

Actualización de Temas

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Relaciones específicas entre las dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura y los trastornos del lenguaje oral*

Por el Dr.:

RICARDO CABANAS COMAS**

Cabanas Comas, R. *Relaciones específicas entre las dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura y los trastornos del lenguaje oral*. Rev. Cub. Ped. 47: 4-5, 1975.

Se presenta este trabajo basado en la experiencia clínica logofoniatría del autor, y se describen los trastornos del habla que pueden encontrarse con significativa frecuencia en las dificultades para el aprendizaje de la lectura y de la escritura; estos trastornos los agrupa en dos grandes entidades logopáticas: a) *retraso evolutivo del habla*, que él llama "dismaduración", y b) *tartaleo*, cuya ubicación en la patología verbal trata de definir, apoyándose en las investigaciones de Weiss. Además de una relación cuantitativa entre las dificultades para el aprendizaje de la lectura y la escritura, y los trastornos del habla, el autor pretende, dadas las características de los últimos, encontrar cualitativamente, un denominador común causal.

Con la presentación de este sencillo trabajo al II Congreso Hispanoamericano de Dificultades en el Aprendizaje de la Lectura y Escritura, pretendemos tan solo hacer un señalamiento sobre los problemas del habla que suelen presentarse concomitantemente con dichas dificultades, y, al mismo tiempo, dadas las características fundamentales de esos problemas, proponerlos como piedra de toque en el encaje conceptual de ellas.

Como respaldo a los planteamientos que habremos de hacer, ofrecemos nuestra

larga experiencia clínica en el ejercicio de la especialidad de logopedia y foniatría como médico jefe del departamento correspondiente del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga" de La Habana, experiencia que se remonta a los últimos veinte años; es basado en esa mantenida consideración clínica especializada, que afirmamos la frecuente coincidencia de los desórdenes de la comunicación oral (en más de un 70% de los casos) con la dificultad específica en el aprendizaje de la lectura (discutiblemente llamada dislexia de evolución por la mayoría de los autores) y la dificultad en la escritura (también mal llamada disgrafía) que a veces la acompaña.

Queremos hacer constar que nos apoyamos en esa condición de especialista porque tenemos la impresión de que muchos distinguidos investigadores en la ma-

* Trabajo presentado al II Congreso Hispanoamericano de Dificultades en el Aprendizaje de la Lectura y Escritura. México, D.F. mayo 7-14, 1974.

** Responsable nacional de logopedia y foniatría. Médico jefe del departamento de logopedia y foniatría del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga". F entre 27 y 29, Vedado, La Habana, Cuba.

teria de que se ocupa este Congreso, y que proceden de distintos campos, principalmente de la pedagogía, de la psicología, aun de la pediatría, de la neurología y de la psiquiatría, al tratar el punto de los trastornos del habla en diversos textos y comunicaciones científicas, lo hacen desde el marco de extensión de sus respectivas especialidades, y evalúan su coincidencia como mínima al valerse de apreciaciones que la mayoría de las veces tienen un carácter predominantemente lingüístico general y no logofoniatrico específico.

Así podemos ver en la literatura médica mundial numerosas opiniones que no comparten el criterio de que existen proporciones altas de desórdenes verbales paralelamente con la dificultad específica para el aprendizaje de la lectura; *Critchley*,¹ sería un autor representativo en ese sentido. Algunos, sin embargo, piensan de manera opuesta, entre los que merecen mencionarse: *Santini*,² quien, a pesar de basarse en pruebas que conducen tácitamente al objetivo único de una valoración del rendimiento general del lenguaje, encontró significativamente que 10 de los 24 niños con dificultades en el aprendizaje de la lectura estudiados, o sea el 40% de ellos, presentaban trastornos globales que comprometían las diferentes esferas del lenguaje, con la añadidura de que en 23 de los 24 mencionados, el flujo verbal fue especialmente bajo. Y dice la autora, con agudo y notable espíritu de penetración: "...es como si (en estos niños) su dificultad de aprendizaje se inscribiera dentro de un complejo sindromático más amplio, en el cual el trastorno de la lectura y la escritura fuera un síntoma más, por lo que se puede pensar en un retardo general del lenguaje"

Nosotros estimamos que no solo existe una alta y significativa coincidencia entre determinados trastornos del habla y las

dificultades específicas para el aprendizaje de la lectura y escritura, cuantitativamente considerada, sino también, que esa coexistencia es de tal índole cualitativa, que actuaría como refuerzo del concepto que define a las mencionadas dificultades como un trastorno básico de la comunicación —de orden genético— con punto de partida etiológico en una inmaduración o dismaduración del sistema nervioso central.

Para iniciar nuestro trabajo, digamos que son dos las grandes entidades logopáticas relacionadas con las dificultades específicas para aprender a leer y escribir:

1. El llamado *retraso del habla evolutivo*, y 2. *el tartaleo*.

Tanto uno como otro pueden acompañar aisladamente a los trastornos del aprendizaje o, como sucede en muchos casos, ambos pueden hacerlo a la vez.

A continuación expondremos detalladamente dichas alteraciones, aunque de la manera más breve posible.

1. *Retraso evolutivo del habla*. Ante todo, y a manera de introducción, tratemos de definir cuándo debe aceptarse la existencia real de un retraso del habla.

Se sabe que la regla, principalmente en lo que se refiere a los climas cálidos y tropicales, es que las palabras iniciales se pronuncien antes del año, aunque se puede considerar todavía como normal que se sobrepase esa cifra en uno o dos meses; en los países fríos puede admitirse cierto margen mayor. Se debe considerar real retraso en el habla, a nuestro juicio, una vez llegado a los dos años y mostrar el niño, ya una deficiencia cuantitativa, cualitativa, o ambos en su expresión oral, ya una ausencia de la misma; en oposición a algunos autores, pensamos que si se llega al tercer año sin hablar, sería muy

difícil que se alcanzase una comunicación oral normal en el futuro. En términos generales, creemos, al igual que *Berry* y *Eisenstein*,³ que un niño puede catalogarse como retrasado en su habla cuando lo cuantitativo y lo cualitativo de su uso verbal se halle marcadamente por debajo de la cifra media de los otros niños de su edad. Y que como patrones para esa consideración pueden aceptarse las premisas siguientes: a) el niño que depende de gestos y mímica cuando debiera ya estar empleando signos convencionales verbales, es un retrasado en el habla; b) lo es también aquél que, aun al utilizar palabras, lo hace de modo tan distorsionado, que solamente pocos familiares son capaces de entenderlo, y c) lo sería igualmente el niño que emplea sólo determinados elementos gramaticales, y demora en exceso la adquisición de otros nuevos.

Una vez aclarados los conceptos anteriores, entremos a estudiar directamente el retraso evolutivo del habla. Se llama así al retraso específico del lenguaje oral, relativamente frecuente, generalmente discreto o mediano, que comúnmente se extiende hasta los 2 ó 2½ años, siempre que se presente en ausencia de: anomalías de la conducta general, merma de la inteligencia, déficit de la comprensión verbal, dificultad auditiva periférica, mal empleo o mala interpretación de los gestos y de la mímica facial, trastornos psíquicos, o lesión neurológica (*Bakwin*).⁴ Se dice que en estos casos el habla puede probablemente desarrollarse después con normalidad. Este retraso específico del habla, según el mismo *Bakwin*, puede llegar hasta los 3 ó 3½ años, y constituyen lo que pudiéramos llamar una forma grave del trastorno; es más frecuente en el sexo masculino.

Es a estos niños a los que se les aplica el término erróneo de "afásicos motores". Nosotros nos oponemos a la utilización de

esta denominación porque pensamos, como la mayoría de los autores modernos, que afasia motora o expresiva significa realmente una incapacidad o una deficiencia en la comunicación de ideas, previamente por medio de la palabra. En el aspecto que tratamos en este trabajo, o sea, el retraso específico del habla, no existe pérdida de una función, sino demora en su integración; se trata aquí de una bradimaduración, de una lentificación del desarrollo funcional, por lo que nos parece, mucho más adecuado el empleo del término "retraso por dismaduración del habla".

De manera generalizada, y por razones similares en los casos respectivos, estamos igualmente opuestos a la aceptación de las llamadas "afasias infantiles" o "afasias congénitas" de cualquier índole como entidades conceptuales; la verdadera y real afasia, en su significación sustancial, implica un cuadro bien definido, diametralmente inverso, que descansa en una desintegración funcional del lenguaje ya constituido, con un cortejo *sui generis* de síntomas acompañantes (*Alajouanine* y *Mozziconacci*).⁵ Por ello decíamos al comienzo del presente trabajo que eran discutibles los términos de "dislexia" y "disgrafía"; para nosotros, los mismos denotan grados menores de "alexia" y "agrafia", entidades inscriptas dentro del marco general de las afasias, y que obedecen, en los canales de comunicación respectivos, al aludido mecanismo de desintegración funcional.

Después de esta pequeña digresión, por la que pedimos excusas, volvemos a nuestro tema central y planteamos que aquellos casos de retraso por dismaduración del habla calificados de discretos o medianos (hasta los 2 ó 2½ años), son de mejor pronóstico que aquellos que llamamos formas graves (hasta los 3 ó 3½ años). Si bien los primeros llegan de ordinario a

hablar correctamente una vez que la función ha sido adquirida, los segundos atraviesan a menudo un estudio que puede tomar varios años, durante los cuales el habla se comprende sólo con dificultad, y no es sino después de un período tal, que se adquiere un lenguaje oral normal. En general, la mejoría se produce lenta y gradualmente a través de los años, y el niño puede llegar a tener ocho antes de que el habla sea completamente idónea; la curación es generalmente total, aunque a veces se mantienen y no desaparecen los trastornos dislálicos, principalmente sigmatismos y rotacismos, o desórdenes ideoverbales del tipo del tartaleo. Según el ya citado *Bakuin*, la intervención logofoniatría puede siempre acelerar la mejoría, aunque de todos modos se llega a la solución espontánea; nosotros somos partidarios de intervenir en todos los casos, lo más pronto posible, no solamente por apurar la curación, sino también, lo que es muy importante, porque opinamos que un tratamiento bien dirigido, aplicado a tiempo, puede evitar o minimizar las secuelas mencionadas.

Los dos hechos más importantes a destacar en el retraso por dismaduración del habla son: a) gran número de niños con desarrollo verbal lento que presentan dificultades después en el aprendizaje de la lectura y escritura, y, particularmente, del deletreo; de ahí la racional recomendación planteada por algunos, respecto a que los hablantes tardíos deban ser evaluados y asesorados por un psicólogo educacional antes de la entrada en la escuela, fundamentalmente con relación a la probabilidad de las referidas dificultades en el aprendizaje, y b) es un dato generalmente recogido en las historias clínicas de estos casos la presencia de trastornos de la función del lenguaje oral en los familiares, particularmente en los próxi-

mos, lo que le confiere un carácter hereditario.

¿Qué parece estar en la base del retraso específico del habla, llamado por algunos autores "de evolución" o "de desarrollo"?

Aunque este tópico, debido a su complejidad e interés, puede decirse que se encuentra en un estado perenne de estudio y revisión, no deja de llamar la atención que desde *Orton*,⁶ hasta más recientes investigadores, como entre otros, *Ingram*,⁷ *Brain*,⁸ *McCready*,⁹ y *Zangwill*,¹⁰ apunten la frecuencia con que las alteraciones del dominio lateral se asocian a ese tipo de retraso oral. Por ejemplo, el primero de dichos autores halló pobre lateralización de la mano en el 50% de sus pacientes, frente a sólo el 14% en la población general de los niños de la misma edad; el ambidextrismo se encontró frecuentemente en los padres y parientes cercanos. No obstante la gran discusión que se ha suscitado alrededor del significado de hallazgos de este tipo, se sigue valorando por muchos que esta condición de competencia entre los dos hemisferios puede muy bien impedir una maduración rápida del habla.

Nosotros, como otros autores, principalmente *Weiss*,¹¹ sin dejar de reconocer el papel que pudiera desempeñar en algunos casos la tesis ortoniana de dificultad en la gradación de la lateralidad con sus diversas variantes, nos afiliamos a la concepción etiológica básica de maduración deficitaria del sistema nervioso central; al final del trabajo, cuando abordemos la ubicación causal del tartaleo, volveremos a considerar esta hipótesis, aunque en forma más definida y en relación colectiva con otros trastornos del lenguaje.

Por último queremos referirnos, aunque sólo sea de manera breve, al diagnóstico diferencial de la entidad que describimos,

y que es necesario hacer básicamente con otras cuatro:

1. *Retraso mental*: la importancia de su pesquiasaje queda señalada por el trabajo de Ingram,¹² quien en la casuística del Royal Hospital for Sick Children, de Edimburgo, halló que más de la mitad de los niños que no han hablado a los dos años, han sido deficientes mentales.

2. *Lesión cerebral*: ésta puede ocasionar retraso oral no sólo por anartria o disartria graves, daño centrocortical, etc., sino también por el establecimiento de dificultades en la selectivización de estímulos como expresión de disfunción cerebral generalizada, causa esta que se tiene poco en cuenta hasta ahora.

3. *Sordera periférica*: en este trastorno puede presentarse ausencia o retraso del habla, no sólo por anacusia o hipoacusia ordinarias, sino también por deficiencias llamadas regionales, ante todo en lo que concierne a las frecuencias altas.

4. *Autismo infantil precoz*: en este trastorno psíquico, cuyo principal síntoma en el niño es una ruptura del puente relacional con situaciones y personas, es explicable que se exhiba ordinariamente un desarrollo oral notablemente retardado.

En todos estos casos una anamnesis exhaustiva, la aplicación correcta de diversos tests (psicológicos, audiométricos, etc.), una competente evaluación neurológica, y primordialmente la observación clínica minuciosa, considerando al niño como un todo funcional, viabilizarán el diagnóstico exacto.

Además, secundariamente, debe conocerse la diferencia con respecto a otras causales de retraso del habla que, aunque de menor cuantía y frecuencia, pueden dar lugar a confusiones. Ellas son:

5. *Deprivación emocional*: en este capítulo están incluidos aquellos niños que

por distintas razones (enfermedades generales de larga evolución, necesidad de asistir todo el día a círculos infantiles o guarderías, etc.), han sido hospitalizados o institucionalizados durante las etapas normales de integración del habla, faltándoles así los necesarios estímulos afectivos para una buena marcha del desarrollo de su habla.

6. *Falta de motivación*: nos referimos aquí a los niños más bien sobreprotegidos, a los que, lejos de motivarse adecuadamente para la adquisición del habla, se les proporcionan todas las necesidades apenas ellos hacen un gesto o emiten un simple murmullo; naturalmente esos niños se van por la línea del menor esfuerzo, y retardan así su desarrollo verbal.

7. *Deficiente ambiente verbal*: no resulta difícil comprender que los niños que se desenvuelven dentro de un ambiente deficitario, en lo que se refiere al lenguaje oral, ya cuantitativa, ya cualitativamente, demorarán en la adquisición de ese vehículo de comunicación; el bajo nivel de cultura, las dislalias múltiples, rinolalias, etc., en los padres y familiares cercanos, se han considerado como factores que influyen en ese sentido.

8. *Shock emocional*: bajo este epígrafe se comprenden aquellos niños que durante la fase de comienzo del habla reciben un impacto o choque emocional de tipo fuerte, sobre todo en relación con el lenguaje oral, por lo que se discontinúa el desenvolvimiento de éste en mayor o menor grado.

9. *Conflicto emocional*: esta causal, parecida a la anterior, aunque de montaje y evolución mucho más lentos, se produce por un rechazo afectivo hacia la o las personas encargadas de la estimulación del habla dentro del medio familiar. A veces se produce lo que algunos autores llaman un "mutismo electivo", dirigido

contra alguno o algunos individuos en el ambiente.

10. *Bi o polilingüismo*: se menciona también esta condición, en la cual sería lógico esperar un retraso del habla, al tener el niño inicial necesidad de escoger entre varias palabras para designar el mismo objeto, o hacerse entender en un momento determinado. (Señalemos aquí que este factor ha sido incriminado también, no sin cierta razón, como causante de desarrollo de tartamudez en algunos casos.)

11. *Histidinemia*: esta es una aminoaciduria familiar, hereditaria, más bien rara, parecida a la fenilcetonuria que presenta entre sus síntomas, retraso oral y otros problemas del habla, aunque basada en un déficit intelectual. El examen cromatográfico de la orina en los niños retrasados del habla se ha llegado a proponer para descartar esta afección.

Pasemos ahora al estudio de la segunda gran entidad logopática, el *tartaleo*. Pero antes creemos necesario aclarar algunos puntos con respecto a la terminología, ya que podría crearse una confusión con *tartajeo*, denominación vaga e imprecisa, felizmente menos utilizada cada vez, y que se empleó en un tiempo para designar indistintamente tartamudez, dislalia, o simplemente cualquier tipo de habla enredada y vacilante. El vocablo "tartaleo", manejado en este trabajo, es el equivalente en español, al de "cluttering" en inglés, y constituye una entidad nosológica del habla, perfectamente estudiada y delimitada hoy en día; corresponde también al término "*paraphrasia praeceps*", utilizado inicialmente por Fröschels,¹³ así como al nominativo "*poltern*" de Liebmann¹⁴ y los autores alemanes.

2. *Tartaleo*: éste es un trastorno oral que debido a su reciente y definitiva delimitación realizada por Weiss,¹⁵ de la es-

cuela de Viena, no conocen bien muchos especialistas del habla, de procedencia escolástica diferente o sin una dirección de pensamiento científico definida; no es hasta el último cuarto de siglo que los aportes conceptuales de varios autores, además de Weiss, lo han conformado como entidad; entre ellos pueden mencionarse: De Hirsch,¹⁶ Freund,¹⁷ Langova y Moravek,¹⁸ y Seemann.¹⁹

Como bien dice Weiss,¹¹ "...el tartaleo es en realidad la representación verbal de una disposición básica que puede afectar los otros canales de la comunicación, así como el desarrollo infantil y general". Presenta una sintomatología abundante, característicamente variada y cambiante, subrayada por una arista muy especial: *falta de conciencia* de su problema; básicamente, el tartaleador no se entera de que habla deficientemente, contrariamente al tartamudo, el cual exhibe una vivencia extraordinaria y dolorosa de su trastorno.

Los síntomas del tartaleo pueden ser divididos en dos clases: *principales* y *secundarios*. Los primeros, también llamados obligatorios, están supuestos a ser de presencia constante; los últimos, aunque de gran frecuencia, pueden faltar en algunos casos.

Los síntomas principales son:

1. *Desorganización ideoverbal*, como expresión de una inadecuada preparación mental para el habla, de una falta de talento para la concepción central del lenguaje oral.
2. *Repeticiones de sonidos, sílabas y palabras*, o sea, habla repetitiva y vacilante, es causada por el déficit atropello conceptuales o ambos unido a un impulso oral sobreviene antes de aclararse aquellos.

3. *Concentración y memoria atencionales deficientes.*
4. *Débil percepción sensorial general*, bien primariamente, bien secundariamente a los síntomas mencionados en el inciso anterior; esto último es lo más probable.

Síntomas secundarios:

1. *Taquialalia*, para nosotros, es uno de los más conspicuos, y para muchos autores es patognomónico, tanto, que llaman al tartaleo, "taquifemia". Esta precipitación desordenada del habla, al significar falta de control (se normaliza o disminuye al concentrar la atención) es catalogada como representativa de una débil maduración.
2. *Anteposiciones e interposiciones*: ya de prolongaciones vocálicas, ya de palabras, frases, modismos, etc. Esto tiene lugar especialmente antes de iniciar una nueva proposición, e indica que no está lista el próximo pensamiento, sólo que el paciente no se puede resistir a hablar.
3. *Detención en las vocales*: acompañada de cierto esfuerzo de contracción muscular, lo que podría dar lugar a pensar en tartamudez, pero en esta última, ello se produce preferentemente en las consonantes, y se efectúa conscientemente, lo que no sucede en el tartaleo. Como hubimos de mencionar en un artículo nuestro anterior,²⁰ este problema vocálico constituye un signo de tartaleo sintomático y no de espasmofemia funcional en el síndrome de Down.
4. *Desórdenes articulatorios y motores*: pronunciación general pobre, desdibujada; desplazamiento e inversio-

nes de sonidos, principalmente en palabras largas: telescopiamiento de vocablos; dislalias, ante todo sigmatismos y rotacismos. Frecuentemente, cierta incapacidad motora general.

5. *Deficiente expresión gramatical*: se observa fundamentalmente disminución de las facultades para vertebrar una narración, sufriendo por ello toda la estructura gramatical. Hay falta de cohesión, no se completan las frases, se saltan los detalles. Existe una propensión mucho mayor a la síntesis que al análisis.
6. *Monotonía*: atribuida por algunos a un déficit de musicalidad; debe señalarse, sin embargo, que los registros experimentales han demostrado más bien una *esterotipia verbal rítmica* o empleo repetido de patrones melódicos cortos, lo que psicológicamente se explica porque el tartaleador piensa más bien en concentrados pequeños de dos o tres palabras cada vez, y no en frases y oraciones como las personas normales.
7. *¿Trastornos respiratorios?*: como en la tartamudez, ellos son aquí un síntoma secundario a la "disposición" tartaleadora, un seudosíntoma, no importa cuánto pueda llamar la atención a veces una respiración tumultuosa, anárquica o arrítmica en estos casos.
8. *Retraso del habla*: en la mayoría de las ocasiones se comprueba en la casuística, que tanto el tartaleador como sus parientes cercanos rompieron tarde a hablar. Se ha propuesto como causa una debilidad constitucional, congénita, de la disposición oral del tartaleador.

Se describen, además, *síntomas asociados* en otros canales de la comunicación; éstos son tan frecuentes que no sólo completan el diagnóstico, sino que indican también el amplio radio de los trastornos envueltos en el tartaleo, y son los siguientes:

1. *Desórdenes de la lectura*: muy característicos, muy marcados, son casi una confirmación diagnóstica. El paciente quizás empiece a leer bien un texto, pero enseguida su atención cae y comienzan las fallas; más bien "adivina" las palabras, se aproxima a ellas. Salta hasta frases enteras sin darse cuenta, aunque se rompa la unidad contextual. Se omiten, sustituyen o invierten sonidos. Es muy llamativa la presencia de "lectura fantástica", en la que se inventan vocablos y frases completas.
2. *Desórdenes de la escritura*: se conciben éstos como consecuencia de la inhabilidad motora. La ortografía es pésima, la letra mala e irregular. Hay omisión, transposición e inversión de grafemas.
3. *Inhabilidad rítmica y musical*: no aceptada por muchos autores, ya que no está respaldada por suficiente investigación.
4. *Hiperquinesia*: este es uno de los síntomas más característicos. Basado en un cambio constante de foco de interés, el tartaleador presenta una movilidad que algunos autores llegan a calificar de casi continua. El niño compulsivamente habla, se mueve y gesticula. Esta intranquilidad se ha tratado de explicar diversamente: la psiquiatría clásica invoca trastornos emocionales como fondo; Seeman²¹ y sus seguidores culpan a lesiones submicroscópicas del *stratum*

pallidum, etc. Weiss¹¹ insiste en una base constitucional, y hace notar que esa hiperquinesia es inconsciente; recuerda al niño pequeño y su falta de autocontrol, y sugiere, por tanto, déficit de maduración.

El principal carácter del tartaleo, que lo distingue fundamentalmente, es que el paciente reacciona mejor bajo presión, cuando se le fuerza fijar su atención. Esto coloca al déficit de la última y a la debilidad concentracional en el punto neurológico de la afección.

Los hallazgos electroencefalográficos en el tartaleo muestran algunas peculiaridades específicas, en particular la persistencia de ondas que normalmente caracterizan a la infancia temprana, y que deben desaparecer a los 6 años de edad o sus alrededores. De una manera general, puede decirse que el EEG, en los tartaleadores, exhibe más desviaciones que en el tartamudo, y en éste a su vez, más que en el normal.

Esas desviaciones y su naturaleza parecen sugerir un retardo o una falta en la maduración del sistema nervioso central, condición que muchos autores consideran como la base del tartaleo, entre ellos De Hirsch,²² quien parte en su trabajo de la descripción de la plasticidad de los niños inmaduros que hace Bender.²³

En cuanto al factor herencia, todos los autores están de acuerdo en que desempeña una función importante en el tartaleo, así como existe un acuerdo general entre ellos acerca de la ya señalada mayor proporción de incidencia del trastorno en el sexo masculino.

¿Cómo situar conceptualmente al tartaleo? Esto no puede responderse sin antes revisar cuidadosamente la gran variedad de síntomas descritos en él y que en realidad incluyen muchos trastornos de la comunicación, lo que inclina a relacionar en cierto modo estos últimos; asimismo,

no debe perderse de vista la función que desempeña la atención y su concentración.

Basándose en estas consideraciones expuestas en el párrafo anterior, nuestro maestro, *Weiss*,¹¹ en cuyo trabajo nos apoyamos totalmente, plantea la concepción de un común denominador: *imbalance del lenguaje central*, no sólo para el tartaleo, sino también para los trastornos primarios del tipo de retraso del habla, como dislalias, disritmias y dismusias, hiperquinesia, y dificultades específicas de la lectura y escritura.

El tartaleo, que sería la manifestación primaria máxima de ese "desbalance" en

el área verbal, de articulación, fungiría de base, en ciertos casos, para la tartamudez, la cual tendría siempre un carácter secundario de epifenómeno, de reacción funcional, o mejor aún, psicofuncional.

Por último, creemos que la mejor manera de terminar este trabajo, sería citando las palabras de nuestro maestro: "...el concepto del tartaleo es una importante señal de tránsito, de guía, colocada en una de las más oscuras encrucijadas en que se topan la pediatría, la psiquiatría infantil, la patología del habla, y la educación especial".

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Critchley, M.* Developmental dyslexia. En: *Bakwin, H.* Edit., Symposium on developmental disorders of motility and language. *Pediatric Clin North Am* 15: 669-676. 3, august, 1968.
- 2.—*Santini, H.* Estudio del lenguaje. En: *Rebollo, M. A., Santini, H., Ascer, A., Cardús, S., Ihlenfeld, S., Lluch, E., y Montero, O.* Estudio neuropsicopedagógico de niños con dificultad en el aprendizaje de la lectura, Cap. II, pág. 231. memorias del Primer Congreso Latinoamericano de neuro-pediatría, Montevideo, 1971.
- 3.—*Berry, M. P.* and *Fisenson, J.* "The Defective in Speech" Appleton-Century-Crofts, Inc. New York, 1942.
- 4.—*Bakwin, H.* "Delayed Speech: Developmental Mutism". En: *Bakwin, H.* Edit., "Symposium on Developmental Disorders motility and language". *The Pediatric Clin North Am* 15: No. 3, pag. 627, august, 1968.
- 5.—*Alajouanine, Th. et P. Mozziconacci.* "L'Aphasie et la de-integration fonctionnelle du langage". L'Expansion Scientifique Française, Paris, 1960.
- 6.—*Orton, S. T.* Reading, writing and speech problems in children. W. W. Norton and Co. New York, 1937.
- 7.—*Ingram, T.T.S.* Specific developmental disorders of speech in childhood. *Brain* 82: 450, 1959.
- 8.—*Brain, L.* Speech disorders-aphasia, apraxia and agnosia. London, Butterworths, 1965.
- 9.—*McCready, E. B.* Defects in the zone of language (worddeafness and word-blindness) and their influence in education and behavior. *Am J Psychol* 6: 267, 1926.
- 10.—*Zanguill, O. L.* "Cerebral Dominance and its relations to Psychological Functions". Edinburgh, Oliver and Boyd, 1960.
- 11.—*Weiss, D. A.* "Cluttering: Central Language Imbalance" En: *Bakwin, H.* Edit., "Symposium on Development Disorders of Motility and Language". *The Pediatric Clinics of North America*, Vol. 15, No. 3, pag. 765, august, 1968.
- 12.—*Ingram, T. T. S.* "Auditory Imperception and Related Disorders" *Proc Roy Soc Health*, 1964.
- 13.—*Fröschels, E.* "Speech Therapy". Expression Co. N Y, 1933.
- 14.—*Liebmann, A.* "Poltern (Paraphrasia praecipua)". En: "Vorlesungen über Sprachstörungen" Berlin, O. Coblentz, Vol. 44 p. 57, 1960.
- 15.—*Weiss, D. A.* "Chuttering" Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, Inc. 1964.
- 16.—*De Hirsch, K.* "Studies in Tachyphemia IV. Diagnosis of Developmental Language Disorders". *Logos*, 4: 3, 1961.
- 17.—*Freund, H.* "Studies in the Interrelationship between Etuttering and Cluttering". *Folia Phoniatrica*, 4: 146, 1952.
- 18.—*Langová, J. and Morávek, M.* "An Experimental Study of Stuttering and Cluttering". Praha, Academia, 1966.
- 19.—*Seemann, M.* "Letiopatrogenese du Begaimeent et du Credou-uillement". *Rev Lar (Bordeaux)*, 86, 1009, 1965.
- 20.—*Cabanas, R.* "Some Findings in Speech and Voice Therapy among Mentally Deficient Children". *Folia Phoniatrica*. 6: 31, 1951.

Recibido el trabajo: septiembre 20, 1974.