

Factores que determinan el Retardo Anártrico y Afásico en Oaxaca

Dra. Avertina Balderas Gil

Médico Especialista en Medicina de la Comunicación Humana
(Audiología, Foniatría y Otoneurología)
Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral
de la Familia en el Estado de Oaxaca

Asesor General de la Investigación
Dr. Estanislao Ramírez Vargas¹

Asesor Metodológico
Dr. Vladimir Sosa²

Resumen

Determinantes perinatales en niños de 2 a 7 años con Retardos de Lenguaje oral de Patogenia Anártrica o Afásica en Oaxaca, México. Realizado en la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez y en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, del 28 de febrero al 15 de diciembre del 2010. Universo 15,185 Expedientes Clínicos, con diagnóstico de Trastornos de Lenguaje. Población blanco 1232 expedientes, muestreo

¹ Investigador y Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad "Benito Juárez". Oaxaca, México.

² Catedrático de la Maestría de Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad "Benito Juárez". Jefe del Área de Epidemiología del Sector Salud en el estado de Oaxaca, México.

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com

www.adinarosario.com.ar

aleatorio estratificado y tamaño de la muestra de 130 expedientes. Diseño: Descriptivo Transversal. Criterios de Selección: Expediente Clínico, Unidad de Análisis el Individuo, Captación de datos: En Formularios Datos generales, Antecedentes perinatales, Etapas del lenguaje y EEG. Análisis estadístico con el Sistema Stata Versión 11.1 y Statistics SPSS 18.0. Resultados: Determinantes encontrados, Amenaza de aborto, Odds ratio de 3.580645, Intervalo de Confianza de 95 % 1.323845 a 9.880943 Valor de Chi²= 8.20, Valor P= 0.004. Causas de hospitalización después del nacimiento Odds ratio 2.64268 Chi² = 5.16, Valor de P =0.023. Productos de más 40 SDG con un Odds ratio 4.560606, Intervalo de Confianza 95 % de 1.062602 a 22.38125 y valor de P=0.013. La epilepsia subclínica se puede detectar tempranamente por los retardos en el lenguaje oral de patogenia anártrica o afásica.

Palabras clave: Alteraciones del lenguaje oral en niños. Factores perinatales. Daño neurológico. Epilepsia y lenguaje

“Anarthric language delays and Aphasic in Oaxaca”

Summary:

Perinatal Determinants in children 2 to 7 years with Language Delays or Aphasic Anártrica Pathogenesis in Oaxaca, Mexico. Made in the Faculty of Medicine of the Autonomous University Benito Juárez and Rehabilitation Center and Special Education, 28 February to 15 December 2010. 15.185 Universe clinical records, diagnosed with language disorders. 1232 White Population records stratified random sampling and sample size of 130 cases. Design: Cross-sectional. Selection Criteria: medical records, the Individual Analysis Unit, Data Capture: Forms General data, perinatal history, language and EEG stages. Statistical analysis with Stata Version System SPSS Statistics 11.1 and 18.0. Results: Determinants found, threatened abortion, 3.580645 Odds ratio, confidence interval 95% to 9.880943 1.323845 value Chi² = 8.20, P = 0.004 value. Causes of hospitalization after birth Chi² = 2.64268 Odds ratio 5.16, P = 0.023. More products with a 40 SDG 4.560606 Odds ratio, confidence interval 95% to 22.38125 1.062602 and P = 0.013.

Keywords: Language delays. Perinatal factors. Neurological damage. Epilepsy and Language.

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad “Benito Juárez”
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com

www.adinarosario.com.ar

INTRODUCCIÓN

Si el lenguaje como patología, se estudia en los infantes que han presentado una lesión cerebral durante el periodo perinatal, debemos pensar en la dificultad que tendrá el niño en adquirir una a una las diferentes etapas por las que tiene que transitar desde que nace hasta lograr la integración del lenguaje con el cual se va a comunicar toda la vida y que debe completarse entre los 4 y 5 años de edad, este fenómeno se da en un proceso de aprendizaje fisiológico, que se concreta en la organización de “unidades o engramas” para generar dos características básicas del lenguaje que son la **Elocución** y la **Comprensión**. Definimos en este estudio, **Retardo del lenguaje Anártrico** como un trastorno del lenguaje infantil ocasionado por una lesión en el cerebro del niño antes del primer nivel lingüístico. Afectando la Elocución por la dificultad en el análisis y la síntesis de los sonidos de la lengua y las palabras. (1) Estos niños tienen dificultad marcada para expresarse y poseen adecuada comprensión de lo que se les dice. Definimos el **Retardo de Lenguaje Afásico** como un trastorno en la organización y el desarrollo del lenguaje infantil que afecta fundamentalmente a la comprensión verbal, causado por una lesión, disfunción o retardo en el desarrollo cerebral. (2) Dificultando el proceso de análisis y síntesis de los significados de las palabras. Diagnosticar los problemas del lenguaje en alteraciones “mayores” como síndromes genéticos, intelectuales, accidentes cerebro vasculares isquémicos perinatales, en la Enfermedad Motriz Cerebral es sencillo (3) pero descubrir alteraciones del lenguaje oral como las caracterizadas en este estudio, en trastornos del lenguaje de patogenia anártrica y afásica en infantes de 2 a 7 años de edad, es de mayor importancia, aunque éstas sean consideradas como alteraciones “menores”, ya que son manifestaciones tempranas de cuadros de epilepsia subclínica y más tarde problemas del aprendizaje escolar en el niño que las presenta y es claro que existen, a pesar de los sistemas de monitorización intraparto y de la multiplicación por 25 del número de cesáreas indicadas por sufrimiento fetal. (4)

Las alteraciones de lenguaje como patología, se encuentran entre el conglomerado de lesiones “leves” con buen pronóstico en niños, pasan desapercibidas por falta de información y ausencia de estudios específicos. La prevalencia de los trastornos del

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad “Benito Juárez”
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

lenguaje es elevada, en países como Finlandia donde se reportan cifras de 22.9%, otros autores como Schenk, Schmidt, Hofman, y cols., de la Universidad de Rotterdam, Holanda reportan cifras en una proporción de 10 a 14 por cada 100 niños menores de 6 años (5). En México se reportan del 40 a 60 %, en estudios realizados en 3 Universidades, de nuestro país: Estado de México, Querétaro y Aguascalientes, trabajaron con niños que tuvieron antecedentes de problemas de lenguaje en la infancia (6). En los Centros de Rehabilitación y Educación Especial del país los retardos de lenguaje ocupan el primer lugar de las razones por las que se solicita la consulta del médico especialista en Medicina de la Comunicación Humana (Audiología, Foniatría y Otoneurología). De ellos el 6% presentan alteraciones del Lenguaje de patogenia Anártrica, Afásica o sus combinaciones Afásico-anártrica o Anártrico-afásica según sea el caso. La variabilidad de cifras encontradas en el mundo, se debe a la diversidad de formas, como se investiga el lenguaje y el abanico de patologías a estudiar en función del lenguaje. En nuestro caso para fines didácticos utilizaremos los términos de Retardo de lenguaje de patogenia Anártrica y Afásica. Estos niños no deben pertenecer al grupo de discapacitados, 90 % de ellos terminan con problemas de aprendizaje escolar, aunque cursan con inteligencia normal. Si se atienden de manera oportuna el pronóstico es alentador. Por lo que profundizar en investigaciones sobre sus causas nos permitirá adecuada formulación de políticas de prevención y detección así como de asignación de recursos. Detectar este tipo de pacientes es complejo porque la sintomatología se manifiesta con signos y síntomas blandos que deben buscarse con intencionalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Oaxaca del 28 de febrero al 15 de diciembre del año 2010.

El Universo de trabajo constituido por 15,185 expedientes clínicos con diagnóstico de Trastornos de Lenguaje. La Población blanco de 1232 casos, realizamos un muestreo aleatorio estratificado para obtener un tamaño de muestra de 130 observaciones.

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com

www.adinarosario.com.ar

El objetivo general del trabajo es identificar los factores que determinan la presencia del retardo de Patogenia Anártrica y Afásica en niños de 2 a 7 años.

Diseño de la investigación: Estudio Descriptivo y transversal.

Criterios de Selección: Expediente clínico.

Unidad de Análisis: Individuo.

Se analizaron los datos con el Sistema de Software Stata versión 11.1 y Statistics SPSS versión 18.

La información se captó en cuatro formularios: 1. Datos generales 2. Antecedentes perinatales. 3. Etapas de lenguaje 4. Diagnóstico Electroencefalográfico. Se generó una base de datos con 57 variables.

RESULTADOS

La **edad** de los sujetos de estudio osciló entre 2 y 7 años con una media de 4.6 años. Una de las variables consideradas fue la **Situación económica** basada en el número de integrantes por familia y el ingreso mensual en salarios mínimos (cantidad suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia, en el orden material, social y cultural y para proveer a la educación obligatoria de los hijos) La cuota en la clasificación "A" fue de \$128.00 por consulta familias integradas por 1 a 2 miembros, cuyos ingresos mensuales son de \$4,994.00. 4 casos constituyeron este rango 3.1 %. La cuota de la clasificación "B" fue de \$96.00 por consulta, familias integradas por 3 miembros, tienen ingresos de \$3,000.00 mensuales. 29 casos formaron este rango 22.3 %. La cuota de la clasificación "C" fue de \$64.00 por consulta, integrada por familias de 4 miembros e ingresos mensuales de \$2,000.00 rango formado por 21 casos que constituyeron el 16.1 %. La cuota de la clasificación "D" \$32.00 por consulta, familias de 5 miembros con ingresos mensuales de \$1,000.00 rango constituido por 17 casos, que corresponden al 13.1 %. El grupo de clasificación "E" fueron exentos de pago, familias integradas por más de 6 personas, salario mensual de \$272.00. 59 casos que correspondió al 45.4 %.

Sexo: 93 hombres (72 %) y 37 mujeres (28 %).

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Edad de las madres de los sujetos de estudio entre 14 y 45 años con una media de 29 años.

Escolaridad: Analfabetas 14 casos (10.8%), Primaria 72 casos (55.4%), Secundaria 16 casos (12.3%), Bachillerato 5 casos (3.8%), Carrera técnica 10 casos (7.7%), Licenciatura 13 casos (10%).

Ocupación: Labores del hogar, 96 madres (73.9%). Empleadas domésticas 12 madres (9.4 %), Secretarias 7 (5.4), Comerciantes 5 (3.8 %), Profesoras 4 (3.0 %), en cada uno de los siguientes empleos, Enfermeras, Empleadas de gobierno y Empleadas de mostrador 2 (1.5 %).

Edad de los Padres: de los sujetos de estudio de 23 a 59 años con una media de 34 años.

Escolaridad: Analfabetos 8 casos (6.2%), Primaria 73 casos (56.2%), Secundaria 16 casos (12.3), Bachillerato 9 casos (6.9 %), Carrera Técnica 2 casos (1.5 %), Licenciatura 22 casos (16.9%).

Ocupación: Jornaleros 51 casos (39.2%), Empleados 27 casos (20.8%), Chóferes 23 casos (17.7 %), Profesionistas 13 casos (10%), Comerciantes 11 casos (8.5 %), Policías 3 casos (2.3 %), Mecánicos 2 casos (1.5 %).

Antecedentes perinatales.

▪ **Gesta:** G I 65 casos (50%). GII 36 casos (27.7 %), GIII 14 casos (10.7 %), Gesta IV 10 casos (7.8 %), Gesta V 4 casos (3 %), G VI 1 casos (.8%). **Amenaza de aborto:** 25 casos (19.2 %). **Amenaza de parto prematuro:** 20 casos (15.4 %). **Situaciones adversas durante la gestación:** 27 casos (20.8%). **Enfermedades durante el embarazo:** 28 casos (21.5%). **Ingesta de medicamentos:** 30 casos (23.1%). **Control prenatal:** No llevaron control prenatal 85 casos (65.4%), si llevaron control prenatal 45 casos (34.6%). **De los que llevaron control prenatal,** 24 casos (53.3 %), llevaron control prenatal todo el embarazo, 12 casos (26.6%) llevaron control prenatal únicamente en el 3er. Trimestre, 7 casos (15.5 %) en el 1er. Trimestre únicamente, 2 casos (4.4%) en el 2º. Trimestre del embarazo. **Semanas de gestación de los productos:** de 30 a 44 semanas de gestación. **Peso al nacer:** normal 55 casos (42.3 %), 58 casos de bajo peso al nacer (44.6 %), Sobre peso 17 casos (13.1 %). **Trabajo de parto en horas:**

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"

Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología

Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com

www.adinarosario.com.ar

incluidas las madres cuyos productos se obtuvieron por cesárea. Los datos variaron desde aquellas que no tuvieron trabajo de parto 10 casos (8%), media hora de trabajo de parto 12 casos (9%), de 2 a 5 horas 34 casos (26%), de 6 a 10 horas 23 casos (18 %), 11 a 15 horas, 14 casos (11%) 16 a 20 horas 8 casos (6%), 21 a 36 horas 26 (20%), 36 a 72 horas 3 casos (2%). **Trabajo de parto previo a la Cesárea:** 1 a 7 horas 10 casos (38.4 %), 9 a 15 horas 5 casos (19.2 %), 16 a 24 horas 1 caso (3.8 %), de 25 a 36 horas, 1 caso (3.8 %). **Vía de abordaje para la resolución del parto:** Vaginal 104 (80 %), Abdominal 26 (20 %). **Causas de Cesárea:** Desproporción cefalopélvica 6 casos (23.0 %), Presentación pélvica 4 casos (15.3 %), Cesárea previa, sufrimiento fetal agudo, y circular de cordón con implantación baja de placenta 3 casos cada uno (11.5 %), Cesárea previa y eclampsia, Posición transversa 2 casos cada uno (7.6 %), Trabajo de parto sin evolución, Embarazo gemelar, Distocia de contracción 1 caso cada uno (3.8 %).

▪ **Instituciones donde se atendió el parto:** S.S 75 casos (57.6 %), Domicilio y Sanatorios particulares 25 cada uno (19.2 %), ISSSTE 2 casos (1.6 %), Consultorio médico General, Hospital Militar y el IMSS 1 caso cada uno (0.8%). **Cianosis inmediata al nacimiento:** 64 casos (49.2%). **Talla de los productos al nacer:** 58 casos no la recuerdan (44.6%), 72 casos si (55.3%). **Apgar:** 70 casos no recordaron el dato (53.8 %), 60 casos si (46.1 %). **Causas de hospitalización en el nacimiento inmediato:** Recuperación de peso 25 casos (54.3%), Deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico 10 casos (21.7%). Hipoxia neonatal 4 casos (8.7 %), Depresión respiratoria 3 casos de cada uno (6.5 %). Sufrimiento fetal agudo, Recuperación de peso y succión débil, Hipoxia neonatal y cefalohematoma, Onfalitis, Crisis convulsivas 1 caso de cada uno (2.2 %). **Crisis convulsivas después del nacimiento:** 19 casos (14.6 %), de las cuales 10 fueron Crisis Generalizadas (7.7 %), 9 (6.9 %) Focalizadas. **Cianosis en el periodo neonatal que generaron Reingreso al Hospital.** TCE 3 casos (2.3 %), Crisis convulsivas 2 casos (1.5 %), Hipoxia neonatal, espasmo del sollozo, reacción anafiláctica a medicamentos 1 caso cada una (0.8 %). **Etapas de Lenguaje en la que se encontraban:** Monosílabo intencional 13 casos (10%), Palabra frase o palabra Yuxtapuesta 44 (33.1 %), Frase simple 51 (40%), Oración simple 15 casos (11.5 %), Oración compuesta 7 casos (5.4 %).

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

▪ **Diagnóstico E.E.G** Daño Orgánico Cerebral con Inmadurez Neurobiológica 33 (25.4%), Daño Orgánico Cerebral con Lesiones Corticales 18 (13.8%), Daño orgánico cerebral con Lesiones Corticales e Inmadurez Neurobiológica 13 (10 %), Daño Orgánico Cerebral con Lesiones Córtilco subcorticales 36 (27.7%), Daño Orgánico Cerebral con Lesiones Córtilco subcorticales y datos de Inmadurez Neurobiológica 19 (14.6 %), Daño orgánico Cerebral con Lesiones Subcorticales 4 (3.1%), Daño Orgánico Cerebral con Lesiones Subcorticales y datos de Inmadurez Neurobiológica 4 (3.1%), Electroencefalograma No valorable técnicamente 1 (0.8%), Electroencefalograma Sin interpretación 2 (1.5%).
Aplicación Estadística de los resultados: Tabla 1

▪ **Estadísticos de los Determinantes de Retardo Anártrico y Afásico en Oaxaca, 2010**

VARIABLES	Odds ratio	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		VALOR Chi2	VALOR P
Causas de hospitalización al nacimiento: Factores prenatales: Bajo peso al nacer. Factores natales: Sufrimiento fetal agudo, depresión respiratoria, hipoxia neonatal, cianosis moderada, cianosis severa Factores post parto: problemas en la succión y deglución, cefalohematoma por TCE, deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico/Retardo Afásico	2.64268	1.027969	6.788015	5.16	0.023
Amenaza de aborto /Retardo anártrico	3.580645	1.323845	9.880943	8.20	0.004
Productos mayores de 40 SDG /Retardo Anártrico	4.560606	1.062602	22.38125	6.09	0.013

DISCUSIÓN

Causas de Hospitalización después del nacimiento que ocasionaron Retardo Afásico fueron. **Factores prenatales:** Bajo peso al nacer. **Factores natales:** Sufrimiento fetal agudo, depresión respiratoria, hipoxia neonatal, cianosis moderada, cianosis severa. **Factores post parto:** Problemas en la succión y deglución, cefalohematoma por TCE, deshidratación y

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

desequilibrio hidroelectrolítico como se muestra en el Análisis Univariado y al comparar las muestras la proporción de sucesos en la prueba de contrastes obtuvimos un Odds ratio de 2.64268 con un intervalo de confianza de 1.027969 a 6.788015 un valor de Chi2 de 5.16 y un valor de P de 0.023. Se han descrito adquisiciones del lenguaje retardadas como consecuencia de lesiones neurológicas prenatales o perinatales (5,6, 7, 8, 9,10)

Amenaza de aborto / Retardo Anártrico: resultó positiva la prueba de contraste para la comparación de proporciones de los grupos obteniendo con un Odds ratio de 3.580645 con un intervalo de confianza que va de 1.323845 a 9.880943, Valor de Chi2 de 8.20 y valor de P de 0.004. Lo que significa que la probabilidad o riesgo de padecer Retardo anártrico es 3.5 veces más si se presenta amenaza de aborto que si no se presenta, con un intervalo de confianza de 1.32 a 9.88, un valor de Chi2 de 8.2 y valor de P de 0.004. A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo, no se identifican porque algunos cuadros son asintomáticos y por idiosincrasia nuestra gente no le da importancia a la sintomatología, si ésta no es grave y acompañada de fiebre evitando así la prevención mediante cuidados prenatales. Dra Aura Isabel Poveda Blanquiceth, del departamento de Pediatría Universidad de Chile. (11) Refiere que la amenaza de aborto implica el inicio de un trabajo de parto antes de la semana 20, frecuentemente está asociada a infección de vías urinarias en el embarazo, en este trabajo correspondieron el 21.5 %, además menciona que la gestación produce cambios fisiológicos en la mujer como la dilatación del sistema colector, aumento del flujo plasmático renal, aumento del índice de filtración glomerular , alteraciones de la reabsorción de electrolitos, cambios hormonales generados por la progesterona al disminuir el tono de la vejiga aumentando su capacidad de llenado, favoreciendo la estasis vesical. La uretra femenina es corta, el trauma vesical generado durante el coito favorece la colonización de gérmenes de la flora rectal y vaginal.

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Productos de más de 40 SDG: En el estudio encontramos que al realizar la comparación de proporciones entre dos variables nominales. Productos de más de 40 semanas de gestación y Retardo de Lenguaje anártrico, están en un Odds ratio de 4.560606, con un intervalo de confianza de 95 % de 1.062602 a 22.38125 un valor de Chi2 de 6.0939 y un valor de P de 0.013. La evidencia disponible de estudios observacionales relaciona el embarazo prolongado con productos macrosomicos de igual manera con antecedentes de madres diabéticas, pueden además ocurrir complicaciones graves o consecuencias clínicas en el embarazo prolongado como la macrosomía del producto y los retardos del lenguaje, y en nuestra investigación 17 casos 13% de los productos pesaron de 4,000 a 4700 gramos. Como lo menciona la Dra. Sandy Santa María en su tratado (12).

CONCLUSIONES

1. El riesgo de presentar alteraciones en el lenguaje oral caracterizadas como de patogenia anártrica o afásica es 2.6 veces más en los recién nacidos que se hospitalizan al nacer o durante el periodo perinatal que aquellos que no se hospitalizan.

2. La probabilidad o riesgo de que el producto presente alteraciones en el lenguaje oral caracterizadas como de patogenia anártrica o afásica en una mujer embarazada que cursa con amenaza de aborto es 3.5 veces más que si no presenta amenaza de aborto durante el embarazo.

3. Los productos cuyos embarazos duran más de 40 SDG y macrosomicos tienen la probabilidad o riesgo de presentar 4.5 veces más que aquellos que llegan antes de las 39 semanas de gestación y tienen peso normal.

4. Los productos de Gesta I y II de acuerdo con el estudio se convierten en embarazos de alto riesgo para daño neurológico y contribuyen a la aparición de alteraciones de Lenguaje de Patogenia Afásica o Anártrica

5. Los productos que tienen alteraciones en el lenguaje oral caracterizadas como de patogenia anártrica o afásica presentaron lesiones Corticales y Subcorticales así como inmadurez neurobiológica. Y a través de detectar los problemas de lenguaje caracterizados como de patogenia anártrica o afásica puede presumirse tempranamente de cuadros de Epilepsia subclínica hasta no demostrar lo contrario en el EEG. (13)

6. La adquisición de la lengua materna es un fenómeno fisiológico, en el niño normal no requiere mayor estimulación que la del medio ambiente familiar, por lo que el retraso del mismo, en nuestro grupo de estudio se debió a causas de tipo orgánico como se constató en el diagnóstico Electroencefalográfico. (14)

7. La población estudiada pertenece a los Valles Centrales del estado de Oaxaca en el 72.5 % de los pacientes estudiados el nivel económico es bajo, el resto de la muestra 27.5 % la integran familias de muy escasos recursos, con domicilio rural, dificultades en el desplazamiento, viven en zonas distantes y de difícil acceso, con pobreza extrema, por lo que se convierten en grupos etáricos de alto riesgo para daño neurológico manifestado por alteraciones del lenguaje afásico y anártrico.

8. Los factores sociales, como la pobreza, educativos, como la falta de preparación de los padres, se convierten en elementos de riesgo, interfieren en el proceso de concientización para acudir a los servicios que ofrecen los Sistemas de Salud en los que se brinda, educación e información necesarias para detectar y prevenir complicaciones en el embarazo.

9. Si bien es cierto que se comprueba la hipótesis de trabajo, es claro que la causa de los retardos de lenguaje oral de patogenia Anártrica y Afásica en el estudio

también se debieron a la presencia de amenaza de abortos y a embarazos mayores de 40 SDG.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azcoaga, Juan E. *Neurolingüística y Psicopatología* 4ª. Edición. Editorial el ateneo. Buenos Aires.
2. Azcoaga, J. E., JA Bello, J. Citrinovitz, B. Derman y W. M. Frutos. *Los retardos del lenguaje en el niño*. Editorial Paidós. Neuropsicología y Conducta. Buenos Aires. México.
3. Dra. Marisa Herreros Fernández Especialista en Pediatría y Neonatología. *Daño Neurológico en niños prematuros*. Academia Americana de Pediatría y Colegio de Obstetras y Ginecólogos. 2009
4. AO Ballantyne, Spilkin AM, Hesselink DA J, Trauner. *La Plasticidad en el cerebro en desarrollo: las funciones intelectuales, lingüísticas y académicas de los niños con accidente cerebrovascular isquémico perinatal*. Nov; 2008
5. Henrichs L Rescorla J, HG Schenk JJ Schmidt, VW Jaddoe, Hofman A, H Raat, VerhulstTiemeier FC, H.Erasmus Examen de la continuidad del desarrollo temprano del vocabulario expresivo: el estudio de I Generación. Universidad de Rotterdam, Holanda. 2009
6. Sosa Licon G., Jakson Maldonado D., Pawling.P., Rodríguez Hernández T., Velasco Orta, *Retraso del lenguaje y trastorno específico del lenguaje*. Centro de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de Aguascalientes. Facultad de Lenguas y Letras, Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Lenguas, Universidad Autónoma del Estado de México.
7. Quintanilla, Ma. de L y Col., *Causas de origen perinatal Cesárea Segura*. Lineamiento Técnico 2007. Secretaría de Salud Dirección general de salud reproductiva. Subsecretaría de prevención y protección de la salud Dr. Julio Frenk Mora. Subsecretario de Salud.
8. Velásquez, N. Q. *Causas de Hospitalización Recién Nacidos con bajo peso causas, problemas y perspectivas a futuro*. Bol. Med. del Hosp. Infant. México 2004; Vol. 61:73-83.

Maestría de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad "Benito Juárez"
Oaxaca, México

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

9. Zenoff. A. J. Primeras jornadas Nacionales de APiNEP Rosario. Antecedentes obstétricos en los retardos infantiles del lenguaje. Buenos Aires. 1987. Pp 121-129 Asociación de Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología. Rosario- Santa Fe- Argentina.
10. Perfiles neuropsicológicos asociados a los problemas del lenguaje oral infantil P.A. Conde-Guzón, M.J. Conde-Guzón, M.T. Bartolomé-Albisteguib, P. Quirós-Expósito. Departamento de Pediatría de la Universidad de Oulu Finlandia...
11. Poveda B. A., Médico Especialista, Fundación Universitaria San Martín Cuba. Neonatología HCSBA. Departamento Pediatría Universidad de Chile.
12. Santa María, S. Cromwell P, Tratado de Neonatología Séptima Edición en el año 2000. Intervenciones para prevenir o mejorar el resultado del parto a término o pos término. Cochrane Library, Número 2, 2000,24 12 .
13. Epilepsia y Trastornos del lenguaje. [Epilepsia.@2012-09.Dr.](#) José Antonio Muñoz Yunta. Director del Centro de Neuropsicobiología. Jefe de la Unidad de Neuropediatría del Hospital del Mar. Profesor Asociado de Pediatría. Universidad Autónoma. Barcelona. Papel de la Epilepsia en la Ontogénesis del lenguaje.
14. Epilepsia @ 2010-03-07 : Alteraciones neuropsicológicas, aprendizaje, lenguaje y memoria II Congreso internacional de Neuropsicología en Internet.