

## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS EN LOS RETARDOS INFANTILES DEL LENGUAJE<sup>♦</sup>

Dr. Alfredo Jorge Zenoff (†)

Médico Neurólogo

Coincidiendo con la afirmación de Ajuriaguerra y colaboradores en el sentido de que lo esencial en un trastorno cerebral Infantil es la alteración del proceso de aprendizaje, y no la lesión, queremos destacar la importancia del aprendizaje fisiológico en el desarrollo de las Funciones Cerebrales Superiores: La lesión afectará la función en la medida que afecte el aprendizaje. La gran mayoría de las apraxias, agnosias y alteraciones del lenguaje en los niños son el resultado de una alteración en el desarrollo normal de la correspondiente FCS, y por ello hablamos de "retardos".

En el caso del lenguaje, por la alteración de los procesos de aprendizaje que actúan organizando las dos zonas corticales específicas ligadas a esta función (analizador verbal y analizador cinestésico motor verbal), distinguimos 2 tipos de retardos:

Retardo anártrico: por déficit en la organización del ACMV, que afecta con exclusividad la elocución.

Retardo afásico: por déficit en la organización del AV, afectando la comprensión del lenguaje, la capacidad de síntesis de proposiciones y el aspecto semántico de la elocución.

Dentro de la gran variedad y número de factores que pueden originar un retardo del lenguaje, ocupan lugar preferencial los problemas del parto, por actuar en una etapa de extrema labilidad del SNC.

El presente estudio se ocupa de los antecedentes obstétricos en los retardos lingüísticos de tipo neurológico para determinar sus características, y su eventual significación causal, independientemente de todo otro factor etiológico.

<sup>♦</sup> Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.

### Material y métodos

Fueron incluidos en este estudio 200 niños cuyas edades oscilaron entre 3 y 12 años, con diagnóstico de retardo neurológico del lenguaje, esto es: retardo anártrico y retardo afásico, puros o combinados. Se excluyeron los retardos audiógenos, alálicos y psicógenos puros.

Los retardos fueron diagnosticados en forma directa por presentar alteraciones evidentes del lenguaje, o en forma indirecta al investigar problemas del aprendizaje escolar que resultaron de patología lingüística.

El protocolo para el examen del lenguaje infantil investiga la comprensión (en el nivel sensorperceptivo y en el nivel verbal propiamente dicho), la locución (en sus aspectos fonológico y gramatical), la función mnésica, el juego, y las gnosias y praxias en relación al lenguaje.

A los fines de inferencia estadística, se organizó un grupo control de 200 niños

dentro del mismo rango etario, con desarrollo normal del lenguaje, y sin dificultades de ningún tipo en el aprendizaje pedagógico.

Los antecedentes obstétricos fueron clasificados siguiendo dos criterios:

1) Por las características del parto en sí, distinguiéndose 3 grupos: parto normal, parto por cesárea (programada y no programada) y parto distócico no terminado en cesárea.

2) Por la existencia o no de hipoxia del recién nacido en el momento del parto.

Un análisis de los diagnósticos clínicos en el área del lenguaje nos muestra que (Tabla 1), en 32 casos fueron retardos puros (esto es el 16 % del total) y en 168 fueron retardos combinados (el 84 %). Estos últimos se clasificaron, a su vez, según el predominio afásico o anártrico, obteniéndose los siguientes valores (Tabla 2)

<i>Diagnóstico</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Cuadros puros	32	16
Cuadros combinados	168	84

<i>Tipo de Combinación</i>		<i>Nº de Pacientes</i>
Predominio afásico	Afásico con componentes diversos	56
	Afásico- Anártrico	38
Predominio anártrico	Anártrico con componentes diversos	44
	Anártrico- Afásico	30

\* Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.

1) Retardos predominantemente afásicos, que incluyen los retardos afásicos con diversos componentes (pudiendo ser psicógenos, alálicos, anártricos, agnósicos, apráxicos o audiógenos): 56 casos y los retardos afásico-anártricos con 38 casos.

2) Retardos predominantemente anártricos, que comprenden los

anártricos con componentes varios: 44 casos, y los retardos anártrico-afásicos: 30 casos.

Para determinar la proporción en que estaban involucrados los 2 analizadores del lenguaje, se realizó una comparación entre los cuadros homólogos, obteniéndose los siguientes resultados (Tabla 3):

<i>Cuadros Puros</i>		<i>Con Predominio de un Analizador</i>		<i>Ambos Analizadores</i>	
Afásico	Anártrico	Afásico con Componente	Anártrico con Componente	Afásico Anártrico	Anártrico Afásico
24 (75%)	8 (25%)	56 (56%)	44 (44%)	38 (56%)	30 (44%)
32 (16 %)		100 (50 %)		68 (34 %)	

– Dentro de los retardos puros, el 75 % fue afásico y el 25 % anártrico.

– Dentro de los retardos con predominio neto del analizador, el 56 % correspondió a afásicos con componentes y el 44 % a anártricos con componentes.

– Dentro de los retardos que involucran a ambos analizadores por igual, aunque con leve predominio de uno de ellos, tenemos la misma proporción que en el grupo anterior: 56 % afásico-anártricos y 44 % anártrico-afásicos.

El diagnóstico más frecuente fue el de retardo afásico con componente anártrico.

### Resultados

Considerando las características del parto en si, el número de casos para cada una de las modalidades obstétricas citadas, tanto en el grupo de retardos como en los controles, fue el siguiente (Tabla 4):

<i>Tipo de Parto</i>	<i>Retardos</i>	<i>Controles</i>
Parto Normal	98	144
Cesárea (Programada y no Progr.)	58	40
Distocia no terminada en Cesárea	44	16
TOTAL	200	200

\* Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.

– 98 partos normales dentro de los retardos y 144 dentro de los controles.

– 58 cesáreas en el grupo de retardos y 40 en el grupo de control.

– 44 distocias dentro de los retardos y 16 dentro de los controles.

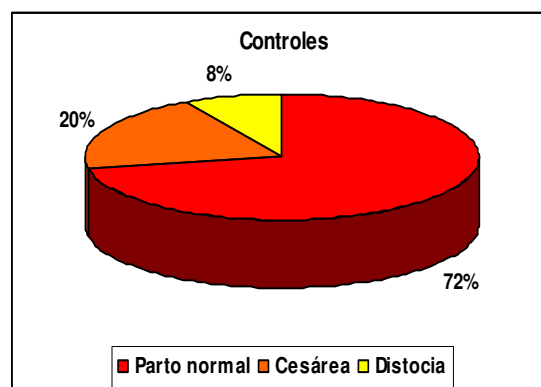
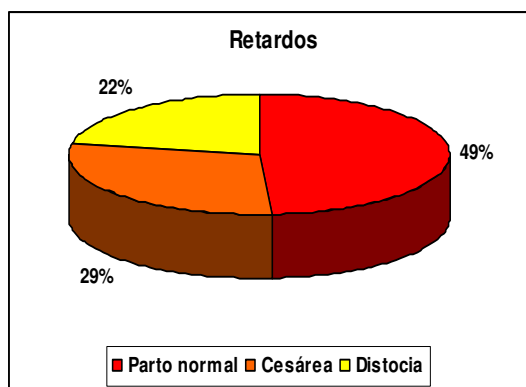
La distocia más frecuente para el grupo en estudio fue el parto prolongado con 19 casos, seguida por la ventosa (6 casos), el parto rápido (6 casos), circular de cordón (6 casos), fórceps (4 casos) y parto de nalgas (3 casos).

Para el grupo control las distocias se ordenaron en la siguiente frecuencia: P. Prolongado: 8, Ventosa: 4, P. Rápido: 1, Circular de cordón: 1 y Fórceps: 2.

Llevando los valores del cuadro anterior a porcentajes, en estos gráficos de sectores observamos:

Para los retardos: Parto Normal: 49 %, Cesárea: 29 % y Distocia: 22 %.

Para los controles. Parto normal: 72 %, Cesárea: 20 % y Distocia: 8 %.



Aplicando el test de comparación de proporciones, se comparó, para cada una de las categorías de la variable analizada (tipo de parto), las respectivas proporciones entre retardos y controles para ver si podían ser consideradas homogéneas o no. Los valores hallados ( $p < 0,05$  para Parto Normal –  $p > 0,05$  para cesáreas y  $p < 0,05$  para distocias), demuestran diferencias significativas entre los dos grupos a nivel de los partos normales y de las distocias.

En las cesáreas, las diferencias registradas se deben al azar, y por lo tanto ambos grupos no difieren estadísticamente.

Planteada la hipótesis de una eventual relación entre Tipo de Parto y Diagnóstico Clínico del problema de lenguaje, se realizó el siguiente análisis de los cuadros puros en primer término (32 pacientes.)

(Tabla 5):

\* Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.

<i>Tipo de Parto</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Parto Normal	15	47
Cesárea (Programada y no Programada)	10	31
Distocia (no terminada en Cesárea)	7	22
Total	32	100

Se procedió de la misma forma para los cuadros combinados (168 casos), para los cuadros con compromiso de ambos analizadores (es decir: anártrico-afásico y afásico- anártrico) (68 casos) y para los cuadros con compromiso predominante

del A.V.: afásicos puros y afásicos con componentes (80 casos).

Los valores porcentuales obtenidos en cada uno de ellos están resumidos en la Tabla 6.

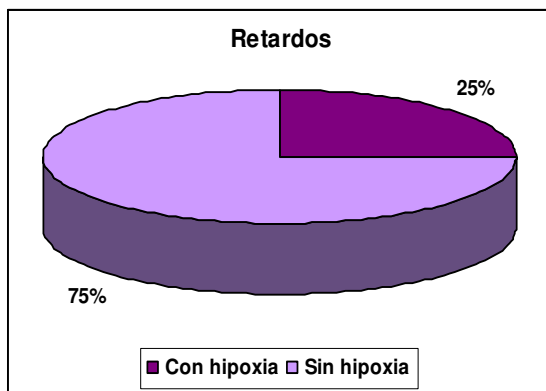
<i>Tipo de Parto</i>	Cuadros puros	Cuadros combinados	Ambos analizadores	Predominio Analizador verbal	Retardos en general
Parto Normal	47 %	49,5 %	46 %	49 %	<b>49 %</b>
Cesárea	31 %	28 %	32 %	26 %	<b>29 %</b>
Distocia	22 %	22 %	22 %	25 %	<b>22 %</b>

Comparados con el grupo general de retardos, cuyos valores para cada tipo de parto fue de 49, 29 y 22 % respectivamente, es evidente que prácticamente se repiten los distintos diagnósticos, casi en forma exacta. Ello nos lleva a inferir que no existe relación significativa entre estas variables: El tipo de parto no está influenciado en el tipo de retardo.

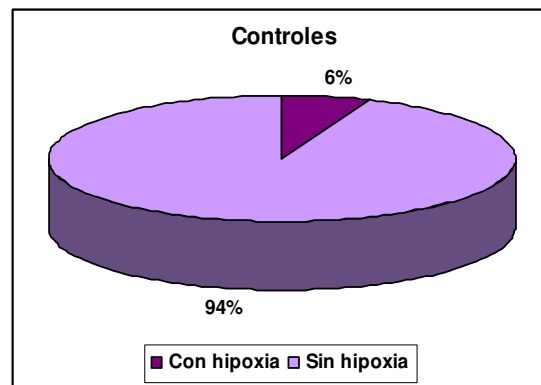
La circunstancia de haber existido anoxia o hipoxia clínicamente evidente en el momento del parto nos lleva a los siguientes valores: Para los 200 casos de retardos, 50 partos fueron hipóxicos y 150 no hipóxicos. Para los 200 controles, 12 partos fueron hipóxicos y 188 no hipóxicos.

En términos porcentuales y en gráficos de sectores tenemos:

\* Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.



Retardos: 25 % hipóxicos y 75 % no hipóxic.



Controles: 6% hipóxicos y 94 % no hipóxic.

Es evidente que existe una relación entre la presencia de hipoxia y el trastorno del lenguaje; esta hipótesis fue verificada a través de la aplicación del test de  $\chi^2$ , con una  $p < 1\%$  puede afirmarse que ambas variables se hallan relacionadas. La

hipoxia funciona como una variable interviniente en la determinación del retardo.

Discriminando la variable hipoxia según tipo de parto, para los retardos constatamos que (Tabla 7):

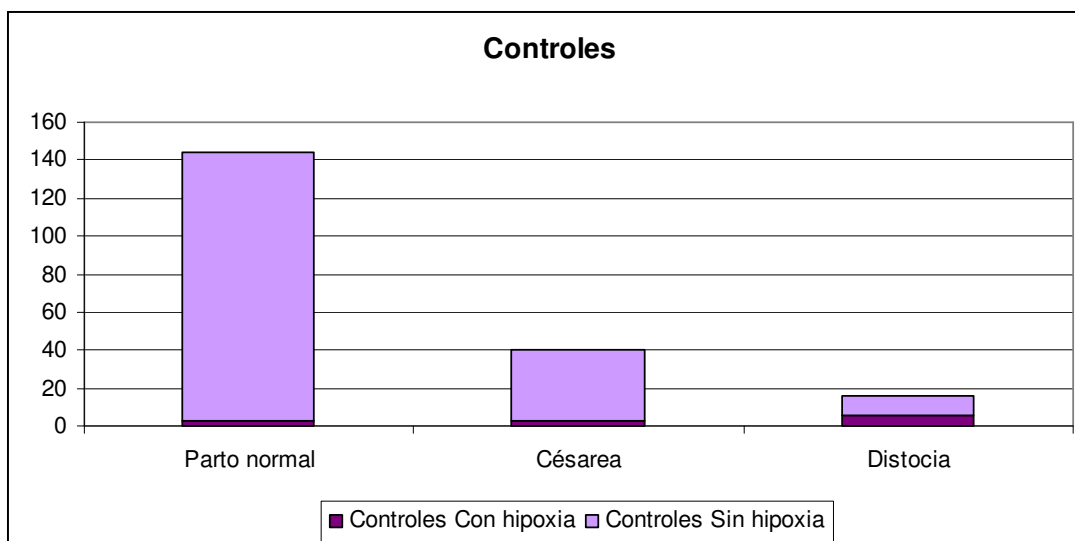
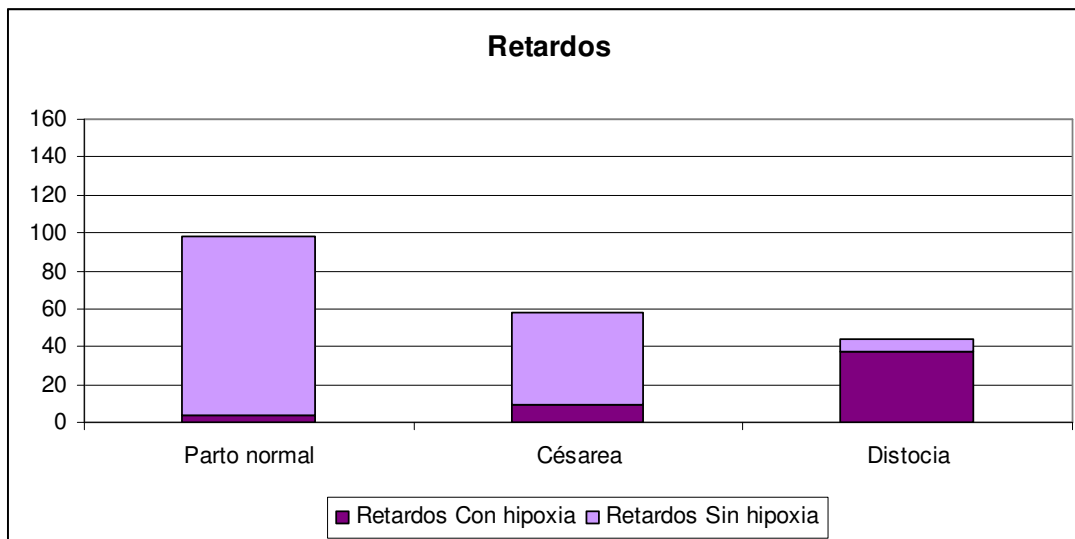
4 Partos normales hipóxicos	4 % del total de partos normales
9 Cesáreas hipóxicas	15 % del total de Cesáreas
37 Distocias hipóxicas	84 % del total de Distocias

Para los controles (Tabla 8):

3 Partos normales hipóxicos	2 % del total de partos normales
3 Cesáreas hipóxicas	7,5 % del total de Cesáreas
6 Distocias hipóxicas	37,5 % del total de Distocias

Estos datos porcentuales, ilustrados en los siguientes gráficos, nos permiten apreciar mejor las proporciones:

\* Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.



Confrontando estos datos porcentuales en los dos grupos de pacientes (Tabla 9), es posible observar que los partos hipóxicos en los niños con retardos son

doblemente frecuentes, cualquiera sea el tipo de parto, y en las distocias aún más del doble.

**TABLA 9**

**HIPOXIA DE PARTO. COMPARACIÓN ENTRE RETARDOS Y CONTROLES.**

<i>Tipo de Parto</i>	<i>Retardos</i>	<i>Controles</i>
Parto Normal	4%	2%
Cesárea	15%	7,5 %
Distocia	84%	37,5 %

\* Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.

### Comentarios

La mayor frecuencia de los retardos afásicos y de los cuadros combinados reproduce los hallazgos de trabajos previos de nuestra institución.

La relativamente alta incidencia de cesárea (20 %) en el grupo control en comparación con estudios incluyendo niños de todos los estratos sociales de la ciudad de Rosario (13 % de cesáreas), se explicaría por la procedencia de la población aquí estudiada (clase media, media baja y media alta), con atención sanatorial, donde el índice normal de cesáreas es del 20 % al 22 % aproximadamente.

### Conclusiones

Se demostró relación altamente significativa entre el antecedente hipoxia de parto y la condición de retardo del lenguaje. Asimismo hay relación estadísticamente significativa entre el antecedente distocia de parto y los retardos del lenguaje, cosa que no ocurre con el antecedente cesárea.

Dada la alta incidencia de hipoxia en los partos distócicos, consideramos que es la hipoxia y no la condición de distocia el factor fundamental.

No se demostró vinculación alguna entre tipo de parto y tipo de retardo.

♦ Relato publicado en PSICOLOGÍA LENGUAJE APRENDIZAJE. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP. Rosario. Ediciones Pedagógicas. Buenos Aires. 1987. Pp: 121-129.