 проводится изучение историй болезни 1 050 детей в возрасте от 2 до 6 лет, у которых заикание возникло в течение лечения, показанного по поводу дислалий различного характера, в связи с чем заключается, что эти последние являются потенциальным источником заикания.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Parker, W. R. "Pathology of Speech. N. Y. Prentice-Hall, Inc., 1951. En Parker: Notas terapéuticas. Parker, Davis, Co. Vol: I. No 5 pp 113, 1957.
- 2.—Barbara, B. A. "Stuttering" N. Y. The Julian Press, Inc., 1954. En Parker: Notas Terapéuticas. Parker, Davis, Co. Vol: I. No 5 pp 113, 1957.

- 3.—Freud, S. "Inhibición, Síntoma y Angustia" Tomo XI de las Obras Completas. pp 45-49.
- 4.—Ferrari, G. "Aportaciones a la Psicodinamia de la Tartamudez" Comunicación al primer Congreso de la Sociedad de Neurología, y Psiquiatría de Buenos Aires. pp 600-601, 1914.
- 5.—Travis, L. E. "Speech Pathology" D. Appleton Century, Co. N. Y. 1931. En Hahn, E.: "Stuttering, Significant Theories and Therapies" Stanford University Press, pp 100-102, 1947.
- 6.—Orton, S. T. "Reading, Writing and Speech Problems in Children" W. W. Norton Co. Inc. N. Y., pp 194-200, 1937.
- 7.—Bluemel, C. S. "Stammering and Allied Disorders" The Mac Millan, Co. N. Y., 1935. En Hahn: "Stuttering, Significant Theories and Therapies" Stanford University Press, pp 16-17, 1947.
- 8.—Kesten, M. "La tartamudez y posibilidad de su re-educación" Revista de Psiquiatría y Criminología. Año IX. No. 48, pp 3-4, Julio-Agosto, 1944.
- 9.—Dunlap, K. "A Revision of the Fundamental Law of Habit Formation". Science, LXVII, pp 360-362, 1928.
- 10.—Krout, M. H. "The Etiology and Therapy of Spastic Speech". The Journal of Speech Disorders, pp 193-208, Sept., 1942.
- 11.—Appelt, A. "Stammering and Its Permanent Cure" Methuen Co. Ltd, London, 1929. En Hahn: "Stuttering, Significant Theories and Therapies" Stanford University Press, pp 115-118, 1947.
- 12.—Hahn, E. "Stuttering, Significant Theories and Therapies" Stanford University Press, pp 1-150 1947.
- 13.—Bryngelson, B. "Theoretic and Therapeutic Considerations of Dysphemia and its Symptom. Stuttering" (citado en 12) pp 19-21, 1947.
- 14.—Fletcher, J. M. "The problem of Stuttering" Longmans, Green, Co. N. Y., 1928. En Hahn: "Stuttering, Significant Theories and Therapies, Stanford Univ. Press, pp 193-208, 1947.
- 15.—Pichon, E. and M. Borel. Maisonnay: "Le Begaiement, sa nature et son traitement". París, 1937. En Hahn: Stuttering, Significant Theories and Therapies, Stanford Univ Press, pp 142-145, 1947.
- 16.—Gifford, M. B. "Correcting Nervous Speech Disorders": Prentice Hall Inc. N. Y. 1939. En Hahn: Stuttering, Significant Theories, Stanford Univ. Press, pp 41-42, 1947.
- 17.—Fröschels, E. "Psychological Elements in Speech", Expression Co. Boston, pp 67-142, 1932.
- 18.—Fröschels, E. "Speech Therapy". Expression Co. Boston, pp 190-212, 1933.
- 19.—Fröschels, E. and A. Jellinek. "Practice of Voice and Speech Therapy". Expression Co. Boston, pp 168-182, 1941.
- 20.—Fröschels, Emil y otros: "Twentieth Century Speech Correction" Philosophical Library, N. Y. pp 201-204, 1948.
- 21.—Weiss, D. A. "Cluttering, Central Language Imbalance" The Pediatric Clinic of North America. Vol: 5 No. 3 pp 705-718, August, 1968.
- 22.—Seemann, J. "Sur la regulation neuro-vegetative de la durée de la phonation" Folia Phoniátrica. Vol: 1, pp 22-37, 1947. En Fröschels: "Twentieth Century Speech Correction", Philosophical Library, pp 202. N. Y. 1948.
- 23.—Moses, P. J. "The Voice of Neurosis" Grune and Stratton, N. Y. pp 33, 1954.
- 24.—Dersjant. En Fröschels: "Twentieth Century Speech Correction", Philosophical Library, N. Y., pp 196, 1948.
- 25.—Kennedy. En Fröschels: "Twentieth Century Speech Correction", Philosophical Library, N. Y. pp 196, 1948.
- 26.—Cabanas, R. "Some Finding in Speech and Voice Therapy Among Mentally Deficient Children". Paper Presented at the IX International Convention for Speech and Voice Therapy of the International Association of Logopedis and Phoniatics, Vol: 6 No. 1, pp 34-37, 1954.
- 27.—Cabanas, R., J. González Borroto. "Repercusiones psicológicas en las Afecciones Verbales y Vocales". Trabajo presentado durante las I Jornadas de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Diciembre, 1972.
- 28.—Cabanas, R. "Generalization of The Chewing Method in Logopedics and Phoniatic". Presented to the "Journeys of Phoniatic". Buenos Aires, Dec. 12-15, 1951. Published in Folia Phoniátrica, Vol: 4. No. 4 pp 249-252, 1952.
- 29.—Cabanas, R., J. González Borroto. "Dislalias y Espasmofemia funcional". Relaciones Específicas. Trabajo presentado a la XVII Jornada Nacional de Pediatría, Mayo, 11-13, 1972. La Habana, Cuba. Publicado en la Revista Cubana de Pediatría, Vol: 45. No. 1, pp 103-108, Enero-Feb. 1973.
- 30.—Cabanas, R. "Incidencia de Espasmofemia Funcional (Tartamudez)", durante la rehabilitación del fisurado palatino. Trabajo presentado a la I Jornada Nacional de Medicina Física y de Rehabilitación. La Habana, Cuba, agosto, 1971.
- 31.—Cabanas, R., J. González Borroto. "Biofisiodinamia de la articulación". Enfoque logofoniatrico. Trabajo presentado a la II Jornada de Cirugía Bucal y Maxilofacial, del 1 al 3 de Nov. de 1972. Publicado en la Revista Cubana de Pediatría, Vol. 45, No. 2, Marzo-Abril, pp 283-286, 1973.

- 32.—*Travis, L. E.* "Handbook of Speech Pathology". Appleton-Century Crofts, Inc (con otros autores). N. Y. pp 884, 1957.
- 33.—*Cebanas, R., J. González Borroto.* "Higiene Mental en el Ambiente de la Tartamudez Inicial". Trabajo presentado a la I Jornada Provincial de Salud Mental, La Habana, Cuba, Sept. 1972. Publicado

- en la Revista Cubana de Pediatría, Vol. 45, No. 1, pp 109-113. Enero-Feb. 1973.
- 34.—*Seemann, M.* "Poruchy Detske Reč. SZN. Praha, 1955. En Zboril: "Tartamud-z". Temas de Audiobiología y Foniatría. Serie 5, pp 81-87. Informaciones de Ciencias Médicas.

Recibido el trabajo: abril 6, 1974.