

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

LA ESFERA INTELECTUAL A TRAVES DE LOS TESTS DE  
GRACE ARTHUR Y ALICIA DESCOEUDRES EN UN GRUPO DE  
DEFICIENTES MENTALES CON TRASTORNOS DE LENGUAJE

525  
P59

T E S I S  
Que para obtener el título de  
P S I C O L O G O  
P r e s e n t a :  
Julieta Cecilia Heres Pulido



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES  
Con gratitud

A mi esposo que  
mi apoyo y aliciente

A mi hija con el deseo de que el  
ser psicólogo me permita ayudarla  
a alcanzar la madurez

278

A mis Hermanas:  
Cristina  
Ma. Luisa y  
Ma. Eugenia

A la memoria de mis abuelitos y de  
mi inolvidable tía María,

A mi querida Abuelita  
Cristina

A mi Padrino con cariño

A Marite y a mi familia

37019

Al Dr. Pedro Berruecos Téllez  
quien con sus enseñanzas me hizo encontrar  
mi verdadera vocación.

Al Dr. Mario Ramos Palacios, y a sus  
excelentes Colaboradores por su ayu-  
da y compañerismo.  
A la Dra. Lucia Flores, por sus ati-  
nados consejos.  
Gracias a la Srita. Guadalupe Alco-  
cer y al cuerpo de Terapistas del Dep-  
to. de Foniatria del Hospital 20 de-  
Noviembre por su gran ayuda, y al --  
Dr. S. Tarasco por haberme dado faci-  
lidades para este trabajo.  
A todos mis maestros ya que cada uno  
de ellos hizo posible con sus ense-  
ñanzas este trabajo.

Al hombre que se preocupa  
por el hombre.

#### INTRODUCCION.

La tesis que presento a continuación al Honorable Jurado del Colegio de Psicología, es el resultado de haber conocido algunos casos -- de deficiencia mental asociados al problema del lenguaje, causando -- un falso diagnóstico en los resultados psicométricos.

Al abordar el problema de la psicometría en Oligofrénicos, me llamó la atención una discrepancia, que se repetía sistemáticamente, entre los resultados obtenidos mediante test de ejecución manual y aquellos en que se precisaban de solución mediante el uso ó la comprensión del lenguaje verbal.

La discrepancia radicaba en que los resultados obtenidos en la ejecución manual eran superiores comparativamente con los resultados de la ejecución verbal.

De la observación clínica deduje que las alteraciones del lenguaje podían agruparse dentro de trastornos del tipo de la tartamudez, ecolalia, rinolalia, etc.

Partiendo de la observación anterior deduje que las alteraciones del lenguaje verbal en los Oligofrénicos podían reunirse dentro los trastornos de lenguaje ya conocidos y clasificados previamente, lo único, que no se tomaba en cuenta era que la etiología, en este caso -- la Oligofrenia invalidaba por este sólo hecho el resultado psicométrico, puesto que nos estábamos valiendo de un sistema de investigación -- que no estaba al alcance de esos cerebros invalidos en la comunicación verbal.

Comprendí que podía ser una investigación fructífera determinar con resultados objetivos y mediante técnicas psicométricas verbales y no-verbales el C.I. obtenible en los Oligofrénicos. De aquí que me haya valido de un test no verbal como el Grace Arthur y uno básicamente -- verbal, para hacer mas evidente esta diferencia.

He comprobado mientras más adentraba en el tema y en la bibliografía, tanto de Oligofrenia como de problemas de lenguaje, necesitaba -- dedicar no un semestre ni un año sino muchos de intensa dedicación para el conocimiento total de estos estados.

No tengo el atrevimiento de que sea un trabajo con aplicaciones -- pedagógicas y rehabilitadoras específicas pero sí una pequeña aportación para esto. He visto además que necesitaba una especialización -- tanto en Oligofrenias como en Foniatrías y Logopedia, pero aunque -- mis conocimientos son pobres, tengo la esperanza de que el presente -- trabajo pueda aportar al psicometra un concepto más justo, más real -- más trascendental de la apreciación cuantitativa del rendimiento --

intelectual que es siempre toque inicial para integrar un diagnóstico-emitir un pronóstico y formular una terapéutica rehabilitadora en esos cerebros que privados en mayor o menor grado de la luz de la creatividad específicamente humana puedan ocupar un puesto útil y productivo - en la gran familia humana.

Agradeciendo de antemano las orientaciones que recibiré de ustedes, Señores del Jurado; me hagan notar los errores que he cometido -- para poder corregirlos y adelantar en estas disciplinas y continuar -- mi investigación.

## C A P I T U L O I

### "EL LENGUAJE Y SUS TRASTORNOS"

#### REVISION BIBLIOGRAFICA

Sapir nos da la siguiente definición del lenguaje:

"Lenguaje es un medio puramente humano y no instintivo de comunicación de ideas, emociones y deseos a través de un sistema de símbolos emitidos voluntariamente. Estos símbolos en primera instancia, son auditivos y producidos por los denominados "órganos de lenguaje". Sin embargo si hablamos con propiedad, estos órganos del lenguaje -- no existen; son solamente formaciones que incidentalmente son de utilidad para la producción de fonemas (1)".

"Todos los lenguajes tienen una tendencia hacia la economía en la expresión que les es inherente. Según Strauss, ésta tendencia, para el individuo normal, es una necesidad.

Veamos lo que nos dice Strauss y otros autores sobre el tema tratado en este capítulo:

"Las percepciones infantiles se desarrollan probablemente más rápido que las del adulto, son pocos los elementos constantes en el -- campo visual, sus percepciones son irreversibles. Necesita algo que le permita conservar lo ya logrado en tanto continúa su avance. Le es imprescindible un punto que le diga dónde se halla para poder proseguir sin perderse. Y esto lo encuentra en las palabras.

En forma paralela al desarrollo de la percepción se produce la evolución de un mecanismo motor que posibilita la palabra. Concordamos con Sapir en que el lenguaje es primitivamente un sistema auditivo de símbolos. Constituye también un sistema motor en cuanto es articulado; pero ese aspecto motor de la palabra es, por cierto, secundario al auditivo. El lenguaje mismo se refiere a significados y símbolos. El niño debe producir las complicaciones de las coordinaciones musculares necesarias para la formación de sonidos y en particular, aquellos característicos de su lenguaje.

El primer sonido que produce el niño es el llanto característico. La mayoría de los sonidos, son fundamentalmente de naturaleza refleja. Alrededor de los 5 ó 6 meses de edad el niño principia a experimentar la producción de sonidos y así inicia el desarrollo de ciertas habilidades que más tarde usará al hablar. Este es el período de balbuceo. La producción de sonidos sin significado se realiza --

solo por el placer que le depara el ejercitar su propia musculatura, A los 12 meses el niño inicia la ecolalia. Cuando pronuncia una silaba, se estimula quínestésica y auditivamente, Estas respuestas en eco forman parte importante de las expresiones del niño hasta los 30 meses de edad. Su importancia estriba en que producen el fundamento motor necesario para el lenguaje futuro y proveen una base para co- tejar percepciones auditivas. Las primeras palabras del niño, son utilizadas como nombres para elementos más o menos permanentes para su medio. Poseen una estructura simple. Estas palabras precoces por lo general se relacionan con objetos o sucesos que para el niño tienen una connotación afectiva. Ello, se debe a una necesidad de permanencia de estas situaciones de significación emocional. El lenguaje perceptivo, llamado por Piaget "MONOLOGO" y "EGOCENTRICO" tiene como finalidad aparentemente el mantener el "status" de sus percepciones mientras va de un elemento perceptivo a otro, y al ordenarlas en series adecuadas con el fin de lograr los resultados deseados. De este modo, nacen la fabulación y la invención. El niño usa el lenguaje en la medida que actúa como medio de mantener la sucesión ordenada de esas ciertas percepciones, Aquí el lenguaje es un proceso de comunicación y su propósito esencial es hacer llegar a los demás nuestras ideas. Es factible que este punto de vista constituya una parte poco trascendente en las razones que los impulsan a su proceso de verbalización.

El lenguaje no constituye inicialmente un medio de comunicación con los otros, sino consigo mismo. Solo más tardes servirá como una función de interrelación personal.

El niño acompaña su actividad con palabras porque el lenguaje -- es una parte vital de la misma. Su lenguaje le ayuda a mantener el significado carente de precisión que ha logrado hasta este momento, para que no lo pierda y tenga que comenzar el proceso.

El uso del lenguaje como medio de comunicación depende de la habilidad del niño para construir percepciones de relativa permanencia y para estructurarlas de modo tal que sea posible su expresión simbólica. El pequeño de 7, u 8 años, todavía no posee un grupo de percepciones estables para manejar, De ahí que debe esperarse de él que su lenguaje se preocupe poco por la comunicación y si, en mayor grado por sus propias actividades. El niño alcanza el nivel de estructuración de cierta eficacia a los 7 u 8 años de edad; comienza a predominar respuestas de una expresión más socializada. La percepción es más direccional e irreversible al rotular la percepción con una palabra y al pronunciar la misma, el niño es capaz de hacer reversible esa vivencia y puede emplearla una y otra vez; que es lo que esencialmente realiza durante su monólogo, y por ello acompaña sus acciones con palabras.

A medida que se desarrolla la segunda etapa de adjudicación de -

nombres "el niño advierte ciertas similitudes entre objetos y situaciones". Entendemos aquí por rotular el proceso de hacer una clasificación por grupos muy superficial.

Durante todas las etapas de su desarrollo, emplea el lenguaje -- para representar directamente objetos o situaciones. En esta fase, -- el niño pasa de la palabra al objeto y así solo aplica el lenguaje -- con el fin de estabilizar sus percepciones. En el desarrollo del lenguaje vemos una tercera área en la que el niño ha progresado y que -- es la del elemento social.

El niño aprende que ciertos sonidos producirán una respuesta de -- las otras personas; descubre cuales son los sonidos que determinarán las respuestas deseadas, y por hábito o por condicionamiento los pronunciará cuando desee alguna de ellas en particular.

No solo puede brindar a los demás lo que él ha visto, sino que a partir de ellos y a través del lenguaje, puede llenar los huecos -- de su mundo de percepciones con experiencias que no le son propias. Ahora comienza el mundo de la comunicación y del lenguaje social.

Piaget distingue cuatro tipos de lenguaje social propio de este período del desarrollo:

- 1.- Información adaptada, con la que el niño busca un medio de -- influir sobre su interlocutor para decirle algo.
- 2.- Críticas y burlas
- 3.- Ordenes, pedidos y amenazas
- 4.- Preguntas y respuestas.

Debido a la falta de comprensión del lenguaje del niño y de la -- dificultad del adulto para pensar en esos términos con frecuencia -- se ha interpretado mal ese modo de expresión; así, se describe como "animático", por creer entrever en él las atribuciones de propiedades de vida de los objetos inanimados.

Werner y Carrison también hallaron que ese pensamiento animístico era más característico en los niños con lesiones cerebrales que -- en los niños sin esas lesiones, de igual C.I. Es factible que los niños con lesión cerebral revelen ese trastorno en su lenguaje perceptivo y que esta forma de expresión persista en ellos durante más -- tiempo que en los niños normales.

El pensamiento del niño, es diferente del del adulto; el niño, -- no tiene interés en inventar una explicación causal para todo lo que

ve, sino que solo está interesado en describirlo y en transmitirlo. - El lenguaje del niño, es el resultado del nivel a que ha llegado su desarrollo, lo que lo hace dependiente de tres aspectos relativamente desligados entre sí. El desarrollo perceptivo, los mecanismos de vocalización y la evolución social, son influidos a su vez, por la percepción. Sus percepciones, ya no se limitan solo a la representación del objeto, sino que de este, extrae ciertos factores para darles especial cuidado. La palabra ya no representa al objeto, sino que le dice algo de él. Ha comenzado el proceso de simbolización.

A medida que se desarrolla este proceso de simbolización, el niño se vuelve capaz de aislar ciertos elementos similares a partir de un número determinado de percepciones y tratarlos como una unidad separada de las percepciones totales de que fueron aisladas o abstraídas.-- Se vale de este medio para formar conceptos. La edad en que aparece esta evolución parece depender más del nivel biológico alcanzado que de la edad mental.

En los niños con retardo mental este cambio del modo de operar -- de perceptivo a conceptual puede ocurrir aproximadamente a la misma -- edad cronológica que en los normales.

El niño usa los vocablos como símbolos y los manipula de un modo simbólico. El niño con lesión cerebral las dificultades en desarrollar el lenguaje simbólico, sobrepasan al término medio, pues este proceso se basa casi en forma total en la combinación de elementos y en la -- organización de factores originados por diversas situaciones en un -- concepto unitario. El tipo de lenguaje que se observa frecuentemente en un niño con lesión cerebral, presenta una insuficiencia del significado ad adjudicado a una palabra. Conoce gran cantidad de palabras. Sin embargo, tiene dificultad para interrelacionarlas y para cambiar su significado de un modo sutil con el de satisfacer los requerimientos de la expresión del momento. En el niño con lesión cerebral el -- agramatismo es común y prevalecen las confusiones, aún en niños que provienen de un ambiente en que por lo general se habla correctamente. En relación con el desarrollo del lenguaje en el niño y las dificultades adicionales que presenta el pequeño con lesión cerebral, -- encontramos la afasia en la que hay un pronunciado retardo ó carencia de la conducta "lenguaje" (2).

"El habla no es solamente la emisión de las palabras; es la ejecución de mecanismos vocablos. Después del pensamiento, después del lenguaje interior construido por el psiquismo, se presenta la expresión hablada que realiza un acto fisiológico. El ordenamiento de las palabras y de las frases se cumple por el mecanismo del lenguaje. -- Así pues, el "movimiento creador del sonido" es el que produce nuestras manifestaciones vocales, de acuerdo con la orden nerviosa que -- llega a la musculatura. La voz es adquirida al nacer; la palabra al contrario, exige varios años para instalarse y organizarse.

La relación de la voz depende pues, tanto del estado físico como-

del psiquismo. La voz es un reflejo concionado íntimamente ligado a la recepción auditiva. Las realizaciones de la conciencia, las concepciones mentales, los estados de ánimo, las posibilidades de orden musical, influyen la voz. Así las emociones violentas, la atención concentrada, determinan hiperquinesias y movimientos asociados en el momento de la producción vocal.

Hablar bien es una actividad motriz completa construída por numerosos elementos;

- a) memoria      b) inteligencia
- c) posibilidad musical
- d) psiquismo con todas sus consecuencias
- e) mecanismo aprendido y automatizado.
- f) construcción del aparato vocal
- g) salud física

Sobre la mayoría de estos factores la voluntad no tiene acción. La regulación vocal es antes que todo condicionada, porque al principio es innata y después se automatiza por el oído, con los matices correspondientes a las modalidades psíquicas del individuo".

"Los trastornos funcionales, son trastornos fisiológicos y, por consecuencia orgánicos; y entre funcional y orgánico no existe más que una diferencia de cantidad". (Heuyer).

La existencia de una disfonía conduce a una modificación o una alteración del aparato vocal, y la causa puede ser anatómica, fisiológica o psicológica, o incluir estos tres factores más o menos asociados.

Sabemos que todo choque afectivo desarregla en algunos sujetos la orden vocal que está definida por los centros subcorticales.

La psicosis vocal alcanza a aquellos sujetos que presentan una afección afectiva, una tendencia a quejarse o a cuidarse; el hombre rústico, impotente frente a la violencia, en la mujer que se arma de subdebilidad; en el niño débil intelectual y que no sabe defenderse.

El factor psíquico se instala insidiosamente o bruscamente en un gran número de disfonías, aún en aquellas causadas por lesión. Por eso es necesario tener toda información del enfermo para encontrar la causa de su perturbación psicósomática.

Esta reside o en uno ó varios hechos:

El temor de hablar o cantar; un trauma psíquico, debido a la persistencia del trastorno vocal o al fracaso de tratamientos prolongados e inconsiderados; un bloqueo debido a las condiciones del medio, un trauma afectivo el deseo inconsciente de despertar la piedad y la atención de los demás.

Es importante saber que ciertos individuos con trastornos de la voz hablada o cantada acaban por ser incapaces de emitir un sonido -- correcto, simplemente porque piensan que no son capaces. Hay dos afecciones vocales que no reconocen más causa que la psico-motricidad. Desde luego son opuestas por sus manifestaciones. La primera es la afonía psíquica, esencialmente atónica. La segunda es la disfonía espástica, hipertónica.

Mientras que la primera se cura en una sesión, la segunda requiere varios meses de tratamiento, con excelentes resultados en los jóvenes. Los enfermos a partir de los 40 años que presentan estos trastornos son mucho más difíciles de tratar, y de esta manera se presentan muchos trastornos. Los enfermos que presentan una labilidad afectiva y psíquica particularmente marcada, están expuestos a recaídas y es importante vigilarlos, aún después de su curación, para ayudarlos a conservar su equilibrio psicósomático (3).

"A un niño que tiene problemas combinados, es difícil diagnosticarlo y situarlo pedagógicamente.

En los últimos años los niños que no pudieron desarrollar la habilidad de usar y comprender el lenguaje, han llamado la atención de un creciente número de especialistas diversos. Los maestros de sordos y débiles auditivos llevan bastante tiempo de notar respuestas pobres en niños aparentemente inteligentes. A los que se les aplicaron métodos de enseñanza que resultaron adecuados para otros niños.

Los maestros de débiles mentales han notado que algunos niños -- de sus grupos tienen habilidades relativamente normales a excepción de la comunicación lingüística. A sido la experiencia de muchos maestros y padres que la conducta de los llamados niños con trastornos emocionales, que no hablan, se corrige cuando su actividad se canaliza a nuevos intereses de una enseñanza formal y cuando se les exige que se adapten a determinados problemas sociales. Existen niños a quienes se ha reconocido como diferentes a los demás, del grupo en el que han estado recibiendo tratamiento. Son niños cuya frustración por no poderse comunicar ha causado una conducta determinada; la estudiada, los ha colocado en un grupo de niños que exhiben una conducta similar.

Los niños con deficiencias en la comunicación verbal presentan a veces un comportamiento identificable, con otros trastornos además de la afasia. Entre los síntomas que se pueden confundir con una afasia, se encuentran relacionados con:

- a) Debilidad Auditiva
- b) Retardo mental
- c) Autismo
- d) Inestabilidad emocional
- e) Lenguaje

Debilidad auditiva.- La mayoría de los niños afásicos sensoriales presentan alguna pérdida auditiva. Este tipo de niño podría tomarse - por sordo sin complicaciones de tipo afásico y ser enviado a una clase para sordos. Muchos niños con una pérdida auditiva comparable a la de estos, han adquirido su lenguaje sin enseñanza especial; se les llama débiles auditivos. Hay niños que a pesar de dar muestras de buena audición, son incapaces de usar o de interpretar el lenguaje de su medio, sin que esto les impida participar normalmente en las actividades que les rodean.

Cuando los niños oyen pero no entienden, se pueden considerar como retardados mentales y entonces son enviados a clases para sujetos con cocientes subnormales.

La opinión de Mc Ginnis la veremos dentro del capítulo de oligofrenia.

Autismo.- El que los niños autistas demuestran "torpeza en el uso de la comunicación lingüística" al igual que los niños afásicos, no quiere decir que se poseen otras anomalías en común. Los niños autistas que viven en su propio mundo socialmente aislados, con frecuencia se comportan de igual manera con toda la gente, ya sean extraños o miembros de su familia. A estos niños no se les puede desviar de un comportamiento semejante. Varían en grados de autismo e inteligencia. Cuando existe ausencia de lenguaje, se debe hacer una evaluación formal de la inteligencia por medio de pruebas adecuadas.

Inestabilidad emocional.- Entre los niños considerados con trastornos emocionales se encuentran en muchos que tienen defectos de lenguaje y algunas desviaciones de conducta. Algunos de estos niños pueden tener múltiples impedimentos de retraso mental, autismo, afasia ó pueden ser niños inteligentes que presentan anomalías a causa de afasia.

La decisión se debería tomar estableciendo una justificación, del comportamiento incontrolable en razón de la debilidad mental.

Retardo en la adquisición del lenguaje. Existen niños que todavía no hablan a los 4 años o 5 años y que se muestran indiferentes a los intentos de los padres para alentarlos. Se diferencian de los niños afásicos motrices en que raramente vocalizan o gesticulan y en que son independientes. A veces hacen berrinches y son tercos al igual que muchos niños pero su conducta general no difiere mucho de niños -

que si hablan.

La diferencia estriba en el tiempo necesario para desarrollar - - articulación y lenguaje, estos niños solo necesitan un "empujón" para empezar a hablar, ya que luego adquieren articulación y lenguaje su - ficiente, como para requerir tan solo estímulo pero no ayuda. El rece - lo y el temor al ambiente pueden influir en el retardo de la adquisi - ción de la palabra, al igual que la sobreprotección. McGinnis nos di - vide a los niños que no hablan en dos grupos:

- 1o. que pertenece a la afasia congénita motriz y expresiva.
- 2o. en el que se encuentran la afasia congénita sensorial o re -- ceptiva.

La adquisición durante la niñez, se caracteriza por lo siguiente: Inteligencia dentro de los límites normales, audición normal y compren - sión del lenguaje, incapacidad para imitar palabras e incapacidad o ca - pacidad limitada para emitir

Los niños con predominancia de afasia motriz muestran una inteli - gencia que está dentro de los límites de inteligencia subnormal e in - teligencia un poco arriba de lo normal. Existen muy pocos niños con - inteligencia superior. Debido a ciertas características de conducta - y personalidad, es difícil diferenciar a los niños cuya condición - es predominantemente afásica de los que tienen un retraso mental con - un componente afásico. De hecho la afasia puede coexistir con un re - traso mental, MacGinnis se refiere a estos niños como afasoides, lo - que nos indica una complicación de condiciones que fluyen en el pro - nóstico.

A estos niños se les puede enseñar articulación, lectura y escri - tura, en la medida que les permita su inteligencia, después se les in - corpora a clases de niños de lento aprendizaje. Los niños que han per - dido la habilidad de hablar, ya sea por enfermedad o por lesión, pue - den clasificarse en cualquiera de las dos categorías y tener lesión - cerebral. En estos casos o cuando se acompaña de retraso mental, la - situación es más compleja.

Afasia Sensorial.- La conducta verbal de estos niños es la si - guiente:

Uso de jerga afasia (lenguaje) en garabatos) uso de jerga afasia - intercalada con palabras o frases inteligibles, relativas a - - - - una situación o a un estímulo verbal, dentro de una pregunta, la - - - - cual no puede proporsionar una respuesta directa. Repetición de pala - bras sin asociarlas a su significado. Vocalizaciones poco frecuentes.

Cuando se presenta en niños afasicos sensoriales con problemas -

motores, parálisis cerebral sordera o deficit mental, estos trastornos adicionales deben ser considerados para el diagnóstico, el pronóstico y la planeación del programa educativo. Un caso de afasia mixta, sensorial y motriz, necesitará mayor práctica y cuidado en la articulación de la secuencia de memoria, de manera que llegue a hablar con más facilidad y sin mayor esfuerzo de concentración, hecho que afectaría la calidad vocal y la inflexión.

La afasia sensorial adquirida en la infancia (primera) muestra las características de tipos congénitos. Es difícil encontrar niños cuya inteligencia y adaptabilidad social sean normales". (4).

"Un niño afásico oye, pero no escucha es sin embargo, inalterable a los sonidos, ya que nada le dicen y ni siquiera le permiten realizar el primer fenómeno psicológico que liga la sensación con la percepción y que es la ATENCION DEL SONIDO. A pesar del análisis coclear existe ya muy fino, no podrá llegar pos si solo a la discriminación que es la INTEGRACION y que conduce a la idea. Su apariencia es la de sordo y en realidad lo es; pero en un sentido diferente al que encierra la palabra en su uso habitual" (5).

Afasia en la niñez "es rara en esta", cuando se observa se debe a lesiones o defectos del desarrollo de la corteza ó trastornos en las vías de asociación del cerebro. Los antecedentes generalmente revelan episodios febriles severos, anoxia, rubeola, encefalitis, meningitis, traumatismos cefálicos o toxemia. La afasia congénita se acompaña de lesiones bilaterales de la corteza cerebral.

Los autores anteriores son los que consideramos más importantes para tener una idea general sobre estos trastornos. Ahora bien, en vista que los problemas de la semántica son muchos y variados creo conveniente mencionar, a los diferentes autores estudiados para esta tesis, y más abajo la explicación de sus términos.

Para poder escribir en orden cronológico sobre las diferentes opiniones nos hemos basado en Cuatrecasas (6) ya que en su Historia de las afasias nos ofrece una muy buena página bibliográfica y al mismo tiempo histórica.

1861. Broca nos dice que la lesión responsable de la afasia reside en la segunda o tercera circunvolución frontal.

1869.- Bastian admite cuatro formas de trastornos de lenguaje:

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1) Amnesia | 2) afasia      |
| 3) atemia  | 4) agrafia (7) |

1874.- Wernicke; nos dice que hay que admitir que además del centro de Broca; otras zonas del lenguaje en la corteza de la insula de la cisura silviana. Para él la afasia no es un trastorno de inteli --

gencia ya que esta y el lenguaje son dos procesos diferentes. La afasia de comprensión es el trastorno de percepción o de asociación, el enfermo no comprende el significado de las palabras y habla inconexamente.

1875.- Freud.- Considera las lesiones asociativas más bien que -- las destrucciones de los centros anatómicos conocidos. Si la lesión reside alrededor de un centro sensorial o motor del lenguaje, se produce la dificultad de evocación de una imagen determinada por la acción de la imagen de otro orden. Cuando la lesión se halla acerca de un centro motor; dominara en el cuadro de la afasia motor, mientras que si la lesión esta cerca del centro visual, reproducirá la ceguera verbal, o en el centro auditivo se llamará sordera verbal. La doctrina de el Dr. S. Freud era estrictamente anatómica dando un gran significado, a los haces de la asociación que unen a los distintos centros sensoriales y motores del lenguaje. La concentración de haces de asociación se hallaría a nivel de la circunvolución de la cisura de Silvio, y esta región para Freud sería la zona del lenguaje (6).

1876.- Kusmaul.- (8) También de la escuela localista, da a la función simbólica una fundamentalmente significación en el problema del lenguaje para él, la afasia no es más que un caso particular de asim-bolia, nombre que sustituye por asemia, que puede referirse a la expresión ó a la percepción. Para él la inteligencia y asemia van estrechamente ligadas. Hay asemia verbal, asemia gráfica, asemia mímica. Clasifica los trastornos del lenguaje en dislalias, disartrias, dis-fasias de la dicción y dislogias de la forma del pensamiento. Distingue 4 centros; 2 motores; 2 sensoriales; estos últimos se hallan unidos a los centros de la ideación. Si se lesiona uno de aquellos centros del lenguaje se produce la afasia cortical (anartria, agrafia, sordera verbal, ceguera verbal); si se produce una lesión en las vías que los une aparecen las afasias transcorticales.

1881.- Exner.- Quiso utilizar un método estadístico para localizar los trastornos del lenguaje. Para él la agrafia está producida -- por la destrucción del centro de imágenes graficas en el pie de la -- segunda circunvolución.

1884.- Lichtheim.- Distingue 8 formas de afasia resultantes de lesiones de los centros o de las vías de asociación entre ellos y el -- centro de elaboración intelectual

1885.-86.- Wernicke.- Basándose Lichtein amplia su doctrina anterior y admite una distribución asociacionista de los diversos centros primarios en 2 planos y distingue siete tipos de afasia.

- 2) corticales sensorial o motriz
- 2) subcorticales,
- 2) transcorticales
- 1) de conducción

1885.- Admite cuatro grupos de imágenes subordinadas, a un centro-intelectual común:

- 1) imágenes auditivas verbales.
- 2) imágenes visuales verbales
- 3) imágenes motoras de la articulación
- 4) imágenes motoras graficas;

Cada una de este tipo de imágenes reside en un centro distinto -- de memoria verbal cuya destrucción determinaría un tipo peculiar de afasia.

1888.- Charcot y G. Ballet establecieron un tipo de clasifica --- ción de tipos psicológicos basada en la predominación de estos cen --- tros sensoriales; tipo auditivo (pensamiento por imágenes auditivas), tipo visual, tipo gráfico, (a base de imágenes gráficas) artromotor - (preferencia por las imágenes motrices) de articulación o práxico.

1896.- Grasset.- Las lesiones corticales producen afasias típicas, lesiones de las vías subcorticales producen las afasias de conducción.

Dejerine.- No admitía el centro de la agrafia, "Si la agrafia, no puede escribir ni componer una palabra de tipo gráfica es que no ve la palabra en su espíritu. Tampoco admite la distinción de tipos visua - les. auditivos y motores en cuanto al lenguaje interior. Las afasias mo trices puras se debe a la lesión subcortical. El lenguaje es el resul - tado de la colaboración de los diversos centros de la memoria verbal.- Las zonas de lenguaje de Dejerine alrededor de la cisura silviana --- comprenden:

a) La región de Broca; pie de la tercera frontal el operculo fron - tal (centro de la afasia motriz pura).

b) La región de Wernicke parte del lóbulo temporal 1o y 2o circun - voluciones temporales. (centro de las imágenes auditivas) y la parte - posterior del pliegue curvo (centro de las imágenes visuales.

Nielsen.- Uno de los más modernos localistas quien ha descrito -- una serie de trastornos con sus correspondientes localizaciones y ter - minologías; afasia visual o agnosia visual y reminiscencia, (afasia -- amnesica). Agnosia.

Jackson.- Perteneciente a la escuela no localista, introduce un - concepto básico:

"La evolución y disolución del sistema nervioso; demuestra una -- jerarquía de los niveles funcionales en niveles sucesivamente más im - portantes. mientras más altos están localizados en el sistema nervio - so central, rompiéndose en categorías, menos importantes en el proce - so, de disolución". (9).

1906-17.- Pierre Marie y Ch. Foix.- Consideraban que la llamada - afasia sensorial era un trastorno de evocaciones o sea la afasia amnésica de Pitres (amnesia verbal) sin los trastornos de comprensión que caracterizaban al criterio de Dejerine; Ch. Foix dudaba de la constatación de la relación de la afasia motriz en la lesión estrictamente limitada -- al pie de la 3a. frontal. Pierre Marie niega la existencia de la afasia por lesión pura del centro de Broca. sostiene que no existen centros preformados de el lenguaje. Concluye que la afasia de Broca (afasia motriz pura) no es más que una asociación de la anartria, y la -- afasia sensorial de Wernicke. Que estos trastornos, corresponden a la lesión de una zona limitada por cuatro líneas que denominó el cuadrilátero de la anartria. Pierre Marie considera en el afásico un fenómeno dominante de el trastorno, más o menos pronunciado de la comprensión de la palabra con una decadencia intelectual peculiar.

Ch. Foix.- Nos dice:

"Lo importante es la consideración del lenguaje interno, que se descompone en tres elementos; amnésico, agnósico y disfásico. El primero agrupa al afásico los síntomas intelectuales, el agnósico, los sensoriales y el disfásico los de la expresión motora.

1928.- Berry.- "El lenguaje resulta de multitud de neuronas, interrelacionadas al través de la corteza cerebral trabajando en áreas funcionales localizables" (8).

1948.-50.- Goldstein, "Inicio las leyes de la desintegración de la función; nos dice en sus escritos; que respecto a las perturbaciones del lenguaje debemos distinguir entre los que afectan a los medios de expresión verbal y los que influyen sobre la facultad de emplear esos medios para la expresión de hechos psíquicos. Anteriormente se ocupaban más de los primeros, pero las investigaciones recientes se ocupan cada vez más de los segundos así como de la modificación psíquica que caracteriza a la afasia. Y que es lo que permite comprender los trastornos del lenguaje por los cuales se expresa. Los medios de expresión verbal nunca se presentan aislados sino en simbiosis con otros fenómenos psíquicos. En los trastornos de los medios de expresión verbal se distinguen de manera abstracta dos grupos ya sean de medio externo y los medios internos, que son los más afectados. Distingue 4 diversas maneras de emplear el lenguaje que corresponde a cuatro actividades diferentes de la función cerebral y le exigen esfuerzos diferentes.

Lenguaje representativo.- Constituye a los que Jackson llama "lenguaje intelectual" y que sirve para cumplir tareas verbales definidas.

El lenguaje expresivo.- Es pasivo y nace de la emoción y al mismo tiempo que otros movimientos expresivos llamado por Jackson "lenguaje

emocional".

El saber verbal.- Se presenta bajo las formas más variadas, memoria motriz o sensorial, lenguaje interno, etc. que están suscitadas por la intención voluntaria y dominadas por la situación psíquica actual.

El lenguaje usual, - Contiene todas las formas del lenguaje y es imposible distinguir a primera vista de que manera se producen las manifestaciones verbales. En este resulta difícil juzgarla ya que el enfermo no se da cuenta de como la usa. En este caso la zona afectada conduce fácilmente al mismo tiempo a una perturbación del lenguaje -- y sus funciones motriz y representativa, En los dos casos se trata -- de una desorganización del proceso de formación de figuras un poco -- complejas que puede, repercutir en dominios diferentes.

Sobre el lenguaje interior Golstein nos dice:

"Es todo lo que precede al acto motor del lenguaje o todo lo que se despierta en nosotros cuando reconocemos en un grupo sonoro una forma de lenguaje de una significación determinada, se trata de un fenómeno complejo en el cual podemos distinguir dos elementos diferentes desde el punto de vista patológico.

El primero concierne al sentido, a la significación, y tiene que ver más bien con la semántica.

El segundo es más bien del orden psicológico y accesible al análisis psicológico (10).

Adhe Mar Gleb.- "El trastorno del acto puramente motor de la palabra puede ser en amplia medida, independientemente del lenguaje en el sentido propio de la palabra. Son con toda seguridad casos límites -- como esos que condujeron a distinguir a Pierre Marie la afasia propiamente dicha o "afasia verdadera" y la "anartria".

Existen enfermos que pueden en determinadas ocasiones hablar con mucha y contada fluidez; pero ese excelente lenguaje nos causa la impresión muy distinta cuando verificamos que esos enfermos pueden permanecer mudos en situaciones que exigieron el planteo de preguntas -- o que se hablara espontáneamente". (11).

1951.- Wepman.- Opina que "los desórdenes afásicos de el lenguaje son considerados como que afectan todas las modalidades del lenguaje y no pueden ser limitadas a lenguaje específico. Los trastornos -- que señala él, son la afasia expresiva, anomia, agnosia, apraxia, -- parafasia, inhabilidad para producir repetidamente movimientos musculares articulatorios, en una forma suave y rítmica, amusia, o agnosia auditiva, anexias, o agnosia, visual de la palabra, apraxia de la escritura (agrafia) apraxia del calculo" (12).

Gessel.- "El lenguaje tan cabalmente integrado se halla con la -- conducta total del individuo que casi cualquier situación, ya sea relacionada con los problemas prácticos de la vida real o con los conceptos del tipo más abstracto puede ser expuesta y atacada en términos verbales. La integración del lenguaje con otros campos de la conducta que permite finalmente, la verbalización, de la mayor parte de la actividad consciente no existe, sin embargo desde el principio. El proceso gradual, de ritmo acelerado hacia el fin del período preescolar, pero aún entonces incompleto, y con amplias variaciones de un individuo a otro. El lenguaje hablado aparece como una actividad relativamente independiente, tomada en sí misma, como un juego o como un acompañamiento de otros tipos de conducta o como respuesta social sin un aspecto comunicativo específico. Las primeras palabras sueltas y frases cortas se producen como respuestas simples a objetos y situaciones familiares; sigue la verbalización de los deseos hacia el fin del segundo año; la narración de experiencias simples se desarrolla entre los 2 a 3 años. Durante estas etapas iniciales, el desarrollo del lenguaje puede mostrar un retardo de mayor o menor grado sin que se presente por ello necesariamente, un retardo correspondiente en los demás campos de la conducta. Esto ya no es tan cierto a medida que aumenta la edad y el examen del niño de cuatro años más o menos con una seria deficiencia de lenguaje, presenta muchas dificultades. El desarrollo del lenguaje tras la aparición de la primera palabra -- no se pone de manifiesto inmediatamente.

A los 18 meses las necesidades de comunicación son llenadas mediante el lenguaje más fácil del ademan y las vocalizaciones expresivas. La vocalización aumenta en la variedad de los sonidos usados y en inflexiones hasta adquirir un carácter tan marcado de conversación que el niño casi parece discurrir larga y sesudamente en algún idioma extranjero. El uso de la jerga decrece entre los 18 y los 15 meses, rápidamente de ahí en adelante va siendo reemplazada por la expresión verbal a los dos años.

Atraso en el desarrollo del lenguaje.- Las variaciones individuales en la riqueza vocal durante estas etapas iniciales son muy marcadas. No son raros los niños normales que solo poseen una o dos palabras e incluso ninguna en absoluto a los 18 meses; en tanto que se han dado casos de niños que a los 15 meses tienen un vocabulario de 150 a 200 palabras. Por lo común, estos han demostrado ser con el tiempo de una inteligencia superior, pero la mera ausencia de palabras en sí misma esta muy lejos de indicar una debilidad mental o aún de excluir la posibilidad de superioridad" (13).

1952.- Delacroix.- "El niño aprende a hablar por que se baña en el lenguaje , porque oye hablar de todo y en todo momento. Es preciso para adquirir la palabra una sollicitación muy amplia y continua. No depende únicamente del lenguaje que se le hable, sino también del que

se habla, e incluso el que jamás se ha hablado. Tal vez el predominio auditivo motor; en el hombre, depende, de él. La audición humana es un sentimiento intelectual y social superpuesto y a la audición del bruto". (14).

Nava Segura.- Este autor en su Neuroanatomía funcional "Síndromes Neurológicos" señala primeramente la influencia que puede tener para la fonación los síndromes neuro lógicos. El nos dice lo siguiente:

"El núcleo ambliquo y el núcleo del hipogloso inervan los músculos del paladar, laringe y lengua; órganos indispensables a la fonación. Ambos núcleos están bajo control de la corteza cerebral a través de la vía piramidal. La lesión de los núcleos ambiguos y del hipogloso, causa la suspensión del lenguaje hablado, lo mismo sucede, al destruirse las fibras que lo controla.

El lenguaje está formado por una serie de símbolos, que sirven para comunicarse con nuestros semejantes. Si los símbolos son emitidos por el aparato de fonación denomina el lenguaje verbal u oral, si los símbolos se escriben se denomina lenguaje escrito, los símbolos verbales y escritos son representación de los objetos del mundo. El lenguaje más reciente más primitivo está constituido por símbolos que representan el mundo exterior. Las dos características del lenguaje son:

- a) ser una representación de las cosas del mundo
- b) servir de vehículo de comunicación con los semejantes y con uno mismo

La expresión y formación del lenguaje es:

Oír las palabras o verlas escritas

Reconocer las palabras

Comprender su significado

Formular la idea de las respuestas y encontrar las palabras para expresarla.

Emitir las palabras (15)

L. Michaux.- El nos presenta la genesis del lenguaje de la siguiente manera:

- a) Primera etapa: grito  
balbuceo

imitación  
comprensión de las situaciones

Ahora bien la fase del balbuceo es común al niño normal al sordo y futuro afásico; es una experiencia fonética espontánea, no imitativa.

En la imitación esta se continua mientras se desarrolla la comprensión de las situaciones; en la fase de la comprensión el niño emplea palabras adaptadas a objetos independientemente del contexto primitivo englobado en el sistema de un retardo de comprensión.

la pronunciación

construcción de frases

la conversación

CORRELACION PSICOMOTRIZ.- El desarrollo de los centros motores y de las zonas psíquicas dependen de un factor único; la mielinización -- del neuroeje.

En el nacimiento solamente interesan las fibras cortas de la médula y del bulbo, por ello el recién nacido es meramente bulbo-medular. Hasta los tres años se produce cierta separación entre la motricidad y el psiquismo. La mielinización se traduce en reacciones reflejas elementales que se organizan en automatismos de los que se deriva la actividad voluntaria y condiciona la INTEGRACION de las diversas funciones neurológicas y psíquicas. El carácter incompleto de dicha integración determina las AGENOSIA y su regresión o DISOLICION, caracteriza las afecciones del sistema nervioso.

Michaux señala los siguientes trastornos del lenguaje:

1) Esteriotipia verbales y la ecolalia; que se observan en las grandes deficiencias mentales y en los dementes precocísimos (corresponden a anomalías de la inteligencia).

2) Retrasos del lenguaje

3) mudez

4) disartrias

5) trastornos del lenguaje anterior (afasias)

Los retrasos del lenguaje; puede referirse a la aparición de las primeras palabras adaptadas a objetos. El lapso de tiempo que transcurre entre la aparición de las primeras palabras adaptadas y las --

primeras frases nos revela la inteligencia del sujeto.

Puede haber retardo en la primera persona; indica cierta insuficiencia de el sentido de la personalidad.

El retraso de palabras puede valorarse por medio de tests de lenguaje pero que no deben confundirse con los test no verbales.

Michau llama a los trastornos del ritmo disartria, es exclusivamente psicomotor. Implica una perturbación psíquica que en su forma más simple es emotiva y que en otros casos consiste en una perturbación de la coordinación psicomotoral.

Los trastornos de la articulación resultan de mala posición o del funcionamiento defectuoso de los órganos de la fonación, el substituye una consonante por otra. Los ejercicios de corrección producen --- resultados tanto mejores cuando más pronto se inician" (16).

El Dr. P. Berruecos T. nos dice:

"El lenguaje se organiza sobre leyes y hechos que confrontan los estímulos neurofisiológicos; fonéticos gramaticales; históricos y fisiológicos; y filosófico-social; pero todos ellos supeditándose a una base común; no puede haber lenguaje oral espontáneo y organizado, sin que exista audición en toda la significación de la palabra" (17).

"Peinado Altable.- "El lenguaje es de todas las formas de conducta el fenómeno expresivo por excelencia. En el niño, en el enfermo y en el primitivo, con frecuencia se encuentra desviado de su función.- En el hombre normal el curso del pensamiento lleva aparejado un:

#### HABLAR CONSIGO MISMO

que no se traduce en lenguaje oral, sino que queda en el estado de -- lenguaje interior; tampoco en este caso la función del lenguaje es la expresión del pensamiento. En el adulto la función del lenguaje es también

#### SERVIR DE MOLDE AL PENSAMIENTO (18)

Juan Cuatrecasas nos dice que "no podríamos comprender el valor - del lenguaje afectivo ni del origen profundo del lenguaje si no tuviéramos presente lo que significan los síntomas visceral y neurovegetativo en la integración de la personalidad.

La función integradora del sistema neurovegetativo que va desde -- las raíces de la vida hacia las esencias vitales que definirán la --- personalidad.

El lenguaje es función situada en este plano de dos aspectos, - Hacia afuera la cerebración y el aspecto fisiológico. Hacia adentro -- la subjetividad del yo frente al espectáculo de la conciencia.

He aquí por qué el estudio objetivo del lenguaje debe iniciarse con el conocimiento de los procesos localizados en el encéfalo.

La personalidad como la estructura del lenguaje, resulta de la -- convergencia filogenética de un lento desarrollo de 3 años neurales-vegetativos, rinoencéfalo y visual . En los últimos decenios se observa una corriente de aproximación psicobiológica que contribuye a situar el estudio del lenguaje dentro de la órbita de la fisiología y -- más concretamente de la biología. Si consideramos el lenguaje como una función nerviosa, aunque ofrezca aspectos múltiples y aunque su complejidad suscite problemas de orden aparentemente alejados de la fisiología" (18).

Albert Douzat. Fenómenos psicológicos del lenguaje.-

"La semántica considera los conceptos no en sus caracteres intrínsecos, sino en relación con los sonidos que los expresan y con los -- cuales están en estrecha relación se ocupa en transformaciones de palabras que tienen como causa fenómenos psicológicos. La evolución de estos fenómenos del lenguaje puede ser estudiada desde diversos puntos de vista.

Si la ciencia de los sonidos está ahora ya claramente constituida no sucede lo mismo con la ciencia de los fenómenos psicológicos. Los hechos son aquí más fluctuantes, más complejos aún, y sobre todo están sometidos, a las influencias de las acciones más diversas.

Para los fenómenos psíquicos primordialmente comunes a todos los idiomas, escritos y orales, el doble principio de la inconciencia -- y de la espontaneidad debe ser establecido, tiene como resultado la simultaneidad de la evolución en un momento dado, en los individuos -- de un grupo más o menos grande, y que se manifiesta en la existencia de áreas semánticas, la constancia y la necesidad de los fenómenos -- que encontraran su expresión en las leyes semánticas. Es la psicología y no a la misma, que hay que pedir la clave de la evolución semántica. El principal director no es otro que la asociación de ideas" -- (19).

Aunque ya anotamos anteriormente a Adhe Mar Gleb a que colocamos en la cita 11 creemos conveniente volverlo a mencionar ya que nos da una información interesante sobre las modificaciones del afásico y -- las que caracteriza por 2 factores:

1) Una alteración de la actitud categorial y en unión con esa modificación de una regresión a un estadio más primitivo, más inmediatamente manual. El hombre normal tampoco reflexiona siempre; el también "maneja" a menudo los objetos de manera práctica e inmediata.

Y sin embargo, la actitud práctica del enfermo no es idéntica --

a la actitud práctica del sujeto normal. Nada por lo contrario permite apreciar mejor la estructura de la actitud práctica inmediata y de la actitud reflexiva y contemplativa, que la comparación de los enfermos y los normales" (20).

1955.- Renato Segre".- Gran parte de los sujetos que han sufrido atraso o detención de su desarrollo psíquico, presenta trastornos --- del habla en sus fases mecánica, gramática o ideomotriz. No hay una relación directa entre la inteligencia y la articulación de la palabra, pues en sujetos de inteligencia regular, la comprensión de las imágenes percibidas por la memoria en sus múltiples aspectos, favorece el desarrollo del sentido muscular que a su vez, determina la formación de exactos automatismos fónicos, y sobre todo enriquece el lenguaje interior que es la condición fundamental para una exacta articulación.

En las psicosis y psicopatías no solamente la palabra está alterada sino también la voz con su timbre, melodía acentuación y ritmo. --- Lenta y acaso escondida, oscura y monotonía en la melancolía. Se hace veloz, chillona, casi disartrica en las manías. Dos grupos de síntomas fónicos pueden alterarse periódicamente acompañando a la forma --- cíclica de la psicosis;

#### mania y depresión

Es importante anotar lo que nos dice Renato Segre respecto a la --- AUDIOMUDEZ;

"Si tenemos en cuenta la relativa frecuencia con que se manifiesta la zurdería ó el ambidiestrismo en la primera infancia, sería aventurado definir a esta edad cual es el hemisferio dominante y cual el lado lesionado.

Los audiomudos a diferencia del afásico tienen un lenguaje interior correcto; no será, por lo tanto disártricos cuando empiecen a --- hablar. La total ausencia de lenguaje entre los dos y tres años es --- considerada normal por ciertos autores (Stern la llama audiomudez --- fisiológica prolongada) en tanto para otros ya corresponde a un atraso verbal de carácter patológico.

A diferencia de la audiomudez en la que no se articula sonido alguno, en el simple retraso fónico se aprecia cierta articulación, --- pero limitada a pocas zonas. En la verdadera Alalia o audiomudez conviene distinguir dos grupos de elementos causales:

- 1) Psicogeno y de efecto funcional inhibitorio (miedo conflicto --- choque emocional, negativismo, formas exhibicionistas tendien --- tes a conseguir cariño y atención de los allegados, sobre pro --- tección o descuido materno).

- 2) De carácter orgánico que se relaciona probablemente con retardados en la mielinización de las diferentes vías asociativas-sensoriopsicoverbomotrices. En este grupo formas en que la dificultad de especialmente motriz, y se acompaña de síntomas de apraxia (escasez de habilidad manual) (incoordinación muscular) y formas debidamente sensoriales en las que la agnosia auditiva verbal contrasta singularmente con la corrección -- percepción de los sonidos y con la normal intelectualización de las restantes imágenes sensoriales. A diferencia del sordo mudo y de los oligofrénicos, el audiomudo no emite ningún -- sonido articulado espontáneo; pero cuando lo logra, la voz -- presenta un timbre normal, totalmente diferente del timbre -- inconfundible del sordo que no escucha su propia voz.

En los trastornos de la palabra a causa de la parálisis -- bulbar, la palabra se hace subjetivamente fatigosa imprecisa -- con dificultad o impresión de la articulación rinolalia abierta, voz velada y tenebrosa, disfagia, la anemia facial, la inmovilidad y la atrofia de la lengua y paladar, babea descontinuo, la palabra se hace poco a poco incomprensible hasta llegar a la mudez absoluta, aunque, el paciente conserve una -- comprensión normal y un buen lenguaje interior.

Esta enfermedad depende de una lesión lenta de los núcleos bulbares de los nervios, que van a los órganos fonadores.

En la parálisis cerebral progresiva son frecuentes también.

temblor intencional  
declinación mental progresiva  
hasta llegar a la demencia total.

El temblor al principio se localiza en la lengua, mandíbula y labios, siendo causa de la disartria. En la esclerosis -- en placas las alteraciones de la palabra son bastante frecuentes; la palabra explosiva, monótona bradilálica.

Segre en su Tratado de Foniatria (20) nos muestra los trastornos de lenguaje que existen en el oligofrénico en general, -- Al ser este capítulo un poco extenso creí conveniente concentrar en un cuadro sinóptico los trastornos para que al mismo tiempo que sean fáciles de localizar y consultar los tengamos -- agrupados.

A continuación del cuadro sinóptico he puesto las diferentes explicaciones de los términos que usan los autores estudiados.

EXPLICACION DE LOS TERMINOS USADOS POR DIFERENTES AUTORES.-

AUTOR  
R. SEGRE.

EXPLICACION DE SU TERMINO

AFASIA EXPRESIVA O MOTRIZ.- "El individuo oye, lee, y comprende la palabra escrita o verbal, pero no puede repetirla y tanto menos pronunciarla espontáneamente. - Si logra emitir algún sonido o palabras éstas serán muy mal articuladas. (disartrias). El lenguaje interior está muy -- alterado, no puede escribir (agrafia)".

AFASIA RECEPTIVA O SENSORIAL.- "Cuando - está lesionada la zona de Wernicke el individuo oye, pero no entiende, el significado de la palabra (sordera verbal) ve pero no puede leer (ceguera verbal). Puede hablar algo espontáneamente, está degruado ó alterado su lenguaje interior.

AFASIA MIXTA O TOTAL.- "En la que aparece en forma más o menos completa de los síntomas de las afasias anteriores, y se hacen más evidentes en estas alteraciones - de otras funciones cerebrales relacionadas con la esfera perceptiva o motriz pero se afectan solamente una parte del lenguaje.

ALALIA O AUDIOMUDEZ.- "Se llama audiomudez o alalico a los niños que después de los 4 años no hablan y tienen sin embargo, audición normal, y un buen coeficiente intelectual. Con este término circunscribimos mejor el síndrome caracterizado por - la falta de lenguaje, audición normal, -- C.I. aproximado a 100, mientras que en la audiomudez teóricamente se necesita que - se incluyan también a los frenastenicos - y dementes.

LOGORREA.- "Articulación rápida de varias palabras por lesión cerebral se reduce -- la inhibición.

AFASIA.- "Se llama así al trastorno del - lenguaje consecutivo a la lesión, de zo -

AUTOR

EXPLICACION DE SU TERMINO

Las corticales cerebrales preferentemente-destinadas a la elaboración de las imágenes sensoriales o motrices en relación con la palabra, sus causas son las siguientes: rupturas espontáneas de ciertas arterias cerebrales, trombosis, traumas craneanos.

**MECANISMO.**- Muerte de los elementos nerviosos que no se regeneran más y pueden solamente ser sustituidos por tejidos inertes de sostén. La lesión anatómica y funcional están limitadas a las zonas sensoriales o motrices del lenguaje. La lesión queda abolida lenta, y progresiva --mente o más a menudo en forma brusca o --violenta.

Sus características son:

La alteración o abolición del lenguaje interior que aparece desde el principio del desarrollo fónico, se hace presente a la conciencia con imágenes diferentes --según sea el tipo mental del individuo, --y se calla cuando su impulso verbal se --transforma en lenguaje exterior. En la medida el lenguaje interior está conservado. Además de las afasias anteriores se distinguen: afasia amnésica, nominativa, y transcorticales.

MILDRED MCGINNIS

**AFASIA.**- " Es la incapacidad, total o parcial para entender o usar el lenguaje en alguna o en todas sus formas, siendo dicha incapacidad mental o de deformaciones o enfermedades que afectan los órganos de fonación".

**AFASIA MOTRIZ.**- "La afasia motriz o expresiva y la afasia motriz congénita es lo que anteriormente llamaban afemia".

**AFASIA SENSORIAL O RECEPTIVA.**- "Que llamamos sordera verbal".

L. MICHAUX

**AFASIA.**- "Es un déficit especializado de las funciones de recepción de las expresiones verbales.

Sus condiciones son:

Integridad de los aparatos sensoriales. - Integridad del psiquismo superior. Si no-

AUTOR

#### EXPLICACION DE SU TERMINO

existe esta doble integridad el trastorno del lenguaje puede atribuirse a un déficit intelectual. Sus caracteres esenciales, su pureza su frecuente disociación y la asociación a trastornos gnósticos ó praxicos, preponderancia numérica de los casos asociados a lesiones neurológicas focales, su repercusión sobre la elaboración del pensamiento y de la personalidad; su curabilidad.

AFASIA DE EXPRESION.- Corresponde a la audiomudez motora de Ley y a la audiomudez idiopática de los clásicos. La ejecución de los órdenes verbales es bastante correcta. El lenguaje espontáneo es casi inexistente, se expresa por medio de exclamaciones interjecciones y gesto. No intenta hablar. La palabra rudimentaria se limita a los sonidos elementales. Esta afasia corresponde a la verbal de Head. Los trastornos están limitados a la motricidad adaptada, al lenguaje siendo el paciente un afásico motor.

Se deben considerar dos aspectos: la debilidad motora y la apraxia ideomotora. Denota retraso de la marcha, persistencia del signo de Babinsky, las sinestecias. 2.- Falta de habilidad en los movimientos e inadaptación de los gestos espontáneos o limitación de los mismos. Siendo proporcionales, el trastorno del gesto y el trastorno de la palabra. Deficiencia en la discriminación espacial, revela que en la afasia de expresión el trastorno de la utilización motora no se limita a la esfera física.

La edad mental especialmente en el afásico congénito existe un considerable retraso en la adquisición de las nociones abstractas.

AFASIA DE RECEPCION.- "Existe integridad de los órganos fonadores, motilidad general, inteligencia, el lenguaje espontáneo está substituído en algunos casos por un lenguaje personal, formas de expresión rudimentarias y principalmente por gestos,

EXPLICACION DE SU TERMINO

la mayoría no usa la voz. Articulación - imperfecta; la comprensión del lenguaje constituye la exploración esencial. La - incomprensión del mismo caracteriza la - sordera verbal. El trastorno gnósico de la afasia de recepción trasciende la esfera fasica. El estado mental es idéntico - al de los afásicos motores.

MUTISMO.- "No debe confundirse con mudez, no existe en esta ineptitud física. En -- general se trata de niños que hablaban -- anteriormente y si en casos excepcionales es congénito también es efectiva su genesis. El mutismo es una reacción caracterial; la mudez una afección afectiva".

TARTAMUDEO.- "Puede ser congénito ó parecer más o menos tardíamente en muchos casos consecutivamente a una emoción. Existe una perturbación del desarrollo psicomotor que constituye el hecho esencial. - Demuestra esto su coexistencia con estigmas de debilidad motora y su aparición -- eventual en zurdos recientemente corregidos, así como los trastornos de la ideación en los tartamudos que piensan, más de un modo abstracto que en palabras que no verbalizan el pensamiento. En muchos la emotividad es más consecuencia que causa del -- defecto. Las características esenciales de este son:

a) Imposibilidad de emitir un sonido (TARTAMUDEZ TONICA)

b) repetición silábica (T. CLONICA)

La tartamudez desaparece totalmente en el canto.

DISARTRIA.- "Entendemos por disartria trastornos múltiples de la articulación de la palabra y su ritmo, debido a lesiones orgánicas de las vías nerviosas del lenguaje, - tanto de la neurona motriz central, cortico bulbar, como la memoria motriz periférica o bulbo muscular.

AUTOR

L. MICHAUX

HOUSSAY Y LEWIS.

AFASIA.-"Perturbaciones del lenguaje pro -

EXPLICACION DE SU TERMINO

ducidas por trastornos de los mecanismos -  
cerebrales de comprensión de las palabras.  
Existen 4 variedades:

VERBAL.- "La formación de cada palabra es-  
defectuosa; corresponde a la afasia motriz  
o agrafia.

NOMINAL.- Pueden pronunciarse palabras o -  
frases, dificultad en expresar el pensa --  
miento.

Semantica.- Habla bien frases cortas pero -  
se le va el sentido de la conversación.

AMNESIA.- Pérdida de la memoria verbal.

AFASIA.- Pérdida de la expresión

ATEMIA.- Imposibilidad de articular pala-  
bras.

AGRAFIA.- Pérdida de la escritura (22)

TARTAMUDEZ  
R. DE LA FUENTE.

TARTAMUDEZ.- "El más frecuente de los trag-  
tornos del lenguaje, Consiste esencialmen-  
te en un bloqueo espasmódico que dificulta  
la emisión de ciertos sonidos, la dificul-  
tad puede limitarse a la articulación de --  
sílabas iniciales de algunas palabras o --  
bien llegar hasta la total imposibilidad -  
de hablar, Se manifiesta más severamente -  
cuando el sujeto se encuentra en situacio-  
nes que le suscitan angustias, humillación  
o sentimientos de inferioridad. (23)

TOWNCH

AFASIA CONGENITA.- "Es la incapacidad, to-  
tal o parcial para entender o usar el len-  
guaje en alguna o en todas sus formas, -  
siendo dicha incapacidad independiente de  
cualquier otra capacidad mental o de defor-  
maciones o enfermedades que afectan a los-  
organos de la articulación". (24).

HOWARD WARREN

AFASIA.- "Perturbación cerebral que con -  
siste esencialmente en la incapacidad para  
articular palabras y comprender el lengua-  
je hablado; corresponde a la perturbación-

EXPLICACION DE SU TERMINO.  
en la expresión y formulación simbólicas"-  
(25).

EPMANN

AFASIA.- "Es cualquier problema del lenguaje que resulta de un trastorno orgánico del tejido cortical, donde el defecto no se debe ni a la inervación de la musculatura que interviene en el lenguaje, ni a una disfunción del sistema periférico o por debilidad mental. Lo domina afasia expresiva. Los sín tomas son predominantemente motores y consisten en una inhabilidad para expresar las ideas a través del lenguaje hablado o escrito (26).

ANOMIA.- (AMNESICA).- "Inhabilidad para usar los nombres comunes de objetos o personas;- el paciente usa circunloquios para poder ex presar ideas no puede evocar nombres concre tos, el tipo de forma pura es sumamente rara (26).

STRAUSS Y KEPHART

OLIGOFASIA.- (AFASIA).- Las dificultades -- del uso del lenguaje. El lenguaje del niño es el lenguaje humano en el adulto es el -- lenguaje de la cultura.

OLIGOFASIA RECEPTIVA.- "Un disturbio de la percepción auditiva, en el que las relaciones pasadas venideras de elementos auditivos no pueden ser claramente reconocidas.

OLIGOFASIA EXPRESIVA.- Trastorno en el proceso de reconocimiento y formación de patro nes fonéticos y su transferencia a los  órga nos ejecutores del lenguaje.

OLIGOFASIA CENTRAL.- "Es un desorden de sim bolización, un esquema simbólico del lengu je no puede ser claramente captado" (27).

GOLDSTEIN

AFASIA AMNESICA.- Dificultad para la evocación y hallazgos de nombres adjetivos, verbos, en especial los nombres de los objetos concretos, solo los casos con este defecto que esten relacionados con alteraciones -- de la actitud abstracta, deben ser denominados afasia amnésica, en forma pura no son frecuentes los casos.

EXPLICACION DE SU TERMINO.

PARAGRAMATISMO.- "Trastornos caracterizado por la confusión de las flexiones características de las formas de declinaciones de las particularidades de diversas lenguas y existe con cierta riqueza de vocabulario. La construcción de la frase está alterada, es consecutivo a la desorganización de actividades verbales intensas. Si al enfermo le faltan palabras preferirá las construcciones más simples. Está especialmente molesto por la dificultad que experimenta en cambiar de actitud mental, tan característica de todas las afecciones cerebrales.

ECOLALIA.- El enfermo repite correctamente las palabras que oye sin que despierten en él la menor sospecha de un sentido a no ser extremadamente rudimentario. Esto se presenta no sólo cuando hay alteración de la vida mental en su conjunto sino cuando está atacada "la actitud categorial, la noción de significado" (28).

C. DE VALLADARES

AFASIA MOTORA.- "El afásico no tiene lenguaje expresivo, por lo general no tiene coeficiente de inteligencia muy alto; este oscila entre los niveles subnormales y los normales. La comprensión del lenguaje es generalmente comparable con la que tiene un pequeño sin problemas, de igualdad e inteligencia. No existe un lenguaje organizado, los que no tienen un trastorno severo pueden repetir ó imitar lo que se le ordena.

AFASIA SENSORIAL.- No existe comprensión del lenguaje, porque hay memoria pobre, no tiene lenguaje expresivo oral, el niño tiene suficiente inteligencia para haber adquirido lenguaje. Puede tener perfecta audición hasta la profunda sordera. Control muscular adecuado.

4 Tipos de Vocalización:

Silente muchas veces confundido con sordera, lenguaje en garabatos en esta vocalización trata de imitar él, el mismo número de sílabas que hay en una expresión pero en forma ininteligible. Lenguaje en-

AUTOR

EXPLICACION DE SU TERMINO

garabatos y/o palabras o frases. La -- comprensión de ellas es limitada. Ecololia.

Generalmente es posible establecer un -- cociente de inteligencia aproximado, -- aún sin tener que recurrir a una prueba formal. Presenta pobre memoria auditiva que produce dificultad para la interpretación del lenguaje.

AFASIA.- Es la falta de expresión y/o -- comprensión del lenguaje y es el resultado de algún defecto en el sistema nervioso central. No es el resultado de algún trastorno del mecanismo periférico, oído o nervio, deficiencia en la inteligencia ó disturbios emocionales severos.

AGNOSIA.- Son fallas en la habilidad -- para reconocer configuraciones de objetos ó símbolos que normalmente pueden -- ser recibidos. Si la recepción sensorial es buena ra -- zonablemente, el discernimiento ó reconocimiento de lo recibido deba ser determinado". (29).

NAVA SEGURA

AFASIA MOTORA.- "El paciente oye las -- palabras, las reconoce, comprende su -- significado, integra la respuesta, conoce las palabras que debe expresar pero -- no puede hacerlo,

AFASIA DE COMPRENSION.- Su origen son -- las lesiones de las zonas 40 y 39 del hemisferio izquierdo y se caracteriza por la imposibilidad de comprender el lenguaje verbal. El enfermo oye las palabras -- las reconoce pero no comprende su significado y es incapaz de formular la idea -- de la respuesta. Estos defectos en la -- comprensión del lenguaje se llaman afasia de comprensión.

AGRAFIA.- "Se caracteriza por la presencia de desconocimiento de los dedos de la mano, pérdida de la orientación extracorporal, acaculia y agrafia. En es-

AUTOR

EXPLICACION DE SU TERMINO.

En esta el enfermo es incapaz de escribir espontáneamente, y el dictado a pesar de que comprende la orden y entiende el lenguaje escrito.

APRAXIA.- La incapacidad para la planeación o la ejecución de movimientos voluntarios complicados estando conservados la movilidad voluntaria, la sensibilidad en todas sus formas y la coordinación muscular. El sujeto con apraxia ideatoria no puede planear la acción. En la motora; el enfermo planea la acción pero no la puede llevar a cabo, a pesar de que no posee ningún defecto en la vida voluntaria (30).

HEAD H

AFASIA NOMINAL.- "Caracterizada por no encontrar nombres apropiados para expresar una situación, el lenguaje interno está gravemente alterado, dificultad para ejecutar órdenes orales e impresas. No comprende lo que lee, y una gran afección de su estructura espontánea. El uso de números es defectuoso.

AFASIA VERBAL.- "La inhabilidad para descubrir el exacto significado de las palabras y frases necesarias para un perfecto interno o externo lenguaje.

AFASIA SINTACTICA. "Un mayor desorden o menor desorden del ritmo y de la sintaxis intercalando preposiciones, artículos y conjunciones, o tiende a omitirlas. Escribe mal el dictado, su habilidad aritmética depende de instrucción y no tiene problemas en el manejo de la moneda" (31).

KUSMAUL

ASEMIA VERBAL.- "Trastornos de la expresión".

AFASIA.- "No es más que un caso particular de la ASIMBOLIA.

DISLALIAS.- "Trastornos de la articulación".

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO DISARTRIA.- "Trastornos de la inervación motriz".  AUDIOMUDEZ.- "Señala su semiología y -- diagnóstico diferencial con el idiotismo, macroglosia, fisuras pelatinas. Ligera disminución de la capacidad mental sin lesiones periféricas de los órganos de fonación. (AFASIA CONGENITA). ASEMIA.- Alteraciones de la asociación- (AFASIA TRANSCORTICAL) (32).
EXNER	AGRAFIA.- _Producida por la destrucción del centro de imágenes gráficas en el - pie de la 2a. circunvolución frontal.
GRASSET	AFASIA TIPICA.- "Producida por lesiones corticales.  AFASIA DE CONDUCCION.- "Lesiones de las subcorticales.  AFASIA MOTRIZ.- Se debe a lesiones subcorticales (33).
DEJERINE	AFASIA.- "Alteraciones de la palabra; - sensorial o motora.  AFASIA SENSORIAL.- "Trastornos de la -- comprensión.  SIMBOLIA.- Cuando esta afectada la función simbólica, en su conjunto a la articulación mínima (34).
LONGERICH Y BORDEAUX	AFASIA EXPRESIVA.- "Es una dificultad-- de simbolización que altera la producción normal visible o audible de esas - ideas. Es el tipo más frecuente encontrado por los terapeutas porque envuelve - la parte frontal del área de Broca, que es particularmente vulnerable a las - - lesiones violentas.
PIERRE MARIE Y CH. FOIX	AFASIA SENSORIAL.- "Un trastorno de --- evocación, sin los trastornos de comprensión que caracterizaron el criterio de Dejerine.



Afasia es el término usado generalmente para referirse a los -- trastornos motores y sensoriales del lenguaje causados por lesiones cerebrales; pero no por defectos mentales, o en los órganos de los sentidos, o por parálisis de los músculos esenciales para la emisión de la voz.

Lesiones de algunas áreas de la corteza cerebral, están relacionadas con las afasias. Broca en un espécimen determina el pie de la 3a. circunvolución frontal del hemisferio dominante, como el centro del lenguaje articulado y a la lesión la llama "aphemia".

Wernicke dice que la destrucción de la corteza temporal, superior produce la abolición de la imagen auditiva, sin que se puedan entender las palabras, y con un buen funcionamiento de los centros auditivos cerebrales.

Muchos de los defectos de la escritura y de la lectura, Wernicke atribuye a defectos del lóbulo terminal, en su clasificación son englobados en las afasias sensoriales.

Pierre Marie asegura que las afasias residen en el "Espacio cuadrilátero" del hemisferio dominante y lo llama zona de anartria, incluyendo hasta los núcleos caudados y lenticulares.

Clasifica tres zonas cerebrales para la disfunción:

- 1.- Temporal (afasia verdadera pura, buena articulación y gran dificultad en entender, escribir, nombrar o leer).
- 2.- Angular (Alexia con discretos trastornos del lenguaje)
- 3.- Sepramarginal (que es una afasia global afectando todos los elementos del lenguaje).

Head, considera que las afasias son dificultades en formular y en usar símbolos y reconoce cuatro tipos de afasias:

- 1.- Verbal.- Defecto para formar frases individuales para uso interno o externo. En los casos muy severos, el sujeto solo puede pronunciar una o dos frases automáticamente.
- 2.- Sintáctica.- Con trastorno del balance y ritmo de las palabras o frases en secuencias con ausencia y mal pronunciamiento. No puede escribir mejor de lo que habla ni entender frases aisladas. Puede obedecer órdenes, menos cuando éstas exigen una respuesta.
- 3.- Nominal.- No pueden nombrar objetos, ni entienden su nombre.
- 4.- Semántica.- No pueden apreciar los significados metafóricos o el significado de los "dobles sentidos". Así como la pérdida de la fa--

ilidad de llegar a conclusiones lógicas.

Pueden leer, pero no interpretan.

Goldstein, dice que todos los problemas de lenguaje deben catalogarse como afasias, distinguiendo entre los problemas orgánicos y -- las dificultades de aptitudes, y de otros fenómenos no lingüísticos. Clasificándolos en:

1.- Problemas de lenguaje por problema cortical; disartrias por paresias musculares, afasia motora periférica.

2.- Problemas del lenguaje por trastornos mentales.

3.- Problemas de lenguaje debido a lesiones cerebrales o corticales en el aspecto perceptivo, como la sordera cortical, sordera a la música, notas o ruidos, que puede ser central o periférica.

4.- Afasia central.

5.- Amnésica parcial o total

6.- Transcortical

7.- Agrafia primaria o secundaria

8.- Aléxia

9.- ecolalia.

Nielsen, cree que los problemas del lenguaje residen en un sitio específico en la corteza.

1.- Lesiones temporales mayores

2.- Algunos tipos de afasia tienen valor de localización topográfica.

a) La motora, afecta fibras de la circunvolución de Broca en su recorrido a la porción ipsolateral.

b) La de Wernicke, afecta al lóbulo temporal, especialmente la circunvolución mayor en su mitad posterior.

c) La alexia, también es localizada en el lóbulo temporal; así como la jergofasia y la deformulación.

3.- Agrafia que aún no tiene como único síntoma, localización.

4.- Algunas agnosias, tienen exacto valor topográfico.

CLASIFICACION DE AFASIA

BROCA	WERNICKE	MARIE	PICK	GOLDSTEIN	HEAD
		Anartria		Forma periférica- de afasia motora	
Aphemia	AFASIA Motora	Afasia de Broca	Expresiva	Forma transcorti- cal de afasia mo- tora	Verbal
				Forma central cor- tical	
	Sensorial	Afasia de Wernicke o Verdadera		Sordera pura a -- palabras	Distintos as- pectos como:
Amnesia Verbal	Conducción		Afasia Inexpresiva	Sensorial (corti- cal sensorial)	Nominal Sintáctica Semántica
				Afasia central - amnésica	
			Amnesica		
	Total		Total		

## C A P I T U L O II

### LA OLIGOFRENIA

#### REVISION BIBLIOGRAFICA

El primer problema que surge al hablar de oligofrenia, es su definición, desde el principio con la definición introducida por Krapelin, al formar este término con raíces etimológicas; oligo-poco y pheren-inteligencia, respecto a ésto podríamos suponer que la persona oligofrénica solo carece de inteligencia y esto no puede estar -- más alejado de la realidad, ya que en este padecimiento todo el aspecto bio-psico-social se encuentra afectado.

La oligofrenia debe considerarse en una personalidad que está en evolución, lo que la diferencia esencialmente de la demencia, ya que la misma lesión actúa en el primer caso en una psiquis en formación y la demencia en una personalidad definida.

Se puede asegurar de acuerdo con las estadísticas de todos los -- autores, que es imposible separar la oligofrenia de alguna lesión -- orgánica, cuando menos estadísticamente; ya que la anatomía del cerebro del oligofrenico muestra condiciones anormales evidentes excepto en los casos de idiotas o imbeciles; y aún en ellos el estudio -- histológico demuestra gran variedad de defectos en las estructuras celulares.

El concepto de oligofrenia es más comprensible cuando la personalidad es vista a través de la familia, escuela y sociedad. Según la utilidad y rendimiento, para sí mismo y para con los demás.

ETIOLOGIA DE LA OLIGOFRENIA.- Las causas posibles se pueden agrupar en:

- a) Hereditarias
- b) Germinales (preconcepcionales)
- c) Congénitas
- d) Adquiridas

Hereditarias.- Recordaremos que cualquier padre puede heredar - a sus hijos su genotipo, aunque las características no sean aparentes en una persona, ésta puede ser portadora de esa característica de acuerdo con las leyes Mendelianas.

Las causas germinales o preconcepcionales.- Pueden ser tóxicas, físicas, infecciosas, químicas, endocrinas.

Las congénitas.- Entre estas se encuentran principalmente: traumatismos, carencias alimenticias en las que incluyendo la avitaminosis

sis influyen; infecciones, )sifilis, virus etc) anoxias, prenatales, natales ó neonatales, como membrana hialina, causas adquiridas.

CAUSAS ADQUIRIDAS.- Infecciones, sobre todo aquellos microorganismos y virus que son neumotropos (encefalitis epidemica de San Luis) ó -- toximas neurotropas (toxinos y rabia, etc) Traumáticas.

Es frecuente que no exista una sola causa sino que sea una aso -  
ciación o superposición de distintas causas.

CLASIFICACION PSICOLOGICA DE LAS OLIGOFRENIAS.- No se puede ha -  
cer una clasificación de las oligofrenias real, ya que los diferentes tipos tienen características similares e intercambiadas; con algunos tipos especiales que representan cuadros diferentes, definidos.

- a) mongolismo
- b) microcefalia
- c) oligofrenia fenilpiruvica
- d) cretinismo

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LAS OLIGOFRENIAS.- No se puede dar -  
un gran valor, pero puede establecer la época del desarrollo en que -  
se inició el problema.

- a) Endogenas o idiopáticas
- b) Exogenas

Respecto a la conducta del oligofrenico que forma parte -  
de su personalidad podemos distinguirlos en los de:

- actitud tonta
- actitud suficiente
- los falsos sabios
- los computadores
- los de actitud torpica
- los indolentes
- actitud erética
- los de actitud violenta

COMENTARIOS DE DIFERENTES AUTORES SOBRE LOS TERMINOS EMPLEADOS -  
EN LAS DIFERENTES CLASIFICACIONES.-

MONGOLISMO. "Existe un grupo de deficientes mentales que se caracteriza por presentar rasgos similares a la raza mongólica así como por otras características distintivas; los ojos oblicuos, la cabeza pequeña y redonda los oídos mal formados, la lengua agrietada, -- usualmente aparece un segundo párpado cubriendo la córnea del ojo y las manos presentan deformidades en cuanto a tamaño y proporción en los dedos. Evidentemente cualquier circunstancia que produzca esta -- condición anormal puede ocurrir antes del nacimiento.

Mentalmente no presentan características alteraciones que los -- diferencie de otros deficientes mentales; en general puede decirse -- que una edad mental de 7 años es vista como límite superior de inteligencia, sin que haya formas características de disturbios motores -- o sensitivos , presentan una marcada sensibilidad a los cambios de -- temperatura mientras que el desarrollo de la coordinación motriz es -- pobre, muchos mongoloides sufren en la infancia y mueren en ella, -- y pocos sobreviven más allá de los veinte años (1).

"Su etiología es oscura. El hecho de haberse encontrado en hermanos gemelos lleva a pensar en la significación de la herencia. En los pares univitelinos, estudiados, ambos miembros padecían mongolismo, aunque esto no excluye por completo las causas no genéticas. Es cierto que los mongolicos predominan entre los hijos de madres de -- edad avanzada, Después de los treinta años, la posibilidad aumenta -- por 20 a 30% hasta llegar a su máximo entre los 45 y 49 años.

Benda ha reunido recientemente datos que apoyan la idea de que -- el mongolismo es una forma de hipofunción hipofisiaria que comienza -- en la vida fetal.

Los signos de mongolismo se encuentran todos presentes desde el momento del nacimiento, y no se vuelven más marcados con el crecimiento sino al contrario disminuyen.

Benda nos dice que:

"El mongolico es un niño mal acabado.

El conjunto de signos físicos es muy característico. En el mongólico no se observa ataques epilépticos ni otro tipo de síntomas -- de epilepsia.

Intelectualmente la mayoría de los mongolicos son imbéciles o idiotas predominando los primeros. Sólo unos pocos caen dentro de los -- débiles mentales.

En la infancia son plácidos e inertes, más adelante presentan --

una destructibilidad y curiosidad particulares, el sentarse, caminar, hablar, es retardado. Son vivaces observadores. Presentan gran sentido del ritmo y les gusta bailar y hacer gracias, son de buen temperamento afectuosos y sociales. Las lesiones cardíacas congénitas -- constituyen una complicación frecuente lo mismo que la tuberculosis y las afecciones del aparato respiratorio". (2).

"El mongolismo es un trastorno peculiar del desarrollo que se -- presenta aproximadamente una vez en cada 500 nacimientos. Son mongoloides del 10% al 25% de todos los casos de deficiencia mental no hereditaria. Viven alrededor de 10 años y extremadamente susceptibles a los padecimientos gastrointestinales, circulatorios, y de las vías respiratorias" (3).

"En datos estadísticos se ha observado que más o menos el 16 -- 2% de los idiotas son mongólicos. Su aspecto es característico, su aspecto psíquico presenta todos los grados; desde la idiocia a debilidad ligera. Su carácter es alegre y cariñoso, también inquietos, -- eréticos.

Como causa se piensa en la edad excesiva de la madre, un número grande de embarazos, un trastorno endocrino, y por otro lado síndrome de trastornos de la implantación del huevo en la mucosa uterina -- por alteraciones patológicas.

✓ Son vulnerables a las enfermedades. Este no es hereditario ni -- tampoco la autopsia es característica. Su peso cerebral queda por -- debajo de lo normal en general (4).

"La idiocia mongólica es una forma especial diferenciada por los trastornos psíquicos y las malformaciones que presenta y por su etiología. El estado mental presenta en esta forma de idiocia ciertas -- particularidades.

Los caracteriza su apatía, su lentitud, atención rudimentaria -- al igual que la memoria, palabras mal pronunciadas y articuladas, -- y el vocabulario muy limitado. Es el más educable de los idiotas --- (5).

"Debe ser atendido como resultado de una respuesta secretora a -- normal de la madre a su embarazo, consistente en una deficiente secreción hipofisiaria o bien en una deficiencia del cuerpo luteo, --- lo cual se refleja en el desarrollo del niño. Más del 50% ocurre en mujeres mayores de 35 años generalmente difíciles de embarazar, con propensión al aborto y a los nacimientos prematuros" (6).

OLIGOFRENIA FENILPIRUVICA.- "Este tipo de oligofrenia hereditaria se caracteriza principalmente por trastornos metabólicos. El --- ácido fenilpirúvico es una substancia química que resulta de anomalías en el metabolismo y su presencia en la orina ha permitido --

diagnosticar este tipo de deficiencia mental. Clínicamente estos casos muestran trastornos motores y un pronunciado déficit intelectual" (7).

**MICROCEFALIA.**- "Esta clasificación incluye aquellos sujetos que presentan malformaciones craneanas. El cráneo, por lo regular, mide menos de diecisiete pulgadas en su circunferencia mayor y la forma es peculiar por la falta de desarrollo, principalmente en la porción comprendida entre la ceja y el oído, Constituye este un defecto mental burdo asociado a una malformación física, como podría ser alguna otra malformación esquelética de origen congénito. Este tipo de sujetos no presentan tampoco trastornos mentales que los caractericen, particularmente presentan hipermotilidad, aparente vivacidad y una marcada tendencia a la imitación (7).

"Depende de una detención en el desarrollo del craneo cuya circunferencia es menor de 43 cm. y la consecuente falta de tejido cerebral. La detención en el desarrollo ocurre hacia el 4° ó 5° mes de la vida fetal, por causas desconocidas" (8).

**CRETINISMO.**-,"Sólo puede conjeturarse una etiología endocrina, - la relación entre la glándula tiroidea y el cretinismo es muy conocida. Las primeras veces se observó, se presentaba junto con el bocio endémico; últimamente ya no existe esa presentación.

Aparece como normal en el momento del nacimiento y los primeros signos de anormalidad aparecen hacia los 6 meses. El chico no crece, de color amarillento-gris y parece corto y apático en sus reacciones, no sonríe y su respiración es sonora. Aparecen hinchazones en los párpados, labios, manos pies y nuca. La temperatura del cuerpo es subnormal y se detiene el desarrollo mental. El cretino es tranquilo inofensivo y pasivo, sonríe con benignidad infantil, aprende palabras sencillas, a contar, a sumar dinero, restar. No presentan la vivacidad del mongólico. A veces no hablan bien, lo que se debe principalmente a que no oyen bien. Responden inteligentemente cuando son tratados de la tiroidea (9)".

"Cuando un niño sufre hipotiroidismo al nacer se dice que es ---cretino; cuando la adquiere más tarde dicese que presenta mixedema.- El trastorno primario es la falta de producción adecuada de hormona tiroidea. Cabe clasificar los pacientes en dos grupos:

a) aquellos en los cuales la enfermedad se origina primariamente en la glándula tiroidea con pérdida de hormona tiroidea y aumento --secundario de hormona estimulante del tiroidea.

b) aquellos en los cuales la enfermedad se origina primeramente en la hipófisis con pérdida de hormona estimulante del tiroidea -- luego producción disminuída de hormona tiroidea (10)".

"Es una forma de deficiencia mental que resulta de la falta de desarrollo de la tiroides o de su degeneración temprana. El trastorno ocurre en forma endémica en regiones deficientes en yodo en la tierra y las legumbres. La mayor parte de los casos se presentan en relación con lesiones de la tiroides que se producen durante el nacimiento o bien en el curso de enfermedades infecciosas, tales como sarampión, tosferina, etc. Aunque alcanzan un desarrollo mental de 50 a 60 la mayoría permanecen en los límites de la idiocia y de la imbecilidad. Cuando se inicia muy tempranamente puede llegar a restaurar o aminorar en forma impresionante la deficiencia tanto física como mental (11)".

"Cretinismo es la expresión de una falta o hipofunción del tiroides. Bajo esta definición se comprenden estados que presentan alteraciones psíquicas de mayor o menor intensidad con signos de lesión de la glándula tiroides aparecidos en la edad infantil. sobre todo debilidad mental, enanismo y mixedema.

El cretinismo endémico que tiene relación con las zonas montañosas de todas partes del mundo y que a su vez condiciona una mayor consanguinidad de la población; es posible prevenirla mediante la administración de yodo.

Existe el cretinismo esporádico que no guarda relación con las zonas mencionadas. La inteligencia sufre más o menos en su desarrollo el temple muchas veces es indiferente o mas amistoso y satisfecho. La intensidad de los signos presenta todas las gradaciones. Pueden existir, todos o solo algunos de ellos. La capacidad intelectual puede haberse desarrollado de un modo completamente normal. No existe ningún hallazgo histopatológico o cerebral en el cretinismo. (12)".

"..... incapaces de toda manifestación de voluntad y de atención; no puede realizar trabajo alguno; se les halla lo mas frecuentemente en países montañosos, las paperas y el cretinismo tienen el mismo origen, estado morbozo de la glándula tiroides. Aparece ordinariamente en los primeros años de la vida, alguna que otra vez es congénita, a veces se origina sólo después de algunos años. Su desarrollo espiritual queda muy retrasado; lo que particularmente caracteriza a su rostro es su inmovilidad y pasividad.

El adulto cretino es pequeño y mal formado; de movimientos lentos; cuello a menudo deformado por paperas, su debilidad espiritual puede tener diferentes grados.

Ahora bien, existen también los idiotas Mixedamatosos y esto sucede si las afecciones de la glándula tiroides no están pronunciadas pueden engendrar el mixedema, un estado morbozo al cual pueden referirse a casos de imbecilidad; como la idiotez paquidermatosa, esta do cretineideo, idiotez simple (forma mongolica) e idiotez mexedema-

TRASTORNOS DE LA

PALABRA EN LOS OLIGOFRENICOS

SEGUN

RENATO SEGRE

Superior			PARANOIA	Se pueden presentar los trastornos de la izquierda Dislalias
Medio				
Inferior				Rigidez catatonica de los musculos fonadores
Fronterizo			ALCOHOLISMO CRONICO	
Superficial		Paragramatismo	POLINEURITIS	Negativismo sistematico de origen emotivo
Profundo		Dislexia relacionada con fallas de desarrollo del lenguaje		
		Dislalias		
		Rinolalia		
		-----		
		Las anteriores atasco en el desarrollo del lenguaje		Aparece en; los depresivos, confusos. demencia aguda amnesias verbales
IMBECILES		Bradilalia	MUDEZ VESANICA	presencia de alucinaciones verbales fisico-motrices
		Ecolalia		
		Disritmia		
		Taquilalia		
		Tartamudez especial		
		Espasmos Tónicos ó Clónicos		
		-----		
		Con los síntomas tónicos del imbecil		
IDIOTA		Rotototismo		
CRETINO		Mutismo absoluto interrumpido por silabas incoherentes		

CAUSAS

- a) malformaciones cerebrales
- b) traumas de parto
- c) meningitis, encefalitis con sus secuelas, lesiones regresivas más ó menos difusas de la corteza cerebral
- d) disfunción tiroidea
- e) factor hereditario degenerativo

En este cuadro tratamos de hacer posible la apreciación global de la relación que existe entre los distintos niveles mentales (ya sean educables ó no) en los Oligofrenicos con trastornos del Lenguaje

tosa.

De rostro inmóvil, inteligencia muy rebajada o de todo pobre, -- lenguaje muy malo, sonido de la voz habitualmente sordo y muy des -- agradable. En este grupo contamos también a los mongólicos (13).

DEBILIDAD MENTAL.- "..... manifiestan retardo en la adquisi -- ción del lenguaje y del control de esfínteres, sus percepciones sen -- soriales son incompletas y mal diferenciadas, su atención es lábil, su imaginación pobre y su juicio deficiente. El niño se ve víctima de las exigencias de los padres y maestros si no es i -- dentificado, lo que puede causar inhibiciones profundas, hostilidad, que dan a su conducta un carácter antisocial. Este casi siempre ter -- mina como desertor escolar. Son raras las veces que llega a pasar -- del 3o. ó 4o. de primaria (14)!"

"En la debilidad existe una característica particular que es el desequilibrio de las funciones intelectuales; con deficiencia elec -- tiva del juicio y un trastorno del carácter de base vanidosa; el -- débil es necio. Presenta una serie de retrasos psicomotores pero se -- descubre por lo general en la edad escolar. El desarrollo físico.- El D M. no presenta grandes estigmas de degeneración, pero son fre -- cuentes los signos de debilidad motora descritos por Dupré. El des -- arrollo intelectual .- Sabe leer, tiene un vocabulario abundante, -- rico en terminos raros e impropios, tiene afición a máximas y citas, su imaginación exaltada, es frecuentemente pobre.

Carece de iniciativa, la característica dominante es la deficien -- cia de juicio y la falta de capacidad recíproca de crítica. Pertur -- bada la afectividad, es generalmente emotivo; su humor es variable -- Tiene una extrema vanidad tendencia a ser altanero.

La debilidad se nos aparece como trastorno del conjunto de la -- personalidad, como una desarmonía de las funciones mentales muy ca -- racterística. (15).

"Representan un grado todavía más elevado, sus trastornos tampo -- co son unitarios, algunos llegan a adquirir conocimiento puramente -- memorísticos pero sin comprenderlos sin "asimilarlos"; poseen gran -- habilidad y capacidad de adaptación que contrasta con su gran depen -- dencia y su falta de firmeza en el buen juicio. Entre estos están -- los "idiotas de salón" y la debilidad mental superior.

Con tales designaciones están los sujetos que poseen pocos cono -- cimientos adquiridos mecánicamente, una buena memoria y una habilidad verbal formal, así como la capacidad para la adaptación, por lo que -- son capaces de hablar con inteligencia y profundidad aparente sobre -- cosas que están muy por encima de sus conocimientos.

Junto a una deficiencia de los rendimientos mentales superiores,

muestran cierta capacidad para dirigir de un modo práctico su vida. Muchos débiles mentales tienen también una disposición psicopática. La combinación de debilidad y psicopatía debe considerarse especialmente peligrosa y desfavorable. La llamada debilidad relativa en muchos casos debe incluirse en la debilidad mental. Su vida afectiva - presenta un cuadro variable.

Algunos llaman la atención por su buen carácter, su buena conducta, etc., otros por su irritabilidad, egoísmo, e incluso la llamada idiocia moral.

La gran deficiencia existe entre las disposiciones intelectuales y las cualidades del carácter. Los instintos no son frenados suficientemente o en absoluto.

El débil mental está expuesto al peligro de excitaciones y conducta instintivas antisociales. En su conducta motora presentan amplias diferencias. Unos presentan, gran debilidad motora, otros no sólo la falta de gracia, sino también la adaptación automática de la fuerza y la confirmación del movimiento de las tareas motoras. Tanto en lo corporal como en lo neurológico; los débiles mentales por la variedad de las causas externas e internas de sus trastornos son --- diferentes.

Los débiles no solo carecen de trastornos neurológicos sino a veces ni siquiera llaman la atención por alteraciones morfológicas o endocrinas. Las formas graves de debilidad mental se reconocen -- por los intensos trastornos de la atención y de la vida instintiva-infantil.

La oligofrenia congénita o la que ha aparecido en los primeros años acompaña a su portador durante toda la vida, en forma que, es fácilmente notada.

Especial importancia práctica tienen el diagnóstico diferencial entre la oligofrenia congénita y la debilidad cerebral traumática - permanente" (16).

Quiero hacer mención especial sobre la deficiencia mental, ya - que en las diferentes instituciones a donde he asistido ocupa un lugar preponderante aún sin trastornos de lenguaje.

Respecto a este problema Mayer Slater Roth nos dice:

"La deficiencia mental es un estado del desarrollo mental sub - normal presente ya desde el nacimiento, o en la infancia temprana - y caracterizado principalmente por la limitación de la inteligencia. Para fines prácticos se clasifican a los deficientes mentales en -- imbeciles, débiles mentales, idiotas y cretinos.

Esta definición ha aumentado su valor al ser relacionada con la edad mental y el C.I. comprobados por test de inteligencia. Los idiotas tienen un C.I. menor de 20; los imbéciles debajo de 50 y los débiles mentales de 60 a 70.

Las investigaciones psicológicas han demostrado que no podemos separar los seres humanos en 2 clases unos deficientes mentales y los otros normales, sino que debemos considerar a la inteligencia como un carácter que varía a lo largo de una escala continua que tiene a la idiocia en un extremo y en el otro al genio. La capacidad congénita de un hombre tiende a parecer a los de sus parientes próximos, particularmente a sus padres y hermanos.

Por encima de un C.I. (Binet) de 45% la mayor parte de la variación puede atribuirse a causas no patológicas. Por debajo de este nivel de inteligencia la variación se debe principalmente (por lo menos en tanto que es de origen genético) a la existencia de genes normales aislado cada uno de los cuales por si mismo, es capaz de imposibilitar el desarrollo normal a pesar del efecto de todos los demás genes. Los débiles mentales sólo tienen que ser considerados anormales si los miramos teniendo por fondo una civilización compleja, pero a pesar de ello, dentro de este ambiente son responsables de consecuencias sociales muy serias. Los imbéciles y los idiotas son anormales en un sentido más fundamental.

Mientras que la fertilidad de los idiotas o imbéciles es muy baja, la fertilidad de los débiles mentales, se acerca a lo normal.

La base genética del déficit mental está establecida, pero es indudable que las influencias ambientales deben representar un papel no despreciable incluso en la llamada deficiencia mental idiopática.

En la etiología y patología no genética encontramos; ambiente social y educacional.

Lesiones de Parto; que han sido consideradas como causa lesión del cerebro infantil. La asfixia es muy importante.

El abuso de los padres al alcohol, morfina, cocaína, se consideraron durante mucho tiempo como una de las principales causas del retardo mental, pero las investigaciones hechas últimamente han demostrado lo contrario (17).

"Las investigaciones realizadas en familias en las que se ha estudiado el árbol genealógico demuestran que la debilidad mental es hereditaria. El 20% se debe a lesiones o enfermedades cerebrales en las primeras épocas de la vida. Los padres normales con antepasados sanos rara vez tienen hijos débiles mentales.

Ciertamente la educación no es el único factor que interviene en la formación de la personalidad. A pesar de cualquier tipo de educación un débil mental nunca llegará a ser un genio e inversamente.

Tampoco la herencia es exclusivamente decisiva. Parece que la naturaleza influye sobre los efectos de la audición y esta última las posibilidades de la naturaleza. Los caracteres recesivos de orden fisiológico tienen sus paralelos en las circunstancias mentales latentes. El problema de la herencia de los caracteres psíquicos está relacionado con el de diferencias raciales. La inferioridad mental ante las pruebas mentales habituales se debe a factores temperamentales y al distinto modo de considerar la vida (18).

"El niño que sabe comunicarse con sus semejantes por la palabra y la escritura pero que muestra en el curso de sus estudios un retraso de 2 años si es menor de 9 años y de 3 años si es mayor de 9; sin que este retraso sea debido a una escolaridad suficiente.

El débil mental puede pasar desapercibido entre las personas normales si su C.I. es de 70 a 90.

Aunque no todos los retardados mentales son débiles mentales todo débil mental es retardado escolar

"Un deficiente mental es una persona incapaz de semejarse por sí misma, o incapaz de ser enseñada a hacerlo, y que requiere supervisión, control y cuidado para su propia seguridad y el de la comunidad (20). "

"Una condición de detenimiento o incompleto desarrollo de la mente que existe antes de la edad de 18 años, ya sea por efecto de causas inherentes o inducidas por enfermedad o lesión.

Las categorías de deficiencia mental, puramente sociales son las siguientes:

Idiotas. aquellos incapaces para guardarse por ellos mismos de los peligros físicos comunes.

Imbéciles. aquellos incapaces de manejarse a sí mismos o sus propias funciones, o en el caso de los niños de ser enseñados a hacerlo.

Débiles. aquellos que requieren cuidados, supervisión y control para su propia protección de otros, o en el caso de los niños ..... son incapaces de recibir educación en la escuela (21).

Respecto a los síntomas de clasificación atendiendo a la severidad de los síntomas a un cambio en la terminología, la Organización mundial de la Salud (OMS) recomienda que sean usados los siguientes-

términos: Subnormalidad leve, moderada y severa para evitar las palabras débil, imbecil e idiota que resultan orpobiosas.

Los pedagogos siguiendo tal recomendación hablan de educables, manejables y custiodables (22).

"El retardo mental es una condición la cual durante el período de desarrollo está caracterizada notablemente por funcionamiento intelectual, abajo del término medio, resultando de algunos grados de inadaptación social.

Hace algunos años la O.M.S. refiriéndose a la subnormalidad mental con dos grandes subdivisiones basándose en los factores causales;

Deficiencia mental; para los casos en los que los factores biológicos tienen como resultado un deterioro del sistema nervioso central.

Retardo mental; para los casos donde las causas son sociales, económicas, culturales y psicológicas.

Masland, Sarason y Gladwin usaron esta terminología.

Un punto de confusión de significación en el trabajo social con los relatos de la etiología y la comprensión de la frase "factores del ambiente mental". Sin embargo el término es usado también con características biológicas; para separar los factores endogenos (genéticos) de los factores exogenos (23).

"..... los resultantes indican que del 57 al 72% de la deficiencia mental institucional tiene defectos del habla.

Lo más frecuentemente ocurre cuando involucran la voz y la articulación, ahí aparece no ser esto una evidencia para sugerir que las personas con deficiencia del habla sean deficientes mentales.

La medición de la interrelación de medidas del lenguaje e inteligencia varía de .10 a .92 .

Se sugiere que un análisis de similitud entre los estímulos presentados en el muestreo de respuestas y la manera en la cual las respuestas son clasificadas, puede conducir a un mayor entendimiento de la interrelación entre las varias medidas para lenguaje y la inteligencia.

Dos investigadores han encontrado diferencias de lenguaje entre niños institucionalizados y niños ajustados en las bases de las medidas de inteligencia.

La diferencia que existe entre el registro de longitud de la ing

titucionalización y abstracción en un estudio de laboratorio. Esa diferencia es o son el resultado de la influencia del ambiente, O -- otros factores fueron confundidos con las variables de el ambiente -- mental que rodeaba al individuo.

Se han hecho numerosos esfuerzos para evaluar los efectos de la terapia y procedimiento de entrenamiento del habla en niños con de -- bilidad mental. Los resultados obtenidos por estos estadios están -- muy lejos de ser concluyentes.

Los estudios del reforzamiento del habla y del comportamiento -- del lenguaje bocal puede ser sujeto del mismo principio de reforza -- miento como el comportamiento del no lenguaje. Si esto es cierto -- entonces se camina a pasos agigantados a través de la aplicación -- de estos principios para incrementar las respuestas del lenguaje -- para comparar estas respuestas y para obtener estos. bajo control -- de estímulos. El estudio del lenguaje en personas con deficiencia -- mental y personas no mentalmente deficientes es una variedad de sus -- tancias o colocaciones interpersonales promete lograr una informa -- ción muy valiosa relacionada con el comportamiento del lenguaje del -- deficiente mental y de los efectos de tal comportamiento en personas -- normales (24).

"Ocasionalmente se oye que las teorías de la deficiencia mental, deben ser desarrolladas, ampliadas. Rara vez estas teorías, tienen -- una razón explicable, y a veces es difícil en el tema de la defi -- ciencia mental entender lo que quiere decir la teoría, lo que esta -- significa. La psicología tiene teorías que se basan en los conceptos de percepción, aprendizaje, motivación, personalidad e intelligen -- cia.

Cualquier teoría de deficiente mental implica que la conducta -- individual está entendida de acuerdo con los patrones de conducta -- mencionados, o con la adición, de algunos otros, conceptos que aún -- no se han desarrollado lo suficiente.

Sería absurdo para un psicólogo que estudiara la conducta de un -- deficiente mental

"Los deficientes, son individuos que son inadecuados intelectual -- mente por lo que es evidente que la medición de la inteligencia -- ellos, es inadecuada y las teorías de la inteligencia explican -- cen entendible la conducta del deficiente" (25).

"Al hablar de la debilidad mental nos referimos a un defecto -- /en la deficiencia mental; que resulta, ya sea de una falta innata -- en la potencialidad para desarrollarse ya sea de una detención en el -- proceso de dicho desarrollo de tal manera que para el paciente -- es imposible lograr una adaptación adecuada y una independencia so --

cial.

Según esto el débil mental alcanza la capacidad mental que posee la persona promedio, ya sea porque una relativa pobreza innata en la capacidad que su mente tiene para desarrollarse, ha retardado su crecimiento mental, ya sea porque una enfermedad o lesión cerebral ha provocado un retardo en el desarrollo mental, en la actualidad se piensa que esta es una de las posibilidades más frecuentes.

La debilidad mental no es una entidad clínica, sino más bien un síntoma que se presente en un gran número de enfermedades de etiología diversa.

Los débiles mentales muestran en quienes las padecen; un defecto en la capacidad para razonar, planear o construir, así como una pobreza en la información general. Son sugestionables y al prever o jugar las cosas lo hacen defectuosamente.

Las causas de la debilidad mental pueden considerarse desde muchos puntos de vista. Es convenientemente dividir las en las que se producen antes del nacimiento, las que son el resultado de lesiones producidas durante el nacimiento y las que son el resultado de lesiones o enfermedades que se producen después del nacimiento, pero antes de que se haya alcanzado el desarrollo mental completo (26).

"El deficiente mental durante su infancia lo mismo, que después es una persona completa y tiene características positivas junto a sus defectos. El deficiente carece de curiosidad espontánea, que caracteriza al niño normal, El débil mental es lento en percibir y entender, y su percepción es aselectiva. No distingue lo esencial de lo no esencial, su pensamiento se centra frecuentemente alrededor de impresiones sensoriales concretas. Si llega a formarse ideas abstractas son limitadas; mal formadas y estrechamente ligadas a experiencias reales. No pueden atender a menudo la abstracción de números. Son incapaces de elaborar un hábito. No suele sufrir disturbios primarios de la retención y la memoria.

El lenguaje a menudo es de desarrollo tardío; suele ser mal articulado y falto de modulación y expresión. Parte de la dificultad en el lenguaje, que se observa tan frecuentemente puede deberse a la inadecuada coordinación muscular.

Durante la pubertad al llegar a la maduración sexual las diferencias emocionales se hacen más manifiestas.

IDIOTAS.- "Constituyen el grado más bajo de la deficiencia mental. Su C. I. es de 20 y no es posible aplicar tests.

Aproximadamente el 5% de los deficientes pertenece a esta categoría. Existe un alto grado de mortandad, en este grupo. La mayoría de ellos están detenidos en su crecimiento, son deformes y con malformaciones de la cabeza o en las proporciones de la cabeza o de los miembros. Respecto al tronco se hallan presentes lesiones centrales, hemiplejias, o displejias. Muchos de ellos tienen que pasar la vida en cama ya que son incapaces de caminar. Movimientos mal coordinados. Algunos tienen movimientos rítmicos persistentes. Es frecuente la incontinencia.

Uno de los más notables síntomas es el embotamiento, y perversión del sentido de la percepción. La mayor parte necesita cuidados constantes; según Tredgold el 56% de los idiotas sufren ataques epilépticos (27).

"Su inteligencia está bastante herida, su actitud, y actividad - psíquica es elemental, pero siempre igual.

Su atención es débil, su carácter es el de un autónoma. Es idiota motor, visual, o auditivo. Las ideas generales no se originan - en su cerebro; no tiene iniciativa alguna; es pasivo" (28).

"Corresponden al grado extremo de la deficiencia en el desarrollo mental y se manifiestan desde el punto de vista fónico ya con un mutismo absoluto, ya con el hotentotismo o con los síntomas de los imbeciles.

Si existen estigmas degenerativos importantes; deficientes sensoriales y motrices de significación y un nivel mental demasiado bajo, las posibilidades reeducativas serán muy escasas o nulas. En los idiotas los resultados son nulos.

Se denomina idiota al individuo cuya edad mental no excede de 3 años, sin olvidar que un niño normal de dicha edad presenta una riqueza de posibilidades que faltan totalmente en el idiota. Este último es incapaz de COMUNICARSE POR MEDIO DEL LENGUAJE CON SUS SEMEJANTES.

El fondo mental se caracteriza por ausencia del juicio deficiente de la atención aunque a veces permite la imitación; ausencia de la memoria. Faltan los sentimientos afectivos (29).

IMBECILES.- "Son infantiles emocionalmente, indiferente más que retraído. Puede aprender algunas cosas, escribir su nombre; cambian de humor fácilmente y muchos de ellos padecen epilepsia o equivalentes epilépticos.

El adulto imbecil no tiene inhibiciones y es sugestionable; muy amanerado; toleran fácilmente el dolor y el sufrimiento.

Sobre la delincuencia algunos autores calculan que no menos del 10% de los criminales son deficientes (30).

"Es imbecil todo niño que no llega a comunicarse ni a comprenderlo escrito por otros ni lo impreso, ni tampoco comunicarse por escrito con sus semejantes cuando no sufre ningún trastorno de la visión ni parálisis que expliquen su incapacidad para adquirir esta forma de comunicación. Al llegar a la pubertad sus instintos sexuales florecen sin control de la inteligencia (31).

"..... se caracterizan por la gran desigualdad de las diferentes actividades del espíritu, por la inestabilidad o falta de voluntad - y por la inadaptación de sus acciones y su conducta, sus condiciones de vida son antisociales sin responsabilidad alguna, por lo demás mediante todas las gradaciones posibles, se aproximan a ciertos retrasados pedagógicos indóciles que no han sido sometidos a tratamiento. (32)."

"Es el grado inmediato superior a la idiocia.

Comprende los débiles mentales congénitos y a los que adquieren su debilidad en los primeros años, que dan en los tests una edad mental correspondiente a los niños normales de 6 a 16 años de E.C.

La comparación mental de los niños sanos sólo es de un modo puramente externo, da una idea falsa. Lo decisivo, no es el saber, sino las aptitudes. En el grupo de los imbeciles existen pues todos los grados y las transiciones hacia los idiotas por un lado y hacia las formas de la debilidad por otro, son puramente graduales. Los imbeciles son capaces de adquirir conocimientos sencillos escolares - pero de un modo incompleto y con dificultad. La formación y abstracción de conceptos esta alterada, faltan las representaciones generales y solo se fija lo cotidiano, presenta debilidad de juicio. Entre ellos se distinguen los apáticos y los excitados los primeros:

Tórpidos, comprensión dificultada, insuficientes en la atención.

Los segundos: eféticos, atención superficial, falta de concentración, vida afectiva y volitiva anormal (33).

Basándonos en lo visto anteriormente podemos decir que si el oligofrénico es un deficiente mental, al mismo tiempo tiene algo que al llevar a cabo una educación terapéutica bien dirigida podrá reaccionar, si no notablemente por lo menos favorablemente.

CLASIFICACION DE ACUERDO CON EL MOMENTO EN QUE SE PRODUCE LA DEFICIENCIA

Formas dominantes	Corea de Huntington	Corea de Huntington
	Koelerosis tuberosa	Koelerosis tuberosa
Formas recesivas	Deficiencia muscular progresiva	Deficiencia muscular progresiva
	Neuro-fibromatosis	Neuro-fibromatosis
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
Asociadas al sexo	Hipopatia	Hipopatia
	Epilepsia	Epilepsia
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
Lesiones producidas durante el embarazo	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
Lesiones producidas durante el parto	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
Lesiones producidas por trastornos	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
Lesiones producidas durante los primeros años de vida	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington
	Deficiencia de Huntington	Deficiencia de Huntington

que no tienen los signos de una actividad suficiente. No se indican ni a las actividades anticonvulsivas por no tener capacidad para ello.

CLASIFICACIONES MEXICANAS DE LA DEF. MENTAL

WILLIAMS G. ARNDSON clasificado por A.S.N.  
 0.-Deficiencias que muestran el síndrome de subnormalidad mental  
 1.-Deficiencia biológica - Deficiencia mental  
 Familiar subcultural (uno ó ambos padres o parientes)  
 Mecanismo cerebral (al nacimiento, perinatales)  
 Neurografía bilateral intracerebral y subcortical  
 Oclusión vascular del cordón  
 Hipoxia o Anoxia  
 Infección directa del feto  
 Sorocefalia (la que puede ser de origen congénita)  
 Infección cerebral, perinatal (todas las tipos de meningitis, etc.)  
 Malformación cerebral congénita por Monogamia (apocromatocogamia)  
 Alteraciones congénitas cerebrales malformaciones craneales  
 Craneostenosis (cierra pronto de las suturas)  
 Displasia craneocéntrica (enfermedad de Crozon)  
 Hidrocefalia-hidrocraneocéfalo  
 Hipertrofia  
 Defectos de la línea Media.-Diagnóstico del cuerpo calloso  
 Grande Hifo  
 Microcefalia  
 Macrocefalia  
 Premadura (puede ser causa de ó causar deficiencia biológica)  
 Alteraciones congénitas del desarrollo cerebral con defectos -  
 anómalos congénitos (errores congénitos en el metabolismo)  
 a) Desorden del N. telurico Protéico  
 Fenilketonuria  
 Enfermedad de Hurler (enf. de Von Gierke)  
 (enfermedad del Glucógeno)  
 b) Desorden del Metabolismo de los Lípidos  
 Anomalia Familiar Neuronal (síndrome de Wilson)  
 (enfermedad de Tay-Sachs y otras formas)  
 Enfermedad de Niemann-Pick  
 ENFERMEDAD DE SANDER-SHILLER-GRISTEN  
 c) Defecto en el desarrollo cerebral de origen congénito debido a infecciones prenatales en la madre  
 Rubéola  
 Varicela  
 Toxoplasmosis  
 d) Defectos congénitos cerebrales-errores crónicos congénitos  
 Epilepsia focal  
 Infección primaria (Hidropesía)  
 Deficiencias Nutricionales  
 Estrés emocional  
 Anomalías de la placenta o del feto  
 Hemorragia externa -hipoxia cerebral durante el primer trimestre  
 e) Degeneración neuronal progresiva (biológica no determinada)  
 Neuritis perivascular difusa (enfermedad de Schilder ó Fox Schilder)  
 Anomalia familiar extrapirámida (enf. de Follin-Herzberger)  
 Enfermedad de Gerstmann-Sträussler  
 Ataxia de Friedreich  
 Enfermedad de Huntington  
 Corea de Huntington  
 h) Hipotiroidismo  
 Síndrome congénito no endémico (ausencia de tiroideas)  
 Síndrome familiar no endémico (defecto en la síntesis)  
 Síndrome congénito de hipotiroidismo congénito congénito  
 Hipotiroidismo adquirido (adquisido)  
 i) Kernicterus (ictero-hemolítico) en el neonato  
 j) Resaca de la fiebre cerebral (febril)  
 k) Síndrome de Péron de la primera infancia (hiperparatiroidismo)  
 Desconocidas

CLASIFICACION CLINICA DE LOS FENOMENOS PRODUCTORES DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Exp. Amos Contreras  
 Amos Palacios

Esta clasificación clínica está enfocada con el propósito de ayudar al diagnóstico.

Sin otros signos neurológicos ANOMALIA PRIMARIA SIMPLE

LESION EXCLUSIVA DEL SISTEMA NERVIOSO Con otros signos neurológicos

a) Congénitas: epilepsia

b) Degenerativas: Parálisis Cerebral inf. Shiller-Schilder Enfermedad de Wilson Espasmo de Torsión Neurodegeneración de Mente Simple

c) Accidentes y Malformaciones: Vasculares: Síndrome de Wilson Anomalias congénitas de los vasos arteriales, aneurisma - arteriovenosa, aneurisma - arteriovenoso

d) Post-inflamatoria: Escarlatina de meningitis meningocócica

e) Tumoral

f) Post-traumática

g) Post-infecciosa: Meningitis, Meningoencefalitis, Hidrocefalia, etc.

h) Post-infecciosa: Meningitis, Meningoencefalitis, Hidrocefalia, etc.

i) Post-infecciosa: Meningitis, Meningoencefalitis, Hidrocefalia, etc.

j) Post-infecciosa: Meningitis, Meningoencefalitis, Hidrocefalia, etc.

k) Post-infecciosa: Meningitis, Meningoencefalitis, Hidrocefalia, etc.

l) Post-infecciosa: Meningitis, Meningoencefalitis, Hidrocefalia, etc.

m) Post-infecciosa: Meningitis, Meningoencefalitis, Hidrocefalia, etc.

FUNCIONAMIENTO MENTAL EN AÑOS FACIALES

Asociado con defecto sensorial visual - (Anomalia visual, ceguera visual y coordinación motora, debe ser examinado por oftalmólogo)  
 Problemas auditivos - (25 a 50% de todos los subnormales mentales tienen problemas de la audición)  
 ASOCIADOS CON TRASTORNOS DEL LENGUAJE  
 DEFECTO DE LA ARTICULACION DEL LENGUAJE  
 SÍNDROME DE SLAGENHO  
 DIFICULTAD PARA LEER (QUE FUNCIONAN COMO CASOS ORGANICOS)  
 Asociado con trastornos psicológicos  
 a) Trastornos emocionales severos de la infancia  
 Autismo infantil primario (Kanner)  
 Psicosis simbiótica  
 Esquizofrenia infantil (Bender)  
 Desarrollo emocional atípico (Runk)  
 Síndrome hiperparatiroides (escalona y opl.)  
 b) Trastornos emocionales moderados  
 Como resultado de la interacción entre las relaciones padres - hijos  
 Asociado a técnicas educativas por debajo del nivel adecuado  
 Asociado a manejo no correcto en la edad de crecimiento infantil  
 Asociado con retardo en la maduración psicológica

Ydros amariadas

Familias

Neuritis pigmentosa

Hipertiroidismo

Hipoparatiroidismo

Hipoparatiroidismo

Hipoparatiroidismo

DEFECTOS MULTIPLES

Combinación de dos o más condiciones  
 1.-Deficiencia biológica  
 2.-Funcionamiento subóptimo

Neurofibromatosis ó enfermedad de Recklinghausen

Neurofibromatosis

Idiotea congénita

Maplanin Ectodermis Anhidrotica

Hipoparatiroidismo

Hipoparatiroidismo

FENOMENOS QUE PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL EN FORMA COMPLETA O CON ALGUNAS PREDETERMINACIONES

ANOMALIA PRIMARIA SIMPLE A.P.S.  
 EPILEPSIA - Forma parte de las enfermedades que producen deficiencia mental con exclusión del sistema nervioso

CON ALTERACION VISUAL

CON ALTERACION VISUAL

CON DEFICIENCIA NUTRITIVA

CLASIFICACION DE ACUERDO CON LA DEFICIENCIA MENTAL

C.I.	EDAD MENTAL EN QUE FUNCIONA	DESCRIPCION	TECNOLOGIA ANTIGUA
130-150	17 años superior	Muy sup.	
120-130	14-17 años superior	Normal brillante	
110-120	12-15 años promedio	Normal brillante	
100-110	10-12 años superficial	Normal brillante	
90-100	8-10 años Def. medio	Normal brillante	
80-90	6-8 años Def. moderado	Normal brillante	
70-80	4-6 años Def. severo	Normal brillante	
60-70	2-4 años	Normal brillante	
50-60	0-2 años	Normal brillante	

CLASIFICACION DE TERMAN

C.I.	CLASIFICACION	DESCRIPCION
130-150	Genio ó super genio	
120-130	Inteligencia muy superior	
110-120	Inteligencia superior	
100-110	Inteligencia Normal Promedio	
90-100	Inteligencia Normal Promedio	
80-90	Deficiencia Mental Promedio	
70-80	Deficiencia Mental Profunda	
Por debajo de 70	Deficiencia Mental Profunda	

CLASIFICACION DE U. WHEELER 1955

C.I.	CLASIFICACION	DE LA POBLACION
128-150	Muy superior	2.2
120-127	Superior	7.1
110-119	Normal brillante	16.1
100-109	Promedio	50
90-99	Normal tenue	16.1
80-89	Subnormal	6.7
70-79	Deficiente	2.2

CLASIFICACION DE LA INTELIGENCIA DE ACUERDO CON EL C.I. (usada por nos. para nuestro trabajo)

C.I.	CLASIFICACION	DESCRIPCION
130-150	Superior al promedio	Excepcionalmente brill.
120-130	Superior	Inteligencia muy sup.
110-120	Superior	Int. sup. al promedio
entre 100 y 110	Inteligencia Prom.	Inteligencia Promedio
90-100	Def. Mental Superficial	Subnormal
80-90	Def. Mental Medio	Subnormal
70-80	Def. Mental Prof.	Subnormal

DESCRIPCIONES

Inteligencia Excepcionalmente brillante.-Muy rara entre la población, los parientes dedicados a cualquier actividad intelectual.  
 Inteligencia muy superior.-El tipo de individuos con este tipo de inteligencia destacan por su actividad en sus actividades.  
 Inteligencia superior al promedio.-Se consideran los aspectos emocionales, sus actitudes generalmente son buenas sin frías.  
 Deficiencia Mental Superficial o Subnormal.-Pueden desempeñar diferentes trabajos sin brillantes y se desarrollan con normalidad.  
 Inteligencia Promedio.-La del común de los individuos.  
 Deficiencia Mental Medio o Educable.-Esto es el grupo educable de la Deficiencia Mental, los que tienen un coeficiente de 50 no podrán aprender un oficio, los que están cerca de 60 podrán aprender secundariamente, los inferiores no lo harán.  
 Deficiencia Mental Profunda ó Ineducable.-La diferencia con los que están educables se manifiesta en la falta de iniciativa en las adquisiciones sociales, ya que la conducta es fundamentalmente la misma, la capacidad cognitiva nula. El aprendizaje de los actividades inferiores o instintivas es débil a

Como se ve que todos los autores coinciden en sus clasificaciones, las clasificaciones que más se diferencian son las relacionadas con el C.I. Nosotros hemos escogido la última a causa principalmente por los términos que usamos que preferimos usar el término educable a ineducable etc.

#### METODOLOGIA.

Se observó un grupo de 150 sujetos y cuyo diagnóstico era en términos generales Deficiencia Mental. De este grupo se escogieron 25 casos que mostraron trastornos de lenguaje.

De los 25 sujetos el 12% fueron mujeres y el 88% hombres, Esto se debió a que el elemento femenino del grupo observado era menor, y en su mayoría no presentaron trastornos en el lenguaje verbal.

La edad cronológica en que fluctuaban los casos escogidos fué de 14 años 5 meses. El sujeto de menor edad era de 6 años y el de mayor edad de 34 años un mes.

Los sujetos estudiados habian sido diagnosticados en la forma siguiente: 8 casos con amnesia primaria simple (A.P.S.) 5 casos de debilidad mental profunda (D.M.P) 2 sujetos como subnormales. En los siguientes diagnósticos, solo se encontró un sujeto en cada uno de ellos mongol, secuela de Kernicterus (sec. de K) imbécil con adasiomotora (imbécil A.M.) débil mental (D.M.), muy abajo, retrasado, autista, imbécil, epilepsia con A.P.S. epilepsia con retraso mental (epilep. R.M.).

Dichos diagnósticos, fueron obtenidos con pruebas en su mayoría verbales y de ejecución como: Terman-Merril, Wisc, Gessel, Goodenough Molino, Rey, Raven, y es de hacerse notar que los sujetos a los cuales se les aplicó una batería con escala de ejecución, obtenían un rendimiento marcadamente superior en este aspecto.

Como se explicó en la introducción de ésta tesis, el test que se utilizó para detectar C.I. en sujetos con diagnóstico de oligofrenia con alteraciones de comunicación verbal, fué la prueba de Grace Arthur, debido a que en toda su escala, es exclusivamente de ejecución.

Sabemos que existen pruebas de ejecución quizá más completas como los tests de Mme. Borel-Maisonny, (en los que existen tests de lenguaje también), Pitner, de D. Herderschee, las escalas de ejecución del ejército, y las de Cornell-Coxe, todos ellos concebidos para eliminar el factor verbal en la estimación de la inteligencia.

Como en nuestro medio el tests de Grace Arthur es más conocido, y accesible que otros, es el que hemos utilizado para este trabajo. Este test, valora las aptitudes no intelectuales y no recurre a conocimientos previamente adquiridos ni a la inteligencia verbal; expresando los resultados en una escala métrica graduada en puntos a partir de la cual se calcula la edad mental de donde puede deducirse el coeficiente intelectual.

La escala del Grace Arthur comprende 8 pruebas en su primera --

revisión.

Cubos de Knox. - Es una prueba que recurre a las cualidades de -- atención, observación y organización y nos es posible la medición -- de la memoria de los gestos.

El tablero de según prueba que existe una discriminación de las formas. Vilet-conil nos dice que esta prueba en niños muy pequeños - y en los retrasados los hace entregarse a la conducta del tanteo, -- por lo que solo en los demás sujetos se encuentra una dispersión - - magnífica. En esta prueba la calificación que se toma en cuenta es - la de menor duración.

La prueba que mide la combinación en el espacio y la rapidez -- es la plancha de Casuist.

En la de maniquí y perfil en la que el tiempo es limitado y la - primera parte sirve de eliminación, medimos la combinación en el espacio y el reconocimiento.

El test de Healy que fué hecho alrededor de diciembre de 1917, - y presentado en la Reunión Americana de Psicólogos. Siendo empleado desde entonces por el ejército americano para sus trabajos de selección. Las ilustraciones usadas desde 1918 hasta ahora fueron hechas por Margaret Davis y su estandarización por Sturgis en grupos de varias edades, nacionalidades y escolaridad. En esta prueba encontramos diferentes soluciones para cada estampa, cada una con diferente valor para cada una. En esta prueba medimos el buen sentido y la capacidad de razonamiento práctico y concreto.

Los laberintos de Porteus que mide organización en el espacio - y el razonamiento abstracto (capacidad para hacer un plan). Esta prueba fué hecha por Porteus en 1912 y modificada en 1919 por Porteus -- mismo (esta es la que hemos usado). La interpretación puede ser objetiva y subjetiva.

Porteus comprobó que mientras mayor puntaje obtenían los sujetos en relación a la valoración cualitativa más inadaptados eran los sujetos.

La prueba de ensamblado en la que hay que colocar siete trozos - en un tiempo limitado.

Los rompecabezas de Kohs, que nos permite medir comprensión de - las formas geométricas, razonamientos lógico, combinación en el espacio, y la facultad del análisis.

Nosotros hemos usado la adaptación en la cual se usan los Stenciles forma II tanto la indicada para niños como la indicada para adultos.

El grace Arthur nos permite por caminos diferentes y menos intelectuales que el Terman estudios siguientes:

	Seguin
Adquisición	Ensamblado
	Healy
	Healy
Elaboración	Porteus
	Knox
	Knox
Formas intermedias	Casuist
	Perfil
	Kohs

G. Collin nos dice que se deben usar tests de performance cuando los niños son pequeños o en los que se expresan mal mediante el lenguaje.

Nos dice: "que en primer lugar los tests verbales debido al exclusivo uso que hacen de la palabra, siempre corren el peligro de ser, más o menos falseadas, por la intervención de un saber adquirido, inherente a todo lenguaje, y debido al medio que circunda al niño. Ese saber puede recubrir en parte lo que Binet denomina la -- "inteligencia natural y desnuda" al punto de no ser esta ya captada en su espontaneidad primera y por consiguiente no poder ser ya medida.

En resumen los tests verbales están siempre emparentados con los tests de conocimientos; grave inconveniente que desconocen precisamente los tests de performance.

Debido a las cualidades antes descritas de la Prueba pense que era la prueba que más se acercaba a mis necesidades, y la cual detectaba con mayor precisión el C.I. a investigar.

Además esta prueba no se está utilizando en la mayoría de los lugares en donde se trabaja con personas con problemas de lenguaje, y si se usa solo es como retest. Está fué una razón de más para ver-

cuales eran los resultados que se podían obtener con esta prueba.

Además de haber utilizado el Grace Arthur utilizamos una prueba que fuera básicamente verbal y que nos diera edad lingüística, encontramos que la prueba de A. Descoedres, de tests parciales de lenguaje que fué adaptada por primera vez en México por el antiguo Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación - Pública.

La que nosotros usamos es la revisión del Instituto Nacional de Pedagogía;

Nos proporciona dos clases de indicaciones; la primera consiste en señalar la "edad lingüística" es decir el desarrollo del lenguaje y la segunda, al recoger las palabras utilizadas por niños mexicanos, nos marca su riqueza lingüística y las deficiencias que ésta presenta.

Esta prueba comprende dos series de importancia desigual.

Los tests completos

Los tests parciales

Los tests completos son sumamente largos y cansados por lo que algunos autores han escogido solo algunas preguntas referentes a cada edad.

Existe una relación de acuerdo con la experiencia de la Srita. - Descoedres entre el número de palabras, acertadas en esta serie - parcial y el número de palabras pronunciadas por el niño en el curso completo del test. Así como que para conocer el lenguaje total del niño basta someter a este a los tests parciales.

Se recurrirá a los tests parciales, para establecer el nivel lingüístico de un niño ó para completar un examen psicológico que comprenda otras pruebas; pero se le someterá a los tests completos cuando se desee conocer las modalidades, el número y la calidad de su desarrollo y conocimiento lingüístico y en cierto modo su juicio y razonamiento.

Violet-Conil y Nella Cavinet nos dan la descripción de las pruebas que forman los tests completos.

1o. Comprensión del lenguaje:  
ejecutar órdenes fáciles  
señalar diez objetos

2o. Análisis del lenguaje imitado. Fonética  
Examen de la emisión de los sonidos por medio de la lista de pa-

labras de Rouma, ligeramente modificada. Se cuentan, no las palabras, sino los sonidos que han sido pronunciados correctamente.

3o. Memoria

a) inmediata

- repetición de cifras
- repetición de frases

b) Referida a las adquisiciones ya efectuadas;

- Contar hasta 30
- enumerar los días de la semana
- enumerar los meses del año
- recitar una poesía
- hablar libremente
  - sobre una imagen
  - sobre palabras
  - sobre imágenes

Solo se tiene en cuenta las respuestas exactas.

4o. Vocabulario

5o. Conocimientos

6o. Juicio e inteligencia

Nosotros hemos usado los tests parciales;

- diez lagunas de texto
- repetición de cifras
- seis oficios
- seis materias
- ocho contrarios sin objetos
- diez colores
- verbos
- vocabulario

En la apreciación de los resultados han de tenerse en cuenta -- dos puntos de vista; los resultados numérico, de cada prueba y las -- relaciones entre esos resultados numéricos y el vocabulario total; -- que es lo que aquí buscamos.

Se aplicaron estas dos pruebas porque se deseaba saber además -- del C.I. real del sujeto cual era su edad lingüística, en los casos -- en que era detectable, y encontrar así, un por qué a las discrepan -- cias mencionadas con anterioridad, Y con éstos datos tener una base -- con la cual sostener la tesis de que no todo niño con trastornos -- del lenguaje, es necesariamente un deficiente mental, y que por lo -- tanto el diagnóstico obtenido con la batería acostumbrada en otros -- casos, es un diagnóstico incompleto.

Los test de performance, tienen un valor muy significativo cuando

se quiere medir el nivel intelectual de un niño.

Al haber aplicado la prueba de Alice Descoedres, teníamos dos pro pósitos considerados fundamentales en la proyección de este trabajo: -- primero establecer la edad lingüística, pobre desde luego, que coorelacionamos con las pruebas estrictamente verbales; es decir, 2° confirmar, de esa manera los resultados (también pobres) obtenidos con las anterio res pruebas.

Así, tenemos una visión mas completa del desarrollo lingüístico, o verbal, del niño lo que equivale a demostrar que es arriesgado usar --- pruebas verbales en niños con problemas en la comunicación verbal.

Lo que buscamos y que de hecho encontramos al utilizar la prueba - de Grace Arthur, eran fallas en el diagnóstico que se hacía en estos -- sujetos, y que redundaba, desde luego en el pronóstico que a todas lu-- ces no era favorable a la persona estudiada.

Al tratar de encontrar una solución adecuada a este problema, ace ramos en la utilización de dicha prueba, cuestión que tratamos de expo-- ner en esta tesis.

No tratamos de sentar normas, pues para ello necesitaríamos "estan darizar" la prueba de Grace Arthur; proceso por demás laborioso y que - reservaré para más tarde; sino que únicamente tratamos de sentar un pre cedente para un mejor diagnóstico.

CASO N° 1.  
NOMBRE A.M.  
EDAD: 14 5/12

PRESENTACION DEL CASO.- Se trata de un sujeto con diagnóstico de -  
amencia primaria simple.

Los datos obtenidos sobre sus antecedentes familiares fueron los -  
siguientes:

Embarazo después de 5 años de esterilidad aparente, durante el mig  
mo se presentó placenta previa, y tres hemorragias; la primera a los 7-  
meses, la segunda a los 8 meses y la última muy fuerte de origen al ---  
(embarazo) Parto.

El parto tuvo lugar por medio de cesárea, quedó con trombo flebitis  
la madre en ambas piernas. La cesárea fué efectuada por la hemorragia -  
tan fuerte.

Al nacer aparentemente era normal, sin complicaciones con fuerza -  
para mamar, su peso fué de 3 Kgs.

La edad de la madre al concebirlo era de 33 años normal aparente--  
mente sana.

El padre tenía 43 años de ocupación militar sano aparentemente y -  
sin vicios.

Antecedentes hereditarios no fué posible registrar pues los padres  
no recuerdan ningún dato sobre esto.

Ocupa el segundo lugar entres tres hermanos los cuales están sin -  
datos patológicos.

No fué posible investigar la esfera motriz ya que la madre no tie-  
ne memoria de ella.

Respecto a si existen antecedentes de trastornos de lenguaje en su  
familia los padres informan negativamente.

A este sujeto no fué posible aplicar audiopsicometría ya que no tuvi-  
mos permiso de sus padres para llevarlo al lugar indicado dentro de la-  
escuela por medio del reporte de su maestra y de la Dra. encargada tuvi-  
mos conocimiento de que aparentemente no existe trastorno auditivo. Al-  
aplicársele las pruebas psicométricas se notó que sus trastornos de len-  
guaje disminuían al hacerlo hablar despacio.

Antes de su venida al Instituto y de serle aplicadas las pruebas -  
verbales no fué sometido a estudio audimétrico ni foniatrico. Actualmen-  
te de unos 2 meses para acá la madre se preocupa por su forma de pronun-  
ciación y en general toma empeño en lo referente a él.

Dentro del plan educativo se le han dado ejercicios ortolálicos;--

consistentes en gimnasia facial; inflar globos etc.  
Actualmente forma las siguientes frases:

mamá me mimá      papá me ama.      tomo un mapa.

Fonema S.      sa-se-si-so-su      ss-sss-sssss

Pronuncia T por D y T por S

Con respecto a la conducta que tiene dentro del Instituto es un --  
chico muy manejable muy respetuoso en general, podría decirse que es --  
una conducta normal si no tomamos en cuenta su problema.

A través del estudio psicométrico con pruebas verbales en las que-  
se aplicaron "Terman Merrill" y "Wisc" se encontró un coeficiente mental  
de:

Terman Merrill	47
Wisc	46

Su edad mental fué de seis años seis meses.

En su estudio psicométrico con prueba de Grace Arthur se detectó -  
un coeficiente intelectual de

62

A través de el Test de "A. Descouedres" encontramos una

Edad lingüística de  
coeficiente lingüístico de  
E.M.  
C.I.

Conclusiones: se trata de un niño educable ya que su deficiencia es  
superficial.

Los trastornos encontrados en el de Lenguaje son:

Disartria y Afasia Sensorial.

CASO N° 2.  
NOMBRE A.M.J.  
EDAD C. 9 años 11 meses  
SEXO Masc.

PRESENTACION DEL CASO.- Sujeto con diagnóstico de deficiente mental profundo.

Edad de la madre cuando la concepción 30 años aparentemente normal. La edad del padre era de 34 años, antes y durante la época de la concepción presentaba alcoholismo.

No se registraron antecedentes hereditarios de deficiencia.

Respecto a la historia personal del paciente; el embarazo duró 7 meses, a los 6 meses sufrió la madre un susto muy fuerte y casi una semana después nació el niño.

Al nacer presentó fuertes trastornos de respiración, la madre cree que se debió a que duró 8 días con dolores de parto y la expulsión duró un poco más de 3 horas.- Al nacer se puso amarillo y esto duró día y medio.

La opinión de la madre es que fué un parto mal atendido ya que por falta de atención el niño se estaba ahogando, después lo llevó al hospital infantil donde estuvo internado cerca de dos meses, ahí se recuperó rápidamente. Dos meses después de ser dado de alta el niño sufrió ataque durante los cuales arrojaba espuma por la boca, y sufría estrabismo. Estos ataques solo se presentaron hasta la edad de 5 años durante fiebres.

Su desarrollo motriz fué el siguiente: se sentó a los 4 meses, la dentición fué antes del año; caminó a los nueve meses. De chico oía muy bien, pues se daba cuenta de cuando entraba su madre y siempre respondió de alguna forma cuando esta le hablaba.

Respecto al lenguaje pudimos investigar lo siguiente; el balbuceo se inició al año; hasta los dos años dijo papá y mamá, nunca usó lenguaje mímico. Cerca de los dos años empezó a hablar como actualmente lo hace.

Respecto a la audición no fué posible hacerle audiometría, porque los padres viven fuera de México y no se tuvo su autorización. Ya que solamente el día de la entrevista de la madre fué el día de visita y el padre no se presentó.

Nos informaron que a los dos años se le perforó la membrana timpánica y fué tratado por un Dr. Pediatra.

La actitud de los padres respecto a su trastorno de comunicación -

es bastante positiva, ya que están interesados en ayuda fonológica y si no se le hizo la audiometría para este estudio estamos seguros que más tarde le será hecha. La madre se culpa hasta cierto punto de su atraso en el lenguaje pues no sabía que existen clínicas para los trastornos del lenguaje.

Fue traído al Instituto a causa de que supieron los padres que era para niños de lento aprendizaje y pensaron que sería muy útil para el niño.

Desde que se encuentra en la escuela sus trastornos de lenguaje han mejorado bastante.

Respecto a la presencia de trastornos de lenguaje en su familia -- encontramos que el padre presentó audiomudez o sea habló hasta los 9 años y actualmente cuando se enoja tartamudea a tal grado que no se le entiende.

Generalmente el padre pronuncia casi todas las letras mal.

A través del estudio psicométrico con pruebas verbales en las que se aplicaron Terman Merrill y Wisc pero no fue detectable su C.I. ya que no cooperó y a causa de su trastorno de comunicación era casi imposible entenderle.

Su C.I. fue de 33 con Terman Merrill y Goodenough.

En su estudio psicométrico con pruebas no verbales de Grace Arthur se detectó un C.I. 81

El Test de Alicia Descouedres no fue posible de aplicar a causa -- de que no le faltó comprensión pero su lenguaje no le permitió contestar.

CONCLUSIONES.- Sujeto con deficiencia mental medio educable que -- presenta Anartia.

CASO N° 3  
 EDAD 13 años  
 NOMBRE S.C.  
 SEXO Masc.

PRESENTACION DEL CASO.- Sujeto con diagnóstico de amensia Primaria simple.

Edad de la madre cuando la concepción 23 años, aparentemente sana, su educación fué de secundaria y comercio.

Edad del padre; 28 años, nivel educacional Médico; aparentemente normal y sano.

Antecedentes hereditarios; no existe antecedente de casos familiares parecidos al de estudio. Un abuelo paterno murió de embolia. Antecedentes epilépticos intensamente positivos.

La historia personal del sujeto nos muestra que el embarazo duró 10 meses, hubo amenaza de aborto, los movimientos fueron iguales que en los anteriores. La duración del parto fué de 16 horas. Hubo necesidad de hacer episiotomo y se presentó asfixia, hubo necesidad de resusitarlo. Bastante edematoso. Pesó al nacer 4.600 Kgs. El período de expulsión fué tardado. Cianosis intensa. Abundante pelo y uñas muy largas. La lactancia duró 8 meses.

A la edad de 2 años sufrió un traumatismo craneal que se acompañó de ligera conmoción vómitos y somnolencia.

Tuvo las enfermedades propias de la infancia.

Ocupa el primer lugar de 4 hermanos; todos los demás aparentemente normales.

Su desarrollo motriz fué el siguiente; dentición a los 4 meses, se completó a los 14 meses. Peso normal, sostuvo la cabeza a los 8 meses, Bipedestación 10 meses. Ambulación a los 18 meses, control de esfínteres a los 4 años. Actualmente tienen mixiones durante la noche.

Respecto al lenguaje coopera bastante en ejercicios de cuentos y frases. Sus primeras palabras fueron a los 6 meses. A los 24 meses, formó frases. La evolución del lenguaje es anormal. El lenguaje mímico emocional fué a los 4 años.

Su madre informa que desde los primeros meses se dió cuenta de que no era como los demás niños. Ya que tenía movimientos frecuentes de lateralidad. La cabecita y vómitos frecuentes. Se tardó en mantener erguido su cuerpo para sentarse, gatear y sostener la cabeza.;

A los 6 meses fué marcada la diferencia de los demás niños. La ---

madre cree que en origen del padecimiento fué durante el parto, por el retardo del período de expulsión, la anestesia y la intensa cianosis.

El reporte escolar es el siguiente; su conducta es bastante buena a veces y regular otras, tiene algo de sueño y buen apetito.

En el Instituto no han notado nunca defectos de audición.

La actitud de los padres es completamente negativa demuestran que aparentemente se interesan pero en realidad les da lo mismo.

Al hablar con ellos sobre el estudio audiométrico no les interesó, y no le dieron importancia, como en realidad sus trastornos de lenguaje son básicamente de retardo y por falta de atención y en la escuela ha mejorado no se le hizo este estudio.

No se registraron antecedentes de trastornos de lenguaje en su familia, aparentemente los padres se expresan bien.

A través de la prueba de inteligencia de Weschler para niños se pudo encontrar el siguiente C.I.

53

En el Test de Goodenoch nos dió una edad mental de

E.M. 4 años

C.I. 34

Con Terman Merrill fué de C.I. 38 y una E.M. 4 años 7/12

En el Test de Grace Arthur obtuvimos un resultado de

C.I. de 68 y una E.M. de 8 años 10 meses

En el Test de Alicia Descouedres nos dió el resultado siguiente:

E.C.

E.M.

C.I.

E.L.

C.L.

CONCLUSIONES.- Se trata de un niño en cuyo C.I. de 68 lo coloca en el grupo de los entrenables o educables ya que diagnóstico es deficiente mental superficial, que unido a su falta de desarrollo del lenguaje dá una idea falsa de su C.I.

CASO N° 4.  
 NOMBRE D.D.G.  
 EDAD 15 años 8 meses  
 SEXO Masc.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre de 31 años cuando el embarazo, a los 5 meses tuvo un choque nervioso muy fuerte. Su existencia nerviosa se vincalmando cerca de las 3 horas, el embarazo duró 9 meses. El parto fué - normal, corto. Tuvo asfixia, lloró al nacer. En los primeros días de - nacido, la madre lo notó sano aparentemente, tuvo alimento materno hasta el año mediado de otros alimentos.

El padre tenía 50 años cuando la concepción, enfermó de un riñón.

Respecto a los antecedentes hereditarios, paternos no existen, maternos, la madre no sufre de ataques epilepticos, pero es muy nerviosa y cuando está muy excitada le viene un especie de histerismo.

Este sujeto tiene un diagnóstico de deficiencia mental; mongoloide.

Respecto al desarrollo motriz; solo pudimos investigar que comenzó a -- pararse a los 30 meses y se sentó a los 5 meses.

La investigación sobre el lenguaje nos dió el siguiente resultado:

A los siete años comenzó a emitir sonidos guturales, antes solo lo hacia mímico emocional.

Ha recibido solamente la atención que se le da dentro de el Instituto, - respecto al plan educativo que lleva el mismo. Se le da gimnacio facial, actualmente jorma las siguientes frases;

mamá me mima      papá me ama

Boca cerrada mover la lengua. En escritura conoce la M conviniéndolas con vocales, conoce solo el uno y el 5.

En el canto coopera bastante.

Sobre la conducta de este niño es un poco paradógica, en los momentos - en que hay que guardar el orden es sumamente agresivo y autoritario. En clases es compañero de otro niño el lo manda literalmente, y lo usa como su defensa de los otros compañeros. En general los reportes escolares informan que trabaja bien.

Antes de ser internado en el Instituto; había el problema de que la sigr vienta de su casa lo despertaba a gritos siempre que lo vefa durmiendo. Desde que está en el Instituto duerme bien y eso ha influido en su comportamiento.

Nunca se le han hecho estudios audiométricos y al hacerle su estudio -- paicométrico con pruebas "verbales". Hasta cierto punto los padres sí -

se preocupan por él, y especialmente la abuelita.

No se registraron antecedentes de trastornos de lenguaje ya que la madre cambia fácilmente de domicilio y de esposo, por lo que no se pudo hacer una buena investigación.

La madre aparentemente no los tiene.

Este niño solo cooperó y su C.I. solo fué detectable con la prueba de Terman Merrill en la que nos dió un

C.I. de 30 E.M. 4.4.

por lo que tenfa basándonos en estos resultados un retraso de

11 años 4 meses,

En la prueba de A. Desouedres nos dió un resultado de:

E.M. E.L. C.L. C.I.

En Grace Arthur obtuvimos un resultado bastante diferente en relación con el C.I. de 30.

C.I. 53 E.M. Siete años diez meses.

Conclusiones.- Se trata de un niño deficiente mental profundo con trastornos de lenguaje tales como ecolalia, atraso en el desarrollo del lenguaje.

CASO N° 5

Nombre C.C.

Edad 11 años 3 meses

Sexo Masc.

A) PRESENTACION DEL CASO.- Sujeto con debilidad mental profunda,

B) Antecedentes hereditarios.-

Edad de la madre cuando la concepción; 28 años R.H. negativo

Edad del padre cuando la concepción; 33 años R.H. positivo

No se registraron antecedentes hereditarios, de deficiencia

No se registraron antecedentes hereditarios de trastornos en la comunicación,

C) Antecedentes Personales.-

1.- Condiciones del embarazo; fueron normales, aunque prematuro, duró siete meses.

2.- Condiciones al nacer.- Nació normal, el parto duró 7 horas, recién nacido se puso inmediatamente amarillo, se quejaba continuamente y estaba como atontado. Lo tuvieron en incubadora 20 días. Pesaba menos de un Kilo, al sacarlo de la incubadora fué alimentado con gotero, poco después empezó a mamar. Al mes padeció deshidratación. Los médicos a los dos años de nacido diagnosticaron Atrofia Cortical difusa en lóbulos Frontales y Parietales.

Desarrollo Motriz.- Empezó a caminar a los tres años, sus órganos bucales normales, oído interno y externo también aparentemente normales. Habló hasta los 4 años.

E) Historia escolar.-

El niño fué traído al Instituto porque tenía una palpable deficiencia mental con respecto a su edad cronológica.

Respecto a su lenguaje lo que se pudo investigar fué lo siguiente:

Pronunciación de sonidos guturales; sonidos labio-dentales; linguapaladales silbantes.

En escritura su trabajo realizado dentro del plan escolar en práctica de ejercicios de lenguaje; escribe y lee letras.

A E I O U S R M L T

Y palabras formadas con dichas frases.

Pronunciación de los sonidos anteriores

Forma la siguiente frase:

"ESA ES MI MAMA"

INVESTIGACION DIRIGIDA.- No le fueron hechos estudios audiometricos y foniatricos, antes de aplicarse pruebas verbales.

RESULTADOS PSICOMETRICOS.- El estudio con pruebas de ejecución y verbales nos dió el siguiente resultado;

Goodenough	E.M. 5
	C.I. 48
Kohs	C.I. 47
	E.M. 5
Terman Merrill	E.M. 2 años 5 meses

Nótese que en esta prueba que es básicamente de ejecución verbal-- dió resultados más bajos.

El test de A. Desouedres no funcionó en este niño.

A través del estudio psicométrico con Grace ARTHUR obtuvimos una-- respuesta de:

C.I. 59  
E.M. 6 años 7/12

CONCLUSIONES.- A este niño al que le fué dado un diagnóstico Crá-- neo estenosis, lo podemos agrupar por su C.I. de 57 en el grupo de debil mental profundo, un niño manejable, posiblemente con un tratamiento adecuado y tomando en cuenta su C.I. encontrado se le puede manejar y educar en hábitos.

A causa de los trastornos de lenguaje, no fué posible aplicar el -- A.D. por su pronunciación pésima.

Un trastorno encontrado en él es la Disartria. También encontramos lo que Dejerine llama afasia sensorial.

CASO N° 6

Nombre R.T.

Edad C. 14 años

Sexo Masc.

A).- Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de 'deficiencia mental profunda.

B).- Antecedentes hereditarios.- Un primo de la madre tiene Hidrocefalia. Un hermano del padre, cuando sufre crisis nerviosas se le juegan las niñas de los ojos.

Edad del padre cuando la concepción 25 años; presentó alcoholismo crónico.

Edad de la madre 25 años en su embarazo; sana aparentemente.

C) Antecedentes Personales.-

1.- Embarazo eutócico; En su embarazo sufrió un choque nervioso a causa de que iban a matar a su esposo delante de ella. También hacia muchos corajes por el alcoholismo del esposo.

2.- Condiciones al nacer.- Parto de una hora; normal; lloró al nacer. - Tuvo alimentación materna durante un mes; después fue alimentado con maizena.

3.- Enfermedades padecidas y terapéutica;  
Sus padres no informaron nada al respecto.

Ocupa el segundo lugar de 6 hijos. Han fallecido 3 hijas, la primera murió de bronconeumonía, la tercera niña nació con labio leporino, vivió tres meses, murió de una operación que le fué practicada. La sexta niña murió de fiebres muy altas.

Los dos niños aparte del paciente son normales.

Desarrollo motriz. El chico se sentó como a los cuatro meses, se paró como a los diez meses, a los 11 meses daba sus primeros pasos.

Durante este período la madre lo vió normal.

D).- Historia escolar;

Su trabajo es constante aunque muy poco; su conducta ha mejorado y sus relaciones con los demás son satisfactorias, oye bien. Sus trastornos en el lenguaje han mejorado bastante pues ahora ya habla algo.

Investigación Dirigida.

La audición es buena.

Acerca de su lenguaje pudimos investigar lo siguiente:

A la edad de 2 años y medio comenzó a pronunciar sus primeras palabras.

"Apa" "Ama" "Gía"

A la edad de cuatro o cinco años la madre empezó a compararlo con los demás y notó que no era igual.

Al traerlo a México le dijeron que solo consistía en retraso del Lenguaje.

La actitud de la Madre y del Padre respecto a su problema del lenguaje es el siguiente:

Su madre colabora en el aspecto de llevarlo al médico y de buscar tratamiento para él.

Pero cuando no le entiende se desespera, y lo amarra y le pega. Pero sin embargo ella dice que lo quiere más que a sus otros hijos. El padre dice que lo quiere igual que a todos.

Se avergüenzan de él y no les gusta salir con él.

Trataron de darle atención Foniátrica pero no terminaron el tratamiento. De vez en cuando sus padres le ayudan a expresarse.

Nunca se han presentado crisis epilépticas.

Reporte Psicométrico.-

No fué posible efectuar ninguna prueba verbal a causa de su lenguaje.

En el Test de A. Descouedres no se pudo encontrar ningún resultado.

Solo encontramos un vocabulario de 20 palabras

Grace Arthur;

C.I. 33

E.M. 4.6

Conclusiones.- Se trata de un sujeto débil mental profundo; entrenable con dislalias múltiples como trastornos de lenguaje.

Caso N° 7.  
Nombre H.C.  
Edad 21 años  
Sexo Masc.

Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de amencia primaria simple con oligofrenia muy marcada y gran inquietud que le impide fijar la atención.

Al suprimir el estado de inquietud se ha podido incluirlo en un grupo - especializado de aprendizaje y a logrado adelantos excelentes al aumentar su C.I/ en un porcentaje muy importante.

Antecedentes Familiares.-

Abuela materna jaquecas  
Edad del padre 35 años alcohólico  
Edad de la madre 24 años al embarazo sana aparentemente.

Antecedentes Personales;

Hijo único estado diarreico durante 2 años  
Probablemente el embarazo fué originado de una fecundación estando el - padre en estado alcohólico. El embarazo curzo con graves choques emocionales por angustia y disgustos de familia.

Desarrollo Psicomotriz.- Se sentó a los 2 años, se paró a los 3 años, - con deambulacion poco después. Controló esfinteresa los cuatros años. Presenta alteraciones motoras insistentes de movimientos laterales de - la cabeza. Dientes de Hutchinson, mal implantados y en algunas partes - aún no bien desarrollados.

Reporte escolar.- Actualmente buena conducta en lo general y cariñoso, - aunque algunos días con agresividad y se vuelve desobediente, grosero y apático. Logra dominarse mediante juegos realizados en la clase que le llaman la atención y olvida sus rencores, a veces es ordenado en sus -- trabajos.

En la clase de Ortografía dentro del plan escolar hace:  
Pronunciación de monosílabos linguodentales;

T

Y pronunciación de linguapaladales

L

Escritura.- Lectura. copia en el pizarrón con muy buenos resultados.

AMO A MI MAMA  
MI MAMA ME AMA  
ESE OSO ES MIO  
ESA SI ES MI MESA

Comunicación de sonidos respecto a las letras conocidas.

Gimnasia Ortofónica

Pronunciación de los sonidos Gutturales

A E I O U

Dental S

Labial M

Reconoce las sílabas MA MO en cualquier situación.

INVESTIGACION DIRIGIDA.- Lenguaje.

Empezó a hablar hasta los 5 años, estacionándose luego en simples mono-sílabos; es inquieto y distraído, no puede contestar preguntas simples. Actualmente no se le pueden aplicar pruebas verbales solamente le fué - posible contestar lo referente a

2 años; E.M. C.I. 36

En el test de A. Descouedres

No se pudo encontrar ninguna respuesta positiva.

Su vocabulario es de máximo 14 palabras.

En el Test de Grace Arthur encontramos lo sig.

CI 43

E.M. 6 años 5/12

Conclusiones; Débil Mental profundo entrenable que presenta retraso en el desarrollo del Lenguaje.

NOMBRE C.A.B.

Edad Cron. 13 años

Sexo: Femenino

A) Presentación del caso; Sujeto con diagnóstico de Epilepsia. Retardo-Mental.

B) Antecedente hereditarios; Parálisis infantil por la rama materna, todos en la familia de la madre han muerto paralíticos, primero del lado derecho y luego del lado izquierdo.

Edad del padre cuando la concepción 26 años, antes y después de este -- período presentó alcoholismo crónico.

Edad de la madre 17 años, aparentemente normal, presentó jaquecas durante el embarazo.

C) Antecedentes personales;

1.- Las condiciones del embarazo fueron las siguientes:

Madre muy débil durante el embarazo; duración 7 meses; hubo amenaza de aborto a los 4 meses. Presentó traumatismo intenso e intoxicación, parece ser que esto provocó el parto.

2.- Condiciones al nacer.- Duración del parto 26 horas, presentación -- del niño cefálico, el cordón enredado en el cuello, pesó al nacer ----- 1.500 Kgs.

✓ Dificultad para mamar, sí tenía fuerza para llorar, muy hipotensa, de -- glusión normal.

3.- Enfermedades padecidas.- Primer ataque a la edad de 4 años, a los -- 11 meses empezó a moverse pero al poco tiempo dejó de mover las piernas y el brazo derecho, sin tener ningún antecedente para esto. Desde que -- nació hubo problemas por el poco peso y la alimentación. Se sentó. Presentó el primer ataque de epilepsia al año fué presentando uno por año -- hasta 64 en que tuvo 7 ataques y cuatro desmayos. Presenta jaquecas y -- oye un ruido y se queda sin oír como si estuviese ausente.

5.- Desarrollo psicomotriz.- Se sentó a los 10 meses; caminó a los 4 -- años. Habló a la edad de una chica normal.

D) Historia Escolar.-

Tiene bastantes problemas de conducta, es sumamente rebelde; le gusta -- seguir a los chicos, presenta serios problemas sexuales.

E) Investigación dirigida.- Aparentemente oye bien;

No le ha sido hecha audiometría en su estancia en el Instituto. Mientras -- vivía con sus padres le fué hecha la audiometría, oía bastante bien.

El balbuceo apareció a la edad normal, dijo mamá y papá a la edad de 8 -- meses, no usó lenguaje mímico, del año y medio en adelante habló normal -- mente.

La letra que más trabajo le costó fue la R y hasta los 6 años pudo pron -- nunciarla, tardaba bastante en aprender las palabras nuevas, hasta que -- llegaba a dominarla, actualmente habla todo. Hace años el padre le en -- señó inglés y entonces aparecieron los trastornos de lenguaje, amnesia -- verbal, cada vez que aprendía una palabra olvidaba 4. El padre por este -- motivo le daba mal trato.

Actualmente habla inglés pero en el Instituto no la dejan hablar mas --

que un idioma y el trastorno ha disminuído bastante.

RESULTADOS PSICOMETRICOS.-

A través del estudio psicométrico con pruebas verbales se encontró un coeficiente intelectual de

Wisc C.I. verb. 72  
C.I. ejec. 85 (nótese la dif.)  
C.I. 7

En el estudio psicométrico con la prueba de Grace Arthur se detecto un C.I. de

que correspondió a una edad mental

9 años

con un retardo mental de 4 años

En el test de A. Descouedres se detectó una edad lingüística de ocho -- años.

Se trata de una niña débil mental media, con trastornos de epilepsia;- por la edad lingüística que nos dió el test de A. descouedres consideró que su trastorno solo es retardo de lenguaje.

CASO N° 9  
Nombre O.G.  
Edad C. 11 años 5/12  
Sexo Masc.

Presentación del Caso.- Sujeto con diagnóstico de Craneostenosis.

- A) No fué posible registrar un antecedente hereditario.  
B) ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.- No se registraron.

HISTORIA ESCOLAR.-

No escolar, actualmente está en el grupo de transición, su actitud es cooperativa, callado.  
Es agresivo con los demás compañeros, a veces se muestra inquieto y uno que otro día está sereno.

Investigaciones Dirigida:

En clase no habla. Nosotros encontramos una hiperrinolalia.  
Ha respondido a los ejercicios preparatoria sobre educación de las sensopercepciones.  
Atiende a las órdenes en clase de gimnasia ortofónica.  
En canto trata de ayudar.  
Ha adelantado mucho en frases y palabras.  
Las pocas palabras que dice son con muy mala pronunciación junto con la hiperrinolalia.

RESULTADO PSICOMETRICO.-

A través del estudio psicométrico con pruebas verbales y de ejecución:

Aprendizaje Molino: nivel 1 de estereiotipia

Terman Merril; Año Base 11  
E.M. 2 años 3/12  
C.I. 25

A. REY No aprendió  
Goodenuogh incaleficable  
Wisc C.I. 41  
Grace Arthur E.M. 6 años 3/12 C.I. 60  
en Knox presentó estereiotipia.

CONCLUSIONES.- Sujeto con deficiencia media  
TRASTORNOS DE LENGUAJE ENCONTRADOS.- Hiperrinolalia, y Anartria en las pocas palabras de su vocabulario.

CASO Nº 10

Nombre R.G.

Edad 30 años 1/12

Sexo Masc.

A) Presentación del caso. Sujeto con diagnóstico de Amencia Primaria simple.

B).- Antecedentes Hereditarios.-

Edad de la madre cuando la concepción 30 años

Edad del padre 45 años con veinte de alcohólico

El padre no vive

La madre no se sabe si vive.

C) Antecedentes personales.-

1.- Embarazo Eutocico.- Duración 9 meses, anteriormente la madre había -  
recibido un golpe causado por una caída.

No se sabe el factor R.H.

2.- Condiciones al Nacer.- Presentación de Boca con la cabeza hacia ---  
atrás, proceso de expulsión duró dos horas. Pesó al nacer 3 Kgs. Tuvo -  
fuerza para mamar.

Dos años el pecho materno.

Enfermedades padecidas:

No se saben; las enfermedades de la infancia

Ocupa el último lugar de 8 hijos y un aborto.

Todos sanos.

Desarrollo Motriz.- Se sentó al año, antes se iba hacia atrás.

Se paró al año 8 meses. Caminó a los 2 años. Marcha normal, primer dien  
te a los seis meses. Control de esfínteres al año y medio tanto de día-  
como de noche.

Investigación dirigida.-

El desarrollo del lenguaje; a los 2 años, nunca lo ha hecho con claridad

Es un sujeto con un vocabulario más o menos normal.

Tiene muchos problemas de Articulación.

RESULTADOS PSICOMETRICOS.-

Molino.- Máx. Nivel 5 errores 9

A. Rey índice de aprendizaje 30.9

Terman Merrill Año base V E.M. 6.4

C.I. 42

Kohs E.M. 5.7/12

C.I. 37

Goodnough Puntos 8 E.M. 5

C.I. 33

En el test de Grace Arthur nos dió un resultado de

E.M. 4 11/12

C.I. 33

En el Test de Alicia Descouedres nos dió un resultado de

El de 2 años 3 meses

Conclusiones.- Sujeto débil Mental Profundo

Es entrenable y bastante manejable.

Trastornos de Lenguaje encontrados en él;

Trastornos de Articulación y un poco de comprensión.

En el test de Grace Arthur nos dió un resultado de

E.M. 4 11/12  
C.I. 33

En el Test de Alicia Descouedres nos dió un resultado de

El de 2 años 3 meses

Conclusiones.- Sujeto débil Mental Profundo  
Es entrenable y bastante manejable.  
Trastornos de Lenguaje encontrados en él;  
Trastornos de Articulación y un poco de comprensión.

CASO N° 11  
Nombre G.P.A.  
Edad 21 años  
Sexo Masc.

A) Presentación del caso.- Sujeto con amencia primaria simple.

B) Antecedentes hereditarios.- Los padres no contestaron al interrogatorio.

Antecedentes Personales.- A los 5 días de nacido presentó cianosis, por lo que fué necesario aplicarle oxígeno durante 15 días posiblemente por Atelactasia. Presentó catarros y otitis. Ha sido amigdalectomizado  
Desarrollo Motriz.- Levantó la cabeza y se sentó en el tiempo normal. - Caminó al año y medio.  
Dentición normal, en aparición. Pero mal acomodados.

Historia Escolar.- Niño desobediente flojo, agresivo que se presta fácilmente para exploración, con retraso mental, (reporte de su maestra). No progresa a causa de su flojera. "Es descuidado, destructivo y torpe". Este reporte es el dado por su maestra anterior actualmente ha mejorado mucho, y al ver la confianza de su maestro ha reaccionado con un poco de responsabilidad.

INVESTIGACION DIRIGIDA.-

Su desarrollo del lenguaje; Empezó a hablar a la edad de 3 años. Actualmente solo está atrasado en lenguaje un poco.

No fué posible investigar más datos ya que la familia no cooperó.

REPORTE PSICOMETRICO.

Molino Máx Nivel	11	Errores	25
Kohs Puntos	18	E.M.8	C.I. 53
A. Rey	Indice de Aprendizaje	12	
Ferman Merrill	Año Base	E.M. 7	C.I. 47
Goodenough	Puntos	E.M. 9.3	C.I. 62
GRACE ARTHUR		E.M. 8	C.I. 53

Alicia Descouedres . E.L. 20 años.

Conclusiones.- Este sujeto solo presenta un retraso pequeño en lenguaje con pequeños trastornos de articulación.  
Deficiente moderado. Educable.

CASO N° 12  
Nombre E.A.  
Edad Cron. 12 9/12  
Sexo Masc.

PRESENTACION DEL CASO.- Sujeto con diagnóstico de Amencia Primaria simple, escolaridad grupo de Transición.

A).- Antecedentes Hereditarios.- No se registraron por falta de cooperación de los padres.

B) Antecedentes Personales.- Los padres no dan ningún informe.

Comportamiento en la escuela.- Es un chico apático de atención muy difícil; se distrae con bastante facilidad. Ultimamente ha mejorado su conducta y las relaciones con la escuela y sus compañeros han mejorado, ya no es tan rebelde.

Su coordinación motriz va mejorando poco a poco.

INVESTIGACION DIRIGIDA.- Comunicación verbal que se realiza por frases cortas y monosílabos, en ocasiones emplea jerga, o bien a todo lo que se le pregunta dice no, no. Es un niño que no le gusta hablar y puede pasar todo el día sin pronunciar palabra en la escuela.

Escribe M y S acompañado de vocales, en canto no coopera, lo mismo en ejercicios de frases.

Respecto a sus problemas de comunicación, la madre y el padre tienen una actitud negativa.

Para la aplicación de las pruebas no cooperó, en las pruebas verbales se tuvo que cambiar tres veces de examinador para lograr alguna respuesta verbal.

En el estudio psicométrico no verbal varias veces se negó a cooperar y se levantó bastantes veces de la silla pero fué posible encontrar una respuesta después de 6 días.

#### REPORTE PSICOMETRICO.-

Goodnough	no cooperó
Miokinetico	no cooperó
Molino	no cooperó
Cat	no cooperó

Terman Merrill  
Edad Mental 4 5/12  
C.I. 39

A. Descouedres no cooperó

GRACE ARTHUR C.I. 45  
E.M. 5 8/12

Conclusiones.- Sujeto al cual no fué posible dar un diagnóstico de --  
trastornos de lenguaje ya que al decir de la madre el sujeto sí habla --  
en su casa pero con dificultad por lo que preferimos estudiar un poco --  
más a este niño; y tratar de encontrar una ayuda más positiva de parte --  
de los padres.

Respecto a su C.I. consideramos que se trata de un deficiente mental --  
profundo entrenable.

CASO N° 13  
Nombre J.M.F.  
Edad 12 años  
Sexo M.

PRESENTACION DEL CASO.- Sujeto con Diagnóstico de Amencia Primaria Simple.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- Se registran familiares con tumores, las -- mujeres jaquecosas, abuela materna murió de cáncer, no se registra ningún caso parecido al estudiado.  
Antecedentes de trastornos de lenguaje no se registran.

Edad del padre a la concepción 35 años  
Sano aparentemente, escolaridad Secundaria  
Madre edad en el momento de la concepción; 21 años  
No presentaba ningún padecimiento ni vicios.  
No existía ningún parentesco entre los padres. Escolaridad de la madre; Comercio.

Antecedentes Personales.-

Ocupa el tercer lugar de 7 hermanos los cuales están sanos.  
Antecedentes de la concepción.- No hay seguridad de que el padre no presentara alcoholismo durante la concepción.  
Embarazo Normal, solo se presentaron gripas frecuentes; movimientos fetales, al mismo tiempo que los otros hijos.

Condiciones al nacer.- Período de parto 5 horas, presentación del niño cefálica. Parto Eutócico.

El niño era hipotónico cuando pequeño, tuvo fuerza para llorar, los padres no notaron ninguna anormalidad.

A los tres meses sufrió difteria.

Desarrollo Motriz.- Dentición a los 8 meses, se completó a los 15 meses su peso siempre ha sido excesivo.

Evolución Motriz.- A los 9 meses, sostuvo la cabeza, otros datos no recuerda la madre, solo que era mas tardado para su desarrollo que los demás hermanos.

INVESTIGACION DIRIGIDA.-

La madre notó cerca de los 2 años que no era un niño normal ya que era muy quieto y nunca lloraba, después fue sumamente inquieto, tiende a -- destruir todo lo que está a su alcance, y se exhibe en hacer lo peor -- cuando sabe que lo están viendo, es imposible tenerlo en una escuela -- normal, ya que por su comportamiento no lo reciben.

Toma todo lo que está a su alcance, pero no sabe su valor.

Sus juegos son a base de corcholatas, zapatos, tablas, piedras, lo mismo que pegarle a sus hermanitos.

No ha recibido ningún tratamiento foniátrico ni audiológico, sus tras-

tornos de lenguaje son muy ligeros, tanto que solo podríamos decir que es un pequeño retraso de lenguaje, pero quisimos ver que respuestas nos daba en Grace ARTHUR.

ESTUDIO PSICOMETRICO

Molino nivel máximo 9  
A. Rey índice de aprendizaje 4.3  
Kohs E.M. 7.11  
C.I. 53

Goodnough E.M. 7  
C.I. 47

Terman Merrill Año Base VI  
E.M. 82  
C.I. 54

A. DESCOUEDRES.- E.L. 11 años

Grace Arthur E.M. 7 años  
C.I. 47

Conclusiones.- Hay que hacer notar que en este sujeto encontramos una respuesta más baja en las pruebas de ejecución. Consideramos que esto se debe a que presenta dificultad motriz. A pesar de esto creo conveniente dar el diagnóstico referente al C.I. no verbal. Se trata de un deficiente mental profundo entrenable, que presenta disartria.

CASO N° 14  
Nombre R.L.  
E.C. 10 años  
Sexo M.

A) PRESENTACION DEL CASO.- Niño con diagnóstico de Imbécil según pruebas verbales.

B) Antecedentes hereditarios, tanto en lo referente a trastornos de Lenguaje como en antecedentes de Deficiencia no se registran.  
No se pudo investigar acerca de la edad de los padres cuando la concepción. Medio económico aceptable.  
Una hermana paterna con cardiopatía congénita.

C) Ocupa el tercer lugar entre los hijos maternos y el cuarto del padre. Antecedentes personales.:  
Antecedentes de la concepción: los padres sanos.  
Embarazo normal.  
Condiciones al nacer.- Nació con circular de cordón, peso de prematuro, 2.450 Kgs. No presentó reflejos de succión, alimentación con gotero, -- presentando aspiración a los pulmones. Presentó Neumonía a los 6 días de nacido.

D) Desarrollo Motriz.- Dentición a los 5 meses; con cierto desequilibrio para mantenerse sentado o caminar. Caminó a los 23 meses.  
No ha presentado estados patológicos, solo gripales ocasionales.  
Su conducta es la siguiente:  
Hiperexcitable, intranquilo, cariñoso con sus familiares.  
La madre reporta que el padre siente más cariño por sus hijastros que -- por este hijo común.  
Usa la mano izquierda predominantemente.

#### INVESTIGACION DIRIGIDA.-

Falta de desarrollo total del lenguaje, se aprecia el uso de monosílabos y deformación de fonemas.  
Su comprensión parece ser normal en la vida de relación, no así cuando se trata de algo que no está relacionado con la vida diaria. Presenta -- dificultad para entender órdenes, sencillas.  
Esto podemos decir que se debe a apoyo y dependencia.  
Sus relaciones interpersonales son frías. Depresión frecuente lo mismo -- que agresión.

Respecto a su estado Psicológico; no es un niño bien ambientado, presenta una fijación demasiado notoria hacia la madre y la hermana, la madre es una persona autoritaria y angustiada, ha mimado al niño a tal grado -- que éste no sabe vestirse, no ha asistido a la escuela.  
El chico pertenece a un hogar bilingüe no muy bien organizado, la auto-- ridad materna está siempre en contraposición con la autoridad del padre.

El niño es sumamente tímido, hasta cierto punto con modales feminoides, sus monosílabos son casi imperceptibles.

RESULTADO PSICOMETRICO.-

Terman Merril	E.M.	2 10/12
	C.I.	30
Goodenough	E.M.	3
	C.I.	34

Gessel	Edad de desarrollo Lingüístico	30 meses
	C.D.	24

A. Descouedres no funcionó, aunque su vocabulario pertenece mas o menos al de un niño de 2 años, este test fué imposible de efectuar a causa de su dificultad para entendernos.

Grace Arthur.- A pesar de su dificultad para entender órdenes sencillas, en esta prueba al ver que no tenía necesidad de la comunicación verbal- el niño cooperó bastante;

E.M.	5 años 1/12
C.I.	54

Conclusiones: Su C.I. de 54 no está de acuerdo con el diagnóstico anterior de Imbécil, además de que esos términos preferimos no usarlos. El niño es un Deficiente mental Medio Educable.

Sus trastornos del Lenguaje creemos que son:

Falta de desarrollo del Lenguaje, disartrias múltiples.

CASO N° 15  
Nombre S.R.B.  
Edad 9 años  
Sexo M.

A) Presentación del Caso.- Sujeto con Diagnóstico de Subnormal.

B) Antecedentes Hereditarios; No se registran antecedentes referentes a Deficiencia ni a trastornos de comunicación verbal.

Edad del padre cuando la concepción 43 años  
escolaridad Ingeniero Civil  
Edad de la madre 35 años  
No existe ninguna consaguinidad entre los padres.

C) Antecedentes Personales:

La madre ha tenido 3 abortos 1 provocado y 2 naturales.  
El es el producto primero de tres embarazos logrados.

Condiciones al nacer.- Parto Eútosico, presentación cefálica.  
Período neonatal sin complicaciones.

Desarrollo Motriz.- Control de los músculos del cuello a los 3 meses  
Sedestación a los 6 meses, Bipedestación a los 10, Marcha 24 meses, Denticio a los 8 meses.

Conducta.- Apatía en sus labores escolares, sin interés para efectuar -  
absolutamente nada. Respiración nerviosa, temblor de manos.  
Su conducta familiar y social es la siguiente:  
Desobediente, se adapta al medio pero inquieto.

Ha tenido las enfermedades propias de la niñez.

INVESTIGACION DIRIGIDA.- Habló pero no correctamente hasta los 3 años.  
Se observa que habla con algunos cambios de fonemas  
Fonemas en sílaba trabada alterado.  
Lenguaje espontáneo; un poco limitado y alterado en expresión.

De su estudio Audiológico (que no le fué tomado en cuenta para su estudio psicométrico verbal) reportan que oye bien o aparentemente normal.

El resultado Psicométrico fué el siguiente:

Con pruebas verbales y de ejecución;

Goodeough	C.I.	81
	E.M.	6 9/12
Terman Merril	E.M.	7 10/12
	C.I.	84

En el Grace Arthur Prueba estrictamente de ejecución se detectó un

C.I. 89

E.M. 8 años

En el Test de Alicia Descouedres se detectó una edad Lingüística de

E.L. 6 años 7/12

Conclusiones.- Se trata de un Deficiente mental Superficial Subnormal, - como se verá en los resultados tanto de ejecución como verbales no se encontró una gran discrepancia pero si creemos que en estos casos un punto o más es de gran significación tanto para el psicometra como para el terapeuta. Falta de Desarrollo del Lenguaje.

CASO N° 16

Nombre P.D.

Edad 32 años

Sexo M.

A) Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de Imbécil con afasia Motora.

B) Antecedentes hereditarios.- No se registra nada acerca de deficiencias ni de trastornos de comunicación verbal.

C) Antecedentes Personales.- Prenatales normales;

Transpartum Normal.

Neonatal.- Estado de excitación psicomotora, (llanto, imposibilidad de conciliar el sueño, durante 30 días, los trastornos cedieron espontáneamente.)

Enfermedades padecidas, las de la infancia.

Trauma craneoencefálico con conmoción cerebral discreta.

Aparentemente sin causa atribuible, sufre un rictus convulsivo en ocasiones.

D) Historia Escolar.- Solo termina la primaria, para dedicarse a los deportes, principalmente el alpinismo en el cual sufre varias caídas después de lo cual aparecen los ataques.

Conducta.- Desde chico según la madre ha sido un problema por lo que -- como ella tiene pie equino, le dice que el causante es él ya que cuando estaba embarazada se le puso así el pie.

Al decir de la misma madre esto la hacia y lo hace para que él se sienta culpable y poderlo controlar mejor.

Su conducta al tratarse aspectos sexuales es de franca ansiedad.

La madre es vivida como una figura frustrante y dominante, la primera relación y contacto que tuvo con ella según él mismo fué de forma agresiva hacia él.

Existe también escaso control de pensamiento y de la imaginación. No -- existe autoaceptación, de sí mismo.

El diagnóstico con que llegó a nosotros dice así:

Individuo con diagnóstico de Imbécil, epiléptico y probablemente esquizofrénico.

INVESTIGACION DIRIGIDA.- Solo pudimos investigar que nunca ha tenido -- trastornos de audición. Desde chico tuvo trastornos de lenguaje; dislalias leves. Actualmente reconoce aunque con, mucho trabajo para articular aisladamente los fonemas, todas las vocales y M y L.

Al hacer el Test de A. Descouedres tardó cerca de 2 horas por su -- trastorno de memoria verbal ya que aunque reconocía las cosas no se podía -- acordar sin esfuerzo de los nombres.

En la prueba de Grace Arthur no encontramos problema ya que todo le fué posible entender y al no usar lenguaje verbal lo pudo hacer con cierta rapidez.

Esta prueba fué efectuada con la mano izquierda pues la derecha la tiene paralizada a causa de un accidente ya está rehabilitado.

Resultados Psicométricos;

Raven	Percentil	5
	Rango	V

Fue la única prueba que se le pudo efectuar con un resultado más o menos válido. El Terman Merrill y el Wisc, no se pueden considerar válidos ya que el resultado fué tan bajo que lo agrupaba con los débiles mentales profundos.

En el test de Grace Arthur encontramos lo siguiente

E.M. 12 10/12

C.I. 86

En el Test de A. Descouedres se encontró una edad Lingüística de

13 8/12

Conclusiones.- Es un sujeto al que su mismo trastorno de comunicación verbal le da una impresión de C.I. falso, en el C.I. de 86 le podemos dar un diagnóstico de Deficiencia Mental Superficial; subnormal. Que presenta dislalias múltiples con falta de desarrollo del lenguaje respecto a su edad cronológica.

CASO N° 17

Nombre M.G.M.

Edad C. 8 años 11/12

Sexo Fem.

A) Presentación del caso; Sujeto con diagnóstico de Debilidad mental -- profunda;

B) Antecedentes hereditarios.- No se registran referentes a Deficiencia ni tampoco a problemas de Lenguaje La edad de los padres no se pudo registrar. Medio económico, bajo ocupacional trabajadores.

C) Antecedentes Personales; Tanto el embarazo como el parto fueron Eutócicos.

Ocupa el 5 lugar de 7 hermanos.

D) Desarrollo Motriz, no se registró nada a causa de la falta de cooperación de los padres, sólo pudimos investigar que las alteraciones del lenguaje las notaron los padres hasta los 5 años.

E) Conducta.- No muestra ningún esfuerzo ni atención necesaria para con centrarse, se enfrenta a sus problemas con facilidad adaptándolos a su modo de pensar.

No existe capacidad de abstracción y organización.

Dificultad para relacionarse con las personas mayores.

F) Investigación dirigida.- Respecto al lenguaje investigamos lo siguiente:

a) comprensión.- Viendo la cara	normal
sin ver la cara	normal
con mímica	normal

b) expresión.- Es a base de palabras pero presenta dislalias al pro nunciarlas además tiene alteraciones de ritmo.

c) articulación defectuosa.

El estudio audiológico reporta que oye bien pero con una ligerísima baja auditiva que no afecta al lenguaje.

Nos dimos cuenta que es sumamente distraída y por ningún motivo (ni por premio-castigo) hace el esfuerzo de fijarse si no quiere.

Resultados Psicológicos.-

En Goodenough dió los siguientes resultados:

E.M. 5 años

C.I. 56

En el Test de Terman Merrill dió:

E.M. 5 años 2/12

C.I. 56

En el Test de A. Descouedres se detectó una

Edad Lingüística de 2 años 2/12

Al aplicársele el Test de Grace Arthur se encontró;

E.M. 7 años 2/12

C.I. 80

Conclusiones, el C.I. de 80 nos hace ver que no es una niña con debilidad mental profunda sino que su atraso en el Lenguaje y las Dislalias - múltiples que presenta dan un falso retrato de su verdadero problema, - podemos decir que es un deficiente mental superficial, pero nunca débil mental profundo.

CASO N° 18  
Nombre A.V.  
Edad C. 14 años  
Sexo M.

A) Presentación del caso.- Sujeto con Diagnóstico de Débil mental, conducta adaptable al medio.

B) Antecedentes Hereditarios.- No se registran antecedentes relacionados con Trastornos de comunicación verbal ni antecedentes de debilidad mental.

El padre era alcohólico crónico; no se sabe su edad.

Edad de la madre se desconoce.

Ambiente económico aceptable.

C) Historia personal.- Durante 8 meses del embarazo la madre no comió, se alimentó de líquidos, y fué tratada a base de penicilina durante todo el embarazo. Durante la gestación sufrió traumatismos múltiples.

Condiciones del nacimiento.- Duración del parto 5 horas, se usaron fórceps. Por lo demás fue normal.

Al año de edad se presentó meningitis y enterocolitis.

Estuvo además enfermo de padecimientos propios de la infancia, y deshidratación.

Ocupa el primer lugar de 5 hermanos.

Desarrollo Motriz.- Control de músculos de cuello a los 3 meses, sedestación a los 6 meses, Bidepestandión 8 meses. Marcha 10 meses, poco después dejó de caminar y de decir las pocas palabras que decía mamá papá nene etc.

Reanudo la deambulaci6n a los dos años y medio. Presentaba tos al correr con espectoraci6n que deglutia.

La madre relata que entiende todo lo que le dicen.

D) Investigaci6n dirigida.- Dejó de hablar por completo a la edad de 3-años.

Comprende cuando lee los labios.

Expresi6n la clásica en los niños sordos.

Articulaci6n.- Muy defectuosa.

Atenci6n aceptable.

Por medio de lectura Labio facial posee algo de vocabulario

S6lo repite no asocia al objeto. Lee pero no entiende lo que quiere --- decir.

Los padres si han tratado de darle ayuda foniatrica, como en ninguna escuela lo recibian la madre le enseñó lo que sabe.

E) Su conducta en la escuela es bastante aceptable y un poco dependiente.

Al hacersele el estudio psicométrico se tuvo necesidad de pedirle a su-



CASO N° 19  
NOMBRE B.O.D.  
Sexo Masc.  
Edad Cr. 6 años 2/12

A) Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de Debil mental pro--  
fundo, no educable.

B) Antecedentes hereditarios.- Sin datos importantes.  
Edad de los padres no se pudo investigar por falta de cooperación de --  
los padres.  
Nivel económico-social- superior.

B) Antecedentes personales;  
Embarazo normal si datos de importancia  
Parto Eutócico.  
Condiciones.- Es un niño que aparenta tener la edad de 3 años física y-  
mentalmente. El endocrinologo informa que su desarrollo hormonal es de 3  
años más o menos.  
El reporte del encefalograma dice;  
Teniendo en cuenta la edad del paciente; es anormal por la presencia de  
actividad lenta y actividad en forma de brotes bilaterales y asimétrí--  
cos en todas sus derivaciones.

No se registró resultados de la Audiometria.

Ocupa el tercer lugar en un grupo de 4 hermanos, los cuales están apa--  
rente entre sanos, y sin trastornos.

C) Investigación Dirigida.- Desde la edad de 3 años se notó la dificul--  
tad para hablar.  
La actitud de los padres es negativa hacia este problema ya que se an--  
gustian por que no puede hablar pero no siguen lo que la terapeuta les--  
ordena.

No le fué aplicada ningún estudio Audimetrico ni foniatrico antes de --  
dar el diagnóstico de Debilidad mental profunda.  
A este niño también se le hicieron pruebas verbales sin tomar en cuenta  
sus trastornos de comunicación verbal por lo que es obvio el diagnósti--  
co anterior.

Nosotros con la prueba de A. Descouedres encontramos una respuesta de

Edad L. 3 años

No creemos que sea muy valida la respuesta ya que el niño hace ejerci--  
cios en su terapia que lo ayudaron a responder pero su comprensión fué--  
un poco lenta.

En la prueba de GRACE ARTHUR detectamos lo siguiente;

E.M. 4 años 1/12

C.I. 66

Conclusiones.- Se trata de un niño que aunque su desarrollo es lento, - la edad mental está más o menos acorde con el diagnóstico del endocrinólogo.

Encontramos que es un Debil Mental Medio pero por ningún motivo no educable, ya que si es educable y con un tratamiento adecuado puede dar buen rendimiento.

CASO N° 20

Nombre A.B.R.

Edad Cr. 13 años 7/12

Sexo Mas.

A) Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de Subnormal, al cual no fué posible tomar su C.I. con pruebas Verbales. El diagnóstico con que llego a la terapeuta era de C.I. muy bajo.

B) Antecedentes hereditarios.- Ninguno registrado.

Edad del padre no fué registrada; escolaridad Ingeniero Civil.

Edad de la madre no fué registrada; Presencia buena, escolaridad pobre.

C) Historia Personal; Embarazo y nacimiento sin ningún dato de interés. Sus primeros años fueron normales aunque su desarrollo motriz fué lento.

Ocupa el 1° lugar entre 4 hermanos los cuales no tienen ningún trastorno.

A los cuatro años sufrió de encefalitis y desde ese momento aparecieron trastornos en su comunicación verbal.

D) Conducta, es bastante difícil ya que encuentra apoyo en sus padres-- cuando no obedece a la terapeuta.

INVESTIGACION DIRIGIDA.- La audiometria reportó que su audición era normal. La maestra no ha notado nunca defectos de audición.

Respecto a la comprensión del Lenguaje es buena.

Expresión buena con defectos articulatorios y foniatricos..

Las pruebas verbales que se le hicieron y que no detectaron ningún resultado fueron hechas sin tomar en cuenta los trastornos de lenguaje, y antes de el tratamiento foniatrico.

RESULTADO PSICOMETRICO.-

GRACE ARTHUR E.M. 14 1/12

C.I. 99

CONCLUSIONES.- Este sujeto tiene trastornos en la comprensión tiene además problemas de abstracción. Creemos importante hacer notar que es un chico que por problemas de conducta no adelanta en su terapia. Es una inteligencia promedio, con hiperrinofonia y Disartria.

CASO N° 21

Nombre J.H.

Edad 11 años 4/12

Sexo M.

A) Presentación del caso.- Sujeto al que reportan con un C.I. muy bajo.

B) Antecedentes Hereditarios. No se registraron

C) Antecedentes personales.-

Embarazo normal.

Parto normal, el niño presentó asfixia neonatorum, estuvo en incubadora durante 72 horas.

Producto numérico 2° de 3 hermanos.

D) Desarrollo motriz.- Se sentó a los 8 meses, caminó al año y 6 meses-presentó crisis convulsivas desde el año a los tres años a consecuencia de un traumatismo.

INVESTIGACION DIRIGIDA.- Sólo se pudo investigar que desde que empezó a hablar lo hizo con dificultad ya que la madre tanto como el padre nunca lo llevan, sino que la camioneta recoge. El niño llegó a Foniatria por interconsulta de Pediatría.

La actitud de los padres respecto al problema de su hijo es francamente negativa.

Resultados Psicométricos.

Con la Prueba de A. Descouedres;

E.L. 5 años cero meses

Con el test de Grace Arthur encontramos un

C.I. de 77

E.M. de 8 años 9/12

Conclusiones se trata de un sujeto con disartria y paresia del velo del paladar. Su C.I. lo coloca en el grupo de los deficientes mentales medios. Educable.

CASO N° 22

Nombre C.P.J.

Edad 7 años 10/12

Sexo Masc.

A) Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de Deficiente mental, sin habersele podido detectar C.I. cuando se le hizo el diagnóstico.

B) Antecedentes hereditarios.- No se registraron.  
Padres aparentemente sanos. NO se saben sus edades.

C) Historia personal.- Embarazo eúctico, tres estados nerviosos producidos por sustos.

Condiciones al nacer.- Parto normal, anoxia en el momento del alumbramiento.

Su alimentación materna fué hasta los 5 meses.

D) Desarrollo Motriz.- Control de los músculos del cuello a los 4 meses; Dentición a los 7 meses; sedestación a los 10 meses; bipedestación al año. Marcha al año y medio.

El reporte del encefalograma es el siguiente:

Discretamente anormal debido a la presencia de actividad lenta y numerosa para la edad del paciente; dato que indica alteración difusa de la actividad eléctrica cerebral que sugiere sea de origen funcional.

E) INVESTIGACION DIRIGIDA.- El lenguaje apareció en época normal, actualmente habla con articulación un poco defectuosa.

La expresión es con frases y oraciones pero es tan baja que casi es imperceptible.

La actitud de la madre es positiva, es bastante docil a las indicaciones de la terapeuta.

Se ha reportado que oye bastante bien.

El paciente se queja de que no le gusta la escuela porque la maestra le pega y lo regaña mucho porque no le entiende.

Personalidad de tipo esquizoide con un severo desajuste en el núcleo familiar y educativo, únicamente ante personas investidas de autoridad, pues tiende autoafirmarse con sus iguales.

Inteligencia de tipo concreto reproductivo dentro de un nivel de término medio.

Falta de rendimiento escolar.

RESULTADOS PSICOMETRICOS.-

Goodenough

E.M. 6 años  
C.I. 77

Terman Merrill

E.M. 7 años 4/12  
C.I. 92

Alicia Descouedres

E.L. 4.4.

GRACE ARTHUR

E.M. 7 años 6/12  
C.I. 96

Conclusiones.- Este es un sujeto con Retardo de Lenguaje Dislexias, y acalculia, tiene una inteligencia Promedio, pero no una -- deficiencia mental. Lo más importante es tratar de rehabilitarlo en su lenguaje y creo que mejorara en un 99 por ciento en su aprendizaje lento.

CASO N° 23

Nombre M.S.

Edad 11 años

A) Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de Deficiencia mental profunda.

B) Antecedentes Hereditarios. No se registraron.  
No se reportaron datos sobre los padres.

C) Historia personal.

El embarazo cursó normalmente, duración de 9 meses.

Condiciones al nacer.- Presentación cefálica, duró 16 horas el parto, -  
fué normal, tuvo fuerza para llorar, en general, fué un parto normal.  
A los 2 días se puso amarillo pero en 48 horas desapareció ese color.

Desarrollo motriz.- Se sentó a los 4 meses.

bipedestación a los 9 meses.

deambulación al año 3 meses

Dentición empezó a los 6 meses, se completó a los 18 meses

Reporte escolar.- Actualmente su conducta es buena en lo general, obedece lo que le ordenan.

Solamente agrede a sus compañeros cuando se rien de él.

Cursa el 2° año por 4 vez.

INVESTIGACION DIRIGIDA.- Lenguaje; empezó a hablar a los 3 años, al decir de la madre desde que empezó a hablar parecía "eco".

Su expresión es buena

articulación pésima, en sílabas trabadas.

El reporte de la Audiometría es el siguiente:

"una ligerísima baja que no afecta al lenguaje"

Este estudio fué hecho después de habersele aplicado las pruebas verbales, (sin tomar en cuenta sus trastornos de comunicación verbal.

La actitud de los padres respecto a su trastorno es francamente negativa, ya que no le ayudan a trabajar en sus ejercicios y además le dicen que no va a poder hablar bien porque es "tonto".

REPORTE PSICOMETRICO.-

Terman Merrill

C.I. 30

Grace Arthur

Los resultados con el Test de GRACE ARTHUR fueron los siguientes:

E.M. 6 años 4/12  
C.I. 58

Con el test de A. Descouedres no fué posible detectar ningún resultado.

CONCLUSIONES.- A este sujeto su C.I. de 58 lo coloca en el grupo de Deficiente Mental Medio Educable, al que sus mismos trastornos de lenguaje - no le permiten expresarse bien, ya que presenta Disartria. Creemos que - después de ser rehabilitado su aprendizaje escolar será superior y no ne cesitará estar en escuela especializada; pero si es muy importante que - por las tardes lo trate la terapeuta del Lenguaje.

CASO N° 24  
Nombre C. B.  
Edad Cron. 6 años  
Sexo F.

A) Presentación del caso.- Sujeto con diagnóstico de Autista, antes de ser rehabilitada en su Lenguaje; actualmente de Deficiente mental profundo.

B) Tanto en antecedentes hereditarios como de historia personal fué imposible recabar datos por falta de cooperación de los padres.

Esta niña fué diagnosticada de Autista por su comportamiento, pero actualmente ya habla bastante y sin embargo le fué dado un diagnóstico de Deficiente.

Nosotros solamente pudimos obtener los datos que nos dió la terapeuta.

Al principio era una niña sumamente agresiva la cual al ver una autoridad que le llamara la atención por su comportamiento no se detenía en morderla.

Actualmente es una niña que dentro de sus trastornos coopera bastante. Esta niña tiene ideas convulsivas que expresa en su lenguaje.

C) En la prueba de Alicia Descouedres encontramos el problema de que presenta Afasia Ecolalica pero después de insistir se detectó una edad Lingüística de

4 años 4 meses

En esta niña no se había marcado el C.I. con pruebas verbales el reporte de una psicóloga que anteriormente la había examinado era

"niña con ideas convulsivas y diagnóstico de deficiente mental profunda C.I. sumamente bajo.

En el test de Grace Arthur se detectó lo siguiente:

E.M. 7 años 9/12

C.I. 129

Conclusiones.- Se trata de una niña a la que su Afasia Ecolalica hace dar una falsa idea de su inteligencia que es superior.

Efectivamente presenta ideas convulsivas pero nunca podremos decir que se trata de un deficiente mental profundo.

CASO N° 25

Nombre B.O.V.

Edad C. 34a 1/12

Sexo. M.

A) Presentación del caso.- Sujeto condagnóstico de Débil mental profundo.

B) Antecedentes Hereditarios; no se registran.

C) Antecedentes Personales.- A causa de la dificultad del paciente para expresarse tanto verbalmente como con lenguaje escrito, y que llegó a - Foniatria por interconsulta no fué posible recabar ningún antecedente.

Se pudo saber que estuvo interno mucho tiempo en el parque Lira ya que estaba considerado como un sujeto al que no habfa nada que hacerle.

D) Investigación Dirigida.- Al hablar con el nos dimos cuenta de que -- además de ser su plática incoherente es sumamente difícil de entenderle. Creemos que mucha de la desorganización de su lenguaje se debe al haber estado tanto tiempo abandonado en su problema sin darle un tratamiento adecuado.

Resultados Psicométricos.- No fué posible aplicarle pruebas en las cuales se requería de solución verbal.

En el Test de A. Descouedres donde se necesitaba de comprensión (lagunas) fué completamente negativo sin embargo se pudo detectar a base de ayuda de la terapeuta una

E.L. 7 años 1/12

En GRACE ARTHUR encontramos un C.I. de

C.I. 61

E.M. 9 años 1/12

CONCLUSIONES.- Sujeto con deficiencia mental media Educable al que encontramos los trastornos de lenguaje siguientes;

Disartria acentuada, discalculia y disgrafia.

CASO	SEXO	EDAD	DIAG. ANT. P. no V.	ANT. L.	ANT. D.	C.I.P.V.	C.I. no V.	Discrepancias	EDAD M	EDAD LIN.	E.A. a.F	AYUDA FAM.	TRAST. DE LENG.	DIAGNOSTICO C.I. no VERBAL	ATT.FONIATRIC
1	M	14.5	A.P.S.	-	-	47	62	15	8.7	no detec.	negativ	positiva	Disartria A.S.	def.ment. medio: educable	negativa.
2	M	9.11	D.M.P.	Posit.	Positivo	33	81	48	8.0	no detect.	negativ	positiva	Anartria.	def.ment. superficial subnormal.	-
3	M	13	A.P.S.	--	Epilep.	38	68	30	8.10		negativ.	-	falta de des. de lenguaje.	def.ment. medio: educable	-
4	M	15.8	Mongol	-	-	30	53	20	7.10		negativ	-	Ecolalia A.S.	def.ment.medio: educable.	-
5	M	11.3	Soc. deK	-	-	47	59	12	6.8		negativ	-	Disartria.	def.ment.medio: educable.	-
6	M	14	A.P.S.	-	Positiva	33	33	0	4.6	no detect.	negativ	-	A.Sensorial	deb.ment.prof.entrenable.	-
7	M	21	A.P.S.	-	Epilepsia	36	43	7	6.6	no detecte	negativ	-	Dislalias m	deb.ment.prof:entrenable.	-
8	F	13	Ep.R.M.	-	-	--	66	66	8.7	8.0	negativ	-	Ret. del L.	def.ment.medio:educable.	-
9	M	11.1	A.P.S.	-	--	25	60	35	6.8		negativ	-	Hiperrino L.	def.ment.medio:educable.	-
10	M	30.1	A.P.S.	-	-	42	33	9	4.11	2.3	negativ	-	Dislalias	def.ment.prof:entrenable.	-
11	M	21	A.P.S.	-	-	47	53	6	7.11	20	negativ	-	A. Sintactica	def.ment.prof:entrenable.	-
12	M	12.6	A.P.S.	-	-	39	45	6	5.8		negativ	-		def.ment.prof:entrenable	-
13	M	12	A.P.S.	-	-	54	47	7	5.8	11	negativ	-		def.ment.prof:entrenable	-
14	F	10	Imbécil	-	-	30	51	24	5.1	Gessel 30/12	positiv	-	Disartrias.	def.ment.medio:educable.	positivo.
15	M	9	Subnormal	-	-	91	89	8	8.0	6.7	positiv	-	Dislalias mult.	def.ment.superficial.	positivo.
16	M	32	Imb.AF.M.	-	-	--	86	86	12	13.8	positiv	-	Falta de des. del lenguaje.	def.ment.superficial.	positivo.
17	F	8.11	D.M.P.	-	-	56	80	24	7.2	2.2	positiv	-	Dislalias mult.	def.ment.subnormal.	positivo.
18	M	14	D.M.	-	-	--	108	108	17.1	no detect.	positiv	positiva.	Hipoac. secuela de meningitis.	Inteligencia promedio	positivo.
19	M	6.2	D.M.P.	-	-	30	66	36	4.1	3.0	negativ	positiva	Retardo de leng.	def.ment.medio:educable.	positiva
20	M	13.7	Subnormal	-	-	--	99	99	14.1	7.1	negativ	-	Anartria.	Inteligencia promedio.	positiva.
21	M	11.4	Muy bajo	-	-	--	77	77	8.9	5.0	negativ	-	Disartria y parq sia de velo de paladar.	Def.ment.medio:educable.	positivo.
22	M	7.10	Retrasado	-	-	--	96	96	7.6	4.4	negativ	positiva	Dislexia, acalculia, disl.mult.	Inteligencia promedio	positivo.
23	M	11	D.M.P.	-	-	30	58	28	6.5	--	negativ	-	Disartria.	Def.medio:educable.	positivo.
24	F	6	Autista	-	-	--	129	129	7.9	4.4	negativ	-	A.Ecolflica	Inteligencia muy superior.	positivo.
25	M	34.1	D.M.P.	-	-	--	61	61	9.1	7.1	negativ	-	Disartria acent. y disgrafia.	def.ment.medio:educable.	positivo.

CONCLUSIONES

Estas conclusiones tratan de ser el resultado de los estudios obtenidos tanto de la bibliografía como del material clínico obtenido.

Distintos diagnósticos encontrados por medio del C.I. obtenido con pruebas no verbales.

De los 25 casos estudiados se encontraron:

- 11 sujetos con Def. mental medio; que están dentro del grupo de los educables.
- 6 sujetos con Deficiencia mental profunda; sujetos a los cuales se -- puede entrenar
- 4 casos de Deficiencia mental superficial que tienen cabida en el grupo de los subnormales
- 3 casos que obtuvieron un C.I. que los colocó dentro del grupo de Intg ligencia Superior. Promedio.  
caso de inteligencia superior.

Como vemos aquí se obtuvo un diagnóstico en general muy diferente al -- que tenían anteriormente los sujetos, esto nos da una idea hasta cierto punto de la idea tan errónea que nos dan las aplicaciones de pruebas -- verbales en los niños antes mencionados.

Discrepancias en puntos de Cociente Intelectual;

C O C I E N T E	I N T E L E C T U A L
Aumento	22 casos
Igual	1 caso
Disminuyó	2 casos

La explicación que encontramos al aumento del puntaje es la siguiente.- Como ya mencionamos en la metodología las pruebas verbales nos dan una idea falsa del verdadero C.I. y como en esta prueba (Grace Arthur) no -- necesitaron de comunicación verbal los sujetos pudieron rendir con mayor capacidad y observamos que cooperaron mucho más al no verse obligados a usar el lenguaje tanto verbal como escrito.

En el caso de igualdad del puntaje se debe a que este sujeto no fué posible aplicarle pruebas verbales y había sido detectado su C.I. con la prueba de ejecución pero creimos interesante y al mismo tiempo importante el ver si en una escala de mayor items, su puntaje era mayor. Con -- las respuestas idénticas nos damos cuenta de la co-relación existente -- entre las pruebas de ejecución y el Grace Arthur.

En los dos casos en que encontramos una disminución de puntaje hay que--

hacer notar que estos sujetos no solamente tenían trastornos de lenguaje sino además presentaban trastornos motrices que les impedían hasta cierto punto darnos un mayor puntaje de ejecución. Tenemos que hacer incapié en que estos sujetos la prueba fué un poco más lenta a causa de lo anteriormente dicho.

Los resultados en puntos de Cociente fueron los siguientes:

                  aumento                  1.021  
en comparación con un puntaje anterior de 539 puntos que nos dieron casos en los que fué detectado.

Fué igual en un caso que nos dió 33 puntos.

Disminuyó 16 puntos que se presentó en un puntaje anterior de 96 puntos.

#### CORRELACION INDIVIDUAL DE LA EDAD MENTAL Y LA EDAD CRONOLOGICA.

Se presentó una ligera disminución en los siguientes casos:

- caso # 2 retraso mental de 1 año 11 meses
- caso #15 retraso mental de 1 año
- caso #19 retraso mental de 2 años 1 mes
- caso #17 retraso mental de 1 año 9 meses

En los casos que se anotan a continuación se encontró un atraso muy --- marcado.

- caso 1 5 años 8 meses
- caso 3 4 años 8 meses
- caso 4 8 años 7 meses
- caso 5 6 años 5 meses
- caso 8 4 años 3 meses
- caso 9 4 años 3 meses
- caso 6 9 años 6 meses
- caso 7 14 años 6 meses
- caso 10 25 años 1 mes
- caso 11 13 años 8 meses
- caso 12 6 años 8 meses
- caso 13 6 años 2 meses
- caso 14 14 años 11 meses
- caso 16 20 años 0 meses
- caso 23 4 años 5 meses
- caso 25 25 años 0 meses

En el caso en que se encontró un ligero atraso fué el caso 22 con atraso de 4 meses.

La edad mental aumento en los siguientes casos:

caso	24	aumentó	1 año	7 meses
caso	20	aumentó	3 años	3 meses
caso	18	aumentó	3 años	10 meses

Nosotros pensamos que la causa de que haya aumentado en estos sujetos - la edad mental a través de pruebas de ejecución se debe a que estos sujetos al no poderse expresar por medio del lenguaje hablado han desarrollado su capacidad intelectual que estaba quizá dentro de los límites de la normalidad por medio de trabajos de ejecución. Al mismo tiempo han encontrado una canalización muy importante a sus necesidades a través de los trabajos manuales y ejecutando algo que les permita tener convivencia con aquellos sujetos que no presentan ningún trastorno.

#### RESULTADOS ENCONTRADOS POR MEDIO DE LA PRUEBA DE ALICIA DESCOEUDRES.

Esta prueba fue solamente en 14 casos; en 11 casos no fué posible ya -- que ó los sujetos no tenían lenguaje o su articulación y trastornos --- eran tan marcados que no era posible una respuesta a este test.

Es de hacerse notar que los casos que dieron una respuesta positiva al mismo, fueron en su mayoría, sujetos que estaban dentro de rehabilitación del lenguaje y los otros, solamente reciben dentro de su plan pedagógico ejercicios de lenguaje pero no se puede decir que sea una intensa atención foniatrica como en los casos anteriores.

De los 14 casos en los que se aplicó el A. Descoedres encontramos que los resultados tenían cierta correlación entre la edad lingüística y la edad mental en los casos siguientes:

Caso #	8	E.M.	8 años	7 meses
		E.L.	8 años	0 meses

En el caso # 25 encontramos una ligera disminución del lenguaje en relación con la edad mental:

E.M.	9 años	1 mes
E.L.	7 años	1 mes

En los siguientes casos encontramos aumento de la edad lingüística a la edad mental

caso #	11	E.M.	7 años	11 meses
		E.L.	20 años	0 meses
		E.C.	21 años	

caso # 13        E.M.    5 años 8 meses  
                 E.L.    11 años 0 meses  
                 E.C.    12 años

Tanto en este como en el caso anterior encontramos una cercanía entre la edad cronológica como en la edad lingüística.

En el caso # 16 encontramos que existe un acercamiento entre la edad mental y la edad lingüística, no así en la edad cronológica.

                 E.M.    12 años  
                 E.L.    13 años 8 meses  
                 E.C.    32 años

En los siguientes casos se presenta una disminución en algunos casos -- más significativa que en otros.

caso # 10        E.M.    4 años 11 meses  
                 E.L.    2 años 3 meses

caso # 14        E.M.    5 años 1 mes  
                 E.L.    30 meses

es de hacerse notar que este caso sólo fué detectable su edad L. a través del test de Gessel.

caso # 15        E.M.    8 años  
                 E.L.    6 años 7 meses

caso # 17        E.M.    7 años 2 meses  
                 E.L.    2 2 meses

caso # 19        E.M.    4 años 1 mes  
                 E.L.    7 años 1 mes

caso # 20        E.M.    14 años 1 mes  
                 E.L.    7 años 1 mes

caso # 21        E.M.    8 años 9 meses  
                 E.L.    5 años 0 meses

caso # 22        E.M.    7 años 6 meses  
                 E.L.    4 años 4 meses

caso # 24        E.M.    7 años 9 meses  
                 E.L.    4 años 4 meses

IMPORTANCIA DE EFECTUAR AUDIOMETRIAS Y ESTUDIOS FONIATRICOS ANTES-  
DE APLICAR LAS PRUEBAS VERBALES.

De los 25 casos, solo 5 casos fueron sometidos a examen audiométrico y de estos a ninguno les fue tomado en cuenta ni el reporte del audiome--tra como el de los terapistas de lenguaje, antes de aplicárseles prue--bas verbales.

Es sumamente necesario que el Psicólogo que trabaje con individuos que presenten trastornos de lenguaje ---por ligerísimos que estos sean--- estudie las disciplinas de la Foniatria y Logopedia, para así en colabo--ración con el Ortofonista dar mayor ayuda a los sujetos que se encuen--tran en estudio. Consideramos muy importante para el terapeuta del len--guaje contar con tal apoyo y ayuda, ya que esto le permitirá conocer el grado de aprendizaje, comprensión y capacidad intelectual del sujeto al que va a rehabilitar; sabiendo que los estudios que le llegan a sus ma--nos están dentro de las necesidades verbales y no verbales de este.

AYUDA FONIATRICA.- Nos encontramos frente a uno de los problemas prin--cipales de este trabajo; vemos que solo a 12 sujetos estudiados de 25 - la reciben, y de éstos sólo 3 la reciben de su familia. El que a estos--niños les sea dada ayuda foniátrica y a los otros nó, se debe principal--mente a que los últimos están dentro de un instituto internos y en don--de se ve no solamente el aspecto del lenguaje sino que abarca todos los aspectos del lento aprendizaje.

La ayuda foniátrica de estos 12 casos es muy importante; pero también-- como dijimos antes el terapeuta debe tener una base de la capacidad in--telectual para rehabilitarse.

Se puede concluir en resumen en que el C.I. aumenta al aplicar las prue--bas no verbales cuando se trata de sujetos con trastornos de lenguaje, - se encuentra un atraso de la edad mental respecto a la cronológica, pe--ro casi siempre dentro de los límites de educabilidad y entrenamientos; a este respecto algunos casos tienen una mayor edad mental que la que--se había establecido con otros tests, que necesitan de la solución ver--bal.

Con el test de A. Descoedres se encontró una gran similitud entre la - edad mental y la lingüística solamente en dos casos.

En cambio una mas grande edad mental que edad lingüística, lo contrario que se encontró en otras pruebas de ejecución verbal, en las que a la - deficiencia mental se agrega la deficiencia de tipo lingüístico hacien--do aparecer al sujeto aún más deficiente; si pensamos que a una deficien--cia lingüística puede estar asociado alguna hipoacusia, que hará más --retardada aparentemente, la edad mental; o debemos de pensar que el de--ficiente de lenguaje debe ser estudiado de una manera integral antes de catalogarlo como oligofrenia en general.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Straus and Kephart.- "Psychopatology and Education.
- 2.- Of the Brain Injured Child "Grune & Stratton inc. New York 1955  
Vol. II Progrees in Theory and clinic.
- 3.- Jean Tarneaud.- "Compendio de Terapéutica Volcal. "Trad. Dr. Pedro-Berruecos Tellez. Ed. Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje. México 1956.
- 4.- Mildrer A. McGinnis.- "Niños Afasicos" Acta Audiologica y Foniátrica Hispanoamericana. Vol. VI # 1-2.1964.
- 5.- Berruecos Pedro y Berruecos V.P.- "Errores frecuentes en el diagnóstico audiológico". Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana.- Vol. I # 1. 1959.
- 6.- Cuatrecasas Juan.- Psicología del Lenguaje.- Cap. "Inteligencia de las personas e historia de las afasias". Col. 105 C 8, 12422,401.
- 7.- Bastian Charlton.- "A tratise On Aphasia and other Speech defects"- London 1902.
- 8.- Kusmaul.- "Les troubles de la Parole" París 1885.
- 9.- Dejerine.- "Trastornos del Lenguaje" Ed. Científico Modico 1950.
- 10.- Goldstein.- Psicología del Lenguaje Cap. "El análisis de la Afasia y el Estudio de la esencia del Lenguaje". Patología del Lenguaje. - Ed. Paidos 1952.
- 11.- Adhe Mar Gleb.- Psicología del Lenguaje Ed. Paidos Buenos Aires, -- 1952 Págs. 235-36.
- 12.- Wepmann J.- Recovery from Aphasia.- The Ronald Press Co. New York - 1951 Págs. 276.
- 13.- Gessel A.-"El niño de 1 a 5 años" Ed. Paidos Págs. 226-227.
- 14.- Delacroix.- Psicología del Lenguaje.- Págs. 16-17.
- 15.- Nava Segura.- Neuroanatomía Funcional.- "Síndromes Neurológicos; -- 1963. Págs. 179, 195, 180 y 81.
- 16.- L. Michaux.- "Psiquiatria Infantil" Ed. Luis Miracle Barcelona.
- 17.- Idem Cita 5.

- 18.- Peinado Altable.- Pedagogía de los trastornos del Lenguaje; 1945.
- 19.- Albert Douzat.- "La vida del Lenguaje".- "Los principios Psicológicos del Lenguaje" Ed. Ateneo B. Aires. 1946.- Págs. 91-100.
- 20.- Idem.- Cita # 11.
- 21.- Renato Segre.- Tratado de Foniatria Ed. Paidós Argentina, 1955.
- 22.- Houssay & Lewis.- Fisiología Humana.- Cap. "Mecanismos Cerebrales de la Palabra".- Pág. 1271. Ed. El Ateneo.
- 23.- R. de la Fuente M. Psicología Médica.- "Psicopatología Infantil".- 1962. Págs. 225.
- 24.- Townch.- "Afasia Congenital" 1911.
- 25.- Howaed Warrem.- Diccionario de Psicología.- Pág. 6, Ed. C.F.E. 1964.
- 26.- Idem. Cita # 12.
- 27.- Straus Kephart.- Idem Cita # 1.
- 28.- Goldstein.- Psicología del Lenguaje.
- 29.- Valladares C.M.- Estudio sobre la clasificación y nomenclatura de los trastornos afásicos. Terapia Rehabilitadora Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana Vol. I # 1.
- 30.- Idem. Cita # 15.
- 31.- Head.- "Aphasia and Kindred" Disorders of Speech. Pág. xx vol. II Lb. Internacional 1944.
- 32.- Idem cita # 8.
- 33.- Idem. cita # 6.
- 34.- Idem cita # 9.
- 35.- Idem. cita # 29 Pág. 44.
- 36.- Idem. cita # 6.
- 37.- Broca,- Idem. # 15.
- 38.- Alves García J. Trastornos del Lenguaje Ed. Alfa B. Aires 1958, - 230 Pág.

- 39.- Idem cita # 6 y # 29.
- 40.- Borel-Maissy.- Curso de Foniatria y Logopedia 1965 en el I. Mexicano de la Audición y el Lenguaje.
- 41.- Longerich Mc. and Bordeaux.- Aphasia Therapeutics. The Mc. Millan-Co. New York 1954. Pág. 185.
- 42.- Reisenburg T. and Mc. Bride K.- Aphasia; The common wealth, Fund - División of Publication. New York. 1935.
- 43.- West Kennedy and Cara.- "Rehabilitation of Speech" New York Harper 1931.
- 44.- Travis L. E.- Speech Pathology.- Apleton Century Crofts New York - 1931.
- 45.- Rouma J. "La palabra y las perturbaciones de la palabra Trad. J. - Orellana Francisco Beltran, Lib. Española y Extranjera. Madrid.
- 46.- Piaget Jean.- "El Lenguaje y el Pensamiento en el Niño". Ed. La Lectura.
- 47.- Bastian Charlton.- A treatise on aphasia and Other Speccech defects. London 1902.
- 48.- L. enfant Sourd.- D.L. Kanzer.- Librairie Maloine Paris.
- 49.- Nendell Johnson.- "Problemas del Habla Infantil".- Trad. Felipe A. Montero. Ed. Kapelusz.
- 50.- Maspétiol, Soule etc.- "La educación del niño sordo"...para los -- padres, antes de la escuela. Trad. Irene Arcella.Manuel Tato. Buenos Aires 1959.
- 51.- Osgood & Murray S. Mirón.- Approaches to the Study of Aphasia". -- University of Illinois Press, Urbana, 1963.
- 52.- Pienfiel.- Fisiología Neuronal.

## CAPITULO II.-

- 1.- Quiroz G. Alicia.- "Oligofrenia y Agresividad" Tesis recepcional. 1956.
- 2.- Mayer-Gross-Psiquiatria Clínica.
- 3.- R. de la Fuente M. Psicología Médica. Págs. 268,1962.

- 4.- Gruthal.- Psiquiatría General y Especial.- Cap. "debilidad Mental - Congenita y Adquirida en la Infancia". Págs. 313-119.
- 5.- Leon Michaux.- Psiquiatría Infantil. Pág. 44.
- 6.- Benda.- Mongolismo y Cretinismos.- Grune & Stratton New York. 1949.
- 7.- Mayer, Slater, Roth.- Psiquiatría Clínica; Trad. José Cortada Ed. - Paidós Buenos Aires. Vol. III. 1958.
- 8.- Idem. Cita # 5.
- 10.- Fisiopatología Clínica.- "mecanismo de producción de los Síntomas" Trad. Folch Ed. W Sedeman.
- 11.- Idem Cita # 3.
- 12.- Idem. Cita # 4.
- 13.- Denoor.- Psiquiatría General y Especial Colaboración. Ed. Gredos - Madrid. 1958.
- 14.- Idem Cita # 3.
- 15.- Idem Cita # 5.
- 16.- Idem Cita # 4.
- 17.- Idem Cita # 7.
- 18.- W. Wolf.- Introducción a la Psicología. Brev. F.C.E. 4a. Ed.
- 19.- Binet-Simón.- "Les enfant anormaux".- París Colín 1921.
- 20.- Benda.- Psychopathology of Childhood. In Chionchael Manual of child psychology. New York Welly 1954.
- 21.- Mental Deficiency act. of 1927; Sección I Paragrafo 2.
- 22.- Challenges in Mental Retardation "Mental Retardation" Gunnar Dybwad Ed. Columbia.
- 23.- Edward Lacrosse.- Challenges in Mental Retardation Cap. "Early Childhood Education" Is essential to Handicapped Children.-
- 24.- Spradlin E. Joseph.- Language And Communication of Mental Defectives. Handbook of Mental Deficiency. Ed. Mc. Graw Hill, Series in - Psychology.
- 25.- Spitz Herman.- Fiel Theory Mental Deficiency.- "Handboock of Mental Deficiency".

- 26.- Noyes.- Psiquiatría Clínica Moderna.- Ed. La prensa Médica Mexi---cana. 1958.
- 27.- Idem Cita # 2
- 28.- Idem Cita # 13
- 29.- Idem Cita # 5
- 30.- Idem Cita # 2
- 31.- Idem Cita # 3
- 32.- Idem cita # 13
- 33.- Idem Cita # 4
- 34.- Review of Chil Development Research. Vol. I. Russel Sage Founda---tion, New York.
- 35.- Pascual de Roncal.- Manual de NeuroPsiquiatría Infantil. La Pren---sa Médica Mexicana. México 1952.
- 36.- J. Peinado Altable.- Paidología. Ed. Porrúa. México 1958.
- 37.- Ramos Contreras Marín.- Neurología, Psiquiatría, Neurocirugía.
- 38.- Weshler.- "The range of Human Capacities" Williams & Wilkins, Bal---timore, 1952.
- 39.- Pons P.A. Enfermedades del sistema nervioso, y Neurosis Medicina - Psicosomática.- Salvat Ed. SA. Barcelona. 1952. Vol IV.
- 40.- Krestschmer E.- Psicología Médica. Trad. José Seló.
- 41.- Reichardt.- "Psiquiatría General y especial" Citada anteriormente. Col. Storring y Weber. Madrid 1958.
- 42.- Terman & Merrill.- Medida de la Inteligencia.- Trad. Germain Cebraín Ed. Nacional México 1959.

#### CAPITULO III.- Metodología.

- 1.- Selección de Tests al servicio de la Psicología Infantil G. COLLIN. Ed. Kapelusz.- Buenos Aires.
- 2.- Bela Szekely.- Los Tests.- Manual de Técnicas de exploración Psico---lógica.- Ed. Kapelusz. Vol xx y xxx.
- 3.- Violet-Conil y Nella Canivet.- "Exploración de la mentalidad Infan---

- til" teoría y Técnica de la Investigación. Ed. Kapelusz.- Buenos Aires.
- 4.- Test Parciales de Lenguaje "Alicia Descoedres" Revista del Instituto Nacional de Pedagogía. Año XII -# 43-44.
- 5.- P. Pichot.- Los tests Mentales B. del hombre contemporáneo. Ed. --- Paidós. Buenos Aires.

INDICE.

PAGS.

INTRODUCCION. -----	
CAP. I .- EL LENGUAJE Y SUS TRASTORNOS	
Revisión Bibliográfica. -----	
CAP. II.- LA OLIGOFRENIA.	
Revisión Bibliográfica. -----	
CUADRO DE CLASIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS. -----	
CAP. III.METODOLOGICA. -----	
CAP. IV.- CAUSISTICA. -----	
CAP. V.- CONCENTRACION DE DATOS. -----	
CAP. VI.- CONCLUSIONES. -----	
BIBLIOGRAFIA. -----	
INDICE. -----	