



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Luis Guillermo Ibarra Ibarra
ESPECIALIDAD EN:

AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA

**PROPUESTA DE FACTIBILIDAD DE OCURRENCIA DE EVENTOS
RELACIONADOS CON LOS PROBLEMAS DE LENGUAJE EN
PACIENTES DE 2 AÑOS A 6 AÑOS 11 MESES
QUE ACUDEN AL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA – INRLGII**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN:
AUDIOLOGÍA OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA

P R E S E N T A:
CARLOS SALAZAR CORIA

PROFESOR TITULAR
DRA. LAURA ELIZABETH CHAMLATI AGUIRRE

DIRECTOR DE TESIS
DRA. PAULINA CONCEPCIÓN MURPHY RUIZ

ASESOR METODOLÓGICO
M. EN C. ANA LUISA LINO GONZÁLEZ



Ciudad de México

Febrero 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Comité Académico:

Título de la Tesis: Propuesta de factibilidad de ocurrencia de eventos relacionados con los problemas de lenguaje en pacientes de 2 años a 6 años 11 meses que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra – INRLGII

Nombre del Médico Residente: Dr. Carlos Salazar Coria

Dra. L. Elizabeth Chamlati Aguirre
Profesora Titular de la Especialidad

Dra. Paulina Concepción Murphy Ruiz
Director de Tesis

M. en C. Ana Luisa Lino González
Asesor de Tesis

Dirección en Educación en Salud

Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval
Directora de Educación en Salud

Dr. Humberto Vargas Flores
Subdirector de Educación Médica

Dr. Rogelio Sandoval Vega Gil
Jefe del Servicio de Educación Médica de Posgrado

A mis queridos padres, mi amado esposo y mis hermanos:
gracias por acompañarme en este camino,
sin ustedes no lo habría logrado.

A mis asesoras de tesis: Dra. Paulina C. Murphy Ruiz y
M. En C. Ana Luisa Lino González, gracias por
formar parte de este sueño que hoy alcanzo.

ÍNDICE

Contenido	Pag.
1. Resumen	5
2. Introducción	6
3. Objetivo	7
4. Hipótesis de trabajo	7
5. Marco Teórico	7
6. Justificación	13
7. Planteamiento del Problema	14
8. Materiales y Métodos	16
9. Metodología	16
10. Resultados	18
11. Discusión	56
12. Conclusiones	61
13. Referencias bibliográficas	62
14. Anexos	63

1. RESUMEN

Antecedentes: El retardo de lenguaje infantil es un trastorno ocasionado por alteraciones en el cerebro del niño, afecta la elocución por la dificultad en el análisis y síntesis de los sonidos del lenguaje y las palabras. Afecta al lenguaje oral y su relación con el entorno, el conocimiento y el aprendizaje. Presentando dificultad para acceder al dominio de estructuras lingüísticas limitando su capacidad para comunicarse, impidiendo desarrollar ideas abstractas y el acceso a un vocabulario o repertorio lexical. Debe considerarse a un niño con retraso en el lenguaje cuando lo cuantitativo y cualitativo de su uso verbal se encuentra por debajo de la cifra media de sus pares, cuando continúa dependiendo de gestos para comunicarse, cuando usa palabras de manera deformada en su articulación que el lenguaje es ininteligible y cuando sólo utiliza determinados elementos gramaticales tanto en el aspecto sintáctico como en el léxico y en el aspecto pragmático, demorándose en la adquisición de otros nuevos elementos lingüísticos. El desarrollo de lenguaje conlleva un ritmo determinado por la maduración del sistema nervioso central que requiere integridad de las aferencias visuales, auditivas y somestésicas. **Objetivo:** Describir la factibilidad de ocurrencia de eventos relacionados con los problemas de lenguaje en pacientes de 2 a 6 años 11 meses atendidos en el INRLGII. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo. Participaron 115 niños atendidos en el Servicio de Patología de Lenguaje. Se evaluó el nivel de lenguaje, articulación, aspecto morfosintáctico, comprensión y características del uso del lenguaje con la Escala de Lenguaje Infantil – INRLGII (de manera inicial y posterior a un periodo mínimo de 6 meses en terapia de lenguaje. **Resultados:** El diagnóstico más frecuente fue retardo de lenguaje anártrico, la media de tiempo para observar mejoría, una vez iniciada la terapia de lenguaje se ubicó de 11 a 14 meses; las niñas presentaron mayor severidad, sin embargo, su recuperación fue más notoria. **Discusión y conclusiones.** La identificación temprana de alteraciones específicas en los aspectos de nivel de lenguaje, articulación, aspecto morfosintáctico, comprensión y características del lenguaje son fundamentales durante la determinación del diagnóstico y el seguimiento durante el proceso terapéutico.

Palabras clave: alteraciones de lenguaje, preescolares, terapia de lenguaje, evaluación.

2. INTRODUCCIÓN

Los retardos de lenguaje oral infantil, son un padecimiento frecuente en los niños de edad preescolar; conllevan a importantes dificultades en su adaptación y desarrollo, siendo inclusive antesala para el desarrollo de problemas de aprendizaje. En el siguiente estudio se aplicó la Escala de Lenguaje Infantil – INRLGII (Anexo 1), como un instrumento diseñado ante la necesidad institucional para conocer las características del nivel de lenguaje, la articulación, el aspecto morfosintáctico, la comprensión y las características del uso de lenguaje. Permite evaluar a los niños de forma inicial y posteriormente a un periodo de mínimo 6 meses en terapia de lenguaje. Es un instrumento de fácil aplicación que no requiere de material adicional y los datos se obtienen de la entrevista verbal y valoración clínica del paciente. Esta escala está perfilada acorde al neurodesarrollo normal del niño. El instrumento consta de 5 dominios para identificar las características del lenguaje: 1. Nivel de lenguaje el cual se puede encontrar en; balbuceo, monosílabos, palabra suelta, palabra yuxtapuesta, frase corta u oraciones. 2. Articulación; en la que puede omitir y/o sustituir múltiples fonemas (Ej. vata x vaca; ato x gato), presentar dislalias para /r/rr/s/l/ o encontrarse sin fallas articulatorias. 3. Morfosintaxis o estructura gramatical, que puede encontrarse: sin estructura (aún no ha aparecido la sintaxis), mal estructurado (cuando el niño emite palabras funcionales generalmente acompañadas de una seña, para expresar deseos o actividades) o con estructura correcta (cuando el niño emite frases que constan de dos a tres elementos como: nombre + nombre; demostrativo + nombre; pronombre + nombre; nombre + adjetivo + verbo + nombre + artículo. 4. Comprensión; la cual puede ser: deficiente, puede comprender palabras o vocabulario, puede comprender ordenes simples, puede comprender ordenes complejas o realizar una narración verbal adecuada. Y 5. Uso del lenguaje, donde el niño a) No dirige adecuadamente los mensajes, señas o gestos, no mantiene contacto de manera verbal, visual o física con las personas y no mantiene turnos conversacionales, b) Dirige de manera ocasional los mensajes, señas o gestos; y establece algún tipo de contacto verbal, visual o físico con las personas pero intenta establecer un rol conversacional. c) Dirige adecuadamente los mensajes, señas o

gestos; mantiene contacto de manera verbal, visual o física con las personas. Logra respetar turnos conversacionales. o d) Establece un lenguaje en turnos conversacionales con contacto físico, verbal y visual. E identifica adecuadamente los contextos del mensaje verbal, físico o situacional. Todo lo anterior permite identificar un perfil clínico de la comunicación y permite dar seguimiento a programas de intervención rehabilitadora en la población objetivo (niños de 2 a 6 años 11 meses valorados en el servicio de Patología de Lenguaje y Terapia de Lenguaje del INRLGII). Existen diferentes baterías neuropsicológicas y de desarrollo que permiten evidenciar el nivel de lenguaje y el tipo de afección en el paciente de edad escolar. Pocas son las que se han estandarizado en población hispanohablante y en la literatura no se reporta ninguna prueba que permita valorar cuantitativamente la evolución del paciente preescolar (2 a 6 años 11 meses) con el manejo rehabilitatorio.

3. OBJETIVOS

Describir la factibilidad de ocurrencia de eventos relacionados con los problemas de lenguaje en pacientes de 2 a 6 años 11 meses atendidos en el INRLGII.

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Las propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de Lenguaje Infantil – INRLGII, considerando los aspectos evaluados de: 1. Nivel de lenguaje, 2. Articulación, 3. Morfosintaxis, 4. Comprensión y 5. Características del uso de lenguaje, permitirán describir la factibilidad de ocurrencia de eventos relacionados con los problemas del lenguaje en pacientes de 2 año a 6 años 11 meses.

5. MARCO TEÓRICO

El lenguaje es una función cortical superior con la que comunicamos nuestras ideas, en él interactúan múltiples áreas corticales como las áreas 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 9 y 10 de Brodman, cada una con un aporte específico; ya sea para el reconocimiento y decodificación del sonido en fonemas y posteriormente en palabras, para almacenamiento de las palabras que debemos utilizar, la elaboración de una respuesta con un orden, sentido y coherencia adecuada, la producción del mensaje hablado o el

mantenimiento del tópico; siendo la función más compleja que lleva a cabo el ser humano.¹ El desarrollo de lenguaje conlleva un ritmo determinado por la maduración del sistema nervioso central, requiere de modelos del lenguaje y es factible dividir el mismo en dos etapas. La etapa pre verbal y la verbal ². Al realizar un análisis funcional de la actividad verbal, la adquisición de la comunicación y el lenguaje aparece con marcos cronológicos similares, de acuerdo a etapas de orden constante, aunque el ritmo de progresión puede variar de uno a otro individuo. La etapa pre verbal comprende los estadios pre lingüísticos como lo son el juego vocal (vocalizaciones 0 – 2 meses) y el balbuceo a los 6 meses de vida. Posteriormente la segunda etapa verbal de comunicación incluye el desarrollo del sistema fonológico que incidirá en los aspectos sintagmáticos y paradigmáticos del lenguaje como es el desarrollo de los sistemas lingüísticos y del sistema léxico, así como el significado de las palabras. De manera simultánea se va dando el desarrollo morfosintáctico, la entonación, inflexiones, orden de las palabras, desarrollo de las funciones pragmáticas y aptitudes, así como el desarrollo del vocabulario, la comprensión del mismo, se adquieren las reglas gramaticales, la elaboración de enunciados que se van haciendo cada vez más complejos y el empleo del lenguaje tanto para el control de la propia acción como para la comunicación interpersonal.

El desarrollo de lenguaje puede estudiarse a través de los componentes o aspectos del mismo, aunque estos se adquieran de forma simultánea. Las vocalizaciones son la base del sistema fonológico ¹, mismas que se definen como grito y llanto ligados a lo emocional, incondicionadas, existe ausencia de articulación, sólo hay cierre y apertura de la boca, escasa modulación y duración irregular. Entre la sexta y octava semana de vida aparecen los sonidos de los fonemas y se intensifican hacia los 4 meses. Presentan frecuencia y duración regular con modulaciones de resonancia y frecuencia lo que implica movimientos articulatorios. Su frecuencia varía con el nivel de activación del niño. Las emisiones se incrementan cuando el bebé esta relajado y comfortable. Y a los 6 meses ya se diferencia un patrón de consonantes y vocales con nuevas modulaciones articulatorias denominándole balbuceo a la fase verbal iniciada. Forman una unidad consonante vocal,

así como sonidos palatales suaves que se acompañan de movimientos mandibulares globales. Al diferenciarse los movimientos de la lengua aparecen los fonemas labiodentales seguidos de los velares. A los 10 meses tienen un repertorio imitativo rudimentario. Se adquieren primero los fonemas más simples y poco a poco los de mayor complejidad concluyendo a los cinco años de edad. El fonema que más tardíamente se adquiere es / r / suelen sustituirla por la / l / y / d /.

El balbuceo presenta ritmo y entonación lo que le da un significado, indica una reproducción global de la percepción auditiva verbal. El mantenimiento del balbuceo es un periodo de integración y fortalecimiento de los mecanismos del control y retroalimentación del lenguaje. El balbuceo se da por maduración, discriminación auditiva, actividad lúdica y acción cognoscitiva temprana. La diferenciación articulatoria ocurre entre los 6 a 12 meses, gracias a la retroalimentación auditiva. Primero debe existir la discriminación de los elementos distintivos de los fonemas antes que se puedan emitir correctamente. En el primer año establece diferencias entre patrones de sonidos (palabras), el niño discrimina palabras ya conocidas de nuevas y atiende a partes de ellas. A los 17 meses diferencia palabras que solo varían en un fonema y reconoce otras diferencias entre consonantes siendo la base de la adquisición de la gramática y semántica. Posteriormente existe la discriminación de las características prosódicas del habla, frase u oración que lo lleva a ajustes sociolingüísticos.

El nivel gramatical ³ representa la etapa verbal e inicia con las primeras palabras reconocibles para el adulto, marcan el inicio del desarrollo estructural; de la palabra consonante vocal pasa a unión de dos consonantes y vocales (CV; CVCV) una misma palabra se emplea en diferentes estímulos. Los sustantivos aparecen ante objetos concretos y cumplen una función nominal. Las palabras que se aprenden primero tienen los fonemas preexistentes que son los de menor dificultad, así como las palabras que más le repiten los adultos que designar una clase de estímulo disponible para el niño.

Se inicia la “sintaxis” ya que por la diferencia de entonación al pronunciarlas y la discriminación de contextos situacionales conduce al niño a nuevos usos verbales. La

misma palabra puede variar de significado por diferencia de entonación y énfasis como por la situación en la cual la emite; las producciones verbales de una palabra (habla holofrástica), es una etapa de transición en la adquisición de las reglas gramaticales que regularán los encadenamientos verbales apropiados al contexto social-verbal del niño. Durante el primer y segundo año emite “frases de dos palabras” sin elementos gramaticales como artículos, preposiciones, conjunciones, etc. En etapas posteriores aparecen sujeto-verbo-objeto. A los 2 años se alargan los encadenamientos verbales. Se integran con mayor frecuencia frases nominales, verbales, adverbiales.

De los 2 a 3 años: hace uso de palabras de referencia temporal con empleo incorrecto dentro del contexto gramatical y situacional. La adquisición de formas gramaticales varía en cada niño. Hay palabras de clase P (pivote) y A (abiertas). Las palabras pivote son pronombres, adjetivos o artículos. Las palabras abiertas son generalmente sustantivos. Las construcciones (P) + (A) son de tipo demostrativo y son el 70% aproximadamente de las verbalizaciones en un niño de 2 años. Posteriormente se da el desarrollo de las frases interrogativas (afirmativas o negativas) ¿qué?, ¿quién? y ¿dónde? Y a los 2 a 3 años el niño emplea palabras de diferentes clases gramaticales con un orden definido. Siguen la ley general del desarrollo “de lo simple a lo complejo”⁴. A partir de los 3 años llevan a cabo relación entre sujeto, acción y objeto; los verbos se empiezan a conjugar en función de persona (del singular al plural), así como en tiempo. Las excepciones son las palabras que no tienen plural, se pluralizan por el contexto gramatical, generalmente el artículo o adjetivo precedente. Aparecen concordancias gramaticales de género, inflexiones verbales más complejas, adverbios de modo y concordancias entre las distintas partes de la oración. A los 5 años de edad el niño presenta un repertorio verbal gramaticalmente correcto, que le permite realizar numerosas variaciones para un mismo contenido semántico. Va progresando con mayor vocabulario y en otras formas de expresión verbal, como la lectura y la escritura. El niño discrimina las oraciones gramaticalmente correctas de las incorrectas, muestra autocorrección de manera espontánea y repite en forma correcta las oraciones emitidas por el adulto a pesar de que se hayan emitido

erróneamente. Dependiendo de la lengua serán las variaciones de adquisición en el orden previamente mencionado. La formación de género y número en el español se establece con facilidad gracias a la claridad y constancias de los artículos.

El desarrollo semántico no se aísla del desarrollo fonológico y del gramatical, no existen límites precisos entre fonología, sintaxis y semántica; la comprensión del lenguaje precede a la expresión. En la etapa pre verbal el niño discrimina y responde a pequeñas palabras del adulto. La emisión verbal del niño ante el estímulo respectivo y su correspondiente señalización permiten inferir el valor semántico. Durante el desarrollo el niño muestra mayor comprensión del lenguaje que lo que expresa debido a las deficiencias articulatorias (maduración) y a las limitaciones gramaticales (en formación). En etapa de palabra (1er año) el significado de las palabras posee un significado ambiguo, pero referido a objetos concretos. El niño desarrolla un lenguaje simplificado cada vez más estable análisis con fonología limitada. Estos conceptos se forman inicialmente por la asociación palabra-estímulo reiterados. La implicación global le permite al adulto corregir o reforzar el aprendizaje, especificando el valor semántico y su función verbal. La relación entre conceptos aparece de los 3 a 4 años, siendo clases inclusivas obteniendo mayor precisión conceptual a los 4 o 5 años de edad donde maneja, discrimina y clasifica conceptos, establece relaciones por similitud y por oposición. Establece asociaciones por proximidad. El niño aprende a emplear correctamente palabras por dominio de ciertas reglas gramaticales o por simple imitación antes de comprender realmente el significado. Vigotsky ⁵ afirma que el niño “domina la sintaxis del lenguaje antes que la sintaxis del pensamiento”. La adquisición de eventos gramaticales (morfemas) modifica el significado de una palabra. Mientras el niño adquiere los conceptos de cada una de las palabras aprende también las reglas gramaticales. Otro aspecto es la discriminación de frases gramaticalmente correctas con o sin sentido, requiriendo que el niño maneje el doble contexto verbal y situacional para determinar el nivel de significado. Existen factores que pueden incidir desfavorablemente en la evolución de los procesos de adquisición del lenguaje y éstos pueden tener su origen en alteraciones en los periodos prenatales y

postnatales, así como factores psicológicos y socioeconómicos que dan origen a un desarrollo patológico del lenguaje. El trastorno específico del lenguaje hace referencia a un conjunto de dificultades en la adquisición del lenguaje que están presentes en el niño sin evidencia de problemas neurológicos, cognitivos, sensoriales, motores ni socio familiares, teniendo en cuenta los medios actuales de diagnóstico en las diferentes disciplinas. El déficit en la adquisición y el desarrollo del lenguaje, tradicionalmente conocido como disfasia y actualmente denominado Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), constituye uno de los núcleos de estudio con más interés para los científicos de la psicología, la medicina y la lingüística. Existen también diferentes definiciones para el TEL siendo las de mayor relevancia la de ASHA (American Speech-Language Hearing Association) (1980) ⁶: que la define como “Un trastorno de lenguaje es la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico, o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo. Reportes epidemiológicos de estas patologías consideran que el trastorno específico de lenguaje se presenta de un 6% a 7% en la población preescolar⁷, problema que si no es diagnosticado y tratado adecuadamente puede evolucionar a un problema en la adquisición de la lectura y escritura. Del 3 al 10% de los niños en edad preescolar pueden presentar trastorno de lenguaje expresivo, siendo los niños quienes presentan este diagnóstico, hasta en una relación 3:1 comparados con las niñas⁸. En el servicio de Patología de Lenguaje del INRLGII, el retraso de lenguaje anártrico se presenta hasta en un 35% del total de pacientes atendidos por problemas de lenguaje; siendo el diagnóstico más frecuente con relación a otros problemas⁹.

Desde el punto de vista de la evaluación, las investigaciones han tratado prioritariamente de delinear su perfil diagnóstico identificando los marcadores característicos en la fonología, la morfología, la sintaxis, el léxico y la pragmática. (Narbona)². Existen

diferentes clasificaciones de los trastornos de lenguaje, entre ellas la del CIE-11¹⁰ en su última actualización, donde se reformula la clasificación de los trastornos mentales, del comportamiento, neurodesarrollo y lenguaje. Pero para los fines de este proyecto de investigación es necesario utilizar los diagnósticos que son utilizados en el Servicio de Patología de Lenguaje del INRLGII; establecidos por Azcoaga:

- Retardo de lenguaje anártrico
- Retardo de lenguaje anártrico afásico
- Retardo de lenguaje afásico
- Retardo de lenguaje afásico anártrico
- Dislalias fisiológicas
- Retraso global del desarrollo
- Retardo de lenguaje audiógeno
- Dispraxia verbal

6. JUSTIFICACIÓN

La Escala de Lenguaje Infantil - INRLGII se ha estructurado como necesidad institucional para permitir conocer las características de funcionamiento de lenguaje oral, la comprensión verbal e identificación de contextos para mensajes hablados; así como la detección temprana de alteraciones del desarrollo de lenguaje.

En el INRLGII, los pacientes con trastorno de lenguaje verbal y lectoescrito son la segunda causa de atención institucional, por tal motivo es necesario identificar objetivamente las alteraciones en el lenguaje de los pacientes entre 2 a 6 años 11 meses con las que ingresan, las características clínicas más comprometidas en cada aspecto, las fallas articulatorias, la morfosintaxis adquirida y sus fallas, el uso y la comprensión del mismo. Así como conocer también, qué aspectos socio-familiares y educativos están involucrados. En el año 2016 se atendieron 2336 niños de primera vez y 3956 niños subsecuentes por problemas de lenguaje. Para el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2020 en todo el INRLGII se otorgaron 6,864 consultas de primera vez y 64,321 consultas

subsecuentes de forma general; de las cuales los problemas de lenguaje están dentro de las principales causas de la atención en la consulta externa de primera vez con: trastornos de lenguaje con 256 pacientes y trastornos lectográficos 127pacientes¹¹. Mientras que los pacientes atendidos en la división de terapia de lenguaje; se otorgaron 96,568 terapias de lenguaje en 2019 y 21,336 en el año 2020. El tiempo promedio de permanencia en terapia de lenguaje es en promedio de 11 a 14 meses, aunque oscila de los 6 a los 24 meses dependiendo del diagnóstico por lo que es conveniente conocer después de cuánto tiempo en terapia de lenguaje institucional con asistencia regular se observa mejoría.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud al 2020 más de 1,000 millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad (aproximadamente el 15 % de la población mundial) de ellas, casi 190 millones tienen dificultades en su funcionamiento y requieren con frecuencia servicios de asistencia. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México hay 6,179,890 personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa 4.9 % de la población total del país, dónde 53 % son mujeres y 47 % son hombres. El INEGI identifica a las personas con discapacidad como aquellas que tienen dificultad para llevar a cabo actividades consideradas básicas como: ver, escuchar, caminar, recordar o concentrarse, realizar su cuidado personal y comunicarse. El tipo de dificultad para hablar o comunicarse hace referencia a los problemas para comunicarse con los demás, a limitaciones para hablar o porque no pueden platicar o conversar de forma comprensible y representa el 15% de la población con discapacidad según su dificultad en la actividad 2020.¹² Y si se compara con los resultados encontrados en el INEGI 2004 donde los trastornos del lenguaje afectaban al 7,4 % de la población infantil, detectándose habitualmente a partir de los 4 años, el crecimiento ha sido importante. Durante ese Censo General de Población y Vivienda 9 de cada 10,000 niños menores de 5 años tenían discapacidad del lenguaje, de las cuales 39.2% residen en medio rural y en su mayoría son hombres.¹³

Por lo tanto, la persistencia de trastornos de lenguaje en los años escolares, implica efectos en el rendimiento académico, el desarrollo social y emocional del individuo, problemas de inclusión, trabajo precario, pérdidas de productividad, altos costos para el sistema de salud y dificultad de acceso a la escolaridad. Por ejemplo; para la ONU¹⁴, la comparación de los individuos no escolarizados con quienes lograron seis años de escuela muestra una brecha de entre 440 y 1,100 dólares de ingreso per cápita al año. Los trastornos del lenguaje son la 4° causa de atención de primera vez en el INRLGII ya que es un Centro Nacional de Referencia. Y en promedio la atención médica y terapéutica anual de un paciente con trastorno de lenguaje con nivel socioeconómico 3 (nivel más frecuente en el año 2019) es de \$5645.00.¹² En la actualidad se determina el alta del paciente (al evidenciar mejoría en los aspectos del lenguaje referidos como afectados en la evaluación inicial, haciendo necesario el uso de un instrumento de evaluación que permita medir los resultados de manera objetiva una vez que el paciente ha ingresado a un programa de terapia específica de lenguaje). Lo que ofrecerá conocer con mejor claridad el efecto de mejoría terapéutica y manejo para el alta de terapia.¹¹

El presente proyecto se considera factible ya que existen los recursos personales, institucionales y académicos necesarios para llevarlo a cabo y está acorde a las líneas de investigación institucionales (Discapacidad de la audición, voz, deglución y lenguaje). Todo lo anterior nos lleva a realizar las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las principales alteraciones específicas del lenguaje (en el nivel de lenguaje, la articulación, el aspecto morfosintáctico, la comprensión y las características del uso de lenguaje) en niños mexicanos de 2 años a 6 años 11 meses atendidos en el Servicio de Patología de Lenguaje del INRLGII?
2. ¿Cuáles son las mejorías del lenguaje encontradas en los pacientes, con relación al nivel de lenguaje, la articulación, el aspecto morfosintáctico, la comprensión, uso de lenguaje y posterior a mínimo 6 meses de terapia específica de lenguaje?
3. ¿Cuáles son las principales características socio – familiares de los pacientes?

4. ¿Cuál es el promedio de meses, posterior de haber iniciado terapia de lenguaje institucional se plantea el alta

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 Tipo de estudio: descriptivo – prospectivo

- Descripción del universo de trabajo: 115 niños atendidos en el Servicio de Patología de Lenguaje del INRLGII referidos por presentar alteraciones de lenguaje.
- Criterios de inclusión: Pacientes con edad de 2 a 6 años 11 meses, de ambos sexos, con los diagnósticos de:

Retardo de lenguaje anártrico

Retardo de lenguaje anártrico afásico

Retardo de lenguaje afásico

Retardo de lenguaje afásico anártrico

Dislalias fisiológicas

Retraso global del desarrollo

Retardo de lenguaje audiógeno

Dispraxia verbal

Que hayan firmado carta de consentimiento informado y se cuente con el asentimiento del menor para hacer la evaluación

- ### 8.2 Criterios de eliminación: Pacientes que no concluyan la valoración por falta de cooperación, retiro de su consentimiento informado y evaluaciones incompletas.

- ### 8.3 Criterios de exclusión: Pacientes con patología del neurodesarrollo, malformaciones del aparato fonoarticulador, trastornos del ritmo del habla.

- ### 8.4 Tamaño de muestra: 115 pacientes (79 niños y 36 niñas).

- ### 8.5 Descripción de las variables de estudio: (Tabla 0) (Anexo 2).

9. METODOLOGÍA

Se obtuvo el consentimiento informado por parte de los padres o tutor al ingreso del paciente al Servicio de Patología de Lenguaje del INRLGII y el asentimiento del paciente

para su participación. Se realizó la evaluación del lenguaje infantil a 115 niños, mediante la aplicación de la Escala de Lenguaje Infantil – INRLGII en la que se registra la evaluación de los aspectos: nivel de lenguaje, articulación, aspecto morfosintáctico, comprensión y características del lenguaje; mediante el lenguaje verbal espontáneo; se hace el registro o marcado en cada ítem como “sí”, “no” o “cumple, “no cumple”, con un tiempo promedio de aplicación de 5 minutos, obteniendo un puntaje por categoría y un puntaje total. La evaluación va acorde a la literatura reportada sobre desarrollo de lenguaje. La escala se aplicó de forma inicial y posteriormente a 6 meses mínimo de haber asistido a terapia de lenguaje.

9.1 Análisis estadístico

Con los datos obtenidos se realizó el concentrado en una base de datos en formato Excel para su posterior análisis estadístico con el software SPSS versión 25. El análisis descriptivo de las características fue de las variables cuantitativas con medias y desviaciones estándar, así como de las variables cualitativas para frecuencia.

Esta propuesta de factibilidad se ha construido a partir del cálculo de intervalos de confianza para la media y para la proporción. En la presente propuesta es posible ubicar la mayor área probabilística de ocurrencia de eventos, en donde se han podido establecer con un intervalo de confianza de 95% cuáles son los factores de mayor ocurrencia o mayor probabilidad de ocurrencia. Se trata de una radiografía de una institución especializada en este tipo de problemas que en un momento dado permitiría hacer inferencias con respecto a la situación nacional de este tipo de problemas.

9.2 Consideraciones éticas

Es un protocolo de investigación aprobado por el Comité de Investigación y Ética del INRLGII, derivado del proyecto amplio de investigación “Diseño y validación de la Escala de Lenguaje Infantil - INRLGII como instrumento para detección de alteraciones del lenguaje en niños mexicanos de 2 a 6 años, con número de registro institucional: 02/19. Todos los padres o tutores leyeron y firmaron el consentimiento informado y se contó con el asentimiento del menor para la aplicación del mismo.

10 RESULTADOS

Participaron 115 niños; 79 (68.7%) del sexo masculino y 36 (31.3%) del femenino, con una media de edad de 4.8 ± 1 año (media \pm desviación estándar), una edad mínima de 2 años y máxima de 7 años (rango de 5 años) (tabla 1) (Anexo 2)

Al ingresar al Servicio de Patología del Lenguaje los pacientes fueron evaluados y diagnosticados; los diagnósticos más frecuentes fueron retardo de lenguaje anártrico en 48 (41.7%) pacientes y retardo de lenguaje anártrico afásico en 26 (22.6%) pacientes (tabla 2) (Anexo 2)

Con respecto al estatus relacionado con la terapia de los pacientes al momento del estudio se encontró que 60 se encontraban dados de alta, 51 continuaban en terapia y 4 habían sido dados de baja o habían abandonado la terapia (tabla 3) (Anexo 2).

Al analizar la cantidad de sesiones de terapia a las que habían asistido los pacientes se encontró una media de 61.3 ± 39.7 sesiones; en cuanto a cantidad de meses en terapia, se encontró una media de 13.3 ± 7.7 meses (tabla 4) (Anexo 4).

Al analizar la información sobre quién es la persona responsable de llevar al paciente a las sesiones de terapia, se encontró que las madres suelen ser las responsables de esta actividad (86.1%) (tabla 5) (Anexo 2).

Con respecto al nivel del lenguaje en la evaluación inicial se encontró una mayor frecuencia en frase corta (29.6%), oraciones (27.8%) y palabra yuxtapuesta (20.9%); en la evaluación final, la mayoría de los pacientes se ubicaron en oraciones (71.3%) (tabla 6 y gráfica 1 y 2) (Anexo 2).

Con respecto al nivel de articulación de lenguaje, en la evaluación inicial se encontró que el 80% de los pacientes omitían o sustituían múltiples fonemas, por otro lado, en la evaluación final se presentaron con más frecuencia las dislalias (58.3%), seguidas de omisión y sustitución de múltiples fonemas 28.7% (tabla 7 y gráfica 3y 4) (Anexo 2).

Al analizar los aspectos morfosintácticos en la evaluación inicial se encontró, como más frecuente 49 (42.6%) pacientes con mala estructuración, seguido de 30 (26.1%) con estructuración regular, en la evaluación final, 53 (46.1%) presentaron estructuración

correcta, seguido de 47 (40.9%) con estructuración regular (tabla 8 y gráfica 5 y 6) (Anexo 2).

Al analizar los resultados de la evaluación inicial de comprensión de lenguaje, se encontró como más frecuente la comprensión de ordenes simples en 56 (48.7%) pacientes, seguido de comprensión de ordenes complejas en 29 (25.2%), por otro lado, en el nivel de comprensión final, lo más frecuente fue la comprensión de órdenes complejas en 40 (34.8%) pacientes, seguido de comprensión adecuada de una narración verbal 36 (31.3%) (tabla 9 y gráfica 7y 8). (Anexo 2).

En cuanto a nivel inicial y final de características de uso de lenguaje se encontró que en la evaluación inicial 60 (52.2%) pacientes dirigían de manera ocasional mensajes, señas o gestos, 35 (30.4%) dirigían mensajes adecuadamente, 11 (9.6%) establecían turnos conversacionales y 9 (7.8%) no dirigían mensajes, señas o gestos adecuadamente, con respecto a la evaluación final, 48 pacientes dirigían mensajes adecuadamente, 46 pacientes establecían turnos conversacionales, 19 (16.55) dirigían de manera ocasional mensajes, señas o gestos y 2 (1.7%) no dirigían mensajes, señas o gestos adecuadamente (tabla 10) (Anexo 2).

Los resultados iniciales obtenidos por los pacientes muestran que la media del puntaje se ubicó en 13.5 ± 3.3 puntos con un mínimo de 5 y máximo de 22, mientras que, en los resultados finales, la media se ubicó en 17.8 ± 3.2 puntos, con un puntaje mínimo de 7 y máximo de 22 (tabla 11) (Anexo 2).

Considerando el nivel socioeconómico de los pacientes, se encontró que el más frecuente fue el 2 en 68 (59.1%) pacientes, seguido del nivel 1 en 31 (27%) (tabla 12) (Anexo 2)

Al considerar la escolaridad del padre de los pacientes, se encontró como más frecuente el nivel de secundaria completa en 29 (25.2%), seguido de preparatoria completa en 26 (22.6%) (tabla 13) (Anexo 2).

Con respecto a la escolaridad de la madre de los pacientes, la principal fue la preparatoria completa en 32 (27.8%) y secundaria completa en 21 (18.3%) (tabla 14) (Anexo 2).

En cuanto a la cantidad de hermanos que tienen los pacientes, 52 (45.2%) tienen un hermano y 43 (37.4%) son hijos únicos (tabla 15) (Anexo 2).

Al analizar el lugar que ocupa el paciente entre sus hermanos se encontró que 65 (56.5%) son los primogénitos (tabla 16) (Anexo 2).

Factibilidad de ocurrencia de eventos relacionados con los problemas de lenguaje

Se presenta la siguiente propuesta de factibilidad de ocurrencia de los efectos de problemas de lenguaje en los pacientes atendidos en el Servicio de Patología del Lenguaje del INRLGII. Con base a los intervalos de confianza calculados para la media podemos establecer con respecto a la edad que:

I. Edad de todos los pacientes

[4.6421 $<\mu<$ 5.0379]; la edad de los pacientes que ingresan por problema de lenguaje al Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre los 4.6 a 5 años, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estas edades en los pacientes que ingresan al INRLGII por presentar problema de lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

II. Edad de las niñas

[4.2327 $<\mu<$ 4.8873]; la edad de las niñas que ingresan al Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 4.2 a 4.8 años, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estas edades en las niñas que ingresan al INRLGII por presentar problema de lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

III. Edad de los niños

[4.719 $<\mu<$ 5.201]; la edad de los niños que ingresan al Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 4.7 a 5.2 años, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estas edades en los niños de nuevo que ingresan al INRLGII por presentar problema de lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

Con base a los intervalos de confianza calculados para la media podemos establecer con respecto al puntaje inicial en la prueba de lenguaje que:

I. Puntaje inicial de todos los pacientes en la prueba de lenguaje

[12.9126 $<\mu<$ 14.1474]; el puntaje inicial obtenido por los pacientes en la prueba de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 12.9 a 14.1 puntos, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estos puntajes en la prueba de lenguaje de los pacientes de nuevo ingreso, se encuentran dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

II. Puntaje inicial de las niñas en la prueba de lenguaje [12.5405 $<\mu<$ 14.7395]; el puntaje inicial obtenido por las niñas en la prueba de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 12.5 a 14.7 puntos, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estos puntajes en la prueba de lenguaje de las niñas de nuevo ingreso, se encuentran dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

III. Puntaje inicial de los niños en la prueba de lenguaje

[12.7294 $<\mu<$ 14.2306]; el puntaje inicial obtenido por los niños en la prueba de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 12.7 a 14.2 puntos, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estos puntajes en la prueba de lenguaje en los niños de nuevo ingreso, se encuentran dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

Con base a los intervalos de confianza calculados para la media con respecto al puntaje en la prueba de lenguaje obtenido posterior a la evaluación basal o inicial podemos establecer que:

I. Puntaje posterior a la evaluación basal de todos los pacientes en la prueba del lenguaje

[17.2381 $<\mu<$ 17.4219]; el puntaje obtenido por los pacientes en la prueba de lenguaje posterior a la evaluación basal se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 17.2 a 17.4 puntos, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estos puntajes en la prueba de lenguaje de los pacientes posterior a la evaluación basal, se encuentran dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

II. Puntaje posterior a la evaluación basal de las niñas en la prueba del lenguaje

[16.9277 $<\mu<$ 18.8523]; el puntaje obtenido por las niñas en la prueba de lenguaje posterior a la evaluación basal se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 16.9 a 18.8 puntos, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estos puntajes en la prueba de lenguaje de las niñas posterior a la evaluación basal, se encuentran dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

III. Puntaje posterior a la evaluación basal de los niños en la prueba del lenguaje

[17.0633 $<\mu<$ 18.5567]; el puntaje obtenido por los niños en la prueba de lenguaje posterior a la evaluación basal se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 17 a 18.5 puntos, por lo tanto, la probabilidad de presentación de estos puntajes en la prueba de lenguaje de los niños posterior a la evaluación basal, se encuentran dentro de este intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

Con base a los intervalos de confianza calculados para la media podemos establecer con respecto a la cantidad de sesiones de terapia entre la primera y segunda evaluación / evaluación basal y evaluación final que:

I. Cantidad de sesiones de terapia de todos los pacientes entre la primera y segunda evaluación / evaluación basal y evaluación final.

[54.0363 $<\mu<$ 68.5637]; la cantidad de sesiones de terapia requeridas para que un paciente sea dado de alta por el Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 54 a 68.5 sesiones, por lo tanto, la probabilidad de presentación de cantidad de sesiones necesarias para dar de alta a un paciente con problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

II. Cantidad de sesiones de terapia en las niñas para el alta

[50.3938 $<\mu<$ 75.2662]; la cantidad de sesiones de terapia requeridas para que una niña sea dada de alta por el Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 50.3 a 75.2 sesiones, por lo tanto, la probabilidad de cantidad de

sesiones necesarias para dar de alta a una niña con problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

III. Cantidad de sesiones de terapia en los niños para el alta

[51.7352 $<\mu<$ 69.6848]; la cantidad de sesiones de terapia requeridas para que un niño sea dado de alta por el Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 51.7 a 69.6 sesiones, por lo tanto, la probabilidad de cantidad de sesiones necesarias para dar de alta a un niño con problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

Con base a los intervalos de confianza calculados para la media podemos establecer con respecto a la cantidad de meses de terapia para el alta que:

I. Cantidad de meses de terapia de todos los pacientes para el alta

[11.951 $<\mu<$ 14.789]; la cantidad de meses en terapia requeridos para que un paciente sea dado de alta por el servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 11.9 a 14.7 meses, por lo tanto, la probabilidad de presentación de cantidad de meses de terapia necesarios para dar de alta a un paciente con problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

II. Cantidad de meses de terapia para el alta de una niña con problema de lenguaje

[11.87 $<\mu<$ 16.57]; la cantidad de meses en terapia requeridos para que una niña sea dada de alta por el Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 11.8 a 16.5 meses, por lo tanto, la probabilidad de cantidad de meses de terapia necesarios para dar de alta a una niña con problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

III. Cantidad de meses de terapia para el alta de un niño con problema de lenguaje

[11.2221 $<\mu<$ 14.7579]; la cantidad de meses en terapia requeridos para que un niño sea dado de alta por el Servicio de patología del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 11.2 a 14.7 meses, por lo tanto, la probabilidad de cantidad de meses de terapia necesarios para dar de alta a un niño con problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 17) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al sexo de los pacientes:

I. Niños que ingresan al Servicio de patología del lenguaje

[0.5853 <p< 0.7887]; los problemas de lenguaje en pacientes niños, se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 58.5% a 78.8%, por lo tanto, la probabilidad de atender pacientes del sexo masculino en el Servicio de patología de lenguaje por presentar problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 18) (Anexo 2).

II. Niñas que ingresan al Servicio de patología del lenguaje [0.1625 <p< 0.4635]; los problemas de lenguaje en pacientes niñas, se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 16.2% a 46.3%, por lo tanto, la probabilidad de atender pacientes del sexo femenino en el Servicio de patología de lenguaje por presentar problemas de lenguaje, se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 18) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al diagnóstico:

I. Pacientes diagnosticados con retardo de lenguaje anártrico

[0.2785 <p< 0.5555]; el retardo de lenguaje anártrico en los pacientes con problemas del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 27.8% a 55.5%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

II. Pacientes niñas diagnosticadas con retardo de lenguaje anártrico

[0.1798 <p< 0.7082]; el retardo de lenguaje anártrico en las niñas con problemas del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 17.9% a 70.8%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en las niñas en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

III. Pacientes niños diagnosticados con retardo de lenguaje anártrico

[0.2353 <p< 0.5747]; el retardo de lenguaje anártrico en los niños con problemas del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 23.5% a 57.4%, por lo

tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en los niños en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

IV. Pacientes diagnosticados con retardo de lenguaje anártrico afásico

[0.0575 <p< 0.3945]; el retardo de lenguaje anártrico afásico en los pacientes con problemas del lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 5.7% a 39.4%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

V. Pacientes niñas diagnosticadas con retardo de lenguaje anártrico afásico

[0 <p< 0.5687]; el retardo de lenguaje anártrico afásico en las niñas con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 56.8%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en las niñas en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

VI. Pacientes niños diagnosticados con retardo de lenguaje anártrico afásico

[0.0204 <p< 0.4356]; el retardo de lenguaje anártrico afásico en los niños con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 2% a 43.5%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en los niños en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

VII. Pacientes diagnosticados con dispraxia verbal

[0 <p< 0.4201]; la dispraxia verbal en los pacientes con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 42%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

VIII. Pacientes niños diagnosticados con dispraxia verbal

[0 <p< 0.5113]; la dispraxia verbal en los niños con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 51.1%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en los niños en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

IX. Pacientes diagnosticados con retardo de lenguaje audiógeno

[0 <p< 0.3264]; el retardo de lenguaje audiógeno en los pacientes con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 32.6%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

X. Pacientes niñas con retardo del lenguaje audiógeno

[0 <p< 0.7671]; el retardo de lenguaje audiógeno en las niñas con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 76.7%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en las niñas en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XI. Pacientes diagnosticados con retardo de lenguaje afásico

[0 <p< 0.3157]; el retardo de lenguaje afásico en los pacientes con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 31.5%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XII. Pacientes niñas diagnosticadas con retardo de lenguaje afásico

[0 <p< 0.7671]; el retardo de lenguaje afásico en las niñas con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 76.7%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en las niñas en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XIII. Pacientes niños diagnosticados con retardo de lenguaje afásico

[0 <p< 0.3795]; el retardo de lenguaje afásico en los niños con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 37.9%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en los niños en el Servicio de patología de lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XIV. Pacientes diagnosticados con retraso global del desarrollo

[0 <p< 0.2942]; el retraso global del desarrollo en los pacientes con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.4%, por lo tanto, la

probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XV. Pacientes niños diagnosticados con retraso global del desarrollo

[0 <p< 0.3994]; el retraso global del desarrollo en los niños con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 39.9%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en los niños en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XVI. Pacientes diagnosticados con retardo de lenguaje afásico anártrico

[0 <p< 0.2885]; el retardo de lenguaje afásico anártrico en los pacientes con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.8%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de ese intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XVII. Pacientes niños diagnosticados con retardo de lenguaje afásico anártrico

[0 <p< 0.3559]; el retardo del lenguaje afásico anártrico en los niños con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 35.5%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en los niños en el Servicio de patología de lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XVIII. Pacientes diagnosticados con dislalias fisiológicas

[0 <p< 0.2846]; las dislalias fisiológicas en los pacientes con problemas de lenguaje se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.4%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XIX. Pacientes niñas diagnosticadas con dislalias fisiológicas

[0 <p< 0.7671]; las dislalias fisiológicas en las niñas con problemas de lenguaje se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 76.7%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en las niñas en el servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

XX. Pacientes niños diagnosticados con dislalias fisiológicas

[0 <p< 0.5113]; las dislalias fisiológicas en los niños con problemas de lenguaje se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 51.1%, por lo tanto, la probabilidad de realizar este diagnóstico en los niños del Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 19) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al nivel socioeconómico de los pacientes que:

I. Pacientes con nivel socioeconómico 1

[0.1146 <p< 0.4254]; el nivel socioeconómico 1 en los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 11.4% a 42.5%, por lo tanto, la probabilidad de atender a pacientes con este nivel socioeconómico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 20) (Anexo 2).

II. Pacientes con nivel socioeconómico 2

[0.4752 <p< 0.7068]; el nivel socioeconómico 2 en los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 47.5% a 70.6%, por lo tanto, la probabilidad de atender a pacientes con este nivel socioeconómico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 20) (Anexo 2).

III. Pacientes con nivel socioeconómico 3

[0 <p< 0.304]; el nivel socioeconómico 3 en los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 30.4%, por lo tanto, la probabilidad de atender a pacientes con este nivel socioeconómico en el Servicio de patología del lenguaje se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 20) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al estatus de la terapia de los pacientes que:

I. Pacientes que continúan en terapia de lenguaje

[0.3074 <p< 0.5786]; los pacientes que continúan en el proceso de tratamiento en terapia de lenguaje (después de 14 meses, tiempo máximo promedio para que el paciente sea dado de alta) se observó en un intervalo de confianza del 95% entre 30.7% a 57.8%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes continúen en tratamiento de terapia (después

de 14 meses, tiempo máximo promedio para que el paciente sea dado de alta) se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

II. Pacientes niñas que continúan en terapia de lenguaje

[0.1442 <p< 0.6898]; las pacientes niñas que continúan en el proceso de tratamiento en terapia de lenguaje (después de 14 meses, tiempo máximo promedio para que el paciente sea dado de alta) se observó en un intervalo de confianza del 95% entre 14.4% a 68.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes continúen en tratamiento de terapia (después de 14 meses, tiempo máximo promedio para que el paciente sea dado de alta) se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

III. Pacientes niños que continúan en terapia de lenguaje

[0.2945 <p< 0.6175]; los pacientes niños que continúan en el proceso de tratamiento en terapia de lenguaje (después de 14 meses, tiempo máximo promedio para que el paciente sea dado de alta) se observó un un intervalo de confianza del 95% entre 29.4% a 61.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes continúen en tratamiento de terapia (después de 14 meses, tiempo máximo promedio para que el paciente sea dado de alta) se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

IV. Pacientes dados de alta de terapia de lenguaje

[0.3966 <p< 0.6474]; los pacientes dados de alta del proceso de tratamiento de terapia de lenguaje (después de 14 meses, tiempo máximo promedio para que el paciente sea dado de alta) se observaron en un intervalo de confianza del 95% entre 39.6% a 64.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes sean dados de alta de terapia se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

V. Pacientes niñas dadas de alta de terapia de lenguaje

[0.3594 <p< 0.8066]; el alta de terapia de pacientes niñas con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza del 95% entre 35.9% a 80.6%, por lo tanto, la probabilidad de dar de alta a las pacientes se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

VI. Pacientes niños dados de alta de terapia de lenguaje

[0.3372 <p< 0.6508]; el alta de terapia de pacientes niños con problemas de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 33.7% a 65%, por lo tanto, la probabilidad de dar de alta a los pacientes se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

VII. Pacientes dados de baja o que abandonan la terapia de lenguaje

[0 <p< 0.3264]; los pacientes dados de baja o que abandonan la terapia de lenguaje se observó en un intervalo de confianza del 95% entre 0% a 32.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes sean dados de baja o que abandonen la terapia se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

VIII. Pacientes niños dados de baja o que abandonan la terapia de lenguaje

[0 <p< 0.3994]; los pacientes dados de baja o que abandonan la terapia de lenguaje se observó en un intervalo de confianza del 95% entre 0% a 39.9%, por lo tanto, la probabilidad de dar de alta a los pacientes se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 21) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la persona responsable de llevar a los pacientes a la terapia que:

I. Madre como responsable

[0.7932 <p< 0.9288]; la madre como responsable de llevar a los pacientes al tratamiento de terapia de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 79.3% a 92.8%, por lo tanto, la probabilidad de que la madre sea quien se responsabilice de llevar a los pacientes a las terapias se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 22) (Anexo 2).

II. Padre como responsable

[0 <p< 0.2878]; el padre como responsable de llevar a los pacientes al tratamiento de terapia de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.7%, por lo tanto, la probabilidad de que el padre sea quien se responsabilice de llevar a los pacientes a las terapias se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 22) (Anexo 2).

III. Abuelos como responsables

[0 <p< 0.2942]; los abuelos como responsables de llevar a los pacientes al tratamiento de terapia de lenguaje se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los abuelos sean quienes se responsabilicen de llevar a los pacientes a las terapias se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 22) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación inicial de la articulación de los pacientes que:

I. Articulación con omisión y sustitución de múltiples fonemas

[0.7193 <p< 0.8807]; la omisión y sustitución de múltiples fonemas en todos los pacientes en la evaluación inicial se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 71.9% a 88%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten omisiones y sustituciones en la evaluación inicial de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 23) (Anexo 2).

II. Articulación con omisión y sustitución de múltiples fonemas en las niñas

[0.5794 <p< 0.9206]; la omisión y sustitución de múltiples fonemas en las niñas en la evaluación inicial se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 57.9% a 92%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten omisiones y sustituciones en la evaluación inicial de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 23) (Anexo 2).

III. Articulación con omisión y sustitución de múltiples fonemas en los niños

[0.7311 <p< 0.9149]; la omisión y sustitución de múltiples fonemas en los niños, en la evaluación inicial se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 73.1% a 91.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten omisiones y sustituciones en la evaluación inicial de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 23) (Anexo 2).

IV. Articulación con dislalias

[0.0172 <p< 0.3648]; las dislalias en todos los pacientes en la evaluación inicial se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 1.7% a 36.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten dislalias en la evaluación inicial de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 23) (Anexo 2).

V. Articulación con dislalias en las niñas

[0 <p< 0.5825]; las dislalias en las niñas, en la evaluación inicial se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 58.2%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten dislalias en la evaluación inicial de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 23) (Anexo 2).

IV. Articulación con dislalia en los niños

[0 <p< 0.3881]; las dislalias en los niños, en la evaluación inicial se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 38.8%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten dislalias en la evaluación inicial de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 23) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación final de la articulación de los pacientes que:

I. Articulación con omisión y sustitución de múltiples fonemas

[0.1328 <p< 0.4412]; la omisión y sustitución de múltiples fonemas en todos los pacientes en la evaluación final se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 13.2% a 44.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten omisiones y sustituciones en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

II. Articulación con omisión y sustitución de múltiples fonemas en las niñas

[0 <p< 0.5978]; la omisión y sustitución de múltiples fonemas en las niñas en la evaluación final se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 59.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten omisiones y sustituciones en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

III. Articulación con omisión y sustitución de múltiples fonemas en los niños

[0.0955 <p< 0.4865]; la omisión y sustitución de múltiples fonemas en los niños en la evaluación final se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 9.5% a 48.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten omisiones y sustituciones en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

IV. Articulación con dislalias

[0.4654 <p< 0.7006]; las dislalias en la evaluación final en todos los pacientes se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 46.5% a 70%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten dislalias en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

V. Articulación con dislalia en las niñas

[0.3594 <p< 0.8066]; las dislalias en las niñas, en la evaluación final se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 35.9% a 80.6%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten dislalias en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

VI. Articulación con dislalia en los niños

[0.4407 <p< 0.7233]; las dislalias en los niños, en la evaluación final se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 44% a 72.3%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten dislalias en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

VII. Articulación sin fallas articulatorias

[0 <p< 0.3157]; la ausencia de fallas articulatorias en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 31.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes no presenten fallas articulatorias en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

VIII. Articulación sin fallas articulatorias las niñas

[0 <p< 0.5678]; la ausencia de fallas articulatorias en las niñas en la evaluación final se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 56.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes no presenten fallas articulatorias en la evaluación final de la articulación se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

IX. Articulación sin fallas articulatorias los niños

[0 <p< 0.362]; la ausencia de fallas articulatorias en los niños, en la evaluación final se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 36.2%, por lo tanto, la probabilidad que los pacientes no presenten fallas articulatorias en la evaluación final de la articulación se encuentra en este intervalo calculado (tabla 24) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación inicial de la morfosintaxis de los pacientes que:

I. Morfosintaxis sin estructuración

[0.0482 <p< 0.3858]; morfosintaxis sin estructuración en la evaluación inicial se observó en todos los pacientes en un intervalo de confianza de 95% entre 4.8% a 38.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten ausencia de estructuración en la evaluación inicial de la morfosintaxis se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

II. Morfosintaxis sin estructuración en niñas

[0 <p< 0.5593]; morfosintaxis sin estructuración en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 55.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten ausencia de estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

III. Morfosintaxis sin estructuración en niños

[0.020 <p< 0.4356]; morfosintaxis sin estructuración en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 2% a 43.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten ausencia de estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

IV. Morfosintaxis con mala estructuración

[0.2888 <p< 0.5632]; morfosintaxis con mala estructuración en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 28.8% a 56.3%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten mala estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

V. Morfosintaxis con mala estructuración en niñas

[0.1082 <p< 0.6698]; morfosintaxis con mala estructuración en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 10.8% a 66.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten una mala estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

VI. Morfosintaxis con mala estructuración en niños

[0.2792 <p< 0.6068]; morfosintaxis con mala estructuración en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 27.9% a 60.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una mala estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

VII. Morfosintaxis con regular estructuración

[0.1042 <p< 0.4178]; morfosintaxis con regular estructuración en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 10.4% a 41.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una regular estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

VIII. Morfosintaxis con regular estructuración en niñas

[0 <p< 0.6154]; morfosintaxis con regular estructuración en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 61.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una regular estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

IX. Morfosintaxis con regular estructuración en niños

[0.0354 <p< 0.4466]; morfosintaxis con regular estructuración en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 3% a 44.6%, por lo tanto,

la probabilidad de que los pacientes presenten una regular estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

X. Morfosintaxis con correcta estructuración

[0 <p< 0.2927]; morfosintaxis con correcta estructuración en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una correcta estructuración en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

XI. Morfosintaxis con estructuración correcta en niñas

[0 <p< 0.6099]; morfosintaxis con correcta estructuración en la evaluación inicial en las niñas se observó en un nivel de confianza de 95% entre 0% a 60.9%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una estructuración correcta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2).

XII. Morfosintaxis con estructuración correcta en niños

[0 <p< 0.3513]; morfosintaxis con correcta estructuración en la evaluación inicial en los niños se observó en un nivel de confianza de 95% entre 0% a 35.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una estructuración correcta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 25) (Anexo 2)

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación final de la morfosintaxis de los pacientes que:

I. Morfosintaxis sin estructuración

[0 <p< 0.3264]; morfosintaxis sin estructuración en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 32.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten ausencia de estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

II. Morfosintaxis sin estructuración en niños

[0 <p< 0.3994]; morfosintaxis sin estructuración en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 39.9%, por lo tanto, la

probabilidad de que los pacientes presenten ausencia de estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

III. Morfosintaxis con mala estructuración

[0 <p< 0.2927]; morfosintaxis con mala estructuración en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una mala estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

IV. Morfosintaxis con mala estructuración en niñas

[0 <p< 0.7671]; morfosintaxis con mala estructuración en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 76.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten una mala estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

V. Morfosintaxis con mala estructuración en niños

[0 <p< 0.3523]; morfosintaxis con mala estructuración en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 35.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una mala estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

VI. Morfosintaxis con regular estructuración

[0.2691 <p< 0.5489]; morfosintaxis con regular estructuración en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 26.9% a 54.8%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una regular estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

VII. Morfosintaxis con regular estructuración en niñas

[0.2877 <p< 0.7683]; morfosintaxis con regular estructuración en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 28.7% a 76.8%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten una regular estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

VIII. Morfosintaxis con regular estructuración en niños

[0.1694 <p< 0.5386]; morfosintaxis con regular estructuración en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 16.9% a 53.8%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una regular estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

IX. Morfosintaxis con estructuración correcta

[0.3282 <p< 0.5938]; morfosintaxis con estructuración correcta en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 32.8% a 59.3%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una correcta estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

X. Morfosintaxis con estructuración correcta en niñas

[0.1082 <p< 0.6698]; morfosintaxis con estructuración correcta en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 10.8% a 66.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten una correcta estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

XI. Morfosintaxis con estructuración correcta en niños

[0.3372 <p< 0.6508]; morfosintaxis con estructuración correcta en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 33.7% a 65%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una correcta estructuración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 26) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación inicial de la comprensión de los pacientes que:

I. Comprensión deficiente

[0 <p< 0.2812]; comprensión deficiente en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten una comprensión deficiente en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

II. Comprensión deficiente en niños

[0 <p< 0.3644]; comprensión deficiente en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 36.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión deficiente en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

III. Comprensión de palabras o vocabulario

[0 <p< 0.3101]; comprensión de palabras o vocabulario en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 31%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de palabras o vocabulario en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

IV. Comprensión de palabras o vocabulario en niñas

[0 <p< 0.7671]; comprensión de palabras o vocabulario en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 76.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten comprensión de palabras o vocabulario en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

V. Comprensión de palabras o vocabulario en niños

[0 <p< 0.3704]; comprensión de palabras o vocabulario en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 37%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de palabras o vocabulario en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

VI. Comprensión de ordenes simples

[0.3571 <p< 0.6169]; comprensión de ordenes simples en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 35.7% a 61.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de ordenes simples en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

VII. Comprensión de ordenes simples en niñas

[0.1798 <p< 0.7082]; comprensión de órdenes simples en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 17.9% a 70.8%, por lo tanto, la

probabilidad de que las pacientes presenten comprensión de ordenes simples en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

VIII. Comprensión de ordenes simples en niños

[0.3518 <p< 0.6602]; comprensión de órdenes simples en la evaluación inicial en niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 35.1% a 66%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de órdenes simples en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

IX. Comprensión de ordenes complejas

[0.0884 <p< 0.4156]; comprensión de ordenes complejas en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 8.8% a 41.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de ordenes complejas en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

X. Comprensión de ordenes complejas en niñas

[0.0712 <p< 0.6508]; comprensión de órdenes complejas en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 7.1% a 65%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten comprensión de ordenes complejas en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

XI. Comprensión de ordenes complejas en niños

[0 <p< 0.4169]; comprensión de órdenes complejas en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 41.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de órdenes complejas en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

XII. Comprensión en narración verbal adecuada

[0 <p< 0.2827]; comprensión en narración verbal adecuada en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión adecuada en

narración verbal en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

XIII. Comprensión en narración verbal adecuada en niños

[0 < p < 0.3513]; comprensión en narración verbal adecuada en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 35.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión adecuada en narración verbal en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 27) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación final de la comprensión de los pacientes que:

I. Comprensión deficiente

[0 < p < 0.3264]; comprensión deficiente en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 32.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión deficiente en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

II. Comprensión deficiente en niños

[0 < p < 0.5113]; comprensión deficiente en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 51.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión deficiente en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

III. Comprensión de órdenes simples

[0.143 < p < 0.449]; comprensión de órdenes simples en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 14.3% a 44.9%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de órdenes simples se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

IV. Comprensión de órdenes simples en niñas

[0 < p < 0.5978]; comprensión de órdenes simples en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 59.7%, por lo tanto, la

probabilidad de que las pacientes presenten comprensión de ordenes simples en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

V. Comprensión de ordenes simples en niños

[0.11 <p< 0.498]; comprensión de ordenes simples en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 11% a 49.8%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de ordenes simples en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

VI. Comprensión de ordenes complejas

[0.2014 <p< 0.4946]; comprensión de órdenes complejas en la evaluación final en todos los participantes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 20.1% a 49.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de ordenes complejas se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

VII. Comprensión de ordenes complejas en niñas

[0.1442 <p< 0.6898]; comprensión de ordenes complejas en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 14.4% a 68.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten comprensión de ordenes complejas en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

VIII. Comprensión de ordenes complejas en niños

[0.1247 <p< 0.5073]; comprensión de ordenes complejas en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 12.4% a 50.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión de ordenes complejas en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

IX. Comprensión en narración verbal adecuada

[0.1625 <p< 0.4635]; comprensión adecuada en narración verbal en la evaluación final en todos los participantes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 16.2% a 46.3%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión en narración verbal adecuada se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

X. Comprensión en narración verbal adecuada en niñas

[0 <p< 0.5978]; comprensión adecuada en narración verbal en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 59.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten comprensión adecuada en narración verbal en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

X. Comprensión en narración verbal adecuada en niños

[0.1404 <p< 0.5176]; comprensión adecuada en narración verbal en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 14% a 51.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten comprensión adecuada en narración en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 28) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación inicial de uso del lenguaje de los pacientes que:

I. No dirige mensajes, señas o gestos adecuadamente

[0 <p< 0.2827]; uso del lenguaje sin dirigir adecuadamente mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes en la evaluación inicial usen el lenguaje sin dirigir adecuadamente mensajes, señas o gestos se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

II. No dirigen mensajes, señas o gestos adecuadamente en niñas

[0 <p< 0.6099]; uso del lenguaje sin dirigir adecuadamente mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 60.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes en la evaluación inicial usen el lenguaje sin dirigir adecuadamente mensajes, señas o gestos se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

III. No dirigen mensajes, señas o gestos adecuadamente en niños

[0 <p< 0.3644]; uso del lenguaje sin dirigir adecuadamente mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 36.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes en la evaluación inicial usen el

lenguaje sin dirigir adecuadamente mensajes, señas o gestos se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

IV. Dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos

[0.3966 <p< 0.6474]; uso del lenguaje en donde se dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 39.6% a 64.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes usen un lenguaje en donde ocasionalmente dirijan mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

V. Dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en niñas

[0.1798 <p< 0.7082]; uso del lenguaje en donde se dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 17.9% a 70.8%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes usen un lenguaje en donde ocasionalmente dirijan mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

VI. Dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en niños

[0.4104 <p< 0.7036]; uso del lenguaje en donde se dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 41% a 70.3%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes usen un lenguaje en donde ocasionalmente dirijan mensajes, señas o gestos en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

VII. Dirigen mensajes adecuadamente

[0.1523 <p< 0.4557]; uso del lenguaje en donde se dirigen adecuadamente mensajes en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 15.2% a 45.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes dirijan mensajes adecuadamente en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

VIII. Dirigen mensajes adecuadamente en niñas

[0.0712 <p< 0.6508]; uso del lenguaje en donde se dirigen adecuadamente mensajes en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 7.1% a 65%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes dirijan mensajes adecuadamente en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

IX. Dirigen mensajes adecuadamente en niños

[0.0798 <p< 0.4762]; uso del lenguaje en donde se dirigen adecuadamente mensajes en la evaluación inicial de los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 7.9% a 47.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes dirijan mensajes adecuadamente en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

X. Establecen turnos conversacionales

[0 <p< 0.2927]; uso del lenguaje en donde se establecen turnos conversacionales en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes establezcan turnos conversacionales en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

XI. Establecen turnos conversacionales en niñas

[0 <p< 0.7671]; uso del lenguaje en donde se establecen turnos conversacionales en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 76.1%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes establezcan turnos conversacionales en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

XII. Establecen turnos conversacionales en niños

[0 <p< 0.3523]; uso del lenguaje en donde se establecen turnos conversacionales en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 35.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes establezcan turnos

conversacionales en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 29) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la evaluación final de uso del lenguaje de los pacientes que:

I. Dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos

[0 <p< 0.3431]; uso del lenguaje en donde se dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 34.3%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes usen un lenguaje en donde ocasionalmente dirijan mensajes, señas o gestos en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

II. Dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en niñas

[0 <p< 0.6099]; uso del lenguaje en donde se dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 60.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes usen un lenguaje en donde ocasionalmente dirijan mensajes, señas o gestos en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

III. Dirige de manera ocasional mensajes, señas o gestos en niños

[0 <p< 0.407]; uso del lenguaje en donde se dirigen de manera ocasional mensajes, señas o gestos en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 40.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes usen un lenguaje en donde ocasionalmente dirijan mensajes, señas o gestos en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

IV. Dirigen mensajes adecuadamente

[0.2785 <p< 0.5555]; uso del lenguaje en donde se dirigen adecuadamente mensajes en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 27.8% a 55.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes dirijan mensajes adecuadamente en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

V. Dirigen mensajes adecuadamente en niñas

[0.2523 <p< 0.7477]; uso del lenguaje en donde se dirigen adecuadamente mensajes en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 25.2% a 74.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes dirijan mensajes adecuadamente en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

VI. Dirige mensajes adecuadamente en niños

[0.207 <p< 0.553]; uso del lenguaje en donde se dirigen adecuadamente mensajes en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 20.7% a 55.3%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes dirijan mensajes adecuadamente en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

VII. Establece turnos conversacionales

[0.2587 <p< 0.5413]; uso del lenguaje en donde se establecen turnos conversacionales en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 25.8% a 54.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes establezcan turnos conversacionales en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

VIII. Establecen turnos conversacionales en niñas

[0.0337 <p< 0.6323]; uso del lenguaje en donde se establecen turnos conversacionales en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 3.3% a 63.2%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes establezcan turnos conversacionales en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

IX. Establecen turnos conversacionales en niños

[0.2638 <p< 0.5962]; uso del lenguaje en donde se establecen turnos conversacionales en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 26.3% a 59.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes establezcan turnos conversacionales en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 30) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al nivel de lenguaje inicial de los pacientes que:

I. Balbuceo

[0 <p< 0.4201]; el balbuceo en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 42%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de balbuceo en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

II. Monosílabos

[0 <p< 0.2827]; nivel de monosílabos en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de monosílabos en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

III. Monosílabos en niñas

[0 <p< 0.7671]; nivel de monosílabos en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 76.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten un nivel del lenguaje de monosílabos en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

IV. Monosílabos en niños

[0 <p< 0.3559]; nivel de monosílabos en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 35.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel del lenguaje de monosílabos en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

V. Palabra suelta

[0 <p< 0.304]; nivel de palabra suelta en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 30.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de palabra suelta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

VI. Palabra suelta en niñas

[0 <p< 0.5575]; nivel de palabra suelta en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 55.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten un nivel de lenguaje de palabra suelta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

VII. Palabra suelta en niños

[0 <p< 0.3513]; nivel de palabra suelta en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 35.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de palabra suelta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

VIII. Palabra yuxtapuesta

[0.0386 <p< 0.3794]; nivel de palabra yuxtapuesta en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 3.8% a 37.9%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de palabra yuxtapuesta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

IX. Palabra yuxtapuesta en niñas

[0 <p< 0.5687]; nivel de palabra yuxtapuesta en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 56.8%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten un nivel del lenguaje de palabra yuxtapuesta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

X. Palabra yuxtapuesta en niños

[0 <p< 0.4169]; nivel de palabra yuxtapuesta en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 41.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel del lenguaje de palabra yuxtapuesta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

XI. Frase corta

[0.143 <p< 0.449]; nivel de frase corta en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 14.3% a 44.9%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de frase corta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

XII. Frase corta en niñas

[0 <p< 0.5678]; nivel de frase corta en la evaluación inicial en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 56.7%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten un nivel de lenguaje de frase corta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

XIII. Frase corta en niños

[0.1404 <p< 0.5176]; nivel de frase corta en la evaluación inicial en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 14% a 51.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de frase corta en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

XIV. Oraciones

[0.1238 <p< 0.4322]; nivel de oraciones en la evaluación inicial en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 12.3% a 43.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de oraciones en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

XV. Oraciones en niñas

[0 <p< 0.5598]; nivel de oraciones en la evaluación inicial en niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 55.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten un nivel de lenguaje de oraciones en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

XVI. Oraciones en niños

[0.0798 <p< 0.4762]; nivel de oraciones en la evaluación inicial en niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 7.9% a 47.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los

pacientes presenten un nivel de lenguaje de oraciones en la evaluación inicial se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 31) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al nivel de lenguaje final de los pacientes que:

I. Frase corta

[0.0681 <p< 0.4019]; nivel de frase corta en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 6.8% a 40.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de frase corta en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 32).

II. Frase corta en niñas

[0 <p< 0.5593]; nivel de frase corta en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 55.9%, por lo tanto, la probabilidad de que las pacientes presenten un nivel de lenguaje de frase corta en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 32) (Anexo 2).

III. Frase corta en niños

[0.0502 <p< 0.4558]; nivel de frase corta en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 5% a 45.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de frase corta en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 32) (Anexo 2).

IV. Oraciones

[0.6172 <p< 0.8088]; nivel de oraciones en la evaluación final en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 61.7% a 80.8%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de oraciones en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 32) (Anexo 2).

V. Oraciones en niñas

[0.5794 <p< 0.9206]; nivel de oraciones en la evaluación final en las niñas se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 57.9% a 92%, por lo tanto, la probabilidad de que

las pacientes presenten un nivel de lenguaje de oraciones en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 32) (Anexo 2).

VI. Nivel del lenguaje en oraciones en niños (evaluación final)

[0.5753 <p< 0.8167]; nivel de oraciones en la evaluación final en los niños se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 57.5% a 81.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes presenten un nivel de lenguaje de oraciones en la evaluación final se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 32) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al número de hermanos de los pacientes que:

I. Ningún hermano [0.2302 <p< 0.5178]; no tener ningún hermano se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 23% a 51.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes sean hijos únicos se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 33) (Anexo 2).

II. Un hermano

[0.3178 <p< 0.5862]; pacientes con un hermano se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 31.7% a 58.6%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan un hermano se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 33) (Anexo 2).

III. Dos hermanos

[0 <p< 0.3303]; pacientes con dos hermanos se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 33%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan dos hermanos se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 33) (Anexo 2).

IV. Tres hermanos

[0 <p< 0.4201]; pacientes con tres hermanos se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 42%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan tres hermanos se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 33) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto al lugar que ocupan los pacientes entre sus hermanos que:

I. Pacientes como primogénitos

[0.4459 <p< 0.6841]; pacientes como primer hijo se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 44.5% a 68.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes sean los primogénitos se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 34) (Anexo 2).

II. Pacientes como segundo hijo

[0.1809 <p< 0.4791]; pacientes como segundo hijo se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 18% a 47.9%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes sean el segundo en orden de nacimiento se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 34) (Anexo 2).

III. Pacientes como tercer hijo

[0 <p< 0.2927]; pacientes como tercer hijo se observaron en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes sean el tercero en orden de nacimiento se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 34) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la escolaridad de las madres de los pacientes que:

I. Madre con nivel de estudios de primaria completa

[0 <p< 0.2846]; madre con escolaridad de primaria completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan madres con estudios de primaria completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

III. Madre con nivel de estudios de secundaria completa

[0.0074 <p< 0.3586]; madre con escolaridad de secundaria completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0.7% a 35.8%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan madres con estudios de secundaria completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

VI. Madre con nivel de estudios de preparatoria completa

[0.1238 <p< 0.4322]; madre con escolaridad de preparatoria completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 12.3% a 43.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan madres con estudios de preparatoria completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

VIII. Madre con nivel de estudios de preparatoria trunca

[0 <p< 0.304]; madre con escolaridad de preparatoria trunca se observó en todos los pacientes en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 30.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan madres con estudios de preparatoria trunca se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

XI. Madre con nivel de estudios de carrera técnica completa

[0 <p< 0.2927]; madre con escolaridad de carrera técnica completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.2%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan madres con estudios de carrera técnica completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

XIII. Madre con nivel de estudios de licenciatura completa

[0 <p< 0.297]; madre con escolaridad de licenciatura completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan madres con estudios de licenciatura completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

XVI. Madre con nivel de estudios de licenciatura trunca

[0 <p< 0.297]; madre con escolaridad de licenciatura trunca en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan madres con estudios de licenciatura trunca se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

XIX. Madre con escolaridad desconocida o no especificada

[0 <p< 0.2945]; madre con escolaridad desconocida o no especificada en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.4%, por lo tanto,

la probabilidad de que los pacientes tengan madres con escolaridad desconocida o no especificada se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 35) (Anexo 2).

Con base a los intervalos calculados para la proporción podemos establecer con respecto a la escolaridad de los padres de los pacientes que:

I. Padre con nivel de estudios de primaria completa

[0 < p < 0.2846]; padre con escolaridad de primaria completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan padres con estudios de primaria completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 36) (Anexo 2).

III. Padre con nivel de estudios de secundaria completa

[0.0882 < p < 0.4158]; padre con escolaridad de secundaria completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 8.8% a 41.5%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan padres con estudios de secundaria completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 36) (Anexo 2).

VI. Padre con nivel de estudios de preparatoria completa

[0.0575 < p < 0.3945]; padre con escolaridad de preparatoria completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 5.7% a 39.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan padres con estudios de preparatoria completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 36) (Anexo 2).

IX. Padre con nivel de estudios de preparatoria trunca

[0 < p < 0.2878]; padre con escolaridad de preparatoria trunca en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.7%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan padres con estudios de preparatoria trunca se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 36) (Anexo 2).

XII. Padre con nivel de estudios de licenciatura completa

[0 < p < 0.2927]; padre con escolaridad de licenciatura completa en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 29.2%, por lo tanto, la

probabilidad de que los pacientes tengan padres con estudios de licenciatura completa se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 36) (Anexo 2).

XIII. Padre con nivel de estudios de licenciatura trunca

[0 <p< 0.2812]; padre con escolaridad de licenciatura trunca en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 0% a 28.1%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan padres con estudios de licenciatura trunca se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 36) (Anexo 2).

XV. Padre con nivel de estudios desconocido o no especificado

[0.0172 <p< 0.3648]; padre con escolaridad desconocida o no especificada en todos los pacientes se observó en un intervalo de confianza de 95% entre 1.7 a 36.4%, por lo tanto, la probabilidad de que los pacientes tengan padres con nivel de estudios desconocido o no especificado se encuentra dentro de este intervalo calculado (tabla 36) (Anexo 2).

11 DISCUSIÓN

A continuación se presenta un análisis de los datos obtenidos en este proyecto; con relación a la edad general en que los pacientes son atendidos por problema de lenguaje se encuentra entre 4 años 6 meses a 5 años; para las niñas entre 4 años 2 meses a 4 años 8 meses y para los niños entre 4 años 7 meses a 5 años 2 meses; siendo ligeramente mayor la edad de ingreso para los niños; dato importante que correlaciona con los hallazgos descritos en la literatura nacional. Para el puntaje inicial obtenido por los pacientes en general en la aplicación de la Escala de Evaluación de Lenguaje Infantil - INRLGII se encontró una puntuación de 12.9 a 14.1 puntos; siendo ligeramente menor en las mujeres, en comparación a los hombres con un intervalo de 12.5 a 14.7 puntos. Mientras que al realizar la evaluación final, se encuentra un puntaje final entre 17.2 a 17.4 puntos en los pacientes de forma general. Con un discreto mejor puntaje en el grupo de pacientes niñas de 16.9 a 18.8 puntos, comparado con los niños. Siendo relevante para el tipo de alteraciones donde los pacientes niños son los mayormente afectados, comparados con las pacientes niñas; además las cuales tienen una evolución a la mejoría más pronta. Con lo que podemos ultimar que si bien las pacientes niñas llegan con un

problema de lenguaje más marcado; su recuperación posterior a la terapia es mejor en comparación al grupo de pacientes niños, siendo un información importante que del cual no hay descripciones previas. En cuanto al numero de sesiones calculado para que un paciente con problema de lenguaje sea dado de alta; de forma general va de 54 a 68.5 sesiones. Siendo menor el numero de sesiones necesarias en el grupo de pacientes niños con 51.7 a 69.6 sesiones en comparación del grupo de pacientes niñas. Concluyendo que si bien una paciente niña presenta problema de lenguaje, este será con mayores manifestaciones clínicas en comparación al de los niños y necesitará mayor numero de sesiones para superarlo, pero obtendrá un puntaje mejor en comparación con el grupo de pacientes niños en su evaluación final. Y haciendo correlación con el numero de meses que son necesarios para que los pacientes sean dados de alta; de forma general va de 11.9 a 14.7 meses. Siendo ligeramente mayor la necesidad de meses que una niña debe permanecer en terapia para poder ser dada de alta, hasta con 16.5 meses; comparada con un niño que es de 14.7 meses. Contrastando que el mayor número de pacientes que padecen un problema de lenguaje son niños hasta en un 78%; mientras que las niñas alcanzan un máximo de 46.3%. La clasificación para los retardos de lenguaje descrita por Azcoaga J. nos proporciona cierta finura clínica para hacer la correcta división entre los diferentes tipos de padecimientos reportados. De acuerdo al resultado global de los diagnósticos para toda la población; el diagnóstico que se presentó en mayor número de eventos fue el de retardo de lenguaje anártrico hasta en un 55.55%, siendo similar al reportado tanto el literatura nacional, como es mencionado por Azcoaga en sus textos sobre retardo de lenguaje en el niño; seguido de la dispraxia verbal en un 42% y en tercer lugar el anártrico afásico hasta con un 39.4%. Para los diagnósticos según el sexo; existe mayor número de niñas con retardo de lenguaje anártrico, hasta en un 70.8%, que nuevamente correlaciona al diagnóstico más frecuente reportado en la literatura, así como los datos estadísticos con los que se cuenta en el INRLGII; y hasta en 56.8% con diagnóstico de retardo de lenguaje anártrico – afásico. Así mismo, las niñas son las mayormente afectadas con el diagnóstico de retardo de lenguaje afásico hasta en un

76.7%, comparado con el 37.9% de los niños. Mientras que las niñas con dislalias fisiológicas representan un 76.7%. Mientras que para los niños el diagnóstico de retardo de lenguaje anártrico abarca hasta el 57.4%, dato relevante que nuevamente correlaciona al diagnóstico más frecuente reportado en la literatura, el diagnóstico de dispraxia verbal es del 51.1% y para los diagnósticos de retardo de lenguaje con componente anártrico – afásico el 43.5% y afásico – anártrico el 35.5%. Casos a considerar son el retardo de lenguaje audiógeno con una media de presentación general del 0 a 32.6% que se puede presentar hasta en un 76.7% de las mujeres. Información de alta relevancia, ya que no existen reportes tan claros que hablen sobre el diagnóstico. Y el retraso global del desarrollo con una media de presentación general de 0 – 29.4% que puede afectar a los niños hasta en un 39.9%. información que correlaciona con lectura nacional, donde los pacientes niños presentan mayormente este tipo de padecimiento. Con relación al nivel socioeconómico, actualmente no existen datos actualizados que nos hablen sobre las condiciones sociales en las que se encuentran los pacientes con retardo de lenguaje en México; por lo que toma relevancia su análisis. De forma general el más presente es el nivel socioeconómico 2 hasta con un 70.6%. Así mismo para las niñas con un 74.7% y para los niños con un 76.5%. Cuando el más frecuente durante el año 2019 fue el nivel socioeconómico 3. Según la aplicación de la escala, las pacientes niñas que continúan terapia de rehabilitación de lenguaje representan hasta 68.9% después de los 14 meses de haber iniciado, con un margen mayor que los niños que va del 29.4 hasta el 61.7% posterior a 14 meses promedio para ser dados de alta. Demostrando que las niñas necesitan mayor tiempo de terapia para poder superar el problema de lenguaje. Dentro de los resultados más relevantes encontrados en el análisis de este estudio, el calculo para que los pacientes sean dados de alta en ese periodo de tiempo de forma general es del 64.7%, donde las niñas son egresadas hasta en un 80.6 %, contra un 65 % de los niños. Considerando el porcentaje de pacientes dados de baja de terapia por diversos motivos (abandono, falta de asistencia, máximo beneficio o tiempo máximo de terapia) con un 32.6% de los cuales hasta 39.9% son niños. Información relevante, que no se encuentra

documentada en otros textos. Con respecto a la persona responsable de llevar a los pacientes a la terapia encontramos que la madre es el personaje más importante, siendo la responsable hasta en un 92.8%. Haciendo la comparación entre la aplicación inicial y la final de la evaluación del lenguaje; encontramos que de forma inicial la mayoría de los pacientes presentaban una articulación con omisión y sustitución de múltiples fonemas hasta en un 88%, tanto en niños como en niñas con un 91.4 y 92% respectivamente. Y en la evaluación final se redujo a la mitad las fallas que presentaban siendo del 44.1%. Valor que evidencia cuantitativamente los beneficios adquiridos posterior a la terapia de lenguaje. De los pacientes que evolucionaron a dislalias fisiológicas de forma general se encontró hasta el 70% de los cuales 80.6% son las niñas y el 72.3% son niños. Y sin presentar fallas articulatorias se alcanzó el 56.7% en las niñas, donde se encontró mejoría importante haciendo la comparativa entre valoración inicial y final. Con relación a la morfosintaxis hasta el 38.5% no se había adquirido y hasta el 56.3% estaban mal estructurada al momento de ser evaluados de forma inicial, siendo más notorio en los niños comparado con las niñas. Reduciendo estos porcentajes al 32.6% y 29.2% respectivamente en la evaluación final. Y encontrando que se alcanzó una correcta estructura morfosintáctica de forma general en el 59.3% donde niñas y niños lo alcanzaron hasta en un 66.9 y 65.0% respectivamente. Ahora para la evaluación inicial de la comprensión de estos pacientes; de manera general encontramos que la mayoría de los pacientes solo eran capaces de entender indicaciones simples (hasta 61.6%) de los cuales el 79.8% eran niñas. Le seguían los pacientes capaces de entender ordenes complejas, hasta 41.5% de los cuales el 65% eran niñas. Y con una comprensión narrativa adecuada solo el 28.2%. Haciendo el comparativo con la evaluación final de la comprensión verbal vemos que hay mejoría importante donde es menor la cantidad de pacientes que sólo comprenden ordenes simples hasta 44.9%, los pacientes que entienden ordenes complejas aumentan a 49.4% y los que presentan una comprensión de narración verbal adecuada son el 46.3% donde las niñas tienen una notoria mejoría y representan el 59.7%. Confirmando la importante evolución de las pacientes niñas que es posible cuantificarla

mediante la aplicación de la escala. Con relación al uso del lenguaje, se evidencia el mayor número de alteraciones en los pacientes que solo dirigen de manera ocasional el mensaje con uso de señas o gestos hasta en un 64.7%, seguido de los que dirigen adecuadamente el mensaje hasta en un 45.5% donde las niñas son las que mejor realizan esta forma de uso con un 65%. Posteriormente, en la evaluación final encontramos que los pacientes dirigen adecuadamente el mensaje y pueden establecer turnos conversacionales en un 55.5 y 54.1% respectivamente, donde las niñas muestran una mejora significativa con un 74.7 y 63.2%. Para la evaluación del nivel de lenguaje; de forma inicial se encontró que gran parte de los pacientes que ingresan al servicio de patología de lenguaje se encuentra en frase corta hasta con un 44.9%, seguido de los pacientes que están en balbuceo con un 42%. De acuerdo a la división por sexo; las niñas que están afectadas hasta en un 76.7% se encuentran en monosílabos; mientras que los niños en frase corta hasta con un 51.7%. En la evaluación final se encuentra mejoría significativa con los pacientes, encontrando de forma general al 80.3% en oraciones, de los cuales las niñas son las que más consolidan ese nivel. Dato relevante donde se identifica que son las niñas, las que tienen padecimientos de lenguaje más severos, en comparación de los niños, pero que posterior a la terapia en la evaluación final, donde un mayor consolidan las oraciones. Con relación al número de hermanos, la mayoría de nuestros pacientes (hasta el 58.6%) solo tienen un hermano, donde son las niñas en un 66.9% quienes tienen un hermano. Seguidos de los niños que no tienen hermanos hasta en un 51.7%. Encontramos también que los pacientes (68.4%) de todos los evaluados son primogénitos, siendo las niñas primogénitas las que presentan mayor afectación del lenguaje hasta en un 78.8%, comparado con los niños primogénitos que va del 42.6 al 71.3%. Haciendo correspondencia que son las niñas, las más afectadas. En segundo lugar de frecuencia tenemos a los pacientes fueron el segundo hijo en la familia con un 18 a 47.9%, siendo con mayor frecuencia las niñas. Con relación a la escolaridad de los padres de forma general: las madres con preparatoria completa son las más frecuentes en los pacientes, hasta en un 43.2% y los padres con secundaria completa hasta en un 41.5%, seguido de los padres donde la escolaridad se

desconocía o no se especifica hasta en un 36.4%. De todos ellos con relación al sexo del paciente; las niñas con madres que tienen licenciatura completa es lo más frecuente hasta un 76.7%, seguidas de las niñas con mamás con preparatoria trunca y licenciatura trunca en un 56.7%. Y con relación a las niñas con padres que tienen preparatoria completa se encuentran hasta en un 61.5%, seguidas de las niñas con papá que tiene preparatoria trunca.

12 CONCLUSIÓN

El problema de lenguaje es una patología muy frecuente en la población infantil, siendo diferentes factores los que intervienen en la etiología y evolución de tal padecimiento, en este estudio se presenta la evaluación radiográfica de este importante centro en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de lenguaje; se hizo un análisis minucioso de las condiciones de los pacientes a su llegada al instituto con la aplicación de la escala de lenguaje infantil y posteriormente al seguimiento y evolución con la misma a través del tratamiento con terapia de lenguaje y consultas subsecuentes con los médicos especialistas, dónde encontramos el gran impacto que tienen tales padecimientos en el desarrollo de nuestra población y las condiciones socio-familiares en las que se encuentran; así como la facilidad de poder cuantificar la mejora del paciente. Con lo que podemos resumir que los pacientes en numero mayormente afectados son niños, de los cuales el diagnóstico más frecuente es el retardo de lenguaje anártrico, que superarán correctamente su problema en promedio 14 meses después de haber iniciado la terapia. Mientras que las niñas presentan cuadros con mayor compromiso, diagnósticos más severos, los cuales necesitarán mínimo 4 meses más de terapia comparado con los niños para poder superar el problema; sin embargo en ellas los avances serán más rápidos y con mayor notoriedad. Gracias a la aplicación de esta prueba de tamizaje para las alteraciones de lenguaje podemos hacer una evaluación ágil de las características, uso, estructura, comprensión y articulación del lenguaje infantil y poder hacer una derivación y seguimiento oportuno de los pacientes con tal padecimiento. Sin dejar de lado la

evaluación de las características socio-familiares que sin duda tendrán gran impacto en el pronóstico de los pacientes.

13 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (de acuerdo a las Normas de Vancouver)

1. Azcoaga J, Bello J. Los Retardos del Lenguaje en el Niño. Editorial Paidós. España; 1995, p33-41.
2. Narbona J, Chevrie Muller C. El Lenguaje del Niño. Ed. Masson. España; 1997, p 34-40.
3. Cassany Comas D, Sanz Pinyol G, Luna Sanjuan M. Enseñar lengua. Editorial Grao. 1994; p. 575.
4. Fernández P. ¿Para qué sirve la Fonética? *Onomazein* 15(2007/1): 39:51 American Speech-Language-Hearing Association | ASHA [Internet]. Asha.org. 2018 [cited 3 July 2018]. Available from: <https://www.asha.org/>.
5. Isabelle Rapin, Doris A. Allen y Michelle Dunn. Checklist for Assessing Child Language. 2003. Pag 38 – 40
6. Organización de las Naciones de Unidas. Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto. CEPAL, 2009
7. Ardila Alfredo, Rosselli Mónica, *Neuropsicología Clínica Tomo II*, Editorial Prensa Creativa, Medellín Colombia, 1992.
8. Azcoaga Juan E., Bello José A., *Los Retardos del Lenguaje en el Niño*, Editorial Paidós, Buenos Aires Argentina, 1995.
9. Azcoaga Juan E., *Las Funciones Cerebrales en el Niño y sus Alteraciones*, Editorial Paidós, Buenos Aires Argentina 1997.
10. CIE-11 Guía para la aplicación y la transición, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. M. En C. Verdejo M. INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra 1o de enero al 31 de diciembre de 2020

12. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Las Personas con Discapacidad en México: una visión censal, 2020.

13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Las Personas con Discapacidad en México: una visión censal, 2004.

14 ANEXOS

Anexo 1

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
DIVISIÓN DE PATOLOGÍA DE LENGUAJE
Escala de Lenguaje Infantil – INRLGII
(versión abreviada de tipo descriptiva)

Lenguaje

El lenguaje es un sistema que permite expresar intenciones y contenidos relacionando con significados y sonidos. Las palabras del léxico, las marcas morfológicas y la ordenación mediante la sintaxis requieren que se incorpore un soporte físico que no tiene significado por sí mismo pero que lo transmiten, esto es los “sonidos y la melodía” o componente fonológico del lenguaje. Siguiendo pautas sensorio-motrices para que el lenguaje sea perceptible y de alguna manera convencional, estarán marcadas para que sean reconocibles los sonidos y éstos a su vez se combinen y formen palabras y posteriormente oraciones, todos ellos tienen su correspondiente forma sonora.

ESCALA DE LENGUAJE INFANTIL INRLGII		
1. NIVEL DE LENGUAJE	EDAD EN MESES	SI / NO

2. Articulación

Pronunciación clara y distinta de las palabras que tiene que ver con la posición de los órganos de la voz para la dicción correcta de una vocal o consonante.

Fonema: elemento lingüístico más pequeño, capaz de marcar una dirección hacia una diferencia de significado en una palabra. Se puede definir también como el conjunto de las propiedades fonológicamente relevantes de un complejo fónico. *Omisión*: ausencia de un fonema que debe formar parte de la palabra. *Sustitución*: cambio de un fonema por otro en una palabra. *Dislalia*: dificultad en la pronunciación de un fonema, generalmente /r, rr, l/.

2. ARTICULACIÓN	EDAD EN MESES	SI / NO
-----------------	---------------	---------

3. Aspecto morfosintáctico de lenguaje

La morfosintaxis es el conjunto de elementos y reglas que permiten construir oraciones con sentido. Incluye la morfología y la sintaxis

3. ASPECTO MORFOSINTÁCTICO DEL LENGUAJE	EDAD EN MSESSES	Nivel
---	-----------------	-------

4. Comprensión.

Semántica: conjunto de relaciones entre las relaciones lingüísticas y el mundo. La descripción semántica permite atribuir a cada enunciado un sentido o significado. Los significados de cada una de las palabras es lo que se convierte en el patrimonio del lenguaje interior. La comprensión del lenguaje requiere del lenguaje interior (codificación – decodificación).

1. Comprensión de palabras o de vocabulario: analizar como el sujeto usa cada palabra
2. Comprensión de oraciones: comprensión y adecuado uso de las relaciones gramaticales y el sentido de los enunciados y relatos
 - a. Órdenes simples (artículo – sustantivo – verbo).
 - b. Órdenes complejas (formadas por 2 mandatos referidas a objetos familiares o láminas simples que los representan.
 - c. Narración verbal: descripción e interpretación de una lámina con situaciones afectivas o culturales que permiten una descripción verbal con motivaciones diversas.

4. COMPRENSIÓN	EDAD EN MESES	SI / NO
----------------	---------------	---------

5. Características del uso del lenguaje.

Se hace referencia al lenguaje en su relación con los usuarios y las circunstancias de comunicación, se observa el uso y la práctica en la realización de acciones. Se identifican factores extralingüísticos que determina el uso del lenguaje en las condiciones de comunicación, con un emisor, receptor, situación comunicativa, mensaje y contextos (lingüístico, físico y sociocultural).

5. CARACTERÍSTICAS DEL USO DEL LENGUAJE		SI / NO
---	--	---------

Anexo 2

Tabla 0. Descripción de las variables de estudio:

Variable	Tipo	Instrumento	Medida	Definición
Edad	Cuantitativa Directa	Expediente médico electrónico	Años con meses cumplidos	Edad cronológica del paciente
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Expediente médico electrónico	Niños Niñas	Conjunto de características fisiológicas y biológicas de nacimiento
Diagnósticos	Cualitativa Categórica	Expediente médico electrónico	<ul style="list-style-type: none"> • Retardo de lenguaje anártrico • Retardo de lenguaje anártrico afásico • Retardo de lenguaje afásico • Retardo de lenguaje afásico anártrico • Dislalias fisiológicas • Retraso global del desarrollo • Retardo de lenguaje audiógeno • Dispraxia verbal 	Características clínicas en el lenguaje según la clasificación de Azcoaga
Número de sesiones de	Cuantitativa Discreta	Expediente médico electrónico	Números enteros	Cantidad de sesiones de terapia de lenguaje a las que acudió el paciente
Tiempo de terapia en meses	Cuantitativa Discreta	Expediente médico electrónico	Números enteros	Cantidad de meses que el paciente acudió a terapia de lenguaje
Estatus de la terapia	Ordinal	Expediente médico electrónico	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Baja / Abandono • Continúa 	Condición en la que el paciente se encuentra ante la terapia de lenguaje
Quién lleva al paciente a terapia	Cualitativa Nominal	Expediente médico electrónico	<ul style="list-style-type: none"> • Madre • Padre • Tíos • Abuelos • Otros 	Familiar responsable de llevar al paciente a terapia de lenguaje de forma regular

Nivel de lenguaje inicial y final	Cualitativa Categórica	Escala de Lenguaje Infantil - INRLGII	<ul style="list-style-type: none"> • Baluceo • Monosilabos • Palabra suelta • Palabra yuxtapuesta • Frase corta • Oraciones 	Sistema que permite expresar intenciones y contenidos relacionando con significados y sonidos. Las palabras del léxico, las marcas morfológicas y la ordenación mediante la sintaxis
Articulación inicial y final	Cualitativa Categórica	Escala de Lenguaje Infantil - INRLGII	<ul style="list-style-type: none"> • Omite y/o sustituye múltiples fonemas (Ej. vata x vaca; ato x gato) • Dislalias de /rr/s/l/r/ • Sin Fallas articulatorias 	Pronunciación clara y distinta de las palabras que tiene que ver con la posición de los órganos de la voz para la dicción correcta de una vocal o consonante.
Aspecto morfosintáctico o inicial y final	Cualitativa Categórica	Escala de Lenguaje Infantil - INRLGII	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estructuración • Mal estructurado • Estructura correcta 	Conjunto de elementos y reglas que permiten construir oraciones con sentido. Incluye la morfología y la sintaxis
Comprensión inicial y final	Cualitativa Categórica	Escala de Lenguaje Infantil - INRLGII	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente • Comprende palabras o vocabulario • Comprende Ordenes simples • Comprende Ordenes complejas • Narración verbal adecuada 	Hace referencia a la semántica: conjunto de relaciones entre las relaciones lingüísticas y el mundo. La descripción semántica permite atribuir a cada enunciado un sentido o significado. Los significados de cada una de las palabras es lo que se convierte en el patrimonio del lenguaje interior. La comprensión del lenguaje requiere del lenguaje interior (codificación – decodificación)

Características del uso de lenguaje inicial y final	Cualitativa Categorica	Escala de Lenguaje Infantil - INRLGII	<ul style="list-style-type: none"> • No dirige adecuadamente los mensajes, señas o gestos; no mantiene contacto de manera verbal, visual o física con las personas. Sin mantener turnos conversacionales • Dirige de manera ocasional los mensajes, señas o gestos; y establece algún tipo de contacto verbal, visual o físico con las personas. Intenta establecer un rol conversacional. • Dirige adecuadamente los mensajes, señas o gestos; mantiene contacto de manera verbal, visual o física con las personas. Logra respetar turnos conversacionales. • Establece un lenguaje en turnos conversacionales con contacto físico, verbal y visual. Identifica adecuadamente los contextos del mensaje verbal, físico o situacional. 	Hace referencia al lenguaje en su relación con los usuarios y las circunstancias de comunicación, se observa el uso y la práctica en la realización de acciones. Se identifican factores extralingüísticos que determina el uso del lenguaje en las condiciones de comunicación, con un emisor, receptor, situación comunicativa, mensaje y contextos (lingüístico, físico y sociocultural)
Nivel socioeconómico	Ordinal	Expediente médico electrónico	<p>Números enteros</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Excento • 1 – Muy bajo • 2 - Bajo • 3 – Medio • 4 – Alto 	Clase social y adquisitiva asignada por el trabajador social a la familia del paciente

Escolaridad del padre	Cualitativa Categórica	Expediente médico electrónico	<ul style="list-style-type: none"> Analfabeta Primaria Completa Primaria Trunca Secundaria Completa Secundaria Trunca Preparatoria Completa Preparatoria Trunca Carrera Técnica Completa 	Grado escolar máximo adquirido por el padre o madre del paciente
Escolaridad de la madre	Cualitativa Categórica	Expediente médico electrónico	<ul style="list-style-type: none"> Carreta Técnica Trunca Licenciatura Completa Licenciatura Trunca Posgrado Desconoce / No especificado 	
Número de hermanos	Cualitativa Categórica	Expediente médico electrónico	Números enteros 1 2 3	Cantidad de hermanos que tiene el paciente
Lugar como hijo dentro de la familia	Cualitativa Categórica	Expediente médico electrónico	Números enteros 1 2 3 4	Posición que el paciente ocupa dentro de los hijos de la familia

Tabla 1. Estadística descriptiva de la edad de los pacientes

	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE	Varianza	Asimetría	Curtosis
Edad	5	2	7	4.84	1.078	1.163	-.240	-.554

Tabla 2. Diagnóstico de los pacientes

Clasificación Azcoaga	Frecuencia	Porcentaje
Retardo de lenguaje anártrico	48	41.7
Retardo de lenguaje anártrico afásico	26	22.6
Retardo de lenguaje afásico	15	13.0
Retardo de lenguaje afásico anártrico	8	7.0
Dislalias fisiológicas	6	5.2
Retraso global del desarrollo	5	4.3
Retardo de lenguaje audiógeno	4	3.5
Dispraxia verbal	3	2.6

Tabla 3. Estatus de terapia

	Frecuencia	Porcentaje
Continuar	51	44.3
Alta	60	52.2
Baja o abandono	4	3.5
Total	115	100

Tabla 4. Estadística descriptiva de la cantidad de sesiones de terapia

	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE	Varianza	Asimetría	Curtosis
Sesiones	159	0	159	61.37	39.738	1579.096	.685	-.409
Meses en terapia	44	0	44	13.37	7.759	60.201	.884	1.365

Tabla 5. Persona responsable de llevar al paciente a terapia

	Frecuencia	Porcentaje
Madre	99	86.1
Padre	10	8.7
Abuelos	5	4.3
Otros	1	0.9
Total	115	100

Tabla 6. Nivel inicial y final de lenguaje

	Fc inicial	% inicial	Fc final	% final
Balbuceo	3	2.6	1	0.9
Monosílabos	9	7.8	1	0.9
Palabra suelta	13	11.3	2	1.7
Palabra yuxtapuesta	24	20.9	2	1.7
Frase corta	34	29.6	27	23.5
Oraciones	32	27.8	82	71.3
Total	115	100	115	100

Gráfica 1 y 2. Nivel inicial y final de lenguaje

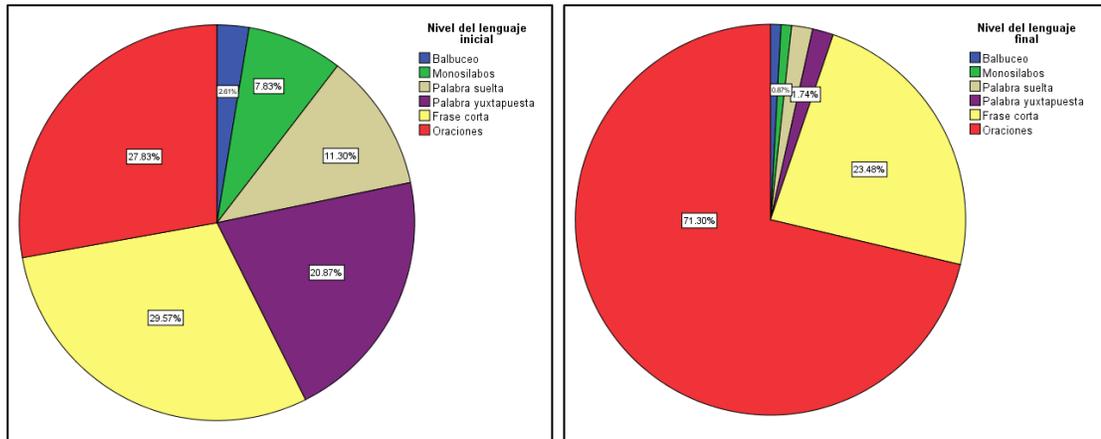


Tabla 7. Articulación inicial y final de lenguaje

	Fc inicial	% inicial	Fc final	% final
Omite o sustituye múltiples fonemas	92	80	33	28.7
Dislalias	22	19.1	67	58.3
Sin fallas articulatorias	1	0.9	15	13
Total	115	100	115	100

Gráfica 3 y 4 Articulación inicial y final de lenguaje

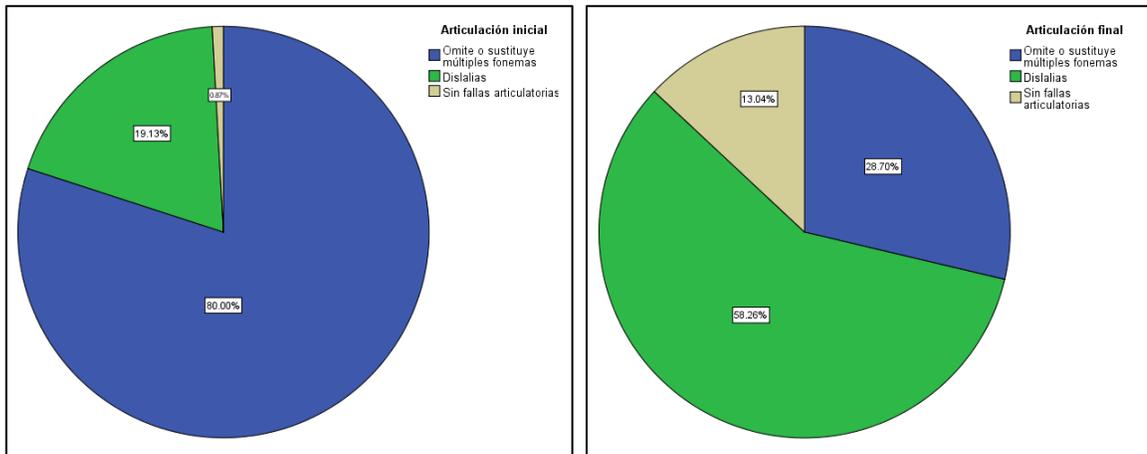


Tabla 8. Nivel inicial y final de aspectos morfosintácticos

	Fc inicial	% inicial	Fc final	% final
Sin estructuración	25	21.7	4	3.5
Mal estructurado	49	42.6	11	9.6
Regularmente estructurado	30	26.1	47	40.9
Estructura correcta	11	9.6	53	46.1
Total	115	100	115	100

Gráfica 5 y 6. Nivel inicial y final de aspectos morfosintácticos

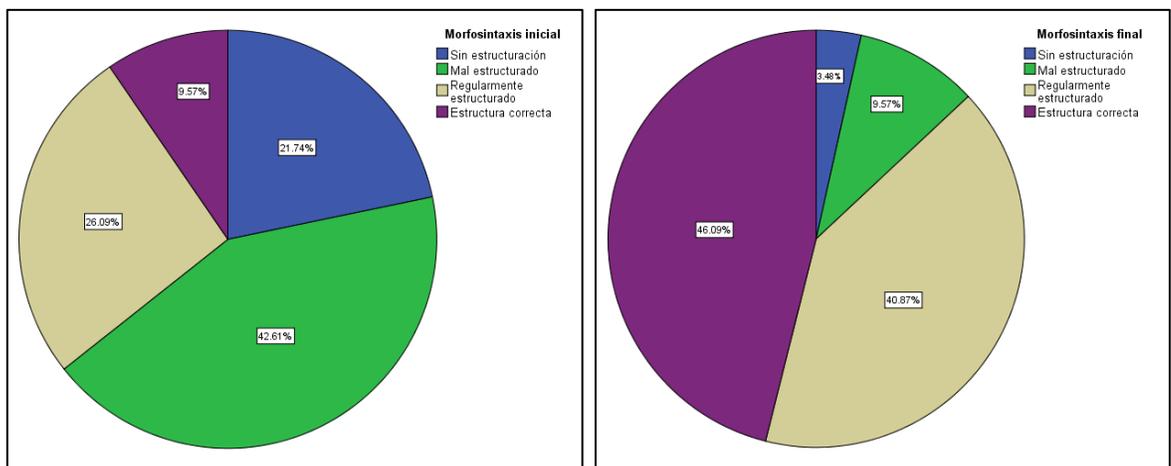


Tabla 9. Nivel inicial y final de comprensión de lenguaje

	Fc inicial	% inicial	Fc final	% final
Deficiente	7	6.1	4	3.5
Comprende palabras o vocabulario	14	12.2	1	0.9
Comprende ordenes simples	56	48.7	34	29.6
Comprende ordenes complejas	29	25.2	40	34.8
Narración verbal adecuada	9	7.8	36	31.3
Total	115	100	115	100

Gráfica 7 y 8. Nivel inicial y final de comprensión de lenguaje

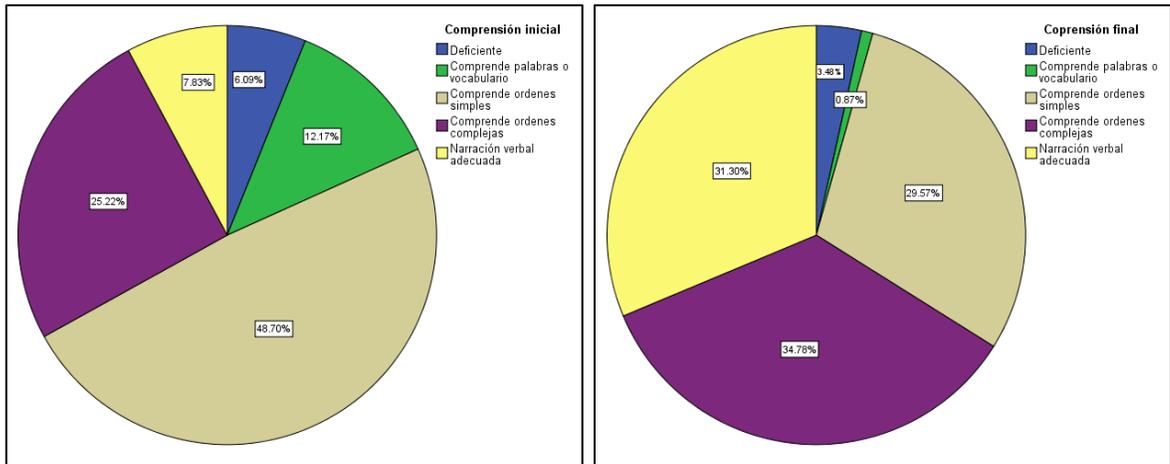


Tabla 10. Nivel inicial y final de características de uso de lenguaje

	Fc inicial	% inicial	Fc final	% final
No dirige mensajes, señas o gestos adecuadamente	9	7.8	2	1.7
Dirige de manera ocasional mensajes señas o gestos	60	52.2	19	16.5
Dirige adecuadamente mensajes	35	30.4	48	41.7
Establece lenguaje en turnos conversacionales	11	9.6	46	40
Total	115	100	115	100

Tabla 11. Estadísticos descriptivos del total inicial y final

	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE	Varianza	Asimetría	Curtosis
Inicial	17	5	22	13.53	3.375	11.392	.022	-.206
Final	15	7	22	17.83	3.242	10.508	-.996	1.113

Tabla 12. Nivel socioeconómico de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
0	1	0.9
1	31	27
2	68	59.1
3	13	11.3
4	1	0.9
6	1	0.9
Total	115	100

Tabla 13. Escolaridad del padre

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	6	5.2
Secundaria completa	29	25.2
Secundaria trunca	1	0.9
Preparatoria completa	26	22.6
Preparatoria trunca	10	8.7
Carrera técnica completa	1	0.9
Licenciatura completa	11	9.6
Licenciatura trunca	7	6.1
Posgrado	2	1.7
Desconoce/No especificado	22	19.1
Total	115	100

Tabla 14. Escolaridad de la madre de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	6	5.2
Primaria trunca	1	0.9
Secundaria completa	21	18.3
Secundaria trunca	1	0.9
Preparatoria completa	32	27.8
Preparatoria trunca	13	11.3
Carrera técnica completa	11	9.6
Licenciatura completa	12	10.4
Licenciatura trunca	12	10.4
Posgrado	1	0.9
Desconoce/No especificado	5	4.3
Total	115	100

Tabla 15. Cantidad de hermanos que tiene el paciente

	Frecuencia	Porcentaje
0	43	37.4
1	52	45.2

2	17	14.8
3	3	2.6
Total	115	100

Tabla 16. Lugar que ocupa entre hermanos

	Frecuencia	Porcentaje
1	65	56.5
2	38	33
3	11	9.6
4	1	0.9
Total	115	100

Tabla 17. Intervalos de confianza para la media con respecto a edad, cantidad de sesiones de terapia, cantidad de meses de terapia, puntaje inicial y final en la prueba de lenguaje

	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Edad de los pacientes	[4.6421 < μ < 5.0379]	[4.2327 < μ < 4.8873]	[4.719 < μ < 5.201]
Sesiones de terapia	[54.0363 < μ < 68.5637]	[50.3938 < μ < 75.2662]	[51.7352 < μ < 69.6848]
Meses en terapia	[11.951 < μ < 14.789]	[11.87 < μ < 16.57]	[11.2221 < μ < 14.7579]
Puntaje inicial prueba	[12.9126 < μ < 14.1474]	[12.5405 < μ < 14.7395]	[12.7294 < μ < 14.2306]
Puntaje final prueba	[17.2381 < μ < 17.4219]	[16.9277 < μ < 18.8523]	[17.0633 < μ < 18.5567]

IC: intervalos de confianza

Tabla 18. Intervalos de confianza para la proporción de pacientes niños y niñas que acuden al Servicio de patología del lenguaje

Sexo	Intervalo de confianza
Niños	[0.5853 <p< 0.7887]
Niñas	[0.1625 <p< 0.4635]

Tabla 19. Intervalos de confianza para la proporción de diagnósticos

Diagnóstico	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Retardo del	[0.2785 <p< 0.5555]	[0.1798 <p< 0.7082]	[0.2353 <p< 0.5747]

lenguaje anártrico			
Retardo de lenguaje anártrico afásico	[0.0575 <p< 0.3945]	[0 <p< 0.5687]	[0.0204 <p< 0.4356]
Dispraxia verbal	[0 <p< 0.4201]	-	[0 <p< 0.5113]
Retardo de lenguaje audiógeno	[0 <p< 0.3264]	[0 <p< 0.7671]	-
Retardo de lenguaje afásico	[0 <p< 0.3157]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.3795]
Retraso global del desarrollo	[0 <p< 0.2942]	-	[0 <p< 0.3994]
Retardo de lenguaje afásico anártrico	[0 <p< 0.2885]	-	[0 <p< 0.3559]
Dislalias fisiológicas	[0 <p< 0.2846]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.5113]

Tabla 20. Intervalos de confianza para la proporción del nivel socioeconómico de los pacientes

Nivel socioeconómico	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Nivel 1	[0.1146 <p< 0.4254]	[0.0712 <p< 0.6508]	[0.0204 <p< 0.4356]
Nivel 2	[0.4752 <p< 0.7068]	[0.2523 <p< 0.7477]	[0.5002 <p< 0.7658]
Nivel 3	[0 <p< 0.304]	[0 <p< 0.5678]	[0 <p< 0.3523]

Tabla 21. Intervalos de confianza para la proporción con respecto al estatus de la terapia

Estatus de terapia	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Continúa en terapia	[0.3074 <p< 0.5786]	[0.1442 <p< 0.6898]	[0.2945 <p< 0.6175]
Alta de terapia	[0.3966 <p< 0.6474]	[0.3594 <p< 0.8066]	[0.3372 <p< 0.6508]
Baja o abandono de terapia	[0 <p< 0.3264]	-	[0 <p< 0.3994]

Tabla 22. Intervalos de confianza para la proporción del responsable de llevar a los pacientes a terapia

Responsable	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Madre	[0.7932 <p< 0.9288]	[0.7002 <p< 0.9658]	[0.7946 <p< 0.9514]

Padre	[0 <p< 0.2878]	-	[0 <p< 0.3579]
Abuelos	[0 <p< 0.2942]	[0 <p< 0.5678]	-

Tabla 23. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación inicial de la articulación

Articulación	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Omite o sustituye múltiples fonemas	[0.7193 <p< 0.8807]	[0.5794 <p< 0.9206]	[0.7311 <p< 0.9149]
Dislalias	[0.0172 <p< 0.3648]	[0 <p< 0.5825]	[0 <p< 0.3881]

Tabla 24. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación final de la articulación

Articulación	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Omite o sustituye múltiples fonemas	[0.1328 <p< 0.4412]	[0 <p< 0.5978]	[0.0955 <p< 0.4865]
Dislalias	[0.4654 <p< 0.7006]	[0.3594 <p< 0.8066]	[0.4407 <p< 0.7233]
Sin fallas articulatorias	[0 <p< 0.3157]	[0 <p< 0.5678]	[0 <p< 0.362]

Tabla 25. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación inicial de la morfosintaxis

Morfosintaxis	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Sin estructuración	[0.0482 <p< 0.3858]	[0 <p< 0.5593]	[0.0204 <p< 0.4356]
Mal estructurado	[0.2888 <p< 0.5632]	[0.1082 <p< 0.6698]	[0.2792 <p< 0.6068]
Regularmente estructurado	[0.1042 <p< 0.4178]	[0 <p< 0.6154]	[0.0354 <p< 0.4466]
Estructura correcta	[0 <p< 0.2927]	[0 <p< 0.6099]	[0 <p< 0.3513]

Tabla 26. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación final en morfosintaxis

Morfosintaxis	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Sin estructuración	[0 <p< 0.3264]	-	[0 <p< 0.3994]
Mal estructurado	[0 <p< 0.2927]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.3523]
Regularmente estructurado	[0.2691 <p< 0.5489]	[0.2877 <p< 0.7683]	[0.1694 <p< 0.5386]
Estructura correcta	[0.3282 <p< 0.5938]	[0.1082 <p< 0.6698]	[0.3372 <p< 0.6508]

Tabla 27. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación inicial de comprensión

Comprensión	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Deficiente	[0 <p< 0.2812]	-	[0 <p< 0.3644]
Comprende palabras o vocabulario	[0 <p< 0.3101]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.3704]
Comprende ordenes simples	[0.3571 <p< 0.6169]	[0.1798 <p< 0.7082]	[0.3518 <p< 0.6602]
Comprende ordenes complejas	[0.0884 <p< 0.4156]	[0.0712 <p< 0.6508]	[0 <p< 0.4169]
Narración verbal adecuada	[0 <p< 0.2827]	-	[0 <p< 0.3513]

Tabla 28. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación final de comprensión

Comprensión	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Deficiente	[0 <p< 0.3264]	-	[0 <p< 0.5113]
Comprende ordenes simples	[0.143 <p< 0.449]	[0 <p< 0.5978]	[0.11 <p< 0.498]
Comprende ordenes complejas	[0.2014 <p< 0.4946]	[0.1442 <p< 0.6898]	[0.1247 <p< 0.5073]
Narración verbal adecuada	[0.1625 <p< 0.4635]	[0 <p< 0.5978]	[0.1404 <p< 0.5176]

Tabla 29. Intervalos de confianza para la proporción de evaluación inicial de uso del lenguaje

Uso del lenguaje	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
No dirige mensajes, señas o gestos adecuadamente	[0 <p< 0.2827]	[0 <p< 0.6099]	[0 <p< 0.3644]
Dirige de manera ocasional mensajes, señas o gestos	[0.3966 <p< 0.6474]	[0.1798 <p< 0.7082]	[0.4104 <p< 0.7036]
Dirige adecuadamente mensajes	[0.1523 <p< 0.4557]	[0.0712 <p< 0.6508]	[0.0798 <p< 0.4762]
Establece lenguaje en turnos conversacionales	[0 <p< 0.2927]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.3523]

Tabla 30. Intervalos de confianza para la proporción de evaluación final de uso del lenguaje

Uso del lenguaje	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Dirige de manera ocasional mensajes, señas o gestos	[0 <p< 0.3431]	[0 <p< 0.6099]	[0 <p< 0.407]
Dirige adecuadamente mensajes	[0.2785 <p< 0.5555]	[0.2523 <p< 0.7477]	[0.207 <p< 0.553]
Establece lenguaje en turnos conversacionales	[0.2587 <p< 0.5413]	[0.0337 <p< 0.6323]	[0.2638 <p< 0.5962]

Tabla 31. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación inicial de nivel de lenguaje

Nivel del lenguaje	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Balbuceo	[0 <p< 0.4201]	-	-
Monosílabos	[0 <p< 0.2827]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.3559]
Palabra suelta	[0 <p< 0.304]	[0 <p< 0.5575]	[0 <p< 0.3513]
Palabra yuxtapuesta	[0.0386 <p< 0.3794]	[0 <p< 0.5687]	[0 <p< 0.4169]
Frase corta	[0.143 <p< 0.449]	[0 <p< 0.5687]	[0.1404 <p< 0.5176]
Oraciones	[0.1238 <p< 0.4322]	[0 <p< 0.5982]	[0.0798 <p< 0.4762]

Tabla 32. Intervalos de confianza para la proporción en la evaluación final de nivel de lenguaje

Nivel del lenguaje	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Frase corta	[0.0681 <p< 0.4019]	[0 <p< 0.5593]	[0.0502 <p< 0.4558]
Oraciones	[0.6172 <p< 0.8088]	[0.5794 <p< 0.9206]	[0.5753 <p< 0.8167]

Tabla 33. Intervalos de confianza para la proporción de número de hermanos del paciente

Número de hermanos	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Cero hermanos	[0.2302 <p< 0.5178]	[0.1442 <p< 0.6898]	[0.1694 <p< 0.5386]
Un hermano	[0.3178 <p< 0.5862]	[0.1082 <p< 0.6698]	[0 <p< 0.6389]
Dos hermanos	[0 <p< 0.3303]	[0 <p< 0.5593]	[0 <p< 0.362]
Tres hermanos	[0 <p< 0.4201]	-	[0 <p< 0.5113]

Tabla 34. Intervalos de confianza para la proporción con respecto al lugar que ocupa el paciente entre sus hermanos

Lugar que ocupa	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Primer hijo	[0.4459 <p< 0.6841]	[0.3239 <p< 0.7881]	[0.4262 <p< 0.7138]
Segundo hijo	[0.1809 <p< 0.4791]	[0.0712 <p< 0.6508]	[0.1247 <p< 0.5073]
Tercer hijo	[0 <p< 0.2927]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.3523]

Tabla 35. Intervalos de confianza para la proporción de escolaridad de las madres de los pacientes

Escolaridad madre	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Primaria completa	[0 <p< 0.2846]	-	[0 <p< 0.3994]
Secundaria completa	[0.0074 <p< 0.3586]	[0 <p< 0.5593]	[0 <p< 0.3971]
Secundaria trunca	-	-	-
Prepa completa	[0.1238 <p< 0.4322]	[0 <p< 0.6154]	[0.066 <p< 0.466]
Prepa trunca	[0 <p< 0.304]	[0 <p< 0.5678]	[0 <p< 0.3523]
Carrera técnica completa	[0 <p< 0.2927]	-	[0 <p< 0.3704]
Licenciatura completa	[0 <p< 0.297]	[0 <p< 0.7671]	[0 <p< 0.3579]
Licenciatura trunca	[0 <p< 0.297]	[0 <p< 0.5678]	[0 <p< 0.3513]
Se desconoce o no específica	[0 <p< 0.2945]	-	[0 <p< 0.5113]

Tabla 36. Intervalos de confianza para la proporción de escolaridad de los padres de los pacientes

Escolaridad padre	IC todos los pacientes	IC niñas	IC niños
Primaria completa	[0 <p< 0.2846]	-	[0 <p< 0.3994]
Primaria trunca	-	-	-
Secundaria completa	[0.0882 <p< 0.4158]	[0 <p< 0.5825]	[0.0502 <p< 0.4558]
Secundaria trunca	-	-	-
Prepa completa	[0.0575 <p< 0.3945]	[0 <p< 0.6154]	[0 <p< 0.407]
Prepa trunca	[0 <p< 0.2878]	[0 <p< 0.6099]	[0 <p< 0.3559]
Carrera técnica completa	-	-	-
Licenciatura completa	[0 <p< 0.2927]	-	[0 <p< 0.3579]
Licenciatura trunca	[0 <p< 0.2812]	-	[0 <p< 0.3559]
Posgrado	-	-	-
Se desconoce o no específica	[0.0172 <p< 0.3648]	[0 <p< 0.5593]	[0 <p< 0.407]