



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

T E S I S

TITULO

**DETECCION DE LOS FACTORES DE RIESGO PERINATALES PARA LA
PRESENCIA DE TRASTORNOS DE LENGUAJE EN NIÑOS ATENDIDOS EN
EN EL SERVICIO DE TERAPIA DE LENGUAJE DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO**

INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO

ASESOR TEORICO:

DRA. SILVIA ORTIZ LEON

ASESOR METODOLOGICO:

DR. HECTOR ORTEGA SOTO

ALUMNA

DRA. MARITZA JIMENEZ JIMENEZ

CURSO:

**ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimiento a

Al Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro por permitir realizar mi práctica profesional en Paidopsiquiatria.

Dra. Silvia Ortiz León por su valiosa asesoría en la delimitación de los objetivos de esta investigación.

Dr. Héctor Ortega Soto por su apoyo e interés en la demarcación metodológica de esta tesis.

Al personal docente del departamento de psicología Médica, Psiquiatría y salud mental de la facultad de Medicina de la UNAM por haber contribuido en mi formación como Psiquiatra de niños y adolescentes.

Dedicatoria

A mi hija María Angélica, quién me ha enseñado a amar a los niños, y cuya presencia ha despertado en mis sentimientos que no conocía.

A mi esposo, persona que goza de mi admiración como ser humano, profesionista, padre , compañero y amigo, con él cual he compartido parte de mi vida, siendo posible disfrutar día a día de su compañía.

A mis padres que me enseñaron a gozar del servicio que puedo prestar a mis semejantes, y a los cuales debo gran parte de lo que soy.

A mis hermanos Luis Gerardo, Ligia, Ismael y Ana Isabel por todos aquellos hermosos momentos que hemos compartido.

INDICE

- 1. Justificación**
- 2. Introducción y Antecedentes**
- 3. Planteamiento del problema**
- 4. Objetivos**
- 5. Método**
- 6. Resultados**
- 7. Discusión**
- 8. Anexos.**
- 9. Referencias**

JUSTIFICACION

Es notorio el gran número de niños y niñas que presentan algún tipo de trastorno de lenguaje, por lo que se hace necesario acudir a la consulta de terapia de lenguaje en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Existe una gran cantidad de factores responsables de la aparición de los trastornos de lenguaje, por tanto considero importante investigar cuales de esos factores son más frecuentes, con el fin de implementar y recomendar medidas preventivas.

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

La lengua es el conjunto de signos y reglas combinadas, que son diferentes para cada país, grupo social o comunidad que la sustenta. El lenguaje es la facultad del ser humano de expresarse articulada y simbólicamente, que le ha permitido al ser humano el privilegio de la comunicación tan elaborada y el desarrollo de formas lógicas de pensamiento (1). Para la adquisición del lenguaje es necesario reconocer como parte indispensable, la interacción entre la maduración cerebral y la estimulación ambiental por tanto al desarrollarse en el niño la estructura mental, se obtiene el punto de partida de un movimiento, que puede culminar en una estructura. En el desarrollo del lenguaje interviene la capacidad de vocalizar, así como las estructuras cerebrales que las sustentan, asociado a la interconexión con otras funciones mentales como percepción, atención, voluntad y pensamiento que se estructuran por y para el lenguaje (2).

Los dos hemisferios cerebrales son asimétricos anatómica y funcionalmente, donde el hemisferio cerebral izquierdo está especializado en el procesamiento del lenguaje hablado y escrito. La función de la corteza del lóbulo temporal izquierdo, es actuar como aparato central del análisis y síntesis del lenguaje y sus sonidos, además de separar del raudal sónico, los fonemas nítidos y asegurar la constancia de los complejos sonoros que designen determinadas palabras. La integración prosódica del lenguaje y el acompañamiento mímico del mismo dependen del hemisferio cerebral derecho. La dominancia hemisférica para el lenguaje es un hecho genéticamente determinado, el cual está

presente desde las fases tempranas del desarrollo.

En el 60% de los recién nacidos la superficie del lóbulo temporal izquierdo es mayor que la derecha y aún desde el tercer trimestre del desarrollo fetal, el área de asociación auditiva izquierda con frecuencia es más grande que la derecha, éste desarrollo anatómico pudiera ser lo que explica la diferencia en el potencial de desarrollo del lenguaje. Sin embargo en la niñez ambos hemisferios tienen igual potencial para el desarrollo, pero el hemisferio izquierdo es superior al derecho en la capacidad para desarrollar habilidades sintácticas del lenguaje. (3).

Las funciones del lenguaje desde el punto de vista instrumental son ejecutadas por el aparato vocal, constituido por la laringe, la lengua, el velo del paladar y las cavidades nasal, bucal y faríngea que actúan mediante modificaciones de su configuración como resonadores. En el aparato vocal hay algunas porciones dotadas de gran movilidad que están constituidas por músculos estriados de contracción rápida que son los músculos de la lengua y el orbicular de los labios que cumplen funciones de regulación de las proporciones de la cavidad bucal (4).

El desarrollo del lenguaje está fundamentado en el funcionamiento cerebral y del cuerpo como un todo integrado (5). Es por eso que en el momento mismo en que la inteligencia sensorio - motriz se prolonga en representación conceptual y la inteligencia se convierte en presentación simbólica, el sistema de signos sociales aparece bajo la forma de lenguaje hablado (6).

Para que se lleve a cabo el aprendizaje del lenguaje, es necesario seguir cuatro pasos importantes que son:

IMPUT: se recibe la información y se graba en el cerebro.

INTEGRACION: una vez grabada la información, debe ser manejada de tal manera que sea entendida.

MEMORIA: almacenamiento de la información.

OUTPUT: es cuando se comunica la información desde el cerebro (7).

En cuanto a la evolución del lenguaje, Gessel (1991) proporciona una descripción por etapas:

28 SEMANAS: efectúa gran cantidad de vocalizaciones espontáneas, emite vocales consonantes, y hasta diptongos. Esta experiencia práctica es requisito para la comprensión de la palabra.

40 SEMANAS: ya posee una o dos palabras en su
Vocabulario.

1 AÑO: agrega dos o tres palabras a su
Vocabulario.

18 MESES: ya cuenta con 10 palabras y
acompaña el NO con sacudidas
De cabeza.

2 AÑOS: cuenta con mil palabras, sin
embargo solo utiliza 300 palabras
predominando los nombres de

cosas, personas, acciones.

3 AÑOS: ya construye frases, y puede utilizar 1000 palabras.

4 AÑOS: le gustan los juegos de palabras combina hechos, ideas y frases para reforzar su dominio de palabras y oraciones (8).

5 AÑOS: ya habla sin articulación infantil, su lenguaje está completo en estructura y forma, ya expresa frases completas y terminadas, usando todo tipo de oraciones (9).

Según el Dr. Myklebust en su estudio sobre dislexia, señala que el niño pasa por 5 etapas del desarrollo del lenguaje verbal, primero debe establecerse en lenguaje interno y junto con este el lenguaje auditivo -receptivo, luego se desarrolló el lenguaje auditivo- expresivo (habla) luego la lectura (lenguaje visual) que va a depender de la capacidad para aprender a transferir el lenguaje auditivo ya aprendido, a nuevos signos para las mismas señales (habilidad para relacionar fonemas con grafemas) (10).

El lenguaje hablado ha de tener siempre una motivación inicial como también una idea precisa. El enunciado discursivo se manifiesta mediante dos actividades fundamentales que son el

lenguaje hablado y el escrito cuya diferencia es que cada uno de ellos hace uso de medios diferentes de expresión discursiva (11).

Los trastornos del lenguaje se engloban dentro de los trastornos específicos del desarrollo, según el DSM IV R, se caracterizan por un desarrollo inadecuado de habilidades específicas relacionadas con el lenguaje, siempre y cuando no se deban a trastornos físicos o neurológicos, a trastornos generalizados del desarrollo, a deficiencia intelectual o a falta de oportunidades académicas. Dentro de los trastornos del lenguaje y del habla se encuentran los trastornos en la articulación, trastornos del desarrollo del lenguaje de tipo expresivo y receptivo.

La prevalencia para los trastornos del lenguaje en general oscila entre un 3 y 10 % de los niños en

Edad escolar. (12)

Comprender los cuatro pasos básicos para el aprendizaje, mencionados anteriormente es de suma importancia, ya que cuando se producen alteraciones en el IMPUT, se altera la percepción por lo que el niño tendrá una incapacidad para diferenciar, forma, figura, distancia o profundidad es así como si tiene un déficit en la percepción auditiva, no podrá distinguir las diferencias sutiles en los sonidos. Cuando el niño tiene una falla en la integración, se altera la secuencia, la abstracción y la organización de la información, por tanto una alteración en la secuencia puede hacer que el niño no pueda pronunciar bien las palabras, o que mezcle partes de las palabras, es cuando por ejemplo, trata de explicar algo y comienza a la mitad, luego se devuelve al principio y luego al final. Una dificultad para abstraer sería notorio en la incapacidad de derivar el correcto

significado de la palabra, de acuerdo a como se usa.

Puede presentarse una alteración en el OUTPUT y es cuando manifiesta la dificultad para producir el lenguaje y que antes debería organizar los pensamientos y buscar las palabras adecuadas (14).

La capacidad de aprendizaje del niño, puede disminuirse por alteraciones neurológicas u otras alteraciones sensoriales. Si la capacidad del niño para recibir o procesar los estímulos procedentes del entorno es defectuoso, es de seguro que resulta afectado el desarrollo del lenguaje (15).

Los estados patológicos de la corteza del lóbulo temporal izquierdo, engendran alteraciones en cuanto a la separación de los fonemas aislados que conducen inevitablemente a que los vocablos del lenguaje sonoro, percibidos por el paciente pierdan el carácter nítido y su catalogación objetiva precisa. Las alteraciones perceptuales lingüísticas y de coordinación **visomotora son signos neurológicos que revelan una desorganización en el funcionamiento del cerebro en los más altos niveles de organización.**

Cuando ocurre alguna lesión en el hemisferio cerebral izquierdo, en la niñez, el hemisferio derecho se encarga de compensar el déficit, por tanto los síntomas de niños con déficit en el desarrollo del lenguaje podrían estar reflejando un desarrollo defectuoso en la región **temporo parietal izquierda, junto con la maduración normal pero tardía en las habilidades semánticas y léxicas de la comprensión del lenguaje en el hemisferio derecho.**

La etiología de los trastornos del lenguaje es variable en cada

uno de los niños, en algunos de ellos puede ser secundario a una lesión cerebral perinatal, especialmente anoxia neonatal o hipotensión, en otros casos puede estar reflejando un desarrollo inadecuado o puede tener etiología genética. (3).

La presencia de otitis media recurrente durante los primeros 3 años de vida se considera un factor de riesgo para la presencia de trastornos de lenguaje (16).

Los factores relacionados con la etapa prenatal, como por ejemplo la mala nutrición de la madre y el uso de drogas y alcohol, los factores perinatales como el bajo peso al nacer y los postnatales como encefalitis y meningitis han sido considerados de gran trascendencia para la aparición de trastornos de lenguaje (17). Dentro de los factores etiológicos de los trastornos del lenguaje, también son importantes los factores afectivos y emocionales, como ejemplo la sobreprotección materna, donde el lenguaje si se constituye pero no evoluciona, volviéndose como lenguaje tipo bebé.

Otro factor sumamente importante es el rechazo materno, ya que esta actitud cargada de ansiedad, suscita en el niño una reacción negativa lo que frena su deseo de comunicación (18).

Las causas de los trastornos de lenguaje también se remiten a otros procesos perinatales como por ejemplo diversos traumatismos obstétricos, uso inadecuado de instrumentos, maniobras obstétricas incorrectas, partos lentos o muy rápidos entre otros (19).

En un estudio realizado en Inglaterra con 82 niños portadores de trastornos graves del habla, se encontró que el 11 % de ellos, tenían presencia de factores prenatales, en el 3% factores

perinatales y el 12% factores postnatales. En los factores perinatales predominó la asfixia, hipotonía, parto distócico, mientras que dentro de los factores prenatales se encontró malnutrición de la madre. (20).

Otro autor encontró que también es importante la carencia cuantitativa y cualitativa de estimulación verbal debido a un ambiente socioeconómico desfavorable, como también la ausencia de interacción madre-hijo ya sea porque es una madre que habla poco o bien porque es una madre deprimida (21).

ANTECEDENTES:

Antecedentes

Desde el siglo V a.c Herodoto en uno de sus escritos, relata cierta investigación llevada a cabo por el rey egipcio Psamético donde se revelaba la importancia del problema del aprendizaje del habla. Por otro lado hay datos que mencionan como San Agustín describió su propio proceso de adquisición del lenguaje en el libro de las confesiones.

Durante el siglo XVII y XVIII hubo un debate filosófico entre el racionalismo y el empirismo acerca de la naturaleza del aprendizaje y el uso del lenguaje.

1787: Dietrich Tiedeman escribió el diario de la conducta del infante donde se le ponía especial atención (22).

El estudio de los trastornos del lenguaje surgió del trabajo con adultos afásicos en 1800. En ese tiempo neurólogos fueron logrando una mejor comprensión de la relación entre el cerebro y el lenguaje, a partir del estudio de la gente que había adquirido trastornos después de un ataque o heridas focales. Otros como Morgan y Hinshelwood describieron problemas de ceguera congénita a la palabra y dislexia en los niños. Sin embargo la mayoría de los profesionales reconoció las diferencias entre los problemas adquiridos y los cognitivos.

Orton estuvo dentro de los primeros que definió los problemas de escritura, lectura y problemas del habla en los niños. Después de la segunda guerra mundial el interés en la afasia adulta e infantil se incrementó y aquellos con problemas del desarrollo fueron descritos adicionalmente por especialistas tales como Gutilian y Benton.

1954: Myklebust enfatiza la importancia del diagnóstico diferencial en el estudio de los niños con trastornos auditivos. El describió las características de los niños con daño auditivo, deficiencia mental y dificultades emocionales, así como de aquellos con daño del sistema nervioso central. Estos últimos fueron clasificados como afásicos receptivos, expresivos o mixtos.

Migivnis definió las características y los procedimientos desarrollados para los niños más pequeños con afasia sensorial y motora. Más tarde Eisenson, De Hirchs y Johnson describieron niños con trastornos de lenguaje y desarrollaron principios de intervención.

Inicialmente la clasificación de los trastornos del lenguaje se enfocó en procesos receptivos y expresivos. Con el advenimiento de la psicolingüística en los últimos 50 y 60 años se ha dado más énfasis al estudio de las reglas de desarrollo del lenguaje, por lo tanto la atención cambió de los problemas receptivos y expresivos a daños de la sintaxis, semántica y pragmática.

Nuevas teorías del lenguaje infantil aportaron datos de desarrollo, estimulando la investigación y proporcionando las bases para comparar niños normales y atípicos (18).

1962: Kirk empleó por primera vez el término trastorno de aprendizaje, donde se refería a un retardo, trastorno o lentitud en el desarrollo de uno o más de los procesos del habla, lenguaje, escritura, deletreo o de aritmética.

1963: Se fundó en EEUU la asociación para niños con trastornos de aprendizaje.

1969: se empleó oficialmente en EEUU la definición recomendada por el comité consejero nacional de niños impedidos. “ El termino

niños con trastornos específicos del aprendizaje significa aquellos niños que tienen un trastorno de uno o más de los procesos psicolingüísticos básicos, que participan en el entendimiento o empleo del lenguaje hablado o escrito, alteración que se puede manifestar en habilidades imperfectas para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o efectuar cálculos matemáticos siempre y cuando no incluya impedimentos visuales, auditivos, motores o deficiencia mental y trastornos emocionales “

1981: representantes de 6 asociaciones profesionales en los EEUU formaron el comité unido nacional para trastornos de aprendizaje, los cuales acuerdan que los trastornos del aprendizaje incluyen un grupo de trastornos manifestados entre otros por dificultades para hablar o leer (3).

Planteamiento del problema:

¿Existe una relación entre algunos factores de riesgo perinatales y la presencia de trastornos de lenguaje?

OBJETIVO:

GENERAL: Determinar los factores de riesgo perinatales en los niños portadores de lenguaje, que asisten al Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro.

ESPECIFICOS:

Conocer los factores de riesgo relacionados con la madre y la presencia de trastorno de lenguaje en su niño.

Determinar si la edad de la madre tiene relación con la presencia de trastorno de lenguaje.

Explorar si la escolaridad de la madre se relaciona con la presencia de trastornos de lenguaje.

Analizar si existe una relación entre consumo de sustancias, exposición a rayos X, así como uso de medicamentos durante el embarazo y la presencia de trastornos de lenguaje.

Identificar si existe una relación entre algunas complicaciones perinatales y la presencia de trastornos de lenguaje.

METODO:

1-Población a estudiar:

Niños y niñas de 3 a 5 años de edad , con diagnóstico de trastorno de lenguaje, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV -R , atendidos en el servicio de terapia de lenguaje del Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro. Las madres de los niños participantes en el estudio deben proporcionar su autorización para la participación voluntaria tanto de ellas como de sus hijos. Este grupo de niños con trastornos de lenguaje será denominado el GRUPO EXPERIMENTAL, el cual será comparado con el GRUPO TESTIGO que será una muestra de participantes de 3 a 5 años de edad portadores de diagnóstico de trastornos de conducta atendidos en la clínica de Desarrollo del mismo hospital.

2- Criterios de inclusión para grupo experimental:

- _ Ser paciente del Hospital Psiquiátrico Infantil.
- _ Pertener al servicio de terapia de lenguaje.
- _ Prueba psicológica denominada DENVER, donde
Se determine una alteración en el área del
Lenguaje.
- _ Coeficiente intelectual superior a 85 según la
Escala W.P.P.S.I.

3- Criterios de inclusión para grupo testigo:

- _ Ser paciente del hospital.
- _ Pertener a la clínica de desarrollo.
- _ Prueba psicológica DENVER, donde no se
Encuentre alteración en el área del lenguaje.
- _ Coeficiente intelectual superior a 85 según la
Escala de W.P.P.S.I.

4- Criterios de exclusión para ambos grupos:

- Deficiencia intelectual.
- Déficit auditivo.
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Afasias adquiridas.
- Presencia de patología física sistémica.
- Niños menores de 3 años y mayores de 5 años.

4- Universo del estudio:

Los niños y niñas que integraron éste estudio fueron aquellos que acudieron por primera vez al servicio de terapia de lenguaje del Hospital entre el 1 de junio al 31 de agosto de 1995. Se determinó que una muestra de 30 participantes era representativa estadísticamente, para el grupo experimental y para el grupo testigo.

5- Diseño:

Se utilizó un diseño observacional, transversal, donde se analizó las variables seleccionadas, en el momento de la toma de información.

6- Procedimiento:

Una vez que se seleccionaron los 30 participantes de la muestra de los niños portadores de trastornos de lenguaje y 30 niños portadores de trastornos de conducta, tomando en cuenta los criterios de inclusión ya mencionados, se procedió a aplicar una hoja de captación de datos ,la cual incluía complicaciones perinatales como:

-atención de parto.

- tipo de parto: eutócico o distócico.
- tiempo de ruptura de membranas.
- características del meconio.
- desprendimiento prematuro de placenta.
- circular de cordón.
- presentación anómala.
- aplicación de fórceps.
- tipo de anestesia.
- peso y edad gestacional.
- APGAR.
- reanimación.
- producto único o gemelar.
- característica de la placenta.

En cuanto a algunos datos importantes de la madre, la hoja de captación de datos incluía:

- Edad.
- Escolaridad.
- Enfermedades cercanas al parto.
- Uso de drogas.
- Número de gestación.
- Exposición a rayos X.
- Uso de medicamentos.
- Embarazo deseado o no.

Instrumento:

Se elaboró una hoja de captación de datos, donde se anota los principales factores de riesgo que se han asociado con los trastornos de lenguaje, dentro de los cuales se encuentran datos de la madre en el momento del embarazo y datos específicos del niño. (Anexo 1).

DEFINICION DE CONCEPTOS Y VARIABLES:

FACTOR DE RIESGO:

Característica del huésped de origen endógeno o exógeno, el cual se sabe que antecede la enfermedad y/o que está asociado con deterioro dentro de la enfermedad, alimentando por tanto el riesgo de progresión, complicación o muerte prematura. De esta manera el factor de riesgo afecta la salud biopsicosocial del individuo (23).

ETAPA PERINATAL:

Comprende entre la semana 28 de gestación y los primeros 28 días de la vida extrauterina (24).

PESO AL NACER:

Se tomará el peso en gramos, denotándose que cifras inferiores a 2500 gramos se denomina bajo peso al nacer y arriba de 4000 gramos alto peso al nacer (24).

EDAD DE GESTACION:

Como factor de riesgo se toma una edad gestacional inferior a las 37 semanas y arriba de 42. Se sabe que niños de pre término el riesgo

es hipoglicemia, inmadurez, mientras que los niños pos término el riesgo es suministro inadecuado de nutrientes y oxígeno (24).

ANTECEDENTES MATERNOS:

Como factor de riesgo se toma en cuenta, edad de la madre, tanto en el momento de la concepción, como en el momento del parto.

También la paridad, el consumo de alcohol, medicamentos, uso de drogas, presencia de enfermedades, exposición a los rayos X entre otros (24).

RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS:

Consiste en la salida de líquido amniótico, antes de llevarse a cabo el inicio de parto, se sabe que cuando esto ocurre, se aumenta el riesgo de infecciones, además del riesgo de nacimientos de pre término (24).

ANESTESIA:

El uso de anestesia se considera factor de riesgo, porque puede producir hipotensión en la madre y asfixia en el neonato (24).

PARTO DISTOSICO:

Se considera factor de riesgo, ya que en el caso de los fórceps, estos pueden causar diferentes tipos de traumatismos en el recién nacido, los cuales pueden ir desde laceraciones, fracturas hasta parálisis (24).

SEXO:

Está demostrado que el neonato masculino tiene mayor riesgo que el femenino (24).

APGAR:

Es una calificación que se le da al neonato al minuto y a los cinco minutos, consta de 5 elementos que son: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración. Arriba de 7 no hay señal de alarma (24).

TALLA:

Para un pre termino= 37 a 43 cm que corresponda a un peso de 1000 a 2000grs.

Para niños de 32 a 37 semanas de edad gestacional con un peso de 2000 a 3000grs se considera una talla de 43 a 48 cm.

Para un niño maduro de 38 a 42 semanas de gestación, con un peso de 3000 a 4000 grs se considera una talla de 48 a 52 cm.

ICTERICIA:

Su aparición se debe a la insuficiente transportación hepática de la bilirrubina indirecta, resultado de la hemólisis del exceso de eritrocitos en los primeros días de edad. Se manifiesta cuando la bilirrubina indirecta llega a cifras de 4 o 5 mgs /100ml de sangre. Aparece entre el 2 y 6 día de edad, causando daño directo al sistema nervioso central cuando sobrepasa los 20 mgs (24).

ESCOLARIDAD DE LA MADRE:

La baja escolaridad de la madre se relaciona con bajo nivel socioeconómico, y eso se traduce en cifras más altas de morbi-mortalidad en sus hijos. (25).

DURACION DE TRABAJO DE PARTO:

Una duración mayor de 6 horas es factor de riesgo ya que se relaciona con morbi-mortalidad (25).

EMBARAZO Y SU ACEPTACION:

Depende de la aceptación de tener al niño, lo cual a veces se traduce en su actitud al maternaje posteriormente (25).

CONTROL PRENATAL:

Es importante un buen seguimiento de la evolución del embarazo a fin de detectar cualquier anomalía a tiempo (25).

ATENCION DEL PARTO:

Se exploró sobre las condiciones de la atención del parto, si fue intrahospitalario o en casa, ya que el pronóstico varia (25).

MATERNAJE:

Como el periodo perinatal se extiende hasta los 28 días de nacimiento, es útil conocer quién estuvo con el niño en esos días (25).

LACTANCIA:

Es importante conocer sobre su alimentación, si tuvo lactancia materna o no, ¿cómo fue la succión? Y como era la actitud de la madre ante el niño.

RESPIRACION Y LLANTO:

Se investigó sobre estas condiciones, si su respiración fue adecuada o su llanto fuerte a fin de conocer las condiciones del niño al nacer.

ANALISIS ESTADISTICO:

Una vez obtenidas las frecuencias de cada variable estudiada se procedió a realizar una prueba de correlación entre las mismas. Por tanto elegí las variables de sexo, lugar de nacimiento, aceptación del embarazo, control prenatal, uso de medicamentos durante el embarazo, enfermedades de la madre, número de para, atención del parto, uso de anestesia, respiración y llanto al nacer, cianosis, ictericia, maternaje y lactancia.

Se utilizó la fórmula de riesgo relativo aproximado donde se toman los valores de cada variable en números absolutos, tanto para el grupo control como para el grupo experimental.

La expresión matemática del R.R.A es:

FACTOR DE RIESGO= TL TC

A	B
<hr/>	
C	D

$$R.R.A = \frac{A \times D}{B \times C}$$

Si el riesgo relativo aproximado R.R.A es mayor a 1 se considera un factor de riesgo, pero si es inferior a 1 se considera solo un factor protector.

SEXO:

22 de los niños con trastornos de lenguaje TL, fueron del sexo masculino y 8 fueron niñas, mientras que en el grupo testigo (Trastornos de conducta TC) 21 de los participantes fueron niños y 9 niñas. El resultado del cálculo del riesgo relativo aproximado R.R.A, fue de 1, por tanto se considera factor de riesgo estadísticamente significativo.

LUGAR DE NACIMIENTO:

26 de los niños portadores de TL, pertenecen al Distrito Federal, mientras que 4 de los niños con TL pertenecen al interior de la república. En cuanto a los niños portadores de TC, 24 de los participantes pertenecen al DF, mientras que 6 de los niños a diferentes puntos de la república. El cálculo de R.R.A. fue de 0.2, lo cual no se considera estadísticamente significativo.

ACEPTACION EMBARAZO:

Solo 6 de los niños portadores de TL, fueron productos de embarazos deseados, mientras que 24 de los niños no fueron deseados. En el caso de los TC, 13 de los niños fueron producto de embarazos deseados, mientras que 17 de los niños no fueron planeados. El resultado del cálculo del R.R.A. fue significativo con un valor de 3, lo que indica que es 3 veces más frecuente, encontrar el antecedente de embarazo no deseado en los niños portadores de trastornos de lenguaje.

CONTROL PRENATAL:

23 de los niños portadores de TL gozaron de control prenatal, mientras que 7 de la muestra no. En el caso de los niños portadores de TC, curiosamente presentaron los mismos datos, dando como resultado un R.R.A. de 1, lo cual es estadísticamente significativo

como factor de riesgo. Sin embargo creo que no tomé en cuenta la calidad del control prenatal.

USO DE MEDICAMENTOS EMBARAZO:

3 de las madres de los niños con TL, usaron medicamentos en el embarazo, tipo antihipertensivo, hipoglicemiantes y anti comiciales. Para los niños con TC, 9 de las madres usaron medicamentos, tales como antihipertensivos, hipoglicemiantes, anti comiciales, antibióticos, analgésicos etc. El R.R.A. fue de 0.25 lo cual no resultó factor de riesgo.

ENFERMEDAD DE LA MADRE:

4 de las madres de los niños con TL, sufrieron de enfermedad durante el embarazo, tales como Hipertensión arterial, Diabetes, Epilepsia y gastritis. Para los niños con TC, 10 de las madres sufrieron de HTA, DM, Epilepsia, cefalea, sepsis urinaria, etc. El resultado del R.R.A. fue de 0.76 lo cual no es considerado factor de riesgo estadísticamente significativo.

NUMERO DE PARA:

13 de los niños con TL fueron primogénitos, mientras que de los niños con TC fueron 15, no resulto estadísticamente significativo ya que su R.R.A fue de 0.7.

ATENCION DEL PARTO:

Todos los niños de la muestra fueron atendidos por tanto el cálculo de R.R.A. fue de 0

ANESTESIA:

14 de las madres de los niños con TL recibieron anestesia tipo BLOQUEO PERIDURAL, y 16 de las madres de los niños con TC,

también con Bloqueo. El resultado del R.R.A, resultó de 0.50, lo cual no es significativo.

EDAD GESTACIONAL:

Todos los niños con Tl fueron de término, en contraste con 27 niños con TC, nacieron de término y 3 de los niños fue de pre término. El cálculo de R.R.A. fue de 0.3 no significativo.

TIPO DE PARTO:

8 de los niños con TL nacieron por cesárea, mientras que 15 de los niños con TC fueron por cesárea, el cálculo de R.R.A. fue de 0.2, no significativo.

CIANOSIS:

7 de los niños con Tl sufrieron cianosis al nacer, mientras que 10 de los niños con TC, presentaron también cianosis. El cálculo del R.R.A. fue de 0.6 no significativo.

ICTERICIA:

4 de los niños con TL presentaron ictericia al nacer, al igual que los niños con TC, los cuales presentaron la misma cifra, por tanto el cálculo de el R.R.A. es de 1 resultando estadísticamente significativo.

MATERNAJE:

Las 30 madres de los niños con TL ejercieron el maternaje, mientras que para uno de los niños de TC, fue dado por su abuela materna, ya que su madre falleció. El R.R.A es de 0.1 lo cual no fue factor de riesgo.

LACTANCIA:

29 de las madres de los niños de TL, proporcionaron leche materna a sus hijos, 1 de los niños tuvo restricción por medicación anti comicial de la madre. En el caso de los niños con TC, 24 de ellos recibieron lactancia, 6 de los niños de la muestra no fue posible por motivos de trabajo y falta de producción. El resultado de R.R.A fue de 0.13 lo cual no es significativo.

Para las siguientes variables fue necesario aplicar otras pruebas de correlación estadística, específicamente para la edad del niño, y escolaridad de la madre, para las cuales se aplicó la prueba de CHI-SQUARED.

ESCOLARIDAD DE LA MADRE:

10 madres de niños con TL cursaron primaria completa (9.5).

8 madres de niños con TL cursaron secundaria (8).

6 madres de niños con TL cursaron preparatoria (7).

7madres de niños de niños con TL cursaron universidad (5.5).

Al aplicar la prueba de CHI-SQUARED se observa un resultado de 1.15 con D.O.F. de 3, lo cual demuestra que no hay diferencia significativa.

EDAD DEL NIÑO:

10 niños TL corresponde a los 3 años (7.5)

6 niños TL corresponde a los 4 años (8.5)

14 niños TL corresponde a los 5 años. (14).

5 niños TC corresponde a los 3 años (7.5)

11 niños TC corresponden a los 4 años (8.5)

14 niños TC corresponden a los 5 años (14).

Al aplicar la prueba de CHI-SQUARED se observa un resultado de 3.13 con D.O.F. de 2 lo cual demuestra que no hay diferencia significativa.

Para las siguientes variables fue necesario aplicar otra prueba denominada T STUDENTS obteniendo los siguientes resultados:

DURACION TRABAJO PARTO:

8 niños TL menor de 6 horas.

16 niños TL entre 6 y 10 horas.

6 niños TL mayor de 10 horas.

11 niños TC menor de 6 horas.

10 niños entre 6 y 10 horas.

9 niños TC mayor de 10 horas.

Se aplicó la prueba T STUDENTS cuyo resultado no demostró significancia estadística (9.53-7.12)

15 niños TL no presentaron RPM.

12 niños TL RPM en las primeras 5 horas.

3 niños TL RPM mayor a 5 horas.

19 niños TC no presentaron RPM.

5 niños TC RPM en las primeras 5 horas.

6 niños TC RPM mayor a 5 horas.

Al aplicarse la prueba de T STUDENTS se observó un resultado para los niños con TL (2.66 – 4.49) y para los niños con TC (3.03-5.24) lo cual no demuestra una diferencia estadísticamente significativa.

PESO AL NACER:

18 niños TL peso inferior a 3000grs.

10 niños TL peso entre 3000 a 3500grs.

2 niños TL peso superior a 3500grs.

14 niños TC peso inferior a 3000 grs.

12 niños TC peso entre 3000 a 3500grs.

4 niños TC peso superior a 3500 GRS.

Se aplicó la T STUDENTS obteniéndose resultado de (3063 -23.6) para niños con TL y (3102-447) para niños con TC. No demuestra diferencia significativa.

TALLA AL NACER:

6 niños TL talla inferior a 50 cmts.

24 niños TL talla entre 50 y 55 cmts.

15 niños TC talla inferior a 50 cmts.

15 niños TC talla entre 50 y 55 cmts.

Al aplicar la T STUDENTS se obtuvo un resultado de TL (50.4-1.19) y TC (49.5-2.82), dichos resultados no demuestran diferencia significativa.

APGAR:

Al minuto: 5 minutos:

7 niños TL (6) (7).

5 niños TL (8) (9).

18 niños (9) (10).

10 niños TC (6) (7).

1 niño TC (7) (8).

6 niños (8). (9).

13 niños (9) (10).

Al aplicar la T STUDENTS TL (8.13-1.25) Apgar al minuto, y para TC (7.73- 1.33).

Apgar 5 minutos TL (9.13-1.25) al minuto, TC (8.73-1.33). Los resultados no demuestran diferencia significativa.

EDAD DE LA MADRE:

6 madres de los niños TL edad inferior a 20 años.

7 madres de los niños TL edades entre 20 y 30 años.

17 madres de los niños TL edad superior a 30.

9 madres de los niños con TC edad inferior a 20.

16 madres de niños TC entre 20 y 30 años-

5 madres de niños con TC edad superior a 30.

Al aplicar la T STUDENTS se obtuvo un resultado de TL (29-6.71) TC (24.9-6.78).

Dichos resultados revelan que las madres de los niños con TC fueron relativamente más jóvenes que las madres de los niños con TL.

Discusión y conclusiones:

En el presente estudio, fue notorio como 4 de las variables estudiadas resultaron ser significativas estadísticamente, como factores de riesgo para la presencia de trastornos de lenguaje.

Quizá en otros estudios, aparecen significativas otras variables, pero debo mencionar que la muestra seleccionada para el estudio representa una muestra pequeña, en combinación con el grupo testigo elegido, con el cual si es posible comparar factores de riesgo comunes. Puede ser factible, que puedan surgir diferencias al incrementar el número de sujetos en cada grupo de estudio.

Creo que los resultados son de interés ya que la información en el momento de estudio resultó ser escasa en nuestro país.

Al estudiar los trastornos psiquiátricos en la infancia (21,26) se observa que hay un predominio de varones portadores de patología, por tanto se puede corroborar éste dato también en el Trastorno de Lenguaje y en los trastornos de conducta. Probablemente se relaciona al mayor riesgo de morbilidad existente en el neonato del sexo masculino en comparación con el neonato del sexo femenino.

En el factor del lugar de nacimiento, para el caso de México, pudiera ser un factor de riesgo, por las diferencias urbanas y rurales, éste estudio no pudo identificarlo, lo cual podría explicarse por el sitio de estudio, ya que el Hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, es un hospital de concentración, de características únicas en México.

En cuanto a la atención materno infantil es una actividad prioritaria a nivel internacional en los programas de salud, por tanto la población estudiada tuvo acceso a ésta, de acuerdo con nuestra evaluación categórica, sin embargo debe ser interpretada con cautela ya que no se obtuvo información acerca de la calidad del control

prenatal, ya que es básico saber el tipo de control que reciben las madres embarazadas.

Es un hecho bien reconocido, el riesgo que implica la utilización de fármacos durante el embarazo, y por ello es pertinente la recomendación de evaluar el riesgo – beneficio de su empleo, si bien en el presente estudio, no resultó ser un factor de riesgo, algunas de las madres de los niños participantes de esta investigación padecieron DM e HTA durante el embarazo y recibieron tratamiento farmacológico. Ambos padecimientos han sido asociados con productos proclives a la inmadurez cerebral y en especial en el caso de la Diabetes se ha documentado la presencia de productos hipertróficos.

En cuanto al factor relacionado del Bloqueo **peridural** (BPD), en el presente estudio se mostró en el 50% de la muestra, lo cual bien sabemos que predispone al riesgo de hipotensión arterial en la madre y asfixia en el neonato. La hipotensión arterial materna repercute directamente en la perfusión placentaria produciendo una interferencia en el intercambio gaseoso entre madre e hijo desencadenando una combinación de hipoxemia e hipercadnia, con la consiguiente lesión cerebral que se produce al minuto de haberse instalado el episodio de apnea secundario. En los participantes de éste estudio, no se presentaron complicaciones por el empleo del BPD, pero es un dato relevante, ya que la hipoxia neonatal puede producir lesión del hemisferio cerebral izquierdo, básicamente en la región **temporo**-parietal, la cual se ha identificado como causa de trastornos de lenguaje en algunos casos.

El bajo peso al nacer, es indicativo de un crecimiento intrauterino deficiente que revela la calidad biológica del producto y demuestra cómo se encuentra el complejo biopsicosocial en el que fue

concebido el niño. En un estudio realizado en México, se evaluó el efecto del bajo peso al nacer sobre la morbi-mortalidad, identificándose que existía un riesgo mayor en los niños con un peso inferior a los 2500 grs. El bajo peso al nacer presentado en el 30 % de la muestra, también se ha relacionado con la edad materna. En las madres muy jóvenes el peso al nacer promedio de sus hijos es relativamente bajo, siendo también frecuente el nacimiento de productos de pre término.

Es posible que a una edad mayor de la madre, la disposición a la atención y estimulación del niño, quizá en algunos casos no sea la óptima, sin embargo no es un dato que se pueda generalizar.

En cuanto a la aceptación del embarazo, fue un factor significativo de riesgo en este estudio, ya que el hecho de no desear al producto, crea en la madre alteraciones emocionales, que pueden inducir a la madre a atentar contra la viabilidad del producto, además es de esperar que estas gestaciones suelen cursar sin adecuada vigilancia médica y con carencias nutricionales. Por otra parte la no aceptación de un embarazo puede presentar dos tipos de reacciones por parte de la madre, una de sobreprotección hacia el hijo, que aunque permite que el lenguaje se constituya, no evoluciona satisfactoriamente y la otra reacción de rechazo, que genera culpa y angustia en la madre, produciendo en el niño una reacción negativa, frenando así su deseo de comunicación verbal. Aunque ser producto de un embarazo no deseado resultó ser un factor de riesgo, el maternaje que es un factor afectivo importante, no tuvo mucha diferencia, ya que fue proporcionado por la madre, aunque no se evaluó la calidad del mismo.

Es posible que un grado de escolaridad bajo, contribuya a este aspecto, ya que se ha documentado que la escolaridad de la madre e

menos cuanto más bajo es el nivel socioeconómico de la familia, y que además se refleja en cifras más altas de morbi-mortalidad infantil y en una mayor frecuencia de multigestación. Puede estar relacionado con este menor conocimiento de la estimulación verbal, el haber encontrado que el 50 % de los niños estudiados representaron la primera de las gestaciones de sus madres. Esto es un factor de riesgo de mayor morbilidad, lo que me permite pensar en la necesidad de realizar un mayor estudio en su relación tanto con el Trastorno de lenguaje como con el trastorno de conducta en futuros estudios.

Con respecto a otras variables propias del niño, y que se han reconocido como de mayor riesgo de morbi-mortalidad general, los resultados de este estudio son de interés dado que se presentaron con frecuencias elevadas, si se comparan con las de la población general. Es así como ese encontró que entre el 20 y 30 % de los niños presentaron una calificación APGAR entre 6 y 7, indicativo de posible sufrimiento fetal. También se halló en la misma proporción la presencia de cianosis y respiración y llanto tardío.

En conclusión, en este estudio fue posible determinar cuatro factores de riesgo para la presencia de trastornos de lenguaje en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro. Dentro de los factores identificados se encuentra el sexo masculino, coincidiendo con muchos estudios que revelan la predisposición de los niños a cursar con psicopatología. El segundo factor identificado es la no aceptación del embarazo, hecho que podría explicarse por dos posibles reacciones de la madre ante el producto, las cuales pueden ser sobreprotección lo que limita el desarrollo del lenguaje, y la otra reacción sería rechazo lo que

conlleva a estimular menos al niño con la consecuencia en el área del lenguaje.

El tercer factor se denomina control prenatal, que si bien es cierto debería ser un factor más bien protector para la no aparición del trastorno de lenguaje, no me fue posible evaluar la calidad del mismo, ya que sería importante saber si hubo constancia en el mismo.

El cuarto factor detectado fue el relacionado con la ictericia que si encontró relación con la aparición de trastornos de lenguaje, lo cual puede relacionarse con la posible lesión cerebral principalmente en áreas relacionadas con la ejecución del lenguaje.

La realización de este estudio me dio pauta para agudizar la forma en que ejecuto la recolección de información, poniendo especial atención en todos y cada uno de los factores que son importantes para el normal desarrollo de los niños, ya que de esto depende su desenvolvimiento posteriormente. No puedo dejar de mencionar las consecuencias que se presentan en los niños portadores de trastornos de lenguaje, desde inseguridad, timidez, rechazo entre otras consecuencias lo cual si ponemos especial cuidado podemos contribuir a la disminución de este trastorno.

TABLA 1
FACTORES DE RIESGO PERINATALES
TRASTORNO DE LENGUAJE vs TRASTORNO DE
CONDUCTA

Variable	Trastorno de Lenguaje (n)	Trastorno de conducta (n)	Riesgo Relativo Aproximado
Sexo	8	9	1
Lugar de nacimiento	26	24	0.2
Embarazo deseado	6	13	3
Control prenatal	23	23	1
Medicación durante el embarazo	3	9	0.2
Enfermedades en el embarazo	4	10	0.76
Primera gestación	13	15	0.7
Atención Hospitalaria del parto	30	30	0
BPD*	14	16	0.5
Edad gestacional (de termino)	30	27	0.3
Parto vaginal	24	15	0.2
Respiración y llanto tardíos	7	12	0.45
Cianosis	7	10	0.6
Ictericia	4	4	1
Maternaje	30	29	0.1
Lactancia	29	24	0.13

REFERENCIAS

1) Valdez G. Introducción al desarrollo infantil.

(ed) Trillas, México, 1994, pp 115-125

2) Galguera I, Hinojosa G. El Retardo en el desarrollo.

(ed) trillas, México, 1991, pp 141-147

3) Calderón R. El niño con Disfunción cerebral – trastornos de lenguaje, Aprendizaje y Atención en el niño.

(ed) LIMUSA, México, 1994, pp 13 – 51; 75 – 125

4) Ascoaga J. los retardos del lenguaje en el niño.

(ed) Paidós, España, 1992, pp 43; 76 – 77

- 5) Macías G. Papel de las disfunciones cerebrales en los trastornos del aprendizaje, trastornos de lenguaje y retraso mental. SEP, 1982, pp 117 - 122
- 6) Piaget J. La formación del símbolo en el niño. (ed) Fondo de cultura económica, México, 1987 pp 92
- 7) Lewis M. Child and adolescent Psychiatric. (ed) Williams & Wllkins, USA, 1991, pp 12-22-33-45-57-79-95-118-138.
- 8) Gessell A. El niño de 5 y 6 años. (ed) Paidos Ecuador, México, 1991, pp 48
- 9) Myklehist, H. Touward a science of Dyslexiology progress in learning disabilities, Vol. IV. Nueva York grune y Stratton 1978
- 10) Luria A. Lenguaje y pensamiento (ed) planeta, México, 1994, pp14, 86-87
- 11) Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV R (ed) Masson, España 1995 pp 53-68

12) Stevenson, J. Richmen, N. The Prevalence of language
Delay in a population of three year-old
Children and its association with general
Retardation, develop med chil neurol. 18: 431,
1986

13) Rutter M, Fundamentos científicos de Psiquiatría del
desarrollo.
(ed) Salvat, España, 1985, pp 215- 233.

14) Harsten G. Lenguaje Development in child with recurrent
acute
Otitis media during the first, 1993, vol, 107, pp 407-412

15) Johnson D. Lenguaje disorders child and adolescent
Psychiatric
Clinics of North Americam, April 1993, vol 2, pp 233-249

16) Launay C. trastornos de lenguaje, la palabra y la voz del Niño. (ed) Masson, España, 1984, pp 90-97.

17) Duclos J. La hipoxia del Recién nacido. Actas del primer Congreso americano de hipoacusia y lenguaje, Buenos Aires, 1982, pp 148

18) Robinson R. Causes and association of severe and Persistent specific speech and language Disorders in children. Development medicine and child neurology, 1995, vol 3 pp 943-962

19) Ajuriaguerra J, Manual de Psicopatología del niño, (ed) Masson, España, 1992 pp 101-108

20) Phillip D, Desarrollo del Lenguaje. (ed) trillas, México 1992, pp 11

21) Cordera A, Administración de sistemas de salud, (ed) Cordera México, 1983, pp 86

22) Valenzuela M. Manual de pediatría, (ed) interamericana,
Mc
Graw Hill, México, 1980, pp 176

23) Factores de riesgo perinatal. Investigación clínica y
Epidemiológica IMSS. 1997, pp 53-80