REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA

Vol. 29

FEBRERO - MARZO

N.os 2 - 3

TRABAJOS ORIGINALES

ANOMALIAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Drs. RICARDO OLEA, EDITH NEIRA y FERNANDO SANHUEZA

Servicio de Neuro-Psiquiatría.
Hospital Clínico de Niños "Roberto del Río".

Muy útil sería podernos extender sobre los detalles del desarrollo normal del lenguaje, pero ello en sí constituye un vasto tema por lo cual enfocaremos aquí, someramente, sólo algunos aspectos importantes para nuestro estudio. Se trata de problemas nada simples, pero forzoso es para el clínico llegar a algunas formulaciones simplificadas, aunque sea a título provisorio, para poder orientarse y orientar a los que a él acuden en demanda de consejo o ayuda. En el presente trabajo nos proponemos aproximarnos a esas formulaciones, seleccionando y cotejando a través de la experiencia clínica acumulada en nuestro servicio los conceptos que sobre el apasionante tema del lenguaje se han vertido hasta ahora en las publicaciones que hemos podido tener a nuestro alcance, que, desde luego, no son todas las que hubiéramos deseado.

El lenguaje es una función compleja que abarca no sólo la expresión verbal sino también la gestual y la escrita, y a todo ello nos referimos al hablar de lenguaje. Como es sabido, su fin primordial es hacer posible la comunicación con los demás, actividad esta de alta jerarquía en la filogenia del psiquismo. Esta necesidad de comunicarse con los demás, aparece ya muy precozmente y quizá una de sus primeras manifestaciones sea la sonrisa de agrado del niño de 3 a 4 meses al ver acercarse a su madre. Vemos, entonces, un factor afectivo, emocional, en la base del desarrollo del deseo de comunicarse. Pronto esta manifestación primaria se va

haciendo más extensible y compleja: el niño inclina todo su cuerpo hacia la madre junto con sonreírle, después tiende los brazos, expresando claramente su deseo de que lo tomen en brazos. A todo esto, y habiendo ya una expresión franca de un deseo, puede no ir todavía acompañada de manifestaciones verbales rudimentarias, como es el gorjeo, las cuales terminan, sin embargo, por sumarse a la acción gestual. Así es evidente que los gestos preceden al lenguaje verbal y que posteriormente lo acompañan aún en las expresiones más intelectualizadas de él, pero ya en este caso en un plano muy subalterno.

Las primeras expresiones verbales del niño no tienen en realidad nada que ver con su deseo de comunicarse sino que son simplemente el resultado de la tendencia innata a ejercitar la movilidad donde quiera que haya musculatura estriada; resultan así toda clase de ruidos y sonidos que producen satisfacción al niño y persevera por eso en ello; los sordomudos congénitos no escapan a esta tendencia; de ahí que sea raro que lleguen a ser catalogados de tales antes de la etapa de la formación voluntaria de palabras. En esa etapa en que el niño juega con los sonidos pueden registrarse sonidos como el de la R, la S, la L o la K, que más tarde, en el período de imitación, no logra reproducir y que son de los últimos en adquirirse.

Al período que acabamos de referirnos sigue otro en que existe el deseo de imi-

tar palabras y por eso es que los sonidos que implican movimientos más visibles son los primeros en aparecer; desde luego las vocales y algunas consonantes como la M, la P, y la T. Es decir que aquí intervienen la audición y la vista en el mecanismo de formación de las primeras palabras imitadas. De ahí también que muchos sordomudos aprendan a decir oportunamente "mamá" y otras palabras de ese tipo antes que se descubra que son sordos.

Mucho antes de que el niño termine de aprender a reproducir bien todas las letras ya tiene un vocabulario suficiente para comunicarse, iniciando así la etapa propiamente comunicativa de la elocución. Las primeras palabras las emplea para expresar sus emociones; son más bien interjecciones en las que todavía el gesto predomina sobre expresión verbal misma. Más tarde expresa deseos; al comienzo una sola palabra puede tener el significado de una frase, por ejemplo, "leche" puede significar "quiero leche" o tráigame leche. Poco a poco va usando dos o tres palabras que dan por resultado una frase simple, como por ejemplo, "el niño cayó" (alrededor de los dos años) para llegar a frases capaces de expresar algún concepto (alrededor de los tres años) originándose la "edad de las preguntas", que constituye una importante etapa del desarrollo psicológico. Al respecto dice Cassirer: "En la construcción de la conciencia humana quizá no haya paso más grande y más importante que aquel que lleva de la expresión vocal en forma de grito o de cualquiera otra interjección emocional o la expresión en forma de pregunta. Pues es en la pregunta que por vez primera se rompe la coerción de la necesidad física y es puesto el fundamento de la libertad espiritual. En la pregunta se expresa por vez primera una necesidad dirigida no hacia la posesión de un objeto sino a la adquisición de un conocimiento. Es el comienzo de toda "curiosidad intelectual verdadera y pura".

El niño ha llegado a darse cuenta mediante los movimientos, sus afanes de exploración (manual al comienzo y deambulatorio después) y por el perfeccionamiento y entrenamiento de sus sensaciones de que él es una cosa distinta de lo que lo rodea, va tomando conciencia de su yo. Luego aprende que las cosas que

no son él tienen un nombre y este nombre tiene ulteriormente un significado para él. He aquí los primeros esbozos de la función de simbolización. Paralelamente comienza a tomar conciencia de las relaciones entre las cosas y de ellas con los movimientos, llegando así a esbozar el concepto de espacio y de tiempo, y las resistencias que encuentra en el medio ambiente lo encaminan hacia el concepto de realidad. Todo este conjunto de nuevas adquisiciones psíquicas da lugar a las primeras manifestaciones propiamente intelectuales, con menor relación con los afectos que hasta entonces.

Dentro de la formación del concepto de su yo, la noción de su todo corporal parece establecida en el niño hacia los 2 años, pero la imagen del cuerpo sigue aún imprecisa y se organiza cada vez más con ayuda de las aferencias sensibles. Así como el gorjeo ha sido uno de los ejercicios previos del lactante para adquirir más tarde la palabra imitada y después la voluntaria, así también para que se posibilite la escritura se necesitará de algunas capacidades motoras y de orientación espacial que se van desarrollando precoz y lentamente y lo prepara para dicha actividad: comienza por imitar la escritura de los adultos garabateando, y más tarde dibuja; a los 2 años es capaz de hacer un trazo en sentido vertical y a los 3 uno horizontal; con todo esto no puede copiar un cuadrado sino a los 4 años y un rombo a los 7 años; distingue derecha e izquierda hacia los 6 años.

De acuerdo con las capacidades que el niño va desarrollando va adquiriendo su vocabulario. Las primeras palabras son nombres, después formas simples de verbos, más tarde adjetivos, adverbios, pronombres, preposiciones y las formas más complicadas de los verbos. Concediendo muy amplios márgenes de variaciones normales, se acepta que el promedio de palabras que posee un niño de 1 1/2 años es 10, de 2 años 250 y de 3 años 900; a los 4 o 5 años es ya un buen charlador. Ya hemos visto que en el lenguaje, en sus primeras etapas es puramente afectivo. Más que la designación de un objeto como entidad conceptual, la palabra es la designación de un estado afectivo interno frente a ese objeto. Pero ese estado afectivo al hacerse comunicable pasa a ser un nuevo objeto para el yo. Esta objetiviza-

ción de tendencias, de afectos, de relaciones del yo con los objetos hacen posible el concepto del yo como un todo, y posibilita la reflexión y la introspección, y, en suma, todo el pensamiento abstracto.

Precediendo a la expresión verbal, va siempre la comprensión del lenguaje, es decir, que en los años formativos iniciales del lenguaje el niño comprende mucho más que lo que es capaz de expresar. Al hablar de *comprensión del lenguaje*, nos introducimos en una zona teórica de gran importancia. Según Laumay, en *el retardo simple del lenguaje* hay dificultad para elaborar, a partir de las percepciones auditivas, las asociaciones necesarias para una buena discriminación de los sonidos y de su correspondencia lingüística lo que constituiría una "disgnosia" que se asocia en mayor o menor grado a las dificultades prácticas de la expresión verbal. Aquí, dentro de la teoría asociacionista, Launay está hablando de lo que los franceses llaman "*Langage interieur*", o sea de la comprensión de palabras o frases como tales, como grupos sonoros portadores de significado. Más allá de este "lenguaje interior" hay para la escuela alemana (Cassirer) una cierta región del alma específicamente ligada al lenguaje. Sería preciso admitir una relación esencial y necesaria entre la función fundamental del lenguaje, y la de la representación de objetos. La representación objetiva no es una simple contemplación de un objeto preexistente, sino una operación del espíritu "constructora" del objeto. El espíritu, propio del hombre, puede llevar a la dignidad de "objetos" los centros de resistencia y reacción de su mundo ambiente (Max Scheler). Mientras el mundo ambiente del animal es un mundo cerrado (Von Uexküll), mundo de necesidad y eficiente, el del hombre, por medio de la representación objetiva pasa a ser el mundo de la visión y de la libertad. Ahora bien, al "representarnos" el objeto, lo nombramos, lo destacamos del conjunto, lo contemplamos fuera de la intuición sensible (Kant), le asignamos una "figura", "una forma". Para pensar en el objeto, no necesitamos recibir un nuevo "impacto" sensible de la cosa, sino nos basta esa representación que pasa a "simbolizar" esa cosa, en cualquier forma posible de ser percibida. Creemos que esta forma de "lenguaje interior" no está nun-

ca abolida, ni aún en los oligofrénicos profundos. Pero esta cualidad, propia del hombre, necesita de diversas estructuras para sostenerse y manifestarse. Un niño normal, como un chimpancé normal, recibe una multitud de impresiones sensibles. A cierta edad el niño, que tiene un "oído humano", esto es, un sentido intelectual y social superpuesto a la audición en bruto (Delacroix) es capaz, con este oído, de construir un lenguaje. Un loro normal posee la capacidad de reproducir palabras escuchadas. Si prestamos al chimpancé el oído y el aparato práctico del loro, no por eso poseerá un lenguaje. Le falta la facultad simbolizadora indispensable. El niño sordomudo es capaz de construir el lenguaje, no ya a partir del oído, que no existe, sino a partir de la vista y las sensaciones kinestésicas. Cuando también falta la vista, todavía es posible un lenguaje, a partir del tacto, por ejemplo, como lo prueba el caso de Helen Keller. Basta que se establezca una relación entre una impresión sensorial y una cosa, y que esta impresión sensorial pase a representar la cosa, para que haya lenguaje.

Es interesante agregar que a las ya conocidas funciones de comprensión del lenguaje de los demás, y a las de comunicación a los demás de nuestros propios deseos y abstracciones, asigna Cassirer al lenguaje una especie de acción refleja sobre nosotros mismos, de gran importancia en la formación de la voluntad. Para no traicionar su pensamiento transcribimos textualmente: "La emoción, en la medida en que aprende a expresarse y a apercibirse en esta expresión, pierde la fuerza de coerción inmediata y brutal que ejercía sobre el yo... La organización vocal y verbal de la emoción impide su explosión prematura y puramente motriz y al abandono sin límites y sin resistencia de su impulso... De tal suerte, con el lenguaje el hombre no sólo adquiere un nuevo poder sobre las cosas, sobre la realidad objetiva, sino también un nuevo poder sobre sí mismo. Para el niño el primer dominio de las cosas depende enteramente de la potencia de la palabra y no puede contar más que con ella; pues es sólo gracias a la palabra que le es factible obtener el apoyo y la asistencia que necesita en todos sus actos. Pero la nueva función de mediación de la cual así

toma conciencia y de la que aprende a servirse cada vez más libremente, reacciona a su turno sobre el mismo. El medio para el dominio de las cosas deviene al mismo tiempo un medio y un verdadero órgano para el dominio de sí... El lenguaje opone invariablemente otra dirección, afectada de signo contrario, a la tendencia, al apetito y a la pasión que van derecha a las cosas".

De lo dicho hasta aquí se desprende que en el desarrollo del lenguaje intervienen factores endógenos y exógenos. Los endógenos tienen relación con las potencialidades innatas que llevan al niño sano a hablar, como lo llevan a andar y a crecer, potencialidades que abarcan diversas funciones a) prácticas, b) gnósticas, c) afectivo-emocionales, y d) intelectuales. Los exógenos son aquellos capaces de estimular o inhibir a los anteriores y se resumen en las actitudes emocionales de las personas que rodean al niño, y en las condiciones físicas en que este vive. El proceso de formación del lenguaje se va integrando primero en un plano sensitivo-motriz que al principio no tiene significado y pasa después a la etapa de las representaciones; este proceso se encuentra en parte condicionado por la constitución y la herencia, y en parte por la atmósfera psicológica en que el niño vive. En el niño normal todos los factores antes mencionados se combinan de diversas maneras; cada uno de ellos no tiene el mismo grado o valor en los distintos individuos, lo que determina que en condiciones normales, haya grandes diferencias en las características del lenguaje a cada edad; juzgado esto a través del vocabulario, explica que, por ejemplo, Nice (citado por Gesell) dé como promedio de palabras para el niño de 2 años 328 con un margen que va desde 5 a 1.212.

Así planteado el problema del desarrollo del lenguaje, estamos en condiciones de abordar el estudio de sus trastornos en el niño. Previo es que establezcamos aquí que siempre se trata de manifestaciones de déficit y que, dejando a un lado los raros casos de afasias y ciertos tipos de tartamudez, la gran mayoría de los trastornos del lenguaje en la infancia son derivados de anomalías en el desarrollo. No está de más que recordemos que en el adulto, en cambio, los trastornos del lenguaje son casi siempre procesos de di-

solución de funciones previamente adquiridas y ya bien establecidas. El hecho que sean varios los factores primordiales que condicionan el desenvolvimiento del lenguaje y que pueda ser más de uno el que esté alterado, explica a la vez lo variado de las manifestaciones anormales y las similitudes o relaciones que guardan entre sí algunos tipos de afecciones del lenguaje, como lo veremos más adelante.

Por las razones recién apuntadas, nos limitamos en este estudio a las anomalías en el desarrollo del lenguaje sean congénitas o adquiridas en los primeros años y con fines expositivos los agrupamos de la siguiente manera:

- A. Retardo simple del lenguaje.
- B. Sordomudez.
- C. Sorderas parciales y sorderas verbales.
- D. Trastornos de la lectura y la escritura (Dislexia de evolución).

Téngase presente que ninguno de estos grupos corresponde a un cuadro clínico bien definido y que, como lo veremos más adelante, hay combinaciones y transiciones de uno a otro.

Antes de entrar a tratar cada uno de estos grupos, vale la pena decir que el material que nos ha servido de base para el presente estudio corresponde al que se ha ido acumulando en los 16 años de existencia con que cuenta nuestro servicio (este trabajo fué redactado en 1955), hasta el momento que abarca nuestra revisión se registraron poco más de 12.000 fichas; entre ellas había las siguientes cifras:

Retardos simples del lenguaje	209
Sordomudez	177
Sorderas parciales y sorderas verbales	31
Trastornos de la lectura y la escritura ...	26

Estas cifras deben ser tomadas con reservas en cuanto índices de frecuencia de estos trastornos pues es evidente que muchos de ellos no son considerados motivos suficientes de consulta a un servicio de neuropsiquiatría infantil o son llevados a otros especialistas; además, el hecho que muchos de los retardos simples del lenguaje terminen después de una dislexia, por ejemplo, hace que un mismo caso sea contabilizado primero entre los retardos simples y más tarde entre los disléxicos.

Es preciso también dejar aquí constancia de que los casos revisados han sido

diagnosticados por los diversos médicos que han pasado y están actualmente en el servicio, cuyo criterio para enfocar la anamnesis y el examen del enfermo ha sido diferente de uno a otro y, sobre todo, no ha tenido en cuenta la realización del trabajo que ahora estamos llevando a cabo. Nuestro material está pues muy incompleto en aspectos fundamentales; tiene, sin embargo, mucho de aprovechable, lo que ha sido mejorado gracias al control reciente que hemos podido hacer en un buen número de casos, gracias a la tesonera cooperación de nuestra Enfermera Sanitaria.

A. RETARDO SIMPLE DEL LENGUAJE

Digamos desde luego que el nombre no calza bien a todos los casos englobados en este rubro, pero sí a la mayoría, por lo cual lo conservaremos. A veces no es posible decir en los primeros años si el caso será o no tan "simple" y sólo la evolución lo decide.

El concepto que los padres tienen acerca de retardo en la aparición del lenguaje no siempre coincide con el que los clínicos se han formado; de ahí que consulten por sospecha de una anomalía en este sentido ya desde antes de los 2 años de edad del niño y muchas veces tienen razón; ellos proceden por comparación con otros de sus hijos o con los demás niños del ambiente en que viven y obtienen así una buena base para sus sospechas aun cuando las características del niño no encuadren en el criterio del médico. En efecto, *se acepta que hay retardo simple cuando un niño sano, que oye bien y comprende lo que se le dice, que se desenvuelve normalmente en las actividades de la vida diaria y que hasta posee un lenguaje adecuado de gestos, está en retardo en la adquisición verbal; se habla de retardo cuando a los 3 años de edad un niño posee un vocabulario no mayor de 5 o 6 palabras, a veces muy mal pronunciadas, y es incapaz de asociar dos palabras para formar una "frase".* Condición sine qua non para agregarle el adjetivo "simple" a este retardo, es que no haya deficiencia o trastorno mental, ni deficiencia en la audición, ni enfermedad que afecte los órganos de la fonación. Como lo veremos luego, en las edades en que comúnmente se consulta por retardo del lenguaje, sue-

le no ser fácil, y a veces es imposible, decidir si hay o no cierto déficit auditivo o mental por lo que se ha llegado en algunos casos a diagnosticar retardo simple en niños que posteriormente se demostraron débiles mentales francos (2234-4020-973-11869) o sordos absolutos (4197-6227-6597). En la apreciación de estas dos cualidades (grado de inteligencia y de audición) hay transiciones hacia lo normal que, en muchos casos, impiden ser categóricos y nosotros aceptamos que hay retardo "simple" del lenguaje aun cuando haya un discreto déficit intelectual que no explica en manera alguna el considerable retardo en la expresión verbal. Lo mismo puede decirse de los grados discretos de sordera uni y bilaterales. El asunto no resulta tampoco tan "simple" cuando ocurre que haya dificultad no sólo en la expresión verbal sino en la comprensión del lenguaje hablado, naturalmente que con gran disociación entre la expresión, que está muy perturbada, y la comprensión, que lo está escasamente. Según Launay, en el 20% de sus casos de retardo simple del lenguaje, hay comprensión del lenguaje hablado inferior a lo normal; son niños que hay que repetirles varias veces las cosas para que logren entenderlas, o que no comprenden del todo algunas palabras de uso corriente y que tienen dificultades para diferenciar los sonidos que se parecen (d-t; p-b; m-n) tanto en el lenguaje como, más tarde, en la escritura; nosotros, aunque no podemos dar cifras, hemos comprobado el hecho en algunos casos (2134-3679-3680-11190); he aquí una cualidad que, cuando está perturbada, puede llevarnos insensiblemente, y sin poder fijar límites precisos, a otro tipo de trastorno: la sordera verbal congénita.

Veamos ahora nuestro material de retardos del lenguaje (Cuadros 1 y 2).

Debemos decir que un gran número de los niños que consultaron porque hablaban poco, pronunciaban también muy mal y en unos pocos se dejó constancia que su lenguaje era ininteligible. De entre los que tenían más de 6 años, a lo menos en dos se comprobó al mismo tiempo dislexia y en 7 tartamudez. Como ya advertimos antes, por no haber sido estos aspectos buscados sistemáticamente en todos los casos, esas cifras no tienen absolutamente ningún valor estadístico y só-

CUADRO Nº 1

RETARDO DEL LENGUAJE

Número de casos que consultaron por retardo para hablar (sin sordera)				209
La primera consulta fué a las edades que se indican a continuación:				
2 años	10	Hombres	152	
2 - 2½ "	28	Mujeres	57	
2½ - 3 "	56			
3 - 3½ "	36		209	
3½ - 4 "	22			
4 - 4½ "	10			
4½ - 5 "	9			
5 - 5½ "	11	Con retardo mental pero menos importante que el del lenguaje ..	44	
5½ - 6 "	12	Inteligencia normal o poco inferior	115	
6 "	21	Inteligencia indeterminada	50	
	209		209	

CUADRO Nº 2

EVOLUCION DE LOS RETARDOS DEL LENGUAJE

Desconocida	142
Consulta muy reciente	7
Siguen con alteraciones después de los 7 años de edad	7
Siguen con alteraciones pero aún no cumplen 7 años	9
Hablan bien y sin alteraciones	20
Hablan con mayor o menor grado de dislalia ..	21
Son tartamudos	1
Con trastornos en la escritura y lectura	2
	209

Entre los computados como dislalia había tartamudos y 4 con trastornos de la lectura y escritura.

lo las damos a título de comprobación de la existencia del hecho, que seguramente es muy corriente.

Los defectos en la pronunciación se referían en algunos casos a trasposición de sílabas o diptongos o a incapacidad de emitir determinadas letras, reemplazándolas o no por otras. En nuestro material, las letras que aparecían dificultadas o inexistentes, en orden de frecuencia, fueron: R-S-K-L y J; con menos frecuencia, LL-Ch-D-T-B-F y P. En no pocos casos sólo está perturbada la emisión de dobles consonantes: pr-br-tl-tr, etc. Muchas veces había combinación de estos diferentes tipos de dificultad (ej. "bea" por rueda). En dos casos los defectos de articulación que quedaron se debieron a anomalías en los órganos de la fonación; en uno, el paladar y la úvula cortos y en el otro, úvula bífida continuada por pequeña fisura del paladar; en ambos la voz era nasal y había imposibilidad para emitir sonidos del tipo de la K.

Pasemos ahora una rápida revista a las principales características del retardo simple del lenguaje. La alteración fundamental es el retardo en la emisión de palabras; por lo general, las primeras palabras aparecen en época normal o con poco retardo (antes del 1 1/2 año) pero las siguientes no aparecen sino mucho después, y la primera combinación que pueda ser llamada frase viene a ser posible sólo entre los 3 y 5 años. Al comenzar a hablar el lenguaje es aguaguado, sin esbozo de construcción gramatical, pero como el niño siente el deseo de comunicarse

se acompaña de gestos que ayudan a que se le entienda bien la mayor parte de lo que expresa. Nótese que el gesto, que es filogenéticamente algo más primitivo, está perfectamente conservado en él y esto y el solo hecho de que desee comunicarse, son puntos que deben tenerse en cuenta para diferenciarlo del oligofrénico, que carece o tiene reducidas a un mínimo ambas cualidades.

En proporción variable entre un tercio o un décimo de los casos, describen los autores concomitantemente retardo motor, que no se expresaría tanto en las actividades que examinan los test motores como en los movimientos más finos y exactos: al comienzo en los primeros ensayos de dibujos, y más tarde en la escritura, que se mantiene por mucho tiempo con rasgos inseguros, contornos torpes y letras desiguales y mal formadas.

Todas las estadísticas señalan un predominio de los varones sobre las niñas. En nuestros casos el 75% eran hombres. Launay da un 69% de varones. Este autor hace notar que esto también ocurre entre los disléxicos, pero no entre los oligofrénicos ni entre los sordos.

La zurdería es frecuente. Launay entre 60 casos de retardo simple del lenguaje encuentra 25 zurdos contra 7 en un grupo de 60 niños testigos.

La ocurrencia familiar es también notoria. Según Launay, en el 58% de los casos hay en algún miembro de la familia retardo del lenguaje, dislalia o tartamudez; en el grupo testigo esta proporción es insignificante. La herencia es pues un factor indudable que es preciso tomar en cuenta para explicar que un niño por lo demás normal pueda tener un retardo no sólo de las praxias implicadas en el

desarrollo de su expresión verbal, sino también, en un grado menor, de las gnosias implicadas en la formación de su lenguaje interior (Launay). Que el factor constitucional es importante se ve también en el hecho de que las perturbaciones del tipo de la enuresis son mucho más frecuentes en los niños con retardo del lenguaje que en el grupo testigo del autor citado.

De lo dicho anteriormente se desprende que el trastorno constitucional de la maduración es el principal factor etiológico en la mayoría de los casos; es lo que ocurre en los retardos estrictamente "simples", que Launay estima a lo menos en un tercio de los casos. Se invocan también como factores etiológicos, las circunstancias ambientales, emocionales, desfavorables; niño de asilos o en poder de sirvientas negligentes, conflictos del hogar, madre que trabaja, o, por el contrario, madre supersolícita que le hace al niño innecesaria la expresión verbal, adivinándole y anticipándose a sus deseos. También se citan casos de afecciones óticas poco aparentes que producen cierto grado de sordera que al persistir por algún tiempo impiden el progreso del lenguaje y hasta pueden hacerlo retroceder, pero al restablecerse la audición normal se recupera el ritmo del desarrollo y la capacidad normal de hablar, pero no sin dificultades. Todos los factores mencionados pueden combinarse en algunos casos en diversas proporciones. En la mayor parte de nuestros casos no ha habido circunstancias ambientales excesivamente nocivas, como ocurre en gran número de niños que consultan por otros motivos en nuestro servicio.

El pronóstico en el retardo simple del lenguaje. Del análisis del cuadro correspondiente a nuestros casos, puede establecerse, a grandes rasgos, de la siguiente manera. Un tercio de los casos cuya evolución nos es conocida (60 casos) sanó completamente; otro tercio aun cuando no había retardo en la expresión verbal siguió con defectos de pronunciación, que, a juzgar por lo ocurrido en algunos casos controlados muchos años después, pueden ir desapareciendo a medida que el niño se acerca a la pubertad, quedando, sin embargo, otros en forma definitiva. Del tercio restante, la mayor parte continúa con mayor o menor grado de defecto pero hay

que considerar que en algunos ha transcurrido poco tiempo después de la primera consulta; los demás han seguido o con tartamudez o dislexia sin ningún otro déficit del lenguaje, pero en algunos se combinan la tartamudez o la dislexia con dislalia. En general, vemos entonces, que la gran mayoría no llegan a presentar ninguna anomalía del lenguaje o presenta algún tipo de dislalia poco intenso, que no interfiere en las actividades habituales del niño.

Analizando más de cerca las fichas de los niños que quedaron completamente normales y las de los que no mejoraron o lo hicieron con defectos, vemos que entre los primeros se cuentan casi exclusivamente casos de retardo estrictamente "simple", mientras que en los otros había inteligencia subnormal en muchos. Como era también de presumir, los casos que menos se han normalizado son los de los niños que han consultado a mayor edad.

Conociendo los factores que condicionan el retardo simple del lenguaje y la marcha que ellos espontáneamente siguen, no ha de extrañar que digamos que el tratamiento es casi siempre nulo. Pero si se llega a establecer que los factores psicológicos ambientales son importantes en un determinado caso, se indicará la corrección de ellos, y si hay defectos de pronunciación persistentes y que interfieran en la actividad escolar del niño, se podrá recurrir a la reeducación foniatría.

B. LA SORDOMUDEZ

La sordomudez, en general, no da lugar a dificultades de diagnóstico aun cuando esto puede ocurrir cuando se trata de niños menores de 2 o 3 años, vivos, inteligentes, con rica gesticulación y que han empezado espontáneamente a imitar palabras leyendo en los labios de los demás. La dificultad estriba en que puede no ser aparente la sordera, especialmente si hay algún resto de audición de la voz humana de timbre normal, y que consultan por retardo en el lenguaje. Como luego lo veremos, buena parte de los sordomudos son traídos a consultar antes de los 4 años de edad; muchas veces los padres hasta esa edad no se han dado cabal cuenta de la sordera o la niegan rotundamente.

CUADRO N° 3
S O R D O M U D E Z

	Consulta antes de los 4 años	Consulta después de los 4 años	Inteligencia			Antecedentes familiares de sordomudez			Concomitancia			
			normal	retard.	indet.	si	no	indet.	convul.	otitis	mal.	traumát.
Congénita	50	89	74	24	41	10	110	19	1	7	7	3
Post otitis doble	5	8	8	2	3	1	11	1	—	—	—	—
Post meningitis	3	9	8	2	2	—	12	—	3	—	—	—
Post encefalitis	2	8	6	1	3	—	10	—	1	—	—	—
LUEITICA	0	1	0	0	1	—	1	—	—	—	—	—
Post escarlatina	0	1	1	0	0	—	1	—	—	—	—	—
Post traumática	1	0	0	0	1	—	—	1	—	1	—	—
	61	116	97	29	51	11	145	21	—	—	—	—
	177		177			177						

A continuación presentamos un cuadro con las características generales de nuestros casos de sordomudez (Cuadro N° 3).

Antes de hacer algunos comentarios sobre estos casos, vale la pena decir algo sobre la sordera misma. En todos los casos aquí catalogados de sordomudez, ella era indiscutible pero no en todos absoluta; en algunos hay restos de audición que a veces no son claramente determinables clínicamente pero otras veces sí. He aquí un carácter que insensiblemente puede llevarnos a otros tipos de retardo o alteración del lenguaje, como lo veremos al tratar las sorderas parciales. Una cualidad que suelen mostrar estos restos de audición es que varían de un día a otro; por lo menos esta es la impresión de algunos enfermos y de sus padres y que, a veces, comprobamos nosotros también pero no en la forma categórica que podría determinar un estudio audiométrico, que no se ha hecho.

Según algunos autores, en las sorderas congénitas o precozmente adquiridas, hasta los 5 años de edad no se modifican las normas del desarrollo psicomotor si las condiciones ambientales son buenas, pero, después de esa edad, la ausencia de len-

guaje influye desfavorablemente sobre las adquisiciones psíquicas.

En cuanto a las sorderas adquiridas, sabido es que la enfermedad causal lleva a la pérdida del lenguaje, siempre que el niño tenga menos de 7 años, pero en esto influyen también la inteligencia y las características emocionales del niño y del ambiente.

Otro rasgo digno de hacerse notar es que muchos padres aseguran que el niño antes del año oía, lo que es difícil de interpretar; nos inclinamos a creer que las reacciones a estímulos de otra naturaleza pueden ser tomados por los padres como reacciones al sonido o la voz (1604-1924-2841-2859-3659-5857). El hecho de que dijeran "mamá" y otras palabras semejantes, puede ser explicado, como ya lo hemos dicho antes, por la lectura labial espontánea que algunos niños inician precozmente.

El 52% de nuestros sordomudos son mujeres.

De las causas de sordomudez, vemos que el 78% corresponde a la congénita (incluimos aquí la hereditaria). El niño nace sordo aun cuando pueda llegar a esbozar el comienzo de un lenguaje por las

vías que acabamos de explicar. La mayor parte de estos niños son de inteligencia normal (aproximadamente el 75% de los casos en nuestro material). Aunque con poca frecuencia (aproximadamente el 10%) presentan claros antecedentes de sordomudez en la familia, lo que no ocurre con ninguno de los otros tipos de sordomudez. Suelen presentar concomitantemente otros tipos de malformaciones congénitas; en los 7 casos nuestros en que esto ocurría, la malformación concomitante se ubicaba en la cara y especialmente en los ojos, como se demuestra en la siguiente lista: iris de diferente color en uno y otro ojo, en 2; catarata, en 1; estrabismo, en 2; malformación dentaria, en 1; agenesia de músculos del mentón, en 1.

No es raro que figure en la historia el antecedente de una otitis, la cual por no haber sido importante o por ser unilateral evidentemente no ha jugado un rol en la sordera absoluta. Sin embargo, otras veces es dudoso hacer una afirmación semejante (5223-5612). Lo mismo puede decirse del antecedente de *traumatismo craneano* (5847-4410).

Respecto a las *sorderas postmeningitis*, es siempre seguro que se ha hecho antes un buen diagnóstico de meningitis purulenta, pero no siempre ha podido demostrarse el germen. En nuestros 12 casos sólo pudo conocerse el germen en 4: 3 meningococos (5277-4626-3587) y 1 bacilo influenza (5604).

Es curioso anotar que aún los niños que han quedado sordomudos por una meningitis en edad relativamente avanzada (7-8 años), presentan las mismas o peores dificultades en la reeducación de su lenguaje que los sordomudos congénitos, lo que indica que todo lo adquirido hasta esa edad en cuanto a formación del lenguaje interno y eterno es sumamente lábil y se pierde totalmente al dejar de tener el entrenamiento que da la audición normal.

Por otra parte, así como las meningitis han sido probadas, las *encefalitis* han sido sólo presumidas por los antecedentes de una enfermedad aguda, febril, a raíz de la cual se nota la sordera. Por supuesto, que aquí pueden haber sido erróneamente englobadas otras causas más raras de sordera absoluta.

Finalmente no quisiéramos dejar de mencionar el hecho de que en igualdad de sordera y de inteligencia, hay sordomudos que captan mucho mejor que otros la simbolización del lenguaje, aprendido por la lectura labial, lo que nos hace suponer que, tal como pasa hasta en el retardo simple del lenguaje, la capacidad para comprender puede estar afectada en unos y en otros no (o no tanto). Esto estaría indicando que el defecto no se limita exclusivamente al aparato de la audición, a favor de lo cual hablaría también la concomitancia que hemos señalado antes con otras malformaciones.

El pronóstico es absolutamente malo en cuanto a la sordera, pero no lo es tanto en cuanto a la posibilidad de hablar. Los más inteligentes y con indemnidad de la capacidad de simbolizar y comprender el lenguaje son los con más expectativas de llegar a un lenguaje satisfactorio bajo reeducación y ambiente adecuados. El que haya restos de audición puede ser menos importante que lo anterior para la adquisición del lenguaje.

Sobre el *tratamiento* sólo diremos que en nuestro servicio desde hace años se hace una enseñanza a base de percepción de vibraciones laríngeas, de lectura labial, y de la lectura y escritura gráficas. La inconstancia de la gente y el tiempo relativamente insuficiente que se puede dedicar a cada enfermo, han hecho que los resultados no hayan sido todo lo bueno que esperábamos. Pero cuando estos inconvenientes han podido ser evitados, los niños han aprendido bastante. La gran mayoría no ha seguido tratamiento reeducativo alguno.

La escasez de dinero y de comprensión para estos problemas (crónicos en nuestro medio hospitalario), nos han impedido organizar un centro más completo, donde puedan emplearse medios más modernos y que abarquen a todas las posibilidades de reeducación de la sordomudez y de otros tipos de trastornos del lenguaje.

C. LAS SORDERAS PARCIALES Y LAS SORDERAS VERBALES

Como es sabido, muchos sordomudos congénitos tienen restos de audición con lo cual perciben sonidos extremos, muy agudos, como el pitazo de una locomotora,

o muy bajos, como el motor de un avión. Pero se da también el caso que perciben algunos sonidos que caen dentro del margen de vibraciones en que se registran los sonidos de la voz humana (500 a 2.000 v. d. para las vocales y 2.000 a 8.000 v. d. para las consonantes).

Hemos visto casos que oyen, por ejemplo, la A y la U y no otras vocales y aisladamente también, algunas consonantes. Naturalmente que este grado de percepción de sonidos no tiene importancia para los efectos de adquirir algún lenguaje espontáneo, aunque sí para el aprendizaje por los métodos especiales. En seguida, encontramos casos que tienen percepción para una gama más amplia de sonidos y así llegar a oír todos los sonidos, pero siempre que sean emitidos en voz muy alta, lo que para adquirir un lenguaje espontáneo es también un obstáculo insuperable. De este tipo se va pasando a otros menos graves en que, para algunos o para todos los sonidos, hay percepción con un tono más o menos corriente de voz, lo que ya posibilita, aunque con mayor o menor retardo, la adquisición de algún tipo de lenguaje más o menos anormal, espontáneamente. Finalmente hay casos en que sólo la voz cuchicheada no es percibida y entonces ya no hay prácticamente dificultad en el desarrollo del lenguaje, siempre que estén indemnes las demás funciones que hemos visto que son necesarias para la integración del lenguaje normal, lo que, a juzgar por algunos enfermos que en seguida presentaremos no ocurre en todos los casos de impercepción de la voz cuchicheada. Hay todavía algunos tipos intermedios de defecto de la audición antes de llegar a la completamente normal. Toda esta variedad de trastornos de la audición puede ser igual en ambos oídos, o más marcada en uno que en otro. Finalmente hay casos con trastorno únicamente de un lado. Estos defectos menores de la audición no explican en modo alguno las alteraciones del lenguaje que suelen tener estos sujetos si no se toma en cuenta que seguramente otras funciones integrativas del lenguaje tienen que estar en déficit.

En efecto, en 31 casos hemos encontrado que el síntoma principal consiste en una mayor o menor incompreensión del lenguaje hablado, 15 de ellos con hipoacusia de grado también muy variable.

El examen de estos resulta a veces muy difícil. Se sabe que la apreciación de la agudeza auditiva por medio del audiómetro da un considerable margen de error en los niños, sobre todo en los pequeños. Nosotros hemos practicado la audiometría sólo por excepción. El hecho mismo de no comprender el lenguaje, crea un aislamiento respecto al examinador a veces casi imposible de vencer. Luego, es frecuente que la inteligencia presente un mayor o menor grado de deficiencia.

En suma, el grado de perturbación de la audición es muy difícil, sino no imposible de determinar en los niños pequeños, dificultad que está en razón inversa de la edad y de la inteligencia. En nuestros casos podemos presumir que ha existido tal déficit en los primeros años cuando hemos tenido oportunidad de determinarlo al volver a examinar al niño años después.

La falta de comprensión del lenguaje puede estar condicionada por la deficiencia en la función de simbolización, o más bien, en la traducción de las simbolizaciones realizadas por otro, que podríamos llamar agnosia o disgnosia para esa simbolización. Teóricamente, puede haber agnosias o disgnosias para lenguajes captados por la vía auditiva, o la visual, o la táctil. En este momento nos ocuparemos de las primeras. No puede decirse que en tales casos sea el "lenguaje interno" el alterado o lo más alterado, sino una de sus vías receptoras. El sujeto afectado de tal agnosia, no está en condiciones de construir o de comprender un lenguaje desarrollado a partir de estímulos auditivos, pero sí a partir de otros estímulos sensoriales, y esto es, precisamente, lo importante para el tratamiento de esas afecciones.

Hemos dicho que de 31 de nuestros casos de incompreensión del lenguaje hablado ha existido en 15 de ellos cierto grado de sordera de uno u otro tipo. Aquellos en que la sordera era muy intensa y bilateral podrían ser prácticamente homologados a los sordomudos, en cambio los con escasa sordera, podrían ser más bien homologados a los audimudos o sordos verbales. Se entiende por *sordera verbal congénita pura* a aquella perturbación que se presenta en niños de audición normal, de inteligencia normal, que pueden repetir lo que se les dice, pero que no

entienden sino muy poco de lo que se les habla y que poseen una jerga más o menos incomprensible, llamada por algunos idioglosia. Se trata de un cuadro relativamente raro.

Expondremos algunas características clínicas de estos niños, antes de mostrar los cuadros correspondientes.

Comenzando por la *hipoacusia*, llama desde luego la atención que los mismos padres se dan cuenta, las más de las veces, que los chicos perciben, en ocasiones, los sonidos de una manera sorprendente. Al hacer una exploración cuidadosa se descubre a menudo que la sordera es de muchísima menor intensidad que lo que aparece en un examen superficial. Otro hecho que llama la atención es su variabilidad. La intensidad de la sordera se acentúa o disminuye a veces en el curso de horas. A veces, a medida que el niño progresa en edad, experimentan una mejoría o un empeoramiento de mayor o menor intensidad.

En todos estos niños hay, en grado variable, *perturbaciones en la expresión verbal*, que, a veces, recuerdan las alteraciones que presentan los adultos con afasia motora. Hay paraafasias, confusión y transposición de sonidos y sílabas, imposibilidad de repetir palabras que un instante antes se han dicho bien, o de palabras que se dicen bien dentro de una frase pero no aisladas, etc. Son frecuentes la jargonafasia, la idioglosia, y la ecolalia. Es casi de regla que la repetición de palabras, que está alterada en relación al grado de hipoacusia cuando ésta existe, mejora con la lectura labial. En los niños algo mayores hay lenguaje "expresivo" (según la definición de Goldstein) más o menos desarrollado, mientras que el "representativo" es mucho más rudimentario. En uno de nuestros casos llama la atención la relativa riqueza de obscenidades, en comparación con la pobre idioglosia que emplea mientras juega, y de su prácticamente nulo lenguaje "representativo". En un solo caso hemos encontrado ausencia absoluta de idioglosia. Es una niña de 8 años, de inteligencia al parecer normal, que casi no comprende en absoluto el lenguaje hablado, y que no emplea para expresarse por vía verbal, sino las pocas palabras que conoce. Nunca usa ruidos o sonidos para expresar algo y, aparte de su escasísimo vocabulario, sólo emplea los gestos.

En cuanto a la *falta de comprensión del lenguaje hablado*, en nuestros casos se ha mostrado de una gran variabilidad en cuanto a grados y a evolución. Algunos niños controlados después de varios años, han llegado a un grado de actividad y convivencia bastante aceptables. Otros, especialmente los de menor edad presentan un trastorno grave. Los más son capaces de cumplir órdenes muy simples, de señalar, al oír el nombre, objetos de uso corriente, de contestar preguntas sencillas. Pero si se varía, por poco que sea, la fórmula de la pregunta, ya no comprende nada, o casi nada. Uno de nuestros casos, un muchacho que actualmente tiene 17 años y que ha mejorado de su afección al punto de poder leer y escribir en forma prácticamente normal, fracasa en pruebas de vocabulario correspondientes a los 10 años. No es infrecuente que comprendan una palabra dentro de una frase usual, mejor que aisladamente. En otro caso, a pesar de haber logrado el niño un vocabulario bastante amplio, era incapaz de señalar dentro de un conjunto de objetos corrientes el que se le nombraba. Era capaz de repetir el nombre, pero éste no le evocaba la imagen del objeto. En cambio podía nombrar en forma correcta los objetos uno a uno, a medida que se le mostraban.

En los niños que pudieron ser mejor estudiados, se comprobó, en una forma o en otra una *actitud semiente a la de los adultos afásicos*: puerilidad, fijación a lo concreto inmediato, incapacidad para elevarse al plano abstracto. La mayoría impresionan como retardados mentales en grado discreto, sobre todo los mayores. Si volvemos a la concepción del lenguaje como un instrumento indispensable en la aprehensión del objeto, veremos que es muy comprensible que una falta en la utilización del instrumento posibilita un retardo en el desarrollo intelectual.

Es difícil juzgar en un caso dado, si hay o no un retardo mental leve. Al revés de los adultos que sufren de sordera verbal adquirida, tales niños no poseen un pasado verbal normal, lo que dificulta la apreciación que puedan tener los familiares sobre las condiciones naturales del niño.

Mostramos a continuación dos cuadros que resumen los trastornos a que acabamos hacer referencia (Cuadros 4 y 5).

CUADRO Nº 4

TRASTORNOS GRAVES DEL LENGUAJE SIN SORDERA (16 CASOS)

Sexo		Inteligencia			Comprensión del lenguaje		Expresión verbal		
F.	M.	Norm.	Retar.	Indet.	Muy deficiente a casi nula	Norm.	Jerga incomprensible	Lenguaje primitivo y mal articulado	
6	10	12	3	1	15	1	11	5	

Evolución: desconocida 7; caso reciente 1; conocida 8 (se detallan a continuación).

Sigue intenso déficit:

- 1) 3 años después en uno de inteligencia normal.
- 2) 5 años después en uno de inteligencia normal.
- 3) 8 años después de uno de inteligencia normal.
- 4) 10 años después de un retardado.

Se puso absolutamente sordo:

- 5) Un niño de inteligencia normal visto primero a los 13 años sin sordera y controlado a los 15.

Algo mejor:

- 6) Un retardado visto 2 años después, a los 9 1/2 de edad.

Casi normal:

- 7) Un niño de inteligencia normal visto 12 años después, a los 20 de edad. Llegó a tercera preparatoria.

Normal:

- 8) Un niño de inteligencia normal visto 11 años después, a los 14 1/2 de edad. Llegó a quinta preparatoria.

Las de evolución conocida fueron: del primer grupo.

- 1) Niño retardado de 4 años que a los 12 años sigue igual.
- 2) Niño de inteligencia normal a los 6 1/2 años que a los 8 1/2 sigue igual.

Del segundo grupo:

- 3) Niño de inteligencia normal que 12 años después (17 de edad) llegó a 6ª preparatoria; es tardo de oídos; siguió reeducación.

4. Niño de inteligencia normal que 9 años después (12 de edad) tiene déficit menor que antes; llegó a 6ª preparatoria.

- 5) Niño de inteligencia normal que un año después (11 de edad) aún tiene déficit.

Del tercer grupo:

- 6) Informan que mejoró mucho; aprendió a leer y escribir.

CUADRO Nº 5

TRASTORNOS GRAVES DEL LENGUAJE CON DIVERSOS TIPOS DE SORDERA NO ABSOLUTA (15 CASOS)

	Sexo		Inteligencia			Comprens. lenguaje				Expresión verbal				Evolución	
	F.	M.	Norm.	Ret.	Ind.	Buen.	Sat.	Esc.	Ind.	Jerga	Primit.	Casi norm.	Desc.	Caso rec.	Conoc.
1. Hipoacusia bilateral intensa (sólo oyen voz alta)	4	2	2	2	3	1	—	5	—	2	3	1	4	—	2
2. Hipoacusia bilateral marcada	2	5	4	1	2	—	2	3	2	1	5	1	3	1	3
3. Hipoacusia bilateral voz cuch.	1	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1
4. Hipoacusia unilateral voz cuch.	—	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—

Nos resta agregar aquí que muchos no hacen distinción entre la sordera verbal congénita y la audimudez, pero para otros serían distintas. Launay llama audimudos a niños de 5 a 10 años, clínicamente normales, que comprenden el "lenguaje simple" y que no hablan o, más bien, que utilizan un escaso número de vocablos, a veces incomprensibles, con acompañamiento de gestos. Ninguno de nuestros casos cabe en este concepto sin forzarlo. En realidad la diferencia con la sordera congénita estaría en que los audimudos comprenden mejor el lenguaje hablado, pero ya vemos que no lo comprenden todo, de modo que insensiblemente se puede pasar a la sordera verbal, por lo que no nos parece equivocado el reunirlos en un mismo grupo. En la audimudez habría un predominio de la dispraxia de expresión sobre la disgnosia de percepción auditiva, lo que podría ser al revés de la sordera verbal.

Hay, pues, casos de niños en edad escolar que consultan porque su lenguaje es muy rudimentario o incomprensible. En algunos es indudable un defecto en la comprensión del lenguaje hablado, con o sin defecto la percepción de sonidos, y la carencia de lenguaje podría interpretarse como consecuencia de tales defectos. Pero hay otros en que tal defecto en el aspecto receptivo no existe o no es grave y, por consiguiente, la anomalía del lenguaje hablado debe interpretarse como una falla en la elaboración expresiva. Finalmente, vemos casos en que hay un conjunto abigarrado de factores en que no es fácil decir cuál sea el predominante. Así, por ejemplo, nos ha tocado atender el caso de un niño de 12 años con retraso mental importante, pero insuficiente para explicar sus trastornos, que posee una comprensión muy limitada del lenguaje hablado, pero que garantizaría una mejor expresión verbal que la que tiene; que no es sordo, pero que tiene un defecto de percepción auditiva para algunas consonantes, y que no es capaz espontáneamente sino de decir unas pocas palabras como "allá", "mira", "ya", "chao" aunque puede repetir parcialmente algunas otras palabras, de todo lo cual resulta que sólo posee un lenguaje verbal casi nulo; sin embargo, tiene gran vivacidad de gestos y ademanes, emplea la onomatopeya y junto con las pocas palabras que sabe logra hacerse

entender hasta para relatar episodios como el de un incendio. Canta con melodía satisfactoria. Al decirle que repita "perro", no puede y dice "guau guau" y al decirle "caballo" tampoco puede, pero hace el ruido "p-p" con que se anima a los caballos. Todo esto indica que oye bien aunque tal vez no distinga algunas letras; comprende lo hablado en un grado menor que el que le permitiría su inteligencia, pero no puede emitir sino muy pocas palabras; produciendo un lenguaje a base de mímica, gestos, onomatopeya y una que otra palabra entendible.

Como en otros tipos de los trastornos que estamos estudiando, es evidente que la herencia juega un rol importante en la etiología. Se cita en la literatura el caso de dos gemelas idénticas que eran audimudas pero que la pasiva pareció un tiempo sorda verbal porque no necesitaba entender el lenguaje de los adultos que la otra se lo traducía por gestos.

El pronóstico, como se deduce de nuestros cuadros, es muy variable, no siendo raros los casos que llegan cuando adultos o adolescentes a un lenguaje bastante aceptable para la convivencia y actividades normales. Teóricamente, los audimudos propiamente tales deberían tener un pronóstico mucho más favorable que los sordos verbales puros, que serían muy difícilmente reeducables. Las mejorías comprobadas en nuestros casos han sido en su mayor parte espontáneas pues sólo uno que otro siguió algún tiempo una reeducación regular. En este aspecto nos encontramos con los mismos inconvenientes que hemos señalado al hablar de la sordomudez.

El tratamiento es a base de reeducación semejante en muchos aspectos a la de los sordomudos, con la ventaja de que siempre hay mayor o menor grado de audición.

D. LA DISLEXIA DE EVOLUCIÓN

Contrasta la uniformidad con que se describe en todas partes su cuadro clínico, con la diversidad de nombres con que es conocido. En las publicaciones alemanas se la llama "kongenitale Wortblindheit" o "angeborene Schreib-Lese Schwäche", en las francesas "dyslexie d'évolution", y en las inglesas "specific reading disability". Nosotros usaremos la

traducción española de la expresión francesa por su brevedad.

Siguiendo a María Linder llamamos *dislexia* a la mayor o menor incapacidad para aprender a leer, con la correspondiente repercusión sobre la escritura, en niños por lo demás inteligentes o cuyo ligero déficit intelectual no está en relación a dicha incapacidad.

Hemos visto en la introducción que el niño normal no está maduro para aprender a leer sino entre los 5 y 7 años de edad. Ocurre, sin embargo, aquí, como en todas las funciones que el niño va adquiriendo, que hay etapas previas que lo preparan a ello. Así como la prehensión, por ejemplo, se desarrolla a partir de un reflejo de flexión de los dedos, que después se completa con el de extensión, que luego este mecanismo es puesto en relación con la vista, al entrar la mano en el campo visual; que paralelamente a esto han comenzado a entrar los objetos en el campo visual y que hay contactos fortuitos y ocasionales entre la mano y el objeto, bajo control de la vista; que después se lleva con intención la mano hacia el objeto y que finalmente sin que el objeto esté a la vista hay ya la capacidad de abstracción suficiente para desearlo, buscarlo, dar con él y cogerlo. Todas estas etapas, como es sabido, van condicionadas a la maduración del sistema nervioso central. Hemos visto que algo semejante ocurre con la adquisición del lenguaje hablado. Pero con respecto a la adquisición del lenguaje escrito hay una diferencia y ella es que mientras el lenguaje verbal se adquiere a través de una experiencia vivida, espontánea y natural, la lectura y la escritura necesitan de un aprendizaje especial dirigido, ya que se trata de una función no inherente al hombre.

La necesidad de comunicarse con seres que no estaban presentes llevó al hombre a crear un lenguaje que pudiera persistir a través del tiempo y del espacio, para lo cual recurrió a la representación gráfica de los hechos y de los objetos que quería dar a conocer, utilizando las vías auditivas, motora y visual. Comenzó por usar primitivamente la representación simple y rudimentaria de los objetos concretos en su propia forma, para pasar ulteriormente a lo abstracto con representación concreta y, en la etapa más evolucionada de representación abstracta, llegar a idear

todo un sistema de clave o de signos susceptibles de ser usados a voluntad en múltiples combinaciones con el objeto de enriquecer las posibilidades de expresión ideológica. Así se llegó a la escritura actual con características propias en las diferentes culturas.

La representación visual del lenguaje, que es la escritura, debe lógicamente tratar de mantener la continuidad y el movimiento que caracteriza a las funciones mentales y al lenguaje para lo cual el hombre ha colocado sus elementos integrativos en un orden espacial que traduce esta continuidad, utilizando las direcciones fundamentales vertical y horizontal, en un sentido o en otro (escritura china de arriba a abajo, escritura judía y árabe de derecha a izquierda, escritura occidental de izquierda a derecha).

El niño, que reproduce la evolución filogenética en su desarrollo, debe comenzar por tener ya un lenguaje hablado en una etapa avanzada de organización para que pueda comprender que los signos implican una abstracción de una representación. El aprendizaje para reconocer estos signos se hace al comienzo por los medios más rudimentarios de identificación de figuras y de los sonidos inherentes a ellas, figura y sonido que corresponden a una idea (palabra) o a un elemento integrativo de ella, es decir, la letra.

La manera en que el niño aprende a leer, y por lo tanto, luego a escribir con cabal conocimiento de lo que hace, ha sido materia de grandes discusiones y todavía persisten escuelas diferentes según las tendencias imperantes, para decidir si el niño capta primero el dibujo representativo que corresponde a un objeto o a una idea, o si es capaz de captar elementos abstractos del sistema de signos y unirlos a través de sus funciones acústicas, visuales e ideativas para llegar al símbolo de la idea o del objeto que es la palabra. Las dificultades en el aprendizaje de la lectura y de la escritura deberán tener por base las disfunciones en cualquiera de las etapas del proceso total. Se comprende que los conocimientos al respecto sean todavía insuficientes puesto que se discute sobre el proceso mismo normal, y con mayor razón, sobre cuales de las funciones que intervienen estarían exclusiva o predominantemente perturbadas en los casos patológicos. Jus-

tamente en esto reside el interés principal de la dislexia, que nos parece un cuadro muy sui-generis.

Las principales dificultades, que pueden combinarse en diversos grados en un determinado caso, son las siguientes: a) incapacidad, mayor o menor, para dividir las palabras en sus partes así como en juntar en el orden correcto las letras o sílabas para formar una palabra con significado, de lo que resulta un impedimento para leer aun cuando se conozcan todas las letras (debilidad de análisis y de síntesis); b) además, tendencia a inversiones, arvevesamientos y enredos en la sucesión de letras tanto en la lectura como en la escritura, poco notoria en la copia, pero muy marcada en la escritura espontánea y peor en el dictado; hay algunas letras que ofrecen mayor dificultad para ser distinguidas: d-b, p-q que en realidad son la representación en espejo la una de la otra en el plano horizontal; otro obstáculo que hay en este plano es el arvevesamiento de letras o sílabas: leen o escriben son por nos, las por sal, banda por daban, etc.; suelen también hacer los números al revés, en especial el 3 y el 7. Lo mismo puede pasar en el plano vertical, pero es menos frecuente, y confunden la u con la n, la m con la w, la p con la d o la b. También los diptongos originan tropiezos graves al leer. Consecuencia de todos estos defec-

tos es que al sujeto le resultan palabras diferentes a las que está leyendo; al mismo resultado llega también al omitir o añadir letras o sílabas a las palabras y, a veces, ante la imposibilidad de leer una palabra, la sustituyen por algo completamente distinto, inventado. En los casos más intensos esto puede extenderse a frases enteras.

Obstáculos iguales se pueden encontrar en la esfera auditiva; confunden sonidos similares, por ejemplo, t con d, m con n, p con b, g con k, etc.

Una cualidad que los diferencia de los normales es su facilidad para leer y escribir en espejo.

Muchas de las dificultades recién expuestas se encuentra normalmente en los comienzos del aprendizaje de la lectura y de la escritura, pero desaparecen pronto en algunos niños y con cierta lentitud en otros. Lo patológico es que sean intensas y persistentes. Como se ve no hay límite neto con lo normal. Lo cual explica, en parte, las grandes diferencias que se comprueban en las cifras de frecuencia del trastorno que citan los diferentes autores; así, mientras Thom, en Inglaterra, la estimó en 1/2 por mil de los escolares, Monroe en los Estados Unidos la estima en un 12%, y en el mismo país Bakwin y Preston hablan de 10-20%; cifras intermedias citan otros autores en los mismos y otros países (Cuadro N° 6).

CUADRO N° 6
DISELEXIA (26 CASOS)

Sexo		Ant. fam. de dislex. ret. leng. o zurd.			Ambiente				Inteligencia			Desarrollo lenguaje			Grado del trastorno			Evolución		
F.	M.	Si	No	Desc.	Desc.	Desf.	Norm.	Norm. o casi	Lig. re-tard.	In-det.	Al-ter.	Normal	In-det.	+	++	+++	Conoc.	Rec.	Desc.	
8	18	10	3	13	7	1	18	21	4	1	17	3	1	5	15	6	12	7	7	

Los 12 casos de evolución conocida son los siguientes:

1. Inteligencia normal. Grado ++. 15 años después (27 de edad). Mejor; se desempeña bien en cargo público, sin escritura espontánea.

2. Inteligencia normal. Grado ++. 10 años después (22 de edad): mejor.

3. Inteligencia normal. Grado ++. 10

años después (18 de edad) parece normal. 3º Humanidades.

4. Retardo. Grado +++. 9 años después (21 de edad) sigue igual.

5. Inteligencia normal. Grado ++. 8 años después (17 de edad) mejor.

6. Inteligencia normal. Grado ++. 8 años después (17 de edad) ligera dificultad. 3º Humanidades.

7. Inteligencia normal. Grado ++. 6 años después (13 de edad) bien. 5º primario.

8. Retardado. Grado +. 2 años después (12 de edad) sigue igual.

9. Inteligencia normal. Grado ++. 1 año después (13 de edad) mejor.

10. Retardado. Grado ++. 1 año después (13 de edad) sigue igual.

11. Inteligencia normal. Grado +. 1 año después (7 de edad) bien.

12. Inteligencia normal. Grado +. 5 años después (12 de edad) bien, pero pésima ortografía.

Zurdos			Ambidiestros	
SI	No	Desc.		
7	10	?	2	En 6 casos se comprobó disociación ojo/mano. 3 eran diestros. 3 eran zurdos.

Basándonos principalmente en el trabajo de María Linder, que es uno de los más completos sobre el tema, uno de nosotros (E. N.) tuvo oportunidad de hacer un estudio detallado en 16 casos. La observación cuidadosa de los síntomas, que se hizo en forma sistemática y uniforme (lectura de letras, sílabas, palabras, número, trozos de lectura y escritura espontánea, al dictado y bajo copia, y determinación de la lateralidad examinada a través de varias pruebas) nos llevó a las siguientes conclusiones. En la lectura hay gran dificultad para leer en forma continua y fluida; lo hacen a tropezones y además se saltan letras, o invierten las que son en espejo, o alteran el orden de las letras o las cambian por otras de formas parecidas. En la escritura se producen alteraciones muy semejantes. Se escriben alteradas en posición no sólo las letras o sílabas parecidas en su forma sino que, como la escritura representa una función más compleja, se alteran también las letras de sonidos semejantes o se las cambia de posición en la palabra oída.

Cuando estas perturbaciones son muy intensas, alteran no sólo el elemento aislado, que es la letra, sino que afecta a conjuntos de ellas (sílabas o palabras) observándose un cambio en su posición o en la sucesión de sonidos del conjunto

que integra cada una. Esto da por resultado escrituras a veces absolutamente ininteligibles en los que aparentemente hay un desorden inexplicable.

Un hecho que llama la atención a través del estudio de casos antiguos, cuyo primer control se hizo alrededor de los 12 años de edad y el segundo a los 20 o más años, es que cada caso de dislexia experimenta una evolución evidente y su observación minuciosa demuestra que en los primeros periodos hay esencialmente una captación de sonidos o signos agrupados en totales correspondientes a conjuntos grandes: frases cortas o partes de frases y en los periodos siguientes, palabras y a veces sílabas que son representadas por estos niños juntando algunas letras que imitan un todo visual o auditivo, semejante al que tienen en la mente, pero que no corresponde exactamente a lo que quieren reproducir. En estos casos sólo utilizan elementos o letras que les son más conocidas evitando los que no les son familiares o que confunden por el sonido (ej.: escriben mullo por mucho) con lo cual les resultan escrituras poco comprensibles o incompletas (ej.: sebio-dehineci-sebiso = servicio beneficencia).

A través del tiempo y en la medida que se van superando estas perturbaciones, van disminuyendo las alteraciones en grados distintos en los diferentes individuos, y poco a poco la escritura ininteligible se torna más comprensible y se encuentra con más facilidad la conexión con lo oído o lo pensado. Se ve aquí una especie de condensación de los sonidos o figuras más importantes de la palabra, fenómeno muy frecuente en la dislexia, y que da la impresión que el individuo estuviera cansado o apresurado y tratara de acortar las palabras, sílabas y frases, no siendo raro de observar un lenguaje telegráfico, que hace pensar que la falta de fluidez y de elaboración de las manifestaciones del lenguaje se debe a un cierto grado de compromiso en la formulación misma del lenguaje interior, traduciéndose en un lenguaje hablado imperfecto y con mayor razón en un lenguaje escrito alterado puesto que este necesita una mayor elaboración. Es frecuente encontrar entre los familiares de los disléxicos personas a las que no les agrada hablar demasiado o que no les atrae leer o escribir.

A medida que se avanza en edad, se aprecia, en general, una disminución del trastorno, que era muy manifiesto en la edad escolar, llegándose a la edad adulta con trastornos muy atenuados consistentes sólo en alteraciones de elementos aislados (letras) que ya manejan con cierta facilidad, pero tendiendo a los cambios de posición o inversión de formas o sonidos de las letras; en su grado más leve hay simplemente muchas faltas de ortografía.

Se ve pues que los trastornos disléxicos más leves se refieren a la unidad (letras) y son ellos los que se encuentran en los casos de menor gravedad de la edad escolar y en los casos mejorados del adulto.

Hemos visto que uno de los fenómenos más notorios de la dislexia es el cambio de posición de los elementos o grupos de elementos y de la ordenación de estos en conjuntos mayores, pero en los que se mantiene la estructuración básica general de los conjuntos auditivos y visuales normales, sin tener la exacta configuración de ellos. Es más frecuente la inversión de derecha a izquierda y vice-versa que la de arriba a abajo. En nuestra escritura occidental adquirimos un entrenamiento especial para orientarla de izquierda a derecha en el plano horizontal y para que las percepciones visuales lleguen de manera adecuada a los centros de elaboración y transformación de los signos. Sería interesante saber qué características tiene la dislexia entre los que escriben con otras orientaciones que la nuestra.

Se podría suponer que en la dislexia la coordinación de las funciones sensoriales con las funciones representativas que van a regir todo el proceso de la lectura y de la escritura, estaría alterada o por lo menos no habría alcanzado la perfección necesaria para que tal proceso se desarrollara en la forma completa y armónica con que se verifica en el normal. Es indudable que el componente ideativo no está esencialmente alterado; los trastornos de la escritura no indican trastorno en la ideación sino alteraciones en la posición, sucesión y forma de letras o palabras escritas o del orden temporal de lo oído; se trataría de una alteración del sentido del espacio visual y auditivo; ocurriría algo semejante a lo que pasa al oír un idioma extranjero del que se entiende algo pero no se le sabe escribir. Conven-

dría recordar al respecto que el funcionamiento del cerebro requiere en algunas operaciones un mayor o menor grado de lateralización, como si en un hemisferio se concentrara la dirección de una función. Esto es más o menos evidente en el lenguaje y no cabe duda que la mayoría de los individuos normales presenta una mayor destreza motora en las extremidades derechas a la vez que su hemisferio izquierdo rige la mayor parte de las funciones relacionadas con el lenguaje en cualquiera de sus formas. Llama la atención que entre los disléxicos haya una alta proporción de zurdos o que tienen parientes próximos zurdos. Otro hecho interesante que se encuentra entre estos sujetos es que en ellos no siempre concuerda el predominio del ojo con el de la mano y el pie y el sentido del movimiento giratorio sobre sí mismo o, como nos ocurrió en el estudio de nuestros casos, a menudo ni siquiera es posible establecer con seguridad una lateralidad bien definida y uniforme, lo que nos deja la impresión que hubiera un equilibrio inestable que indicaría una falta o retardo de la evolución hacia una lateralidad definida y completa, sea esta derecha o izquierda; se quedarían en la etapa del lactante o del preescolar en este aspecto. Esta falta de evolución adecuada de las funciones lateralizadas daría lugar a una coordinación deficiente que interferiría en la correcta captación de la lectura y en la realización de la escritura, actividades ambas que suponen un tipo muy evolucionado de coordinación de percepciones y movimientos.

Los factores emocionales, en general, no parecen tener gran importancia. Aun cuando algunos autores tienden a creer que en la base de todo el trastorno hay una disposición psicológica, psicogenéticamente generada, a no aprender, esto no se comprueba en la gran mayoría de los casos, y los trastornos emocionales que suele haber concomitantemente con la dislexia son más bien secundarios a ella por los enormes choques y desadaptaciones a que con frecuencia son llevados estos niños tanto en la escuela como en sus hogares. La mayor parte de estos niños provienen de familias bien constituidas y sin grandes problemas y se encuentran en todas las clases sociales.

En un reciente estudio de un caso, se ha comprobado que, investigando a fondo sobre otras cualidades a fines a la lectura y la escritura, como el dibujo, el reconocimiento de la mímica y los gestos, el cálculo aritmético, la apreciación de los colores, se encuentran alteraciones francas aun cuando en todo lo demás el sujeto se demuestra hábil y en las actividades de la vida diaria sea sobresaliente. En el caso en referencia se comprobó también en el estudio electroencefalográfico que había lesiones en la región-occipital izquierda. En otros casos se han hecho comprobaciones análogas pero en muchos otros no se ha investigado o por lo menos no se ha informado al respecto. Se habla sí, en forma imprecisa, de torpeza motora frecuente entre los disléxicos. Nada podemos nosotros decir todavía al respecto.

Todos los autores señalan que es un trastorno mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres; las cifras oscilan entre el 70 y el 94% de los casos. En nuestros casos ocurre lo mismo.

Entre los casos de María Linder, en un 40% había trastornos del mismo orden en los parientes próximos. Aun cuando no podemos señalar cifras, entre nuestros casos el hecho es francamente frecuente.

Atraso en el desarrollo del lenguaje encontró la autora citada en un 24%. A pesar de que el número de nuestros casos no nos autoriza a sacar porcentaje, nos parece que entre los nuestros esto es todavía más frecuente.

El conjunto de las características clínicas que hemos esbozado, y los hallazgos anatómicos a que se refieren algunos autores, llevan a pensar que *la base del trastorno es una anomalía congénita del desarrollo de ciertas regiones cerebrales en relación con las funciones de orientación especial, que intervienen en la estructura del lenguaje hablado en general y del escrito en especial.*

El diagnóstico es siempre sencillo. Pero hay que tener presente el trastorno y saberlo buscar pues hasta ahora nunca nos ha sido enviado un niño exclusivamente por su incapacidad específica para aprender a leer y escribir sino que siempre hemos tenido que sospechar primero el cuadro cuando se trata de escolares de inteligencia normal, especialmente si tienen o han tenido algún trastorno del len-

guaje, si son zurdos, y que son traídos a consultar o porque no progresan en la escuela o porque junto a esto hay manifestaciones de trastorno de la conducta o de neurosis que suelen tomar el primer plano dentro de las manifestaciones sin que siquiera se mencione que el niño anda mal en el aprendizaje escolar.

Para confirmar el diagnóstico y para precisar el grado de alteración hay que someter al niño a unas cuantas pruebas que en nuestro servicio ahora hacemos en forma uniforme y que se refieren a la lectura de trozos especialmente preparados, pruebas de deletreo oral y escrito, escritura en copia, al dictado y espontáneo. Las mismas pruebas sirven después para apreciar el grado de mejoría.

El pronóstico alejado de la dislexia, y aun cuando no haya habido un tratamiento bien llevado (como se ve en la mayoría de nuestros enfermos), es relativamente favorable, sobre todo si se trata de casos de inteligencia normal y de intensidad mediana, pero el progreso es tan lento que, a pesar de todo, el trastorno interfiere en el curso normal de las actividades escolares con el cortejo consiguiente de preocupación por el rendimiento desproporcionadamente malo y diferido del alumno en relación a sus demás capacidades, y preocupación por su porvenir ocupacional o profesional. A juzgar por los datos de la literatura, todo esto se puede reducir apreciablemente, y hasta normalizar rápidamente en ciertos casos, cuando ha mediado un tratamiento adecuado.

El tratamiento comprende dos principales aspectos que se complementan. Uno es la psicoterapia y las medidas adecuadas para que los padres, los maestros y el niño mismo se den cuenta cabal de la naturaleza del problema, se estimule la confianza en que puede ser superado, y se hagan los ajustes que corresponda. El otro aspecto es el de la enseñanza terapéutica específica de la lectura y escritura. Esta no puede ser igual en todos, dependiendo del tipo y de la intensidad de la mayor alteración. Una norma general es la de que no se debe hacer pasar al niño de una etapa inferior del procedimiento seguido a otra de mayor dificultad mientras no domine completamente la primera. Las sesiones de enseñanza deben ser cortos pero regularmen-

te a diario. Además, durante todo el período de los ejercicios terapéuticos debe dispensarse al niño en la escuela de todas las actividades que impliquen lectura y escritura.

Se recomienda partir de un todo sin sentido marcando bien las letras o sílabas con tiza o lápiz de color y pronunciándolas en alta voz. Luego se escriben palabras aisladas o frases, pronunciándolas en alta voz. De esta manera cada sonido aislado, cada sílaba, cada palabra es recalçada mediante el movimiento, la vista, la pronunciación y la audición. Se hacen también ejercicios auditivos con cuadros; se pronuncia un sonido mientras se muestra un cuadro con una letra determinada, por ejemplo, G-gato.

Partiendo de la idea de que el disléxico logra captar con mayor facilidad las relaciones de sonido, sucesión lineal y significado presentándole el orden de las letras de manera inversa a la del normal, es decir, que en vez de que se le escriba de izquierda a derecha se lo haga de derecha a izquierda, algunos autores refieren muy buenos éxitos con ejercicios de lectura y escritura en espejo.

Por las mismas razones que hemos dado para los demás trastornos comprendidos en este estudio, nuestra experiencia personal en este tipo de tratamientos es todavía escasa.

COMENTARIO

Vemos claramente que en la realización de las actividades normales del lenguaje (expresión verbal y mímica, comprensión, lectura y escritura) se conjugan varias funciones que comprenden reconocimiento de signos y fonemas (gnosias visuales y auditivas) capacidad de orientación espacial y temporal, coordinación motora, ocular, de los músculos del habla, manual, etc., capacidad de identificación de símbolos y comprensión. Es decir funciones sensoriales y otras más elevadas de orden psíquico, como es el lenguaje interno. Agreguemos que todas estas funciones se asocian de diversas maneras en una u otras de las actividades del lenguaje, y que se pasa de unas a otras a veces en un sentido y a veces en el sentido inverso. Así la escritura espontánea es la de más alta jerarquía psíquica pues nace de uno mismo, no es una

simple retransmisión a través de nuestro aparato sensorio-psico-motor.

De que todos los procesos involucrados en las diferentes formas del lenguaje normal tienen un aspecto receptivo y otro expresivo, no cabe la menor duda y algo de todo ello hemos vislumbrado en este bosquejo. Pero donde las dudas comienzan es en la explicación de cómo se integran las funciones correspondientes en las manifestaciones normales y cómo se alteran en los casos patológicos. No somos nosotros los indicados para decir nada sobre los procesos de disolución de funciones previamente establecidas, como son las afasias del adulto, pero no resistimos a la tentación de hacer ver que se parecen mucho a los diferentes tipos de anomalías en la evolución del lenguaje que hemos estudiado en el niño, y, por consiguiente, a éste le podrían ser aplicadas análogas explicaciones a las ya dadas para el adulto. Como ya lo hemos insinuado a través de este estudio, hay quienes hablan de "asociaciones"; Launay alude a "dificultad en la elaboración de las asociaciones necesarias para la discriminación de sonidos y de su correspondencia lingüística". Conrad sostiene que todos los tipos de afasias en el adulto pueden ser explicados por alteraciones en las funciones que integran el lenguaje tanto en su aspecto receptivo como expresivo; entre las funciones receptivas pone la de oír los sonidos, luego la de destacar con suficiente claridad estos sonidos y en seguida poner en evidencia su significado, en lo que intervendría el pensamiento, la inteligencia. En el aspecto expresivo, primero se traduce en el lenguaje interno lo que se desea expresar en palabras (sin que se las pronuncie), luego se evoca su imagen kinésica y después se desencadena la serie de movimientos que son necesarios para emitirlas adecuadamente. Tanto en uno como en el otro aspecto, la psicología de la forma explicaría la manera de desarrollarse el proceso. Las realizaciones bien terminadas, funcionalmente finalistas, serían "Gestalts"; lo que queda a medio camino "Vorgestalts", que serían análogas a las manifestaciones afásicas tanto en el aspecto receptivo como en el expresivo. Nosotros pensamos que esto mismo puede ser aplicado a los trastornos del lenguaje que estamos estudiando en el niño, con la diferencia,

que en vez de haberse llegado, como con el afásico, a funciones bien terminadas y regresar a etapas previas, en el niño, en cambio, no se ha llegado nunca a eso y las anomalías estarían dadas por la simple persistencia, prolongada patológicamente, de etapas que en el caso del afásico habían sido superadas hacia muchos años. Además, en el caso del niño, las anomalías del lenguaje pueden ser más complejas aún porque en él el factor sensorial es todavía muy importante y fundamental en la formación y desarrollo de las funciones del lenguaje, de lo cual en cambio en el adulto se puede parcialmente prescindir; una persona que queda sorda cuando adulto no pierde su lenguaje interno ni la capacidad de hablar, lo que no ocurre en el niño; y así como en la audición, en otras funciones sensoriales que contribuyen a la estructuración del lenguaje, visión, coordinación kinestésica de movimientos oculares, sentido del espacio, etc. Finalmente, otra analogía con la concepción de Conrad, es que, el lenguaje del adulto se altera por lesiones cerebrales de determinadas zonas, que corresponderían a las que se supone alteradas en los trastornos del niño, pero en este caso estarían perturbadas no por lesiones adquiridas sino por aplasias o displasias en el desarrollo de dichas zonas cerebrales.

Son especialmente las alteraciones en las sorderas verbales y en la dislexia las que más coinciden con las "vorgestalts": presentan la misma falta de nitidez de lo percibido y expresado, la misma mayor o menor proximidad, según la intensidad, a la Gestalt final, y por último la misma sensación de angustia o tensión ante la conciencia de que no se llega a la Gestalt: rechazo por parte del sordo-verbal de la conversación, que queda limitada especialmente a lo emocional; inseguridad y desagrado del disléxico a leer o escribir que lo lleva a cometer cada vez más errores si se le fuerza a continuar.

Sean o no válidos estos puntos de vista, en el presente estudio hemos presentado cuatro grupos de trastornos del lenguaje (retardo simple, sordomudez, sorderas parciales y verbales, y dislexia) que en una consideración superficial no se les ve semejanzas entre sí, pero, en los que, un estudio más detenido, pone en evidencia varias relaciones entre ellos.

Desde luego, el retardo simple del lenguaje contiene en germen los elementos para derivar en forma insensible hacia otros tipos de trastornos del lenguaje. Así al exagerarse el déficit prático puede llegarse a la audimudez; si lo más deficiente son las gnosias y la elaboración del llamado lenguaje interno se pasa insensiblemente a las diversas formas de sorderas verbales; si hay cierto grado de sordera propiamente tal se llega a otros tipos intermedios entre la sordomudez y la sordera verbal; y dentro de la sordomudez misma hay diversos grados de facilidad para simbolizar, comprender y elaborar el lenguaje adquirido por las vías visual y kinestésica.

Se trata generalmente de afecciones congénitas pero que pueden ser todas también ocasionalmente dadas por afecciones adquiridas en el curso de los 7 primeros años de la vida, o sea, antes de que los centros que rigen las funciones que integran las diversas formas del lenguaje hayan adquirido estabilidad y madurez.

El conjunto de todas estas perturbaciones ha sido costumbre oponerle a la tartamudez, que muchos consideran como un típico trastorno adquirido y psicógeno. Por un lado estaría el grupo recién estudiado, fundamentalmente orgánico, congénito o precozmente adquirido, y por el otro la tartamudez, fundamentalmente adquirida tardíamente, y por influencia psíquica. Sin embargo, nos llama la atención, como les ha llamado antes a otros autores, que en realidad la oposición no es tan grande. Según Diatkine (citado por Launay) el 45% de los tartamudos ha tenido retardo para hablar, pero no se conoce el porcentaje de retardados del lenguaje que terminen en tartamudez aunque, como ya lo vimos antes, el hecho no sería raro. Según Kaner la tartamudez comienza de preferencia en 3 épocas: 1º entre el 3º y 4º año de la vida cuando el niño tiene mucho más que decir que lo que es capaz de expresar y los adultos impacientes no le dan tiempo suficiente para encontrar las palabras apropiadas. 2º Al comienzo de la asistencia a la escuela, cuando hay nuevas estimulaciones para hablar. 3º En la pubertad. El retardo del lenguaje en las dos primeras épocas lleva al máximo el desacuerdo entre la necesidad de hablar y los medios que se tienen a disposición

para hablar, lo que constituye una de las claves patogénicas de la tartamudez. Como ya lo hemos hecho notar, también hay relaciones semejantes entre la tartamudez y las dificultades de pronunciación y con menor frecuencia en la dislexia.

Además, tanto la tartamudez como los otros trastornos del lenguaje tienen en común varias otras características: son mucho más frecuentes en los hombres que en las mujeres, son a menudo de carácter familiar, tienen relación con la torpeza motora y con la zurdería y las anomalías de la orientación espacial.

Cabría pues aceptar que en un apreciable número de tartamudos, el trastorno no es puramente psicógeno sino que hay una base orgánica que lo facilita o produce. No está en los límites del presente trabajo adentrarse más en este terreno.

Otra consideración de importancia que se desprende al estudiar nuestros casos, es que muchos de estos niños no son mandados oportunamente a los servicios de neuropsiquiatría infantil, sea porque se menosprecia el trastorno o porque no se le reconoce adecuadamente. Como muchos de ellos producen las mayores dificultades en el período escolar, debería haber una correlación mucho más estrecha que la que actualmente hay entre los maestros, los psicólogos y nosotros dirigida a obtener un mejor y más amplio conocimiento de estos problemas y a racionalizar los tratamientos. Es igualmente necesario interesar más a los otorrinólogos en los problemas relacionados con la audición.

RESUMEN

Se presenta un grupo de casos compuesto por 209 retardos simples del lenguaje, 177 sordomudeces, 31 sorderas parciales y sorderas verbales y 26 dislexias (incapacidad para leer y escribir).

Analizando las características clínicas y la evolución de cierto número de ellos, y comparando con las informaciones de la literatura respectiva, se trata de hacer una aclaración patogénica y etiológica de dichos cuadros.

Se concluye que todos tienen alguna relación entre sí y con la tartamudez.

Se esboza el pronóstico y el tratamiento y se hace un llamado para lograr un estudio más amplio y en colaboración con otras disciplinas interesadas en estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—AJURIAGUERRA et HECAEN. — Le cortex cérébral. Masson. París. 1949.
- 2.—BAKWIN, H. — Lateral dominance. Journal of Ped. Vol. 36. 1950.
- 3.—BARGER, W. C. — An experimental approach to aphasic and to non reading children. Am. Jour. of Orthopsychiatry. I. 1953.
- 4.—BEECK, M. — Der Begriff der Vorgestalt in der Sprachentwicklung des Kleinkindes. Der Nervenarzt. XII. 1952.
- 5.—BING, R. — Cerebro. Tratado de medicina interna de Bergman Stahelin.
- 6.—CASSIRER, B. — El lenguaje y la construcción del mundo de los objetos. En "Psicología del lenguaje". Paidós, Buenos Aires. 1952.
- 7.—CONRAD, K. — New problems of Aphasia. Brain. Vol. 77. Part IV. 1954.
- 8.—DELACROIX, H. — En los umbrales del lenguaje. En "Psicología del lenguaje". Paidós, Buenos Aires. 1952.
- 9.—DIATEKINE, E. — Etologie des troubles du langage. En "Psychiatrie sociale de l'enfant". París. 1951.
- 10.—FAUST, — Hirnpathologische Studie zur kongenitalen Schreib-Lese-Schwäche. Der Nervenarzt. IV. 1954.
- 11.—FROESCHELS, E. — Psychic deafness in Children. Arch. Neur. and Psych. 51. 1944.
- 12.—GELB, A. — Observaciones generales sobre la utilización de los datos patológicos para la psicología y la filosofía del lenguaje. En "Psicología del lenguaje". Paidós, Buenos Aires. 1952.
- 13.—GOLDSTEIN, K. — El análisis de la afasia y el estudio de la esencia del lenguaje. En "Psicología del lenguaje". Paidós, Buenos Aires. 1952.
- 14.—GOLDSTEIN, K. — Language and language disturbances. Grune and Stratton. New York. 1948.
- 15.—GREGOIRE, A. — El aprendizaje de la palabra durante los dos primeros años de la infancia. En "Psicología del lenguaje". Paidós, Buenos Aires. 1952.
- 16.—GESELL et al. — The first five years of life. Harper. New York. 1940.
- 17.—KARLIN, I. W. — Congenital verbal-auditory agnosia. Pediatric. 7. 1951.
- 18.—LAUNAY, BOREL-MAISONNY, DESRIAC. — Retard "simple" du langage. Arch. fr. de Pédiatrie. N° 2. 1955.
- 19.—HEUYER, G. — Les troubles de la parole chez l'enfant. En "Psychiatrie sociale de l'enfant". París. 1951.
- 20.—KANNER, L. — Tratado de Psiquiatría infantil. Zig-Zag. Santiago. 1951.
- 21.—LHERMITTE, J. — Langage et mouvement. L'Encéphale. I. 1938.
- 22.—LINDER, M. — Ueber Legasthenie (Spezielle Leseschwäche). Zeitschrift für Kinderpsychiatrie. VIII. 1951.
- 23.—PAVEZ, C. — Trastornos del lenguaje en el niño. Arch. Hosp. "Roberto del Río". IX. 1947.
- 24.—ROUDINOSCO, J. — Dyslexie et dominance latérale. En "Psychiatrie sociale de l'enfant. París. 1951.
- 25.—SAUSSURE, F. — Curso de lingüística general. Losada. Buenos Aires.
- 26.—SCHILLER, M. — El puesto del hombre en el cosmos. Espasa-Calpe. Argentina. 1942.
- 27.—WALLON, H. — De l'acte a la pensée. Flammarion. París. 1942.
- 28.—WALTER, — Beitrag zum Problem der angeborenen Schreib-Le-Schwäche (Kongenitale Wortblindheit). Der Nervenarzt. IV. 1954.