

## **IMPERCEPCION AUDITIVA CONGENITA (Sordera verbal congénita)**

### **Antecedentes para su estudio**

María Irene Jhonson

A partir de mediados del siglo pasado, la literatura psiquiátrica se interesa por una forma de perturbación de lenguaje que presentan algunos niños que sin padecer de sordera no comprenden ni pueden adquirir el lenguaje hablado.

Estudiando los factores que han influido en el problema, se facilitará la comprensión del concepto actual denominado "IMPERCEPCION AUDITIVA CONGENITA". Para ello consideramos:

1. La influencia de las investigaciones sobre las afasias.
2. La apreciación del nivel mental en relación al trastorno.
3. El traslado del síntoma más importante a la esfera de la percepción auditiva.

#### **1. La influencia de las investigaciones sobre las afasias**

A. — PRIMERA ETAPA: El problema se plantea de acuerdo a los conceptos que sobre el lenguaje y las afasias había formulado Gall, Bouillard y Broca.

Gall en 1819 estudia algunos pacientes con pérdida del habla concomitantes a una hemiplejía del lado derecho, en tanto Bouillard sostiene en 1825 que los movimientos que intervienen en el habla debían explicarse o por la destrucción del centro (órgano) de la memoria de las palabras o por la alteración del centro que regula los movimientos de los que depende el habla. Esta concepción que incluía la "pérdida de la memoria de las palabras", se sustentaba en la hipótesis de Gall que establecía que la "memoria" comprendía diversas facultades entre las cuales se contaba "la memoria de las palabras" y la del "sentido del lenguaje hablado". Broca se ocupa en 1860 de casos de pacientes con perturbaciones del lenguaje articulado en relación a lesiones de la porción triangular y opercular de la tercera circunvolución frontal, estableciendo una diferencia entre la "facultad del lenguaje articulado" y la "facultad general del lenguaje". De manera que la "afemia" (como denomina Broca al trastorno afásico),

afecta al lenguaje articulado dejando intacta la "facultad general del lenguaje" (afasia motora); entendiendo por "facultad general del lenguaje" la capacidad de convertir una idea en símbolos de expresión mímica, gráfica u oral. De donde la "facultad del lenguaje articulado" no sería sino una de las formas expresivas de la facultad general del lenguaje.

Wilbur (1) en 1867 realiza una importante investigación sobre este problema estudiando un grupo de idiotas a los que clasificó según su capacidad y grado de expresión oral. Un grupo lo constituían de aquellos idiotas capaces de repetir una palabra después de haberla oído, pero para los cuales era imposible pronunciarlas espontáneamente. A este trastorno del lenguaje llamó Wilbur "trastorno afásico" y al que lo padecía "idiotas afásico". Fácilmente se nota la influencia que sobre esta concepción del trastorno de la palabra tiene la formulación de Broca, ya que la considera una alteración o trastorno de la articulación del lenguaje, según Broca, "del lenguaje articulado". La perturbación afásica del lenguaje de los idiotas considerados se deducía de su bajo nivel mental.

Los conocimientos actuales sobre el problema nos hace pensar que algunos de los sujetos no eran idiotas y que solamente las características del defecto del lenguaje había hecho que se los asimilara a los casos de la deficiencia mental profunda en que no logran adquirir ni comprender la palabra debido a su déficit de inteligencia. La confusión había surgido de las dificultades para el examen. Sin los actuales recursos técnicos, la conducta intelectual de los pacientes afectados por el trastorno denominado "impercepción auditiva congénita" se confundió con la de los deficientes mentales profundos.

Se supuso que el defecto se instalaba en la articulación de la palabra y que era debido a una afasia resultante o concomitante a una deficiencia mental profunda, hecho que limitó las posibilidades a una investigación dirigida a la verdadera naturaleza del trastorno del cual nos ocupamos.

En 1891 se describe por primera vez una forma defectuosa de lenguaje resultante de la incapacidad de adquirir, desarrollar y comprender el habla, que presentaban algunos niños y que se la incluía entre las perturbaciones de la articulación. Al trastorno se denominó "idioglosia". Esta forma de lenguaje es característica de los oligofrénicos profundos —los idiotas— y consiste en un lenguaje muy precario, inteligible solamente para la persona que se encuentra en estrecho contacto con el sujeto. Se desarrolla por la asociación de ciertos sonidos primitivos y vocablos mal

---

(1) Citado por Worster-Drough.

articulados, referidos a estados afectivos y a limitado número de objetos (2).

B. — SEGUNDA ETAPA: Los estudios realizados por Wernicke, Heuschen, Liepmann y Pierre Marie, señalan una formulación más avanzada de las teorías de las localizaciones cerebrales de la afasia.

Wernicke, describe en el año 1881 la "afasia sensorial" que lleva su nombre. Establecida una zona motora en la parte anterior de los hemisferios cerebrales y una zona sensorial en la parte posterior de los mismos; los centros motores anteriores eran el asiento de concepciones motoras y las zonas sensoriales posteriores contendrían las memorias de las imágenes de las impresiones sensoriales, ubicando Wernicke el centro auditivo (memoria de los sonidos) en la primera circunvolución temporal y la concepción para el lenguaje articulado en la zona de Broca. Una lesión que afectara la zona correspondiente al centro auditivo provocaría una perturbación o pérdida de las imágenes de los sonidos y un trastorno o pérdida de la comprensión del lenguaje hablado. Se darían también algunos defectos afásicos del habla porque la destrucción del centro de la memoria de los sonidos impediría estimar y corregir las fallas de la pronunciación.

Liepmann, en trabajos publicados en 1900, 1905 y 1919 trata de describir los trastornos del lenguaje como formas de apraxias. Los movimientos aprendidos se ejecutan de acuerdo a un plan ideacional. El apráxico ha perdido la capacidad de realizar series complejas de movimientos por ejemplo, atarse los zapatos. La apraxia se puede definir como la imposibilidad de realizar una acción que deba ejecutarse siguiendo un plan ideacional, sin que exista parálisis de músculos. Las apraxias serían la resultante de una lesión de las áreas de elaboración sensomotoras de la corteza cerebral. La afasia de Broca sería una apraxia motora que afecta los órganos del habla. "Se ha perdido la memoria para la ejecución de los movimientos para la articulación de las palabras". La afasia motora respondería a la afasia ideokinética e ideacional de Liepmann. Las agnosias serían la pérdida de la capacidad de percibir o reconocer las impresiones que llegan por vías sensoriales. La ceguera y la sordera verbal serían trastornos que se agrupan entre las agnosias.

En 1914 Henschen publica sus trabajos sobre las afásicas. Establece que cada retina está representada en la zona estriada (alrededor y dentro de las paredes de la cisura calcarian y polo occipital), constituyendo el

---

(2) HADDEN, citado por Worster-Drough and Allen J. *Neurol & Psychop.* 1930.

“centro primario de la vista”. Aquí son recibidas las impresiones visuales y transformadas, dirigiéndose a otras zonas de la corteza, asiento de elaboraciones más complejas y de un plano funcional más elevado. Huschen ubica el “centro primario de la audición” en la circunvolución transversa temporal de Heschel, negando que se estableciera en la primera o segunda temporal. Estas estaciones de recepción, después de elaborar las impresiones, las dirigen a los centros encargados de la organización de los procesos psíquicos superiores. Henschel establece tres formas de afasias en relación con las perturbaciones sensoriales del lenguaje, tomando en cuenta la zona afectada por la lesión:

- a) Afasia temporal.
- b) Afasia angular (pliegue curvo).
- c) Afasia occipital.

Se consideran dos formas relacionadas a la destrucción de los centros. Si se destruye el centro de la “Audición general” que ubica en la circunvolución transversal de Heschel, el sujeto pierde la capacidad para apreciar el significado de los sonidos. Si la lesión se ubica en la parte media y posterior de la primera temporal izquierda, resultará una “sordera verbal” por destrucción del centro de la “audición de las palabras”. El sujeto no recuerda las palabras que corresponden a las ideas que quiere expresar usando vocablos inadecuados o compuestos de sílabas extrañas. Puede leer y escribir para sí, pero no puede comprender ni repetir lo que se le dice. Se acompaña de agrafia y ceguera verbal.

Las conclusiones fundamentales de Pierre Marie sobre el tema, pueden resumirse:

- a) Existe una sola afasia, la de Wernicke.
- b) En toda afasia existe una disminución de la eficiencia intelectual.
- c) La afasia no supone la falta de comprensión de palabras aisladas (como si el sujeto oyera ruidos en lugar de vocablos de contenidos significativos), sino la imposibilidad de ejecutar acciones complejas que se solicitan verbalmente.
- d) Niega la existencia de centros separados para el aspecto sensorial y motor del lenguaje hablado.
- e) La tercera circunvolución no desempeña ningún papel en la función del lenguaje.

Con la denominación de “ceguera verbal” y “sordera verbal” creados por los autores a los que acabamos de referirnos, se inicia el intento de explicar las dificultades del lenguaje que hoy conocemos como “impercepción auditiva congénita”.

En el año 1889 se reconoce por primera vez que el defecto del habla que sufren estos pacientes podría ser la consecuencia de la incapacidad de percibir diferencias de sonidos.

En el año 1900 Kerr <sup>(3)</sup>, estudia el caso de un niño de inteligencia normal, que sin padecer defectos de audición no podía comprender la palabra (el niño había aprendido a hablar) y califica al defecto como "sordera verbal pura congénita". Desde entonces se describen casos de niños con audición normal y defectos muy severos del lenguaje o sin habla.

Thomas <sup>(4)</sup> en 1908 considera este defecto como un trastorno debido a la organización defectuosa de los centros motores del habla, no obstante referirse a niños incapaces de organizar un centro auditivo de la palabra y de recoger y mantener la memoria del significado de las palabras no vincula este defecto ni al estado de los niños ni a la ideoglosia. Llama a este trastorno "sordera verbal congénita". Es Mc Cready <sup>(5)</sup> quien sostiene en 1911 que la ideoglosia reconocía como causa a la sordera verbal parcial y resultaba ser una "simple repetición de las palabras oídas", resultando ser el primero en advertir una relación entre la ideoglosia y el trastorno auditivo congénito.

Los trabajos de Yearsley <sup>(6)</sup> contribuyen a ilustrar el problema. Sostiene en el primer trabajo que la expresión "sordera verbal congénita" debía utilizarse para los casos de audición normal concomitante a una falta de comprensión del significado de la palabra hablada. En un segundo trabajo establece que el centro receptor de la audición se mantenía intacto en tanto las conexiones con el centro motor estaban interrumpidas o no se habían desarrollado.

Contra el uso de la denominación de "sordera verbal congénita" reacciona Rutherford quien sostiene la inadecuación de los términos pues si se considera el defecto como un trastorno del habla derivado de una imperfección del aparato cerebral neuromotor del lenguaje, la designación de "sordera verbal congénita" resulta contradictoria por cuanto ella indica un defecto en los centros respectivos del lenguaje hablado.

Tait, a su vez manifiesta como impropio designar "afasia congénita" para referirse a un defecto del habla congénita. Sostiene que la palabra "afasia" designa la perturbación o pérdida de una palabra ya adquirida, inadecuada, por cuanto los niños que padecen "sordera verbal congénita"

(1) Citado por Worster-Drough and Allen J. Neurol. Psycho. 1930.

(4) Idem.

(3) Citado por Worster-Drough and Allen J. Neurol. Psycho. 1930.

(4) Brit. Med. Jour 1911, junio 10 y julio, tomo I, y Brit. Med. Jour 1911, oct. 7, tomo II.

nunca han desarrollado los centros en los que interviene el lenguaje hablado. Propone la designación "deficiencia congénita de las zonas del lenguaje hablado".

Hasta aquí podemos describir "como un trastorno congénito del habla relacionado con la esfera de la percepción auditiva que por síntomas semejantes a la sordera verbal en los adultos se denomina corrientemente "sordera verbal congénita". Las investigaciones prosiguen acrecentando la importancia del aspecto auditivo del transtorno.

C. TERCERA ETAPA: Cobra importancia decisiva la presencia de H. Jackson y H. Head en el campo de las investigaciones referidas a este problema.

En 1876, Jackson utiliza por primera vez el término "impercepción" y lo utiliza para designar un estado producido por una lesión cerebral que deja al paciente incapacitado para reconocer objetos, personas y lugares sin pérdida de la visión. A este trastorno denomina "impercepción visual congénita". Al referirse a la esfera verbal, Jackson describe dos tipos de trastornos del habla de origen central: 1º El sujeto mantiene la imagen de la palabra, pero ha perdido la capacidad de emplearla en una proposición; la alteración alcanza a ubicarse en un plano más elevado, como es la formulación proposicional, nivel superior al de la mera comprensión y enunciación de la palabra. 2º La imagen es defectuosa o no existe; a este estado es al cual Jackson llama "impercepción" y como dijimos puede ser visual o auditiva. En ambos casos el sujeto tiene dificultad en reconocer lo que ve u oye. Concomitantemente a la dificultad de ver o reconocer lo que oye, el sujeto muestra también una disminución en la capacidad para leer y escribir.

H. Head, utilizando los trabajos de Jackson, formula sus conceptos estructurando una teoría sobre los trastornos del lenguaje en relación a las lesiones cerebrales. Fundándose en sus propias investigaciones sostiene que la afasia es una perturbación funcional del habla debido a una lesión unilateral del cerebro. El lenguaje hablado es una función integradora establecida en un nivel superior al de la sensación y el movimiento, siendo por lo tanto inconsistente la diferencia establecida entre afasia sensorial y afasia motora. Estima que el habla es un acto de "formulación y expresión simbólica" y no una capacidad intelectual general, de manera que las dificultades mayores se presentarían en las formulaciones más abstractas. "Considera que la capacidad intelectual de los afásicos no se afecta en un orden primario, sino disminuye en la medida que la formulación y expresión simbólica interviene en la dinámica de las aptitudes mentales". Establece cuatro clases de perturbaciones del habla en relación a las lesiones cerebrales: afasia verbal, nominal, sintáctica y semántica. Nos ocu-

paremos sólo de la "afasia verbal" por la índole del problema que nos ocupa.

Llama "afasia verbal" al defecto del aspecto verbal del pensamiento que se manifiesta por la defectuosa construcción de la palabra. El paciente se halla con serias dificultades para encontrar la palabra en una conversación común. A veces queda reducido a dar un sí y un no y a emitir algunas exclamaciones con la que expresa sus emociones. En estos casos disminuye la capacidad para escribir y se pierde la memoria verbal para el contenido de la lectura en silencio. El sujeto es incapaz de evocar el símbolo verbal (la palabra) que necesita aunque comprende el significado de las palabras aisladas. La formulación y estructuración verbal de la palabra es el defecto más notable; la comprensión queda relativamente intacta, salvo en los casos más graves.

La "impercepción auditiva o visual" no constituye una afasia propiamente dicha. El sujeto tiene dificultad para percibir o reconocer el significado de lo que ve u oye. Debe entenderse que la **"impercepción sea auditiva o visual es un defecto en un nivel de desintegración funcional inferior al de la afasia"**.

IMPERCEPCION AUDITIVA CONGENITA: Los primeros autores que utilizaron la denominación de "impercepción auditiva congénita" fueron Worster Drough and Allen para referirse a una perturbación de la percepción auditiva de las palabras que sufren algunos niños, que sin ser sordos no logran adquirir ni comprender el lenguaje. El defecto se complica generalmente con trastornos en la lectura y escritura (alexia y agrafia). La designación de "impercepción auditiva congénita" salva el equívoco de "sordera verbal congénita" por cuanto se refiere con propiedad a la naturaleza auditiva del defecto.

## 2. LA APRECIACION DEL NIVEL MENTAL DEL SUJETO EN RELACION AL TRASTORNO

Wilbur en 1867 califica como "idiotas afásicos" a los sujetos que repiten una palabra después de haberla oído, sin ser capaz de pronunciarlas espontáneamente. Esta categoría queda establecida en función del nivel mental y es muy probable que entre los "idiotas afásicos" se incluyeran grupos de sujetos que padecían "impercepción auditiva congénita". De esta manera el defecto del lenguaje es considerado una consecuencia directa del déficit intelectual.

En el año 1912, Burr estudia un grupo de sujetos sordos de nacimiento y deduce que la deficiencia mental que exhiben es una consecuencia di-

recta de su falta de lenguaje. La falta de estímulos y de medios propios para expresarse y de comprender el habla empobrece a tal punto la conducta que lleva a considerar como oligofrénicos a niños que no lo son. Cuando la educación brinda al niño que padece "impercepción auditiva congénita" los estímulos adecuados a la naturaleza del trastorno, la inteligencia y la conducta se desarrollan normalmente. Desde entonces queda establecido que no todos los niños que padezcan "impercepción auditiva congénita" tengan que ser necesariamente oligofrénicos.

Con estos elementos podemos establecer:

1. Los niños que padecen "impercepción auditiva congénita" en su mayoría no son deficientes mentales.

2. El defecto del lenguaje no es el resultado de un nivel mental inferior.

3. El defecto (pobreza del lenguaje) es el elemento que mueve a pensar que el niño que lo padece sea un deficiente.

4. La falta de lenguaje y la deficiente conducta intelectual, emocional y social que lo caracteriza conduce generalmente a un diagnóstico de deficiencia mental.

### **3. EL TRASLADO DEL SINTOMA MAS IMPORTANTE A LA ESFERA DE LA PERCEPCION AUDITIVA**

En 1867 la "impercepción auditiva congénita" fue considerada una forma anormal del habla relacionada a la articulación y atribuida a la deficiencia mental.

En 1891 se denominó "ideoglosia" a un lenguaje muy rudimentario característico de los deficientes mentales profundos.

En 1889 se reconoce por primera vez que el defecto del lenguaje podía estar relacionado a la incapacidad de percibir diferencias de los sonidos de la voz humana.

En 1900 se introduce la expresión "sordera verbal pura congénita" para designar al trastorno. No obstante, la designación de "sordera verbal" todavía se sigue vinculando el trastorno a una organización defectuosa de los centros motores del habla.

En 1910 se delimitan las relaciones entre ideoglosia y las dificultades para la percepción auditiva de las diferencias de los sonidos.

En 1911 se descarta el concepto de afasia para un defecto de tipo congénito y en 1912 se establece que el defecto no es la derivación de una deficiencia mental.

En 1926 Head conociendo los trabajos de H. Jackson llama "impercepción auditiva congénita" a un defecto ubicado en un nivel de desinte-



gración inferior al de las afasias, siendo la perturbación del lenguaje el resultado de un trastorno en la esfera de la percepción auditiva de las palabras, sonidos musicales y aun de los ruidos groseros.

En 1929 y 1930, Worster-Drough and Allen adoptan la denominación de "impercepción auditiva congénita" para describir al defecto. De esta manera el síntoma ha sido tratado de acuerdo a su verdadera naturaleza y trasladado a su esfera respectiva: la audición.

## II

### **IMPERCEPCION AUDITIVA CONGENITA (Sordera verbal congénita)**

Se define a la impercepción auditiva congénita como un trastorno de la percepción auditiva de las palabras, sonidos musicales y aun sonidos groseros, con audición normal complicado con síntomas afásicos, perturbación oral del lenguaje con dificultades de la lectura y la escritura. El principal defecto del lenguaje es una perturbación del tipo de la afasia verbal de Head que complica al defecto auditivo primario.

DESCRIPCION CLINICA: Worster-Drough and Allen, primeros en designar como "impercepción auditiva congénita" al defecto del habla que nos ocupa, señalan los siguientes síntomas clínicos como los más importantes:

a) **El defecto es congénito**, no es visible hasta que el niño llegue al período en que comienza la aparición del habla, articulación de los sonidos y formulación de palabras. Como el niño desarrolla los demás campos de la conducta normalmente, se piensa que sólo se trata de la aparición tardía del habla; pero en el caso descrito por los autores citados y el que estudiamos nosotros en este trabajo, registra ciertas características que bien merecen ser tomadas en consideración como elemento diagnóstico en los primeros meses, y es el siguiente; el grito del niño es monótono, no registra variaciones de altura, timbre ni voz, aun cuando vaya asociado a estados afectivos distintos.

b) **La audición es normal**, no hay defecto en el oído.

c) **El lenguaje hablado no es comprendido** cuando se habla al paciente fuera de su visión y a veces aún cuando ve al que habla.

d) En algunos casos el niño puede repetir sonidos y palabras aisladas oídas, pero no logra hacerlo cuando se trata de series de palabras o sonidos.

- e) Sólo en los casos más graves el niño no distingue los sonidos musicales y los ruidos.
- f) El habla no existe o es muy deficiente.
- g) Existe gran dificultad para apreciar el significado de los símbolos gráficos.
- h) Los errores de escritura revelan que corresponden generalmente a los que cometen en el lenguaje oral.
- i) La escritura al dictado no es posible si el sujeto no ve la cara de la persona que dicta.

Los niños que padecen este trastorno, son sanos física y mentalmente. Su nivel de inteligencia es normal; los órganos periféricos del habla no presentan alteraciones morfológicas ni funcionales. No hay parálisis ni trastornos motores que puedan vincularse al defecto del habla. Lo evidente es que el niño no habla o si lo hace su lenguaje es primitivo y rudimentario. El examen de la audición es muy difícil porque los niños no discriminan la diferencia ni las variaciones de los tonos. Este examen ha de realizarse tomando en cuenta dos circunstancias: 1º Las instrucciones deben darse haciendo que el niño vea al examinador y 2º Las instrucciones serán dadas fuera de la visión del paciente.

Wallin, afirma que el trastorno radica en que el paciente no reconoce la imagen acústica de la palabra.

Frecuentemente, el paciente repite mal y sin comprender la palabra y cuando es muy grave sólo repite una palabra mal pronunciada.

Si el niño logra con un tratamiento reeducativo adquirir lenguaje, lo hace entre los cinco y doce años. El lenguaje es casi siempre defectuoso.

**CARACTERES DEL HABLA EN LOS CASOS DE IMPERCEPCION AUDITIVA CONGENITA:** Un estudio de los estadios por los cuales el habla evoluciona y se desarrolla hasta convertirse en lenguaje articulado nos ilustrará sobre el valor de las percepciones auditivas normales en la iniciación del habla (7).

1º El niño vocaliza al azar, como una manifestación de su reacción global a los estímulos que llegan a él. Las reacciones verbales forman así parte de la actividad global y no son todavía respuestas a situaciones específicas. Cuando un niño vocaliza un sonido, se produce simultáneamente su audición. Por un proceso de reflejo condicionado, el niño aprende la relación entre un sonido y un acto motor complejo. La impresión auditiva, interviene y se da cada vez que el niño dice el sonido.

---

(7) F. D. Brooks Child Psycholog., pág. 173, Houghton Mifflin, Co. 1937.

2º Cuando el niño se imita a sí mismo, se puede hacerle pronunciar una sílaba por medio de un estímulo auditivo que evoque los mismos elementos de articulación. "Si un niño dice una sílaba y un adulto la repite, o dice una palabra que se aproxime a ella, el estímulo auditivo es suficientemente simultáneo a la respuesta motora como para que se efectúe el proceso de condicionamiento".

3º El niño comienza a comprender el nombre de las cosas. Cuando tiene ante sí un objeto y una persona le dice el nombre, responde con un acto vocal. Se crea la relación condicionadora entre el objeto visto y la respuesta oral. Así la percepción del objeto reemplaza al estímulo auditivo que significaba la pronunciación por un adulto del nombre del objeto.

En las tres etapas la impresión auditiva normal es importante para el desarrollo del habla. Cuando ella está perturbada, el habla es limitada, defectuosa o el niño no aprende a hablar.

**EL HABLA DE UN NIÑO CON IMPERCEPCION AUDITIVA CONGENITA:** Para el que la oye por primera vez resulta una jerga incomprensible, sin organización gramatical. El lenguaje es rudimentario y mal articulado. Se establece por la asociación de ciertos sonidos a un número limitado de objetos y estados emocionales. El habla es monótona y excepcionalmente espontánea, con elementos de perseveración al principio o al final de cada palabra; con sílabas o letras que pueden estar invertidos y en los casos más graves el niño no habla o da sólo algunos sonidos. Después de un tiempo en contacto con el sujeto se llega a comprender el lenguaje.

**NIVEL MENTAL, CONDUCTA SOCIAL Y APTITUDES:** Por lo general los casos de "impercepción auditiva congénita" son niños de inteligencia normal. El desarrollo y evolución mental depende de los padres y educadores del niño. La dificultad específica del trastorno que padecen exige una atención sistemática. El comportamiento afectivo y social también depende de las condiciones familiares y ambientales. Sus reacciones psicológicas tienen características propias y están en relación con la cultura de los padres y la educación en la infancia. Son niños que manifiestan buena disposición para la percepción y memoria de las figuras, cualidades de las formas y de las proporciones. Muestran interés por juegos mecánicos y de construcción. La aptitud para la aritmética es generalmente buena.

El problema del nivel mental plantea el estudio de la relación entre la inteligencia y el lenguaje. Pero las investigaciones realizadas en este aspecto, están dedicadas al estudio de la conducta intelectual en las afasias o en los casos de lesiones cerebrales o cirugía cerebral. La "impercepción auditiva congénita" es un trastorno de naturaleza distinta al de las

afasias, por tanto no se puede extender a este campo consideraciones propias a otras áreas.

**ETIOLOGIA:** Los últimos trabajos sobre la “impercepción auditiva congénita”, atribuyen el defecto a un factor de variación biológica. No cabe considerar que sea la consecuencia de una lesión de parto, por cuanto los síntomas clínicos y el cuadro sólo permite atribuir a una lesión bilateral de la corteza en la zona correspondiente. En las historias clínicas de los pacientes de “impercepción auditiva congénita” se registra gran número de casos con antecedentes familiares positivos para justificar la existencia de un factor familiar, si bien aún no se ha podido determinar la manera cómo se trasmite. El determinante fundamental que provoca la impercepción auditiva congénita, parece que sea una apraxia de la corteza cerebral de la zona posterior del lóbulo temporal, de distribución bilateral; conclusión a la que se arriba al considerar la existencia del factor familiar, la condición de bilateralidad y la recuperación que en cierta medida se logra con métodos reeducativos.

El número de casos registrados como “impercepción auditiva congénita” es muy reducido. Es posible que ello reconozca como causa:

- a) La complejidad de los síntomas de la impercepción auditiva congénita, que la mayoría de las veces conduce a diagnósticos de severa deficiencia mental, idiotez, imbecilidad o mudéz.
- b) La reclusión de estos pacientes en internados para deficientes mentales o institutos para sordos.
- c) Las dificultades que han de salvarse para realizar un prolijo examen auditivo de la esfera verbal.

**TRATAMIENTO:** Los únicos autores que han señalado algunos principios generales para orientar el tratamiento educativo de estos pacientes son Worster-Drough and Allen <sup>(8)</sup> que transcribimos:

- a) Socialización del paciente en base a la consideración de las diferencias individuales.
- b) Aprovechamiento de las aptitudes mejor evolucionadas del paciente.
- c) La determinación más completa de las distintas esferas que abarque el trastorno.

De lo cual se deduce que el tratamiento reeducativo deberá proponerse:

1. El entrenamiento de la articulación mediante el tacto y la vista.

---

(8) STODDARD, D. G.: *The Meaning of Intelligence*, Cap. II, The MacMillan Co., N. York 1943.

2. La enseñanza de la lectura en los labios como en los niños sordos.
3. La educación del oído del paciente mediante la iniciación en el uso correcto de los sonidos que intervienen en la formación de las palabras. Estos ejercicios deben comenzar por objetos concretos que el sujeto tiene ante su vista. El niño debe apreciar con la vista y el tacto los movimientos de adecuación de los órganos de la articulación.
4. Es necesario una enseñanza individual, evitando que el niño asista a una escuela de sordomudos.
5. Cuando el niño domine y comprenda con soltura el lenguaje hablado se iniciará el aprendizaje de la lectura y la escritura.
6. Adquiriendo estos elementos, el niño podrá ingresar a la enseñanza colectiva, debiendo tenerse en cuenta para la enseñanza, la didáctica de métodos audiovisuales.