

Objetivos no logrados en el desarrollo del lenguaje en niños menores de cinco años. Centro de Salud San Fernando, Lima-Perú, 1998 - 2000

IMPAIRED LANGUAGE MILESTONES IN CHILDREN UNDER FIVE YEARS OLD. CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO, LIMA-PERU, 1998 - 2000

GAMANIEL GUEVARA CHACABANA¹, ALEJANDRO CABRERA LEDESMA¹, GILBERTO CENTENO LUQUE¹, JOSÉ SANTOS ALCANTARA¹, MIGUEL BENITO MASÍAS²

RESUMEN

Objetivo: conocer la influencia de diferentes factores de riesgo en el desarrollo psicomotor, particularmente en el área de lenguaje en niños menores de cinco años en una zona urbana de Lima, con población de estrato económico bajo. **Materiales y métodos:** se incluyeron a niños menores de cinco años (mediante historia de vida, examen físico, evaluación del DPM, determinación del temperamento y riesgos) que asistían al Centro de Salud para control de crecimiento y desarrollo. **Resultados:** se evaluaron 509 niños, 285 (56,0%) varones y 224 (44,0%) mujeres. De ellos, 347 (68,2%) lograron los objetivos de desarrollo requeridos para su edad en todas las áreas, mientras que 162 (31,8%) no lo lograron en alguna de las áreas exploradas. Del total de niños evaluados, el área de lenguaje estaba afectada en 118 (23,2%). El mayor porcentaje de niños que no lograron sus objetivos en el área de lenguaje se presentó en los siguientes grupos: de 25 a 36 meses de edad, desnutrición crónica, temperamento difícil e intermedio, riesgo biológico y social y en los de familias disfuncionales; siendo el grupo de riesgo social el que mostró mayor porcentaje (51,6%) ($p=0,0005$). **Conclusiones:** los factores limitantes del desarrollo infantil afectan a éste en forma global, siendo el área de lenguaje la que se afecta con más frecuencia; los principales factores de riesgo son: los sociales, la desnutrición crónica y en menor medida los biológicos y el temperamento; siendo la pobreza el común denominador de éstos.

Palabras clave: desarrollo infantil, desarrollo del lenguaje, test de evaluación del desarrollo.

ABSTRACT

Objective: to determine the influence of different risk factors in the psychomotor development (PMD), particularly in the area of language in children under five years in an urban area of Lima, with people of low economic strata. **Methods:** are included children under five years (through life history, physical examination, evaluation of milestones, temperament and determination of risks) attending the Health Centre to control growth and development. **Results:** 509 children were evaluated, 285 (56,0%) were male and 224 (44,0%) were female. 347 (68,2%) reached the milestones objectives required for their age in all the explored areas, while 162 (31,8%) did not reach these objectives in at least one explored area. From all the children evaluated, language skills were affected in 118 (23,2%). The highest prevalence of children who did not reach the objectives in language area were observed in the following groups: 25 to 36 months old, children with chronic malnourishment, children with a height/age below percentile five, children with hard and intermediate temperament, children with biological and social risk and whose belong to dysfunctional families. The highest percentage of impaired language was seen in the group of children with social risk (51,6%; $p=0,0005$). **Conclusions:** The limiting factors affecting child development in a global way; being the area of language which affects more frequently; major risk factors are: social, chronic malnutrition and to a lesser extent the biological and temperament; poverty being the common denominator of these.

Key words: child development, language development, development screening test.

¹ Médico Pediatra. Departamento Académico de Pediatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú.

² Médico Cirujano. Profesor invitado del Departamento Académico de Pediatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo infantil es un proceso totalizador y complejo que se cumple como parte de la trayectoria del ser humano en su realización como

persona. Tiene una dinámica interna propia y está determinado por factores genéticos y sociales con múltiples y recíprocas influencias. Se le ha llegado a definir como un proceso informacional epigenético y sociocinético ^(1,2).

En tal sentido, el desarrollo infantil es resultado de una interacción informacional compleja, permanente y continua en la que cada niño, como portador de una herencia biológica y participante de una colectividad humana, incorpora y asimila todos los estímulos y factores del medio familiar y socio-cultural en que se desenvuelve, transformando y estructurando por medio de ellos su persona o personalidad.

Se sabe que para un óptimo desarrollo infantil se requiere de ambientes familiares y sociales seguros, estables, estimulantes y enriquecedores. Asimismo, que los escenarios de pobreza son limitantes del desarrollo infantil, no sólo de sus aspectos biológicos (p.e. peso y talla), sino también de sus componentes psicoafectivos, cognitivos y morales ⁽³⁻⁶⁾.

Algunos estudios publicados anteriormente han revelado que en la población de zonas pobres y menos favorecidas de Lima, alrededor de un tercio de los niños menores de cinco años no alcanzan los logros de desarrollo infantil adecuados para su edad. También han mostrado que el área más frecuentemente comprometida es la del lenguaje, la cual aparece como un campo muy sensible a los diversos factores que afectan el desarrollo infantil ^(5,7).

En consideración a la relación esencial entre el desarrollo del lenguaje y la estructuración de la conciencia, la formación de las capacidades cognitivas e intelectuales del niño y por ende de la persona, se propuso conocer la asociación existente entre los diversos factores que intervienen en el desarrollo infantil y la adquisición del lenguaje, en niños menores de cinco años de una zona urbana de Lima, con numerosa población de estrato económico bajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó entre abril de 1998 y julio del 2000, como parte de las actividades académicas del Curso de Pediatría de la Universidad Nacional

Mayor de San Marcos (UNMSM). Se evaluaron niños menores de cinco años que asistían al control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud San Fernando, en el Distrito de El Agustino en la ciudad de Lima.

A cada niño se le elaboró una historia de vida, se le practicó un examen físico completo, y una evaluación de su desarrollo psicomotor (DPM), se determinó su temperamento, sus riesgos biológicos y sociales, y en los casos de los niños más afectados se hizo una visita domiciliaria para conocer su entorno familiar.

Se incluyeron niños sin patología aguda ni crónica discapacitante como retardo mental, secuela neurológica evidente o déficit sensorial. En los casos en los que el resultado de la evaluación del desarrollo neuropsicológico fue dudoso, se hizo una segunda evaluación en un término no mayor de 72 horas.

Para la evaluación del DPM se usó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor para Niños de 0 a 2 años ⁽⁸⁾, el Test de Desarrollo Psicomotor para Niños de 2 a 5 años ⁽⁹⁾, el Esquema del Desarrollo del Niño ⁽¹⁰⁾, concordando los ítems para el desarrollo de lenguaje con el Manual de Evaluación de la Salud del Niño ⁽¹¹⁾.

La evaluación y determinación del temperamento se realizó según Thomas A, Chess S, y Birch H ⁽¹²⁾, quienes establecen la siguiente clasificación: niños de temperamento fácil, difícil y “lentos para interactuar” (designados como de temperamento intermedio en este trabajo). Los niños de temperamento fácil tenían acercamiento positivo, eran adaptables, sus reacciones podían ser controladas y exhibían humor positivo. Los de temperamento difícil tenían acercamiento negativo, no eran adaptables, sus reacciones no podían ser controladas y exhibían humor negativo.

Los riesgos biológicos considerados fueron: hipoxia neonatal, prematuridad, peso bajo al nacer, hipoglicemia, infección neonatal, convulsiones, hiperbilirrubinemia, infección materna, eclampsia y preeclampsia, madre añosa, gran múltipara o menor de 15 años.

Los riesgos sociales considerados fueron: pobreza o pobreza extrema; padre o madre

adolescentes, psiquiátricos, alcohólicos, adictos a drogas, o fallecidos; violencia familiar, maltrato infantil, padres separados.

Se calificó como disfunción familiar a la desestructuración del núcleo padre-madre, padres-niños (abandono de uno o los dos progenitores), presencia de violencia familiar o maltrato infantil.

Los datos fueron consignados en un formato de historia de vida preparado según los fines del trabajo. Se procesaron en un paquete estadístico Epi. Info versión 6. Para establecer diferencias estadísticas se aplicó la prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS

Se evaluaron 509 niños menores de cinco años de edad, 285 (56%) de sexo masculino y 224 (44%) de sexo femenino. De ellos, 163 (32,0%) eran de uno a 12 meses de edad, 119 (23,4%) de 13 a 24 meses, 66 (13,0%) de 25 a 36 meses, 74 (14,5%) de 37 a 48 meses y 87 (17,1%) de 49 a 60 meses.

Según el estado nutricional, 426 (83,7%) fueron eutróficos, 72 (14,1%) tenían desnutrición crónica, ocho (1,6%) desnutrición aguda y tres (0,6%) obesidad.

Se determinó el temperamento en 487 niños: 344 (70,6%) tenían temperamento fácil, 113 (23,2%) intermedio y 30 (6,2%) difícil.

Hubieron 225 niños (44,2%) con riesgos biológicos, 135 (26,5%) con riesgos sociales y 97 (19,1%) con familias disfuncionales.

En relación al DPM, 347 (68,2%) niños lograron los objetivos requeridos para su edad en todas las áreas, mientras que 162 (31,8%) no lograron objetivos para su edad en alguna de las áreas exploradas.

De los 162 niños con objetivos de DPM no logrados para su edad, 47 (29,0%) estaban afectados en una sola área, 18 (11,1%) en dos, 63 (38,9%) en tres, y 34 (21,0%) en cuatro (Tabla 1).

Del total de niños evaluados, el área de lenguaje estaba afectada en 118 (23,2%), el área social en

Tabla 1. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados según número de áreas afectadas.

Nº de áreas afectadas	Nº	%
con 01 área	47	29,0
con 02 áreas	18	11,1
con 03 áreas	63	38,9
con 04 áreas	34	21,0
Total	162	100,0

43 (8,4%), el área motora en 42 (8,3%), y el área de coordinación en 29 (5,7%) (Tabla 2).

El 25,3% de los niños y el 20,5 % de las niñas no lograron los objetivos de DPM para su edad en el área de lenguaje.

La mayor frecuencia (33 casos) y porcentaje (50,0%) de niños con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje se observó entre los de 25 a 36 meses de edad, lo cual fue estadísticamente significativo en relación a otros grupos de edad (* $p=0,01$) (Tabla 3).

El 40,3% de los niños con desnutrición crónica no logró objetivos de DPM para su edad en el área de lenguaje, frente al 20,4% de los eutróficos, lo cual fue estadísticamente significativo (* $p=0,0005$) (Tabla 4).

El 48,1% de los niños ubicados en centiles de Talla/Edad (T/E) por debajo de cinco no logró objetivos de DPM para su edad en el área de lenguaje, mientras que ello ocurrió sólo en el 17,7% de los que estaban por encima del centil 50, con significancia estadística (* $p=0,0005$) (Tabla 5).

Tabla 2. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados según áreas comprometidas.

Área comprometida	Nº	% *
Área de lenguaje	118	23,2
Área social	43	8,4
Área motora	42	8,3
Área de coordinación	29	5,7

* n=509

Tabla 3. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje según edad.

Edad	Nº	Obj. No Log.	%
<12 m	163	22	13,5
13-24 m	119	28	23,5
25-36 m	66	33	50,0*
37-48 m	74	20	27,0
49-60 m	87	15	17,2
Total	509	118	23,2

Tabla 4. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje según estado nutricional.

E. nutricional	Nº	Obj. No Log.	%
Eutróficos	426	87	20,4
D. Crónica	72	29	40,3*
D. Aguda	8	1	12,5
Obesos	3	1	33,3
Total	509	118	23,2

El 38,1% de los niños de temperamento intermedio y el 36,7% de los de temperamento difícil no lograron objetivos de DPM para su edad en el área de lenguaje, lo que ocurrió sólo en el 16,3% de los de temperamento fácil, lo cual fue estadísticamente significativo (* $p=0,006$) (Tabla 6).

Tabla 5. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje según centiles de T/E.

Centiles	Nº	Obj. No Log.	%
<5	52	25	48,1*
5-10	26	4	15,4
11-25	79	18	22,8
26-50	124	26	21,0
>50	175	31	17,7
Sin datos	53	14	
Total	509	118	23,2

El 33,5% de los niños con riesgos biológicos no logró objetivos de DPM para su edad en el área de lenguaje, frente al 15,1% de los que no tuvieron riesgos biológicos, con significancia estadística (* $p=0,0005$) (Tabla 7).

El 51,6% de los niños con riesgos sociales no logró objetivos de DPM para su edad en el área de lenguaje, mientras que ello ocurrió sólo en el 12,8% de los sin riesgos sociales, lo cual tuvo significancia estadística (* $p=0,0005$) (Tabla 8).

El 33,0% de los niños con familias disfuncionales no logró objetivos de DPM para su edad en el área de lenguaje, frente al 20,9% de los que tenían familias eufuncionales, con valor significativo (* $p=0,01$) (Tabla 9).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo muestran algunas relaciones de los factores que influyen en el desarrollo infantil sobre todo en el área de lenguaje. El estudio tiene las siguientes limitaciones: la muestra no se formó por selección estadística, sino por conveniencia; no se hizo una agrupación excluyente entre los diferentes riesgos, de tal modo que no se determinó el impacto de cada uno de ellos; la evaluación del desarrollo de lenguaje no se hizo con pruebas más específicas, sino con las pruebas de tamizaje de desarrollo psicomotor.

Se ha observado que alrededor de la tercera parte de los niños que acuden a sus controles de crecimiento y desarrollo a un Centro de Salud de una zona pobre urbana de Lima, no alcanzan los objetivos de DPM para su edad. Esto concuerda con observaciones anteriores para poblaciones urbanas en situación de pobreza ⁽⁴⁻⁷⁾.

Asimismo, se ha apreciado que los factores limitantes del desarrollo infantil tienden a afectar globalmente las potencialidades del niño. Así, se ve que alrededor de las tres cuartas partes (71,0%) de los niños que no cubrían sus logros de DPM para su edad, tenían comprometida dos o más de las áreas evaluadas, y que alrededor de dos tercios (59,9%) tenían comprometidas tres o más áreas (Tabla 1). Esto coincide con estudios anteriores y plantea

Tabla 6. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje según temperamento.

Temperamento	Nº	Obj. No Log.	%
Fácil	344	56	16,3
Intermedio	113	43	38,1*
Difícil	30	11	36,7*
Sin datos	22	8	
Total	509	118	23,2

Tabla 7. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje según riesgos biológicos.

R. Biológicos	Nº	Obj. No Log.	%
Sin R Biológicos	284	43	15,1
Con R Biológicos	225	75	33,5*
Total	509	118	23,2

que los programas de prevención y rehabilitación deben enfocar el problema del desarrollo infantil de manera integral y multifactorial ^(13,14).

El área de lenguaje fue la más frecuentemente afectada, encontrándose en una proporción de 3 a 1 en relación con las áreas social y motora, y de 4 a 1 con la de coordinación (Tabla 2). Observación ya señalada en otros estudios, pero que lleva a reformular su significado, por cuanto el lenguaje y el habla facilitan la incorporación de la información social y la estructuración del sistema de la conciencia, procesos esenciales en el desarrollo formativo de la persona o personalidad ⁽¹⁵⁾. Asimismo, el lenguaje y el habla

son vehículos de la interacción del niño con su entorno, y dan contenido y flexibilidad a su bagaje cognitivo e intelectual ⁽¹⁶⁾. Siendo la adquisición del lenguaje un proceso eminentemente cortical, sus perturbaciones o retrasos pueden sugerirlo como indicador sensible del efecto de factores que pueden afectar las potencialidades intelectuales del niño. Esta constatación puede ser de importancia en el diseño de la currícula de la enseñanza de medicina y profesiones afines, sobre todo si se adopta el punto de vista de la prevención, en las que hoy todavía se enfatiza más el conocimiento de los logros o déficits motores y de coordinación que los de lenguaje y social.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo entre niños que no alcanzaron logros del desarrollo del lenguaje para la edad.

Los objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje se observaron con mayor frecuencia a partir de los 13 meses (Tabla 3), alcanzando su mayor pico de presentación entre los 25 a 36 meses. Ello puede explicarse porque antes de los 13 meses aún no se expresan tan claramente los logros y las limitaciones en la adquisición del lenguaje. Pero como después de la etapa de las primeras palabras, el desarrollo del lenguaje transcurre a gran velocidad, es posible que sea en este periodo cuando la falta de estímulo u otras limitantes se hagan más evidentes. Esto se acentúa entre los 25 a 36 meses de edad, cuando el niño debe adquirir la capacidad de explicarse con frases complejas y oraciones sintácticamente correctas. La frecuencia disminuye nuevamente después de los 36 meses cuando la maduración de los circuitos neuronales debe de haberse completado y cuando la influencia del medio escolar puede haber contrapesado los efectos limitantes. Sin embargo, el hecho de que

Tabla 8. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje según riesgos sociales.

Riesgos sociales	Nº	Obj. No Log	%
Sin Riesgos S.	374	48	12,8
Con Riesgos S.	135	70	51,6*
Total	509	118	23,2

Tabla 9. Niños menores de cinco años con objetivos de DPM no logrados en el área de lenguaje según tipo de familia.

Tipo de familia	Nº	Obj. No Log.	%
Eufuncional	412	86	20,9
Disfuncional	97	32	33,0*
Total	509	118	23,2

el 13,5% de los menores de 13 meses no hayan logrado sus objetivos de DPM en el lenguaje, nos pone en alerta para advertir cuán temprano operan los factores limitantes del desarrollo infantil en esta área.

La presente observación corrobora claramente la relación entre el estado nutricional y el desarrollo del lenguaje. En las Tablas 4 y 5 puede apreciarse la gran proporción de niños con desnutrición crónica, o, que no llegan al centil 5 de T/E, que no alcanzan los logros de desarrollo del lenguaje para su edad. Estas proporciones fueron estadísticamente significativas en relación a las de los eutróficos o los que estaban por encima del centil 50 de T/E. Hoy ya no se duda de la gran importancia de una ingesta proteica adecuada, así como del aporte de ácidos grasos esenciales y energía para un óptimo proceso biológico de maduración cerebral. De otro lado, tampoco se duda que la desnutrición crónica, que es componente inevitable de la pobreza, deja secuelas irrecuperables en el desarrollo cerebral, y se acompaña además de otras carencias, como falta de estímulos, atención y oportunidades. Estos factores se suman como limitantes del desarrollo infantil y afectan globalmente al niño, pero influyen de manera precoz y más sensiblemente en la adquisición del lenguaje ^(13,17).

Poco más de un tercio de los niños con temperamento intermedio y difícil no alcanzan los logros de desarrollo del lenguaje para su edad (Tabla 6). Esto sugiere que el temperamento, es decir, el estilo de reaccionar, que hasta cierto punto podría considerarse como componente biológico de la personalidad, tiene una influencia importante en la evaluación. Los ítems para explorar el área de lenguaje comprenden la repetición de palabras, nombrar objetos o describir figuras o acciones. Es probable que los niños con temperamento intermedio y difícil tengan más resistencia o poca adaptabilidad para responder o resolver este tipo de preguntas. Pero también, sobre todo en los niños de temperamento difícil, el no haber desarrollado el lenguaje puede ser efecto de una menor disposición a aceptar el estímulo y facilitar su aprendizaje.

Si bien el 33,5 % de los niños con riesgos biológicos no alcanzaron los logros de desarrollo del lenguaje para su edad, ello ocurrió con el 51,6 % de los niños con riesgos sociales. Como

se ha mencionado, en la presente observación no se agruparon niños con riesgos biológicos o sociales de manera excluyente, de tal manera que no se pudo conocer el impacto de cada uno de ellos por separado. Pero se puede afirmar, dada la elevada proporción de niños con riesgos sociales que no alcanzaron objetivos de DPM en lenguaje, que éstos actúan de manera múltiple y global. Además, los factores sociales son la principal fuente de información social (ambientes oscuros, hacinamiento, apatía, gestos, voces, llantos, silencios, etc.) que impregnan el contenido de las representaciones del niño. En el grupo de riesgo social, el factor más extendido fue el nivel de pobreza y pobreza extrema. Al diferenciar la condición de funcionalidad familiar de los demás riesgos sociales se ve que el 33,0% de los niños de familias disfuncionales, no alcanzan los logros de desarrollo del lenguaje para su edad, lo que indica que es un escenario multifactorial el que actúa decisivamente en configurar – en mayor o menor medida – el desarrollo infantil ^(6,18).

Estas observaciones confirman resultados y afirmaciones anteriores: que los factores limitantes del desarrollo infantil lo hacen globalmente, que el lenguaje es el área más frecuentemente afectada, que los factores sociales actúan sobre él más ostensiblemente, que cuanto más severa y prolongada es la desnutrición es más acentuada y extensa la limitación, que los riesgos biológicos y el temperamento del niño tienen un rol importante en su desarrollo, y que la pobreza es el común denominador de estos factores de riesgo.

Ello permite afirmar que la atención de la niñez debe enfocarse principalmente desde la prevención y promoción de la salud como política global de desarrollo humano, y como política integral del Estado, más que a través de programas sectoriales focalizados o puntuales dirigidos a revertir una o varias de las áreas de desarrollo afectadas ^(5,13,14).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz P. Introducción a la Medicina Clínica I. El Examen Clínico Esencial. Lima: UNMSM; 1996.
2. Ortiz P. La formación de la personalidad. Lima: Secretaría de Cultura del Colegio de Doctores en Educación del Perú; 1997.

3. Blanco J, Sáenz O. Reproducción social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano. Cuadernos Médico-Sociales. 1990;53:61-76.
4. Cravioto J, Arrieta R. Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); 1985.
5. Pollitt E. Desnutrición, inteligencia y política social. Lima: Ediciones Studium; 1982.
6. Viquer P, Serra E. Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. Anales de Psicología. 1996;12:197-205.
7. Cabrera A, Guevara G, Centeno G, Santos J, Benito M, Vergara C. Evaluación de niños de 0 a 5 años. Lima: Centro de Salud San Fernando, UNMSM; 1997 (no publicado).
8. Ministerio de Salud Perú. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor para Niños de 0 a 2 años. Lima: MINSA; 1995.
9. Ministerio de Salud Perú. Test de Desarrollo Psicomotor para Niños de 2 a 5 años. Lima: MINSA; 1995.
10. Instituto Nacional de Rehabilitación-Consejo Nacional de Integración del Impedido. Esquema del Desarrollo del Niño. Lima: Instituto Nacional de Rehabilitación; 1996.
11. Cabrera A, La Torre V, Vergara C. Manual para evaluación de la salud del niño. Lima: Departamento Académico de Pediatría, Facultad de Medicina, UNMSM; 1997.
12. Thomas A, Chess S, Birch H. The Origin of Personality. Scientific American. 1970;223:102-9.
13. Pollitt E. Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2002.
14. Myers R. Los Doce que Sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo. Washington, D.C.: OPS; 1993
15. Ortiz P. Lenguaje y habla personal. Lima: Fondo Editorial, UNMSM; 2002.
16. Aimard P. El lenguaje del niño. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
17. Bradley R, Corwyn R. Socioeconomic Status and Child Development. Annu. Rev. Psychol. 2002;53:371-99.
18. Bronfman M. Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. México: UNAM; 2000.

Correspondencia:

Dr. Gamaniel Guevara Chacabana

E mail: graulguevara@yahoo.com.mx