

Función de la comunicación oral en el diagnóstico temprano del niño retrasado mental*

Por el Dr.:

RICARDO CABANAS**

Cabanas, R. *Función de la comunicación oral en el diagnóstico temprano del niño retrasado mental*. Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

El presente trabajo intenta ofrecer, de manera concreta y definida, datos concernientes a la conducta verbo-vocal de los niños retrasados mentales, que pueden tener un determinado valor diagnóstico en su detección específica, así como en el sentido diferencial en relación con las principales entidades nosológicas infantiles susceptibles de afectar en algún grado la comunicación oral en su evolución, creando por ello situaciones confusionalistas. Se enfatiza en el estudio de los caracteres estructurales de las anomalías dislálicas en el niño oligofrénico, comparativamente con las alteraciones similares del niño normal intelectualmente. Finalmente se señalan las distinciones fundamentales articulatorias vocales, y del llanto y la risa, que pueden ayudar a establecer un diagnóstico diferencial del retraso mental con la sordera periférica, la lesión cerebral y la alteración psíquica.

La comunicación oral, aparte del hecho reconocido de ser el instrumento *sine qua non* de las relaciones sociales y el vehículo del desarrollo de la inteligencia en el sentido de la sociedad moderna, reviste características particulares muy definidas en lo que respecta a valores específicos de señalización en diversas aplicaciones científicas; ejemplo de esto es el auge que tienen en el último cuarto de siglo los estudios e investigaciones sobre las relaciones existentes entre la personalidad normal y anormal, de una parte, y los distintos atributos del habla y de la voz, de otra, y que han llegado a conferirle a la co-

municación oral capacidades diagnósticas significativas.¹

Es en ese sentido señalizador mencionado en el párrafo anterior, que este trabajo intenta ofrecer elementos de valoración diagnóstica temprana expresados en los síntomas verbales y vocales del niño retrasado mental. Para ello nos basaremos fundamentalmente en los planteamientos expuestos en un trabajo anterior nuestro² y que puntualizaremos convenientemente aquí. ¿Por qué el interés en subrayar tales valores en el seno de la psiquiatría? Es conocido que al psiquiatra acuden con mucha frecuencia a consultarse por primera vez, los pacientes con trastornos de la comunicación oral, especialmente niños con retraso del lenguaje; esta afección, tanto en su modalidad cuantitativa como en la cualitativa, constituye el signo no sólo más temprano tal vez, sino también el más conspicuo en los niños retrasados mentales al impedir o dificultar el nor-

* Trabajo presentado en el IX Congreso de la APAL, febrero 20-26, La Habana, 1977.

** Responsable nacional de logopedia y foniatría; jefe del departamento de logopedia y foniatría, hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga", calle F entre 27 y 29, Plaza de la Revolución, 4, La Habana.

mal comienzo y desarrollo de la comunicación social por excelencia que es el habla, razón por la cual se produce la circunstancia favorable de que los padres de esos niños los llevan al médico cuando aún son bastante pequeños, porque "hablan poco" o "enredado". De ahí la importancia de que el psiquiatra esté en condiciones de efectuar un examen especializado exhaustivo sobre los detalles de esa habla incorrecta o insuficiente, ya que algunos de ellos podrán servir de índice para, al menos, sospechar la existencia de una base de retraso mental.

Primeramente mencionaremos los elementos orales que poseen un valor diagnóstico específico en la oligofrenia. Ellos son:

a) *Alternancia en la producción normal y anormal de un mismo fonema.*

Esta característica es una de las más observables, si no la más observable, en la práctica clínica con los niños retrasados mentales. Es muy común escuchar a estos niños, aun dentro de la misma frase si su expresión gramatical es relativamente extensa, articular correctamente un fonema ahora, para después omitirlo, sustituirlo o distorsionarlo, lo que se repite varias veces durante el examen. Naturalmente, en la base del elemento diferencial aquí señalado se encuentra el concomitante déficit atencional de estos muchachos.

Un detalle adicional que se debe tener en cuenta: esa situación de alternancia se producirá muchas veces englobando inclusive fonemas del primer nivel de articulación, el más anterior en el canal bucofaringeo, como son la P, la B, la M, los cuales, por sus características fisiodinámicas relativamente fáciles de pronunciación, sólo se afectan en alteraciones orgánicas graves como la anacusia, la disartria grave, o la misma oligofrenia, pero de grado tan profundo que el diagnóstico no ofrecería dificultad alguna, dados los síntomas y signos acompañantes: facies, babeo, etc.

b) *Afectación de fonemas no usualmente tomados en las dislalias del niño no retrasado mental*

Por tal entendemos la relativa tendencia del niño oligofrénico a presentar dislalias que afectan fonemas como la J, sonido articulado que puede caracterizarse como de simple fisiodinamia, de raro encuentro en los niños normales intelectualmente. Asimismo, perteneciente a esta categoría, se halla otro hecho también: la no articulación de los dip-tongos.

c) *Dislalias generalizadas de tipo infantiloides, con adelantamiento a veces del segundo nivel articulatorio.*

Resulta más bien excepcional la circunstancia de que un niño retrasado mental sea conducido a consulta especializada a causa de presentar sólo uno o dos fonemas afectados dislálicamente. Lo usual es una toma múltiple o generalizada de la articulación, la que a su vez exhibe comúnmente características infantiloides, como recordando etapas ontogénicamente inferiores (*baby talk* de los autores norteamericanos). En no pocas ocasiones esto se acompaña, con cierta significación, de una dislalia de S distintiva: el sigmatrismo interdental, a veces con adelantamiento igualmente interdental de los otros fonemas que componen el segundo nivel articulatorio, T, D, N, L, R, condición que recibe el nombre de "interdentalismo".

d) *Presencia significativamente mayor de dislalias de adición.*

Nos referimos con esto al encuentro, bastante más frecuente en el niño débil mental, de dislalias muy típicas: las así llamadas "de adición" debido a que en ellas se añaden elementos articulatorios superfluos. Sobre todo, una dislalia de adición es más observable aquí: el "rotacismo bilabial", caracterizado porque, a los intentos infructuosos de articular una R normal, se une, supernumeraria o sobrepuestamente, una vibración de los labios mayor o menor.

e) *Ruptura de la lógica de dificultades estructurales fonemáticas*

Por tal debe entenderse una serie de fenómenos que se presentan con mayor frecuencia significativa en el niño oligofrénico. Ellos representan una altera-

ción ilógica del orden natural de dificultades estructurales en el logro articulatorio de un fonema determinado. Un ejemplo característico, y el más común, está dado por un rotacismo o dislalia de R que afecte la ere intermedia (la de "María") y no la erre doble (la de "arriba"); esta última es de indiscutible mayor dificultad estructural.

A continuación expondremos la ayuda diagnóstica diferencial que puede ofrecer la comunicación oral respecto a los otros grandes síndromes que pueden determinar un retraso en el lenguaje, aparte del retardo mental, como son: la sordera periférica, la lesión cerebral, y la alteración psíquica. Para ello desglosaremos la comunicación oral en tres acápite informativos de valor: articulación, voz, llanto y risa.

1. **ARTICULACION:** a) *Sordera periférica.* Por lo general, en el niño sordo o hipoacúsico profundo, la articulación no existe; en casos menos graves puede estar presente, pero entonces los sonidos correspondientes serán característicamente pobres, inexactos, mal dibujados. Ahora bien, si hay articulación en el niño sordo, ella tendrá siempre un ribete muy particular: el de usarse sólo intencional y significativamente, no por placer. b) *Lesión cerebral.* En el niño lesionado cerebral, más que articulación, encontraremos intentos de jerga. La imagen oral es por lo común deficiente o inconsistente, lo que altera la significación. A veces puede encontrarse ecolalia. c) *Alteración psíquica.* En estos casos, especialmente en el niño autista, existirá bien un mutismo absoluto que se arrastra desde siempre, con ausencia de desarrollo oral y por lo tanto articulatorio, o bien el mutismo es actual, con previo desarrollo oral y cese súbito del mismo, en estos casos la articulación se refiere como un hecho perteneciente al pasado. También aquí hay ecolalia en ocasiones de manera sorprendente, y el niño repite frases escuchadas horas o días antes ("ecolalia tardía"), o bien la ecolalia es inmediata, utiliza entonces en lugar de la afirmación "sí" muchas veces; se ha referido como característico el uso erróneo de los pronombres "tú" y "yo".

d) *Retraso mental.* En el niño débil mental la articulación, cuantitativamente poca, ha aparecido siempre tardiamente, y en sus caracteres cualitativos es típicamente somera, superficial e incompleta (en relación con el cociente intelectual).

2. **VOZ:** a) *Sordera periférica.* En el niño sordo la voz tiene un carácter inconfundible, exclusivo, no hallable en ningún otro; está alterada acústicamente en el timbre, el tono y la intensidad, con variaciones o alternancias ocasionales en ellos (de lo agudo a lo grave o viceversa, de lo débil a lo fuerte o viceversa, etc.). Igualmente en la resonancia se encuentra muchas veces rinofonía alternante. Lo mismo que la articulación, la voz es siempre usada intencional y significativamente. b) *Lesión cerebral.* La característica vocal del niño lesionado cerebral es usar su voz de manera más bien errática. No hay alteración de los caracteres acústicos. c) *Alteración psíquica.* Principalmente el niño autista, si deja oír su voz, es de manera sorpresiva. No lo hace con relación ambiental, y es carente de significación (en conexión con su fantasía interior). No hay alteración acústica. d) *Retraso mental.* El niño oligofrénico usa su voz muchas veces sustituyendo a la articulación. (Gorgeos, murmullos, etc.), evoca estadios ontogénicos anteriores. El tono, el timbre, etc., son normales.

3. **LLANTO Y RISA** a) *Sordera periférica.* En el niño sordo el llanto es más insistente, más vigoroso, más demandador; la risa se halla siempre en una relación muy directa con lo visual. Ambos son lógicos y significativos, y, al contener voz, tienen las mismas alteraciones acústicas que ella. b) *Lesión cerebral.* Aquí la risa y el llanto son atípicos, inadecuados en lo emocional, faltos de intensidad en el sentimiento. Normales acústicamente. c) *Alteración psíquica.* En estos niños tanto el llanto como la risa son de aparición brusca, sin responder a motivos reales. El llanto es más bien seco, y, como la risa, es normal acústicamente. A veces se observa ausencia reaccional al dolor, lo que ha etiquetado a esos niños como "demasiado sordos para ser sordos", al resistir in-

tensidades sonoras que sobrepasan el nivel del dolor en las pruebas audiométricas. d) *Retraso mental*. Los niños oligofrénicos hacen uso de un llanto por

lo general más copioso y abundante; su risa es más bien sustituida por la sonora. Ambos carecen de alteraciones acústicas.

SUMMARY

Cabanas, R. *Oral communication function in the early diagnosis of mental retardation in the child*. Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

It is attempted to offer concretely and definitely some data regarding the verbal-vocal behavior of mentally retarded children which may have a determined diagnostic value in the detection of such entity as well as in its differentiation from the main infantile nosological entities which can affect the evolution of oral communication in a variable degree thus leading to troublesome situations. The study of the structural characteristics of dyslalias in oligophrenic children compared to similar disorders in intellectually normal children is emphasized. Finally, the fundamental vocal, crying and laugh articulatory distinctions which can help in the differential diagnosis among mental retardation, peripheral deafness, brain lesion or psychic disorders are pointed out.

RESUMÉ

Cabanas, R. *Fonction de la communication orale dans le diagnostic précoce de l'enfant ayant arriération mentale*. Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

Ce travail tente d'offrir, de façon concrète et définie, des données concernant la conduite verbale-vocale des enfants ayant arriération mentale. Ces données peuvent avoir une certaine valeur diagnostique dans leur dépistage spécifique, ainsi que dans le sens différentiel par rapport aux principales entités nosologiques infantiles capables de toucher en quelque degré la communication orale dans son évolution, entraînant des situations obscures. Il faut étudier les caractères structuraux des anomalies dyslaliques chez l'enfant oligophrénique, en faisant la comparaison avec les altérations similaires de l'enfant normal du point de vue intellectuel. Enfin, les principales différences articulatoires sont signalées, ainsi, que celles des pleurs et du rire, lesquelles peuvent aider à établir un diagnostic différentiel de l'arriération mentale avec la sourdité périphérique, la lésion cérébrale et l'altération psychique.

РЕЗЮМЕ

Кабанас, Р. *Функция голосовой связки при ранней постановке диагноза у ребенка с умственным отставанием*. Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

Настоящая работа в краткой и определенной форме представляет данные о словесно-голосовой связке у детей умственно отсталых, данные, которые могут иметь определенную ценность при постановке диагноза при специфическом обнаружении этой связи а также в дифференцированном смысле в отношении основных чувствительных детских носологических заболеваниях, способных нарушить в некоторой степени голосовую связку при её развитии, создавая таким образом сомнительные ситуации. В исследовании делается специальный подход к структуральному характеру ристикам аномалий речесвязки у детей с врожденной психической недостаточностью, сравнивая их с похожими заболеваниями у детей с нормальными интеллектуальным мышлением. В заключении указываются основные различия голосовых артикуляций, как плача, так и смеха, которые могут помочь постановке дифференциального диагноза умственного отставания с периферической глухотой, с мозговыми нарушениями и с психологическими осложнениями.

BIBLIOGRAFIA

1. *Davitz, J. R.; Davitz, L. J.* The communication of feeling by contentfree speech. *J Commun* 9: 6, 1, 1959.
2. *Starkweather, J. A.* Vocal communication of personality and human feelings. *J Commún* 11: 63, 1, 1961.
3. *Markel, N. N.* Psycholinguistics. An introduction to the study of speech and personality. The Dorsey Press, Homewood Ill, 1969.
4. *Scherer, K. R. et al.* Minimal cues in the vocal communication of affect, judging emotions from contentmasked speech. *J Psycholing Res* 1: 269, 3, 1972.
5. *Cabanas, R.* Alteraciones del habla y de la voz en el niño retrasado mental. Revisión y enfoque logofoniatrico. Trabajo presentado en el II Congreso Panamericano de Retardo Mental, Ciudad de Panamá, agosto 24 al 29 (en prensa), 1975.
6. *Azcoaga, J. E.* Trastornos del lenguaje. Cuenca, Buenos Aires, 1974.
7. *Bakwin, H.* Delayed speech: developmental mutism. En: Bakwin, H. (ed.): Symposium on developmental disorders of motility and language. *Pediat Clin North Am* 15: 627, 3, 1968.

Recibido: octubre 24, 1977.

Aprobado: diciembre 6, 1977.