

Universidad San Francisco de Quito

Relación de los factores psicosociales con déficit sensorial en niños de edad pre-escolar: Dislalias en familias disfuncionales en zonas urbanas y rurales de Quito. Año 2008.

Carolina Tania Salvador Mora

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención de título de Médico

Quito, 10 de Enero del 2009

Tabla de contenido

Derechos de autor	iii
Resumen	iv
Tabla de contenido	v
Lista de figuras	vi
I. Introducción	1-3
II. Objetivo principal	4
III. Objetivos específicos	4-5
IV. Marco Teórico	6-15
4.1 Generalidades	6
4.2 Desnutrición	7-8
4.3 Familias Disfuncionales	8-10
4.4 Trastornos del lenguaje	10-11
4.5 Clasificación de la dislalia	11
4.6 Hipoacusia	12
4.7 Promoción de la Salud	13-14
V. Metodología	15-16
VI. Resultados y análisis	17-22
VII. Discusión	23-24
VIII. Conclusiones	25
IX. Recomendaciones	26
X. Bibliografía	27-28
X. Anexos	29-58
Anexo 1.1	29-57
Anexo 1.2	58

I. Introducción.-

El trastorno del lenguaje es una afección en la cual un niño/a tiene algún tipo de alteración lingüística, ya sea de tipo fonológica, sintáctica o semántica, tanto en el nivel de comprensión y decodificación como de expresión o codificación, por debajo de lo normal de acuerdo con su edad. Aproximadamente del 3 al 10% de todos los niños en edad escolar padecen un tipo de trastorno del lenguaje.ⁱ La causa de este trastorno puede variar o puede ser desconocida. El daño cerebral y la desnutrición, posiblemente junto con factores genéticos, pueden ocasionar algunos de los casos. Se puede afirmar, en general, que una alteración en el lenguaje dificulta la comunicación del niño, afectando su interacción con el medio, aspectos intelectuales y de la personalidad, alterando sus relaciones interpersonales y rendimiento escolar, social y familiar.ⁱⁱ

Los padres o los profesionales de atención primaria son quienes detectan por primera vez muchos de estos problemas. En algunos niños, es una variante de la normalidad, demostrándose que no hay consecuencias en la maduración del habla a largo plazo, sin embargo, debe detectarse cualquier tipo de antecedente de retraso en el habla en las familias, pérdida de la audición, privación ambiental (interacción social activa y ambiente social sano), alteración promotora como por ejemplo paladar hendido, parálisis cerebral, etc., y retraso del desarrollo, el cual ya entra en otra categoría de estudio.ⁱⁱⁱ Cuando la causa puede localizarse en una lesión o disfunción cerebral o del sistema nervioso, se emplea el término orgánico, y, si no es posible descubrir causas similares a las mencionadas, se consideran trastornos funcionales. Broca y Wernicke fueron pioneros en el estudio de los trastornos de lenguaje con el objetivo de localizar las áreas cerebrales específicamente relacionadas con el lenguaje. Las primeras investigaciones revelaron que las áreas de las funciones de lenguaje se sitúan en el hemisferio izquierdo. Las lesiones en el área de Broca, provocan trastornos del lenguaje, motores y expresivos. Las lesiones en el área de Wernicke, producen trastornos de tipo receptivo o sensorial, es decir, que afectan a la expresión del lenguaje. Así, la clasificación de estos corresponden a las afasias, alalias, disartrias, las cuales son ocasionadas por causas orgánicas, los trastornos funcionales, como la dislalia, disfemia o tartamudez, los trastornos no atribuibles a disfunciones, asociados a cuadros clínicos:

Autismo, déficit mental, mutismo selectivo y dislexias.^{iv} La dislalia, es la más común. Su origen proviene de (de *dis*, "dificultad", "anomalía", y el griego *λαλεῖν*, "hablar") es un trastorno en la articulación de los fonemas. Su clasificación es muy amplia, por lo que se detallará en la sección del marco teórico.^v

El trastorno de lenguaje en niños ha sido un tema de gran interés a nivel pediátrico ya que su repercusión en el ámbito de desarrollo social y académico se ve seriamente influenciado por una variedad de factores como la desnutrición, las cuales tienen soluciones a nivel preventivo. Un estudio realizado por la Fundación Conin y el Instituto Fleni sugiere que la desnutrición a una edad temprana provoca trastornos en el lenguaje y patologías auditivas. El estudio buscó la correlación e incidencia directa entre la desnutrición, la presencia de patologías auditivas y los trastornos del lenguaje. Se encontró que el 84% presentó alteraciones en el sistema lingüístico, mientras que el 59% tenía alguna patología auditiva. Se pudo observar que estos niños presentaron un uso restringido de las frases, sobre extensiones del significado de las palabras, anomias, parafasias semánticas, necesidad de redirección verbal, repetición de consignas, latencias para responder, repeticiones subvocales, y baja inteligibilidad del habla en general.^{vi} En este estudio también se demostró la correlación con factores económicos, sociales y culturales bajos. La desnutrición durante los dos primeros años de vida es un determinante en el desarrollo neurológico del niño ya que es un período en el cual el crecimiento del sistema nerviosos central se da con mayor velocidad.^{vii}

Harefuah, en Israel, realizó un estudio estadísticamente significativo, en el que se demostró la relación de trastorno de lenguaje con familias disfuncionales, encontrando este último un factor de riesgo importante y además se vio que mientras más miembros tiene un familia, mas de 4 hijos, genera más conflicto, y la prevalencia de trastorno de lenguaje.^{viii} De igual manera, Hokkaido Igaku Zasshi, en Japón, realizó un estudio en el que se demostró una estrecha relación entre niños que tienen trastorno de lenguaje y la falta de hábitos adecuados en la edad de 3 años por factores influyentes en los hogares.^{ix} En otro estudio realizado por Harefuah, determinó que una familia disfuncional no administra el soporte necesario para la madurez intrafamiliar ni el desarrollo de la personalidad de sus miembros, por lo que la detección de este tipo de familias es importante para dar una pronta intervención en casos de niños con enuresis específicamente.^x

Este es un estudio de corte transversal el cual establecerá la prevalencia de trastorno de lenguaje, en relación a factores psicosociales en comunidades urbanas y rurales en niños de edad pre-escolar.

II. Objetivo principal.-

Identificar la relación de factores psicosociales con trastornos del lenguaje en niños de edad pre-escolar en zonas urbana y rural del Ecuador.

III. Objetivos específicos.-

1. Determinar la prevalencia de trastorno del lenguaje en todas las comunidades de estudio
2. Establecer los factores sociodemográficos en el grupo de estudio, en relación a la zona donde habitan, edad y sexo
3. Identificar casos de familias disfuncionales en estas comunidades y su prevalencia a nivel sectorial
4. Identificar la relación en niños con hogares disfuncionales y ambientes mal sanos y su proclividad a desarrollar trastornos de lenguaje
5. Detectar casos de trastornos de lenguaje, específicamente dislalias, en niños de edad pre-escolar y ver la diferencia en zona urbana y rural
6. Establecer la relevancia de otros factores asociados como enuresis y encoporesis en niños con dislalias
7. Comprobar que no existen causas orgánicas de base como malformaciones acústicas o neurológicas en niños que tengan identificado trastorno de lenguaje

8. Determinar en niños que se detecta hipoacusia que no son en su mayoría los que tienen dislalias

9. Detectar como mayor factor de riesgo a las familias disfuncionales como detonante de la inhibición del desarrollo físico, mental y social del niño

IV. Marco teórico.-

En la actualidad se reconoce que los niños tienen derechos propios, promulgados por la *United Nations Convention on the Rights of the Child* y ratificados por todos los miembros de las Naciones Unidas a excepción de E.E.U.U. y Somalia^{xi}. Adicionalmente en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 “reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.”^{xii} De esta manera, la salud de todo niño es un derecho y una responsabilidad de todos los que directa o indirectamente se ven relacionados con ellos. Buscar el bienestar de ellos es también responsabilidad de todos, por lo tanto, un niño que no puede comunicarse adecuadamente con su medio, es ya un atentado contra sus derechos, por lo tanto, se debe tomar todas las acciones que se requieran para solucionar cada inconveniente específico. El medio en el que el niño se desenvuelve es importante para su desarrollo. En este estudio se quiso demostrar que las familias disfuncionales afectan el entorno del niño. A continuación se detalla lo que dice la literatura.

4.1. Generalidades.-

En los últimos años, es evidente el incremento en la incidencia de problemas emocionales y conductuales en niños cuyas familias no constituyen dos padres biológicos. Ha incrementado el número de familias reconstituidas, lo cual genera nuevas relaciones entre padres y hermanos, dando lugar a varios inconvenientes en todos los ámbitos. La tendencia a tener familias de menor tamaño proporciona un nivel de vida más alto. Así también, la pobreza, es un determinante para la salud y bienestar del niño. Entre los problemas están: bajo peso al nacer, por lo tanto, falta de desarrollo completo de los órganos fundamentales que intervienen en el desarrollo psicomotor y cognitivo., problemas conductuales, necesidad de educación especial, abuso infantil.^{xiii} En relación a la pobreza, ya varios autores y estudios han citado que la alimentación del niño, entre uno de los factores, se ve comprometida. La malnutrición es un trastorno multisistémico en el que se altera la inmunidad, la cicatrización de heridas y el desarrollo cognitivo del

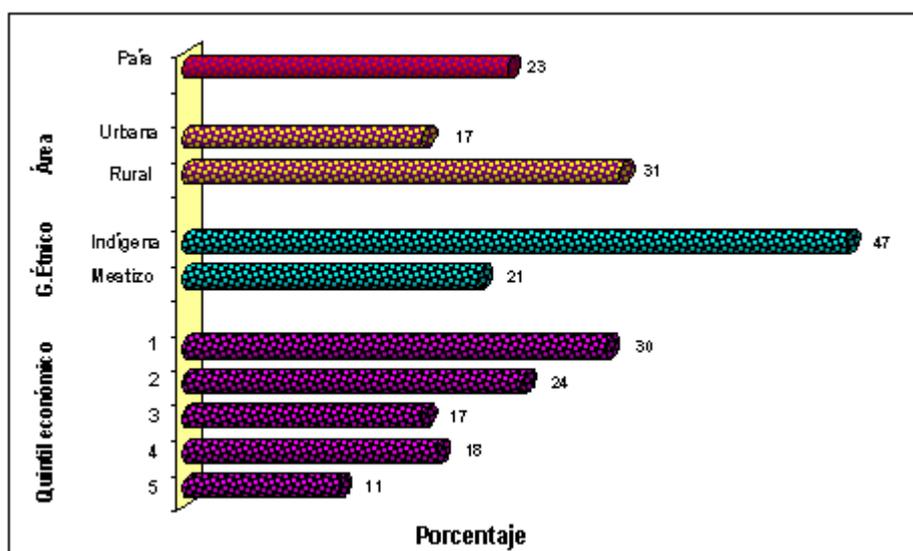
niño. Los niños mal nutridos son menos activos, menos curiosos y más apáticos. Estas anomalías regresan con rapidez al aportar una alimentación balanceada, pero es probable que la malnutrición prolongada o profunda produzca cierto retraso permanente en el desarrollo intelectual.^{xiv} La desnutrición es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo, causantes de la mortalidad infantil y falta de desarrollo de la niñez. Refleja el grado de desarrollo de un país; junto con las medidas de pobreza, es uno de los mejores instrumentos para describir la situación socio sanitaria de la población. Los factores que causan la desnutrición son: falta o desigual acceso a los alimentos, falta de disponibilidad o acceso de servicios de salud, inadecuada atención pre y post-natal, deficiencias educativas de adultos y menores, la dieta y costumbres alimenticias inapropiadas.

4.2. Desnutrición.-

En el país, a pesar de la disminución observada en los últimos años, la desnutrición afecta a un importante porcentaje de la niñez ecuatoriana. Según el SIISE22 (Sistema Integrado de Indicadores Sociales en el Ecuador)^{xv}, cifras al respecto señalan que entre 1998 y 2004 la desnutrición crónica (baja talla) disminuyó de 21% a 17.4% y la desnutrición global (bajo peso) de 16.9% a 14.7%. Esto significa que en el año 2004, cerca de uno de cada cinco niños/as menores de cinco años sufría de desnutrición crónica y un poco más de uno de cada diez de desnutrición global; lo cual implica que alrededor de 210.000 niños/as menores de cinco años adolecían de una baja talla para su edad y de 176.000 niños/as de un bajo peso para su edad. La situación es más crítica en el área rural. Los niños/as del área rural presentan baja talla (26.6%) y bajo peso (18.4%) para su edad, en tanto que, en el área urbana, 12% y 12.4%, respectivamente. La desnutrición crónica tiende a afectar relativamente más a los varones que a las mujeres (19.5% y 15.2%), al igual que la desnutrición global (16.2% y 13%). A continuación, se observa en el gráfico, datos proporcionados por CEPAR (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social) donde no hay variaciones con los proporcionados con los del SIISE22. (*Ver figura 1.1*) Se puede concluir que son los más pobres quienes tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición. Las provincias de Chimborazo y Cotopaxi, comparten las tasas más altas de desnutrición crónica y global, mientras las provincias de la Costa las de menor. A diferencia de la mortalidad infantil, el país no cumplió la meta de reducir a la mitad la desnutrición, comprometida en la

Cumbre Mundial de la Infancia en 1989. La desnutrición es más alta en el campo, entre los grupos indígenas y en los hogares en extrema pobreza. Este problema latente explica que la desnutrición sea también una causa de muerte de los niños: actualmente, una de cada 10 muertes de los menores de cinco años se debe a deficiencias nutricionales. Otro dato importante es que la desnutrición entre niños es menor en un 30% a un 40% cuando la madre estudió la primaria y baja más aún cuando la madre estudió la secundaria. El flagelo de la desnutrición pone en juego: el derecho a la vida, el derecho a crecer sanos y el derecho al desarrollo intelectual.

Figura 1.1
Desnutrición crónica (talla para edad) en menores de 5 años,
según características seleccionadas^{xvi}



Fuente y Elaboración: ENDEMAIN, 2004

Como se ha mencionado anteriormente, una de las características de la desnutrición es que ocurre en hogares que no tienen recursos para la compra de alimentos. El tema de la educación está íntimamente inmerso en esta problemática, por lo tanto en un hogar no educado, se ven problemas de todo tipo. Sin embargo, en hogares incluso educados y con un alto poder adquisitivo, la violencia intrafamiliar, las familias disfuncionales no son un excluyente.

4.3. Familias disfuncionales.-

Una de las causas que se ha visto de problemas de desarrollo en los niños, es la afectación psicoemocional. Niños que viven en un entorno disfuncional o violento, definitivamente tendrán una inhibición en su crecimiento normal y saludable. Entonces, qué es exactamente una familia disfuncional. Durante siglos, el concepto de familia ha permanecido inmutable, como eje fundamental en una sociedad. Se sabe que la familia hace humano al hombre. Gracias al potencial biológico y a través de la interrelación con la madre biológica, con la madre afectiva, con el padre, con el resto de familiares y con la sociedad posteriormente, la maduración del niño es posible para convertirse en un ser civil sano. La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, es la trasmisora de cultura, instruyendo a cada uno de sus miembros en relación a su rol social, es la que proporciona valores y principios y es la que provee una estructura para el desarrollo de la personalidad del niño, la cual se forma hasta los 5 años de edad. De allí su importancia en la edad escolar. Gracias a la interacción entre sus miembros se producen los fenómenos de formación y deformación. La interacción es muy compleja y se produce a diferentes niveles: el sensorial (la voz, el tono muscular, calor, etc.), el emocional (alegrías, temores mutuos, amor y odio, tristeza y duelo, etc), cognitivo (ideas, sensaciones, juicio moral, etc). La familia es el medio esencial en cuyo seno se organiza toda la vida del individuo y a lo largo del tiempo esta estructura básica experimenta diversos momentos evolutivos que influyen en los procesos de maduración individual.

En la actualidad podemos apreciar un gran abanico de posibilidades distintas de modelos familiares, en nuestro medio sociocultural, por ello la vivencia familiar será en su forma de expresión potencialmente diferente en cada niño. La evaluación y comprensión adecuada del funcionamiento y dinámica interrelacional de una familia es totalmente necesaria para conseguir tratar con éxito a un niño que aqueja cualquier clase de alteración. Los individuos integrantes de un contexto familiar se ayudan entre si para conseguir progresivamente una individualización diferenciada dentro de la familia misma considerada como grupo. Un tratamiento estructural familiar se fundamenta sobre el conocimiento de los aspectos funcionales familiares y tiene por finalidad la mejoría en las relaciones familiares y al mismo tiempo promover el funcionamiento familiar. Pueden utilizarse con éxito, para conseguir estos objetivos, diversos sistemas terapéuticos, es muy eficaz, el utilizar los modelos de contrato, tanto a nivel parental/marital como global/familiar, para conseguir una determinada modificación de

actitud. En las familias disfuncionales las líneas intergeneracionales son borrosas. La responsabilidad parental se expresa en estilo autoritario. Se aprecia la presencia de sintomatología producida por el desequilibrio de la estructura familiar. Existe una alteración en la jerarquización dentro del grupo familiar, confusión en la delimitación de las funciones de los distintos miembros del grupo. Por lo tanto, las terapias se ven enfocadas en reorganizar la estructura, delimitar sus obligaciones y rol de cada miembro, establecer relaciones los diferentes miembros mediante nuevas actividades programadas, definir la jerarquización.^{xvii} Sin lugar a duda, una terapia eficaz, mediante la colaboración de todos sus miembros tendrá un impacto positivo en el desarrollo del niño. Los niños que no pasen estas barreras emocionales tendrán evidentemente problemas en el rendimiento escolar e interacción social. Una de estas barreras es el lenguaje de los niños. Un ser humano con trastorno del lenguaje, tendrá un impacto importante en sus relaciones diarias.

4.4. Trastornos del lenguaje.-

El lenguaje en los niños va evolucionando durante sus dos primeros años de vida, a la par de su maduración del Sistema Nervioso Central. Desde los 24 meses, un 25% del lenguaje se desarrolla y ya a partir de los 3 años hasta los 4 años y medio es un lenguaje que debería tener su desarrollo mas del 90%. Hacia los 3 años de edad su lenguaje hablado es bastante correcto. Muchos niños en esta edad tartamudean, esto es normal. Ésta es la época en la que no tienen inhibición para hablar y por este motivo tienden a tartamudear. A partir de los 3-5 años y medio progresan las construcciones gramaticales. Es la época de la verdadera comunicación. A los 5 años el niño asume ya un lenguaje correcto y 100% desarrollado, además cabe mencionar que hasta esta edad la personalidad del niño ha adquirido forma y fundamento, por lo tanto los 5 primeros años de vida de un niño son determinantes para su vida futura. Un niño en un hogar mal sano, tendrá definitivamente repercusiones, uno de ellos el lenguaje, y por lo tanto su capacidad de expresión.^{xviii} En este estudio se ha puntualizado en dislalias por ser el único problema presentado por los niños, por lo tanto las descripciones serán en honor a ello.

Los trastornos del lenguaje en los niños tienen una amplia gama de características. Existen varios trastornos del lenguaje, la dislalia es uno de ellos, y el más común en la edad escolar y es debido a que ocasiona un deterioro tanto en la comprensión como en la expresión del lenguaje. Entre un 3 y un 5% de todos los niños presentan trastorno del lenguaje expresivo y receptivo o ambos. Estos niños tienen dificultad para entender (receptividad lingüística) y usar el lenguaje (expresión lingüística). La causa de este trastorno se desconoce, aunque es posible que los factores genéticos y la desnutrición jueguen un papel en su desarrollo. Los problemas con las habilidades lingüísticas receptivas comienzan generalmente antes de los cuatro años de edad. Algunos trastornos del lenguaje mixtos son ocasionados por lesión cerebral y, algunas veces, se pueden diagnosticar de manera errónea como trastornos del desarrollo.^{xix}

4.5. Clasificación de la dislalia.-

La dislalia se clasifica en: *evolutiva*, la que tiene lugar en la fase de desarrollo del lenguaje infantil, el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha y lo hace de forma incorrecta desde el punto de vista fonético. No precisa un tratamiento directo, pues forma parte de un proceso normal, aunque es necesario mantener con el niño un comportamiento lingüístico adecuado que ayude a la maduración para evitar posteriores problemas. La *dislalia funcional* es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje por una función anómala de los órganos periféricos, no lesión. Puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de r, k, l, s, z, o ch. Es la más frecuente. Por tanto, el niño en algunos casos sabe que articula mal y quisiera corregirse, por eso trata de imitar, sin embargo sus órganos no obedecen y no encuentran el movimiento deseado. La *dislalia audiógena* es la alteración en la pronunciación producida por una audición defectuosa. La hipoacusia en menor o mayor grado impide la adquisición del lenguaje, dificulta el aprendizaje de conceptos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento social. Las alteraciones dependen de la gravedad de la pérdida auditiva que tenga el niño. Existen factores psicológicos, ambientales, hereditarios que afectan directamente. Las *dislalias orgánicas*: disartrias o disglosias. La primera es un trastorno cuyo origen está en el sistema nervioso. Por tanto se dan desde el nacimiento o como consecuencia de una lesión cerebral. Generalmente son graves y su rehabilitación

está en relación con la severidad. La disglosia es un trastorno que afecta a los órganos del habla. Se clasifican en función de la zona afectada: labiales, linguales, dentales. Existen otras malformaciones por las que se asocian las dislalias como labio leporino, paladar hendido o incluso una mala conformación dental.^{xx}

4.6. Hipoacusia.-

A pesar que la dislalia funcional es la más común de ellas, es importante mencionar las causas de hipoacusia en los niños con el fin de poder detectar tempranamente y hacer un diagnóstico diferencial inmediato. El diagnóstico temprano de la hipoacusia neurosensorial infantil es importante ya que si no es diagnosticado y tratado oportunamente en los primeros años de vida, genera alteraciones en el desarrollo lingüístico, intelectual y social del niño. En la asamblea realizada por la O.M.S (Organización mundial de la Salud) el 27 de marzo de 1986 en donde se concluyó que hasta el 50% de los defectos de audición podrían evitarse o por lo menos disminuir sus secuelas por medio de la Prevención Primaria y Secundaria. Pues la tasa de incidencia de hipoacusia neurosensorial infantil es de 1/1500 recién nacidos en EEUU, 1/800 en Israel. No hay estadísticas en nuestro país ni en uno vecino para comparar sin embargo, vemos que la tasa es alta, por lo tanto se debe hacer énfasis en su detección. Dentro de sus posibles causas están: Hipoxia, ictericia, prematurez y/o bajo peso, nutrición materna, infecciones intrauterinas: STORCH, factores genéticos, multiparidad, tabaquismo, alcoholismo o drogadicción, toxemia de embarazo e hipertensión, diabetes, traumatismo durante el parto. Durante el desarrollo del niño una vez que se detecta el problema, se deben realizar exámenes complementarios como:

A) Evaluación audiológica: Pruebas subjetivas

B) Evaluación radiológica

C) Laboratorio específico según el caso (metabólicas, ototóxicas, genéticas, infecciosas, etc.)

D) Otras evaluaciones: especialidad^{xxi}

El diagnóstico temprano de la hipoacusia infantil está relacionado con el campo de la medicina preventiva y que con prevención se podrá disminuir el número de casos o, por lo menos, minimizar las secuelas.

4.7. Promoción de la Salud.-

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) uno de los instrumentos de la promoción de la salud es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo.²²

La promoción de la salud no es tarea exclusiva de trabajadores de la salud, por lo mismo en toda área geográfica delimitada, comunidad o escuela deben existir promotores de salud que pertenezcan a diferentes gremios. Por lo tanto, los profesores, su personal administrativo e incluso padres de familia son potenciales promotores de salud, por lo tanto es con ellos donde se debe hacer mayor énfasis para promover la salud de los niños. Es allí donde se inicia la detección del niño en riesgo, problemas precoces de dislalias, familias disfuncionales, violencia intrafamiliar y por lo tanto permitirá la toma de decisiones oportunas para proteger la salud mental y física del niño. Por medio de la educación para la salud, tanto maestros como padres de familia podrán promover hábitos y conocimientos adecuados que permita tanto al niño como su familia ser incluso detectores de cualquier factor o situación que ponga en riesgo su propia salud.

Como se ha visto en el estudio de Harfuah y la Fundación Conin en Argentina, el ambiente en el que el niño se desarrolla es primordial para preservar su salud, por eso se habla de un ambiente saludable. Un entorno sano en el que el niño no encuentre limitaciones físicas, emocionales ni sociales para desarrollarse plenamente en todos los ámbitos. Por ello, los promotores de salud, también se enfocarán en fomentar ambientes saludables, mediante el desarrollo de escuelas con espacios verdes libres de contaminación, escuelas que posean todos los medios físicos adecuados como agua potable, alcantarillado, y cualquier fenómeno que influya de manera negativa en la salud del niño. Un ambiente saludable es libre de violencia, maltrato, por lo tanto el entorno emocional del niño será el mas adecuado para su desarrollo pleno. Los hogares de cada uno de ellos serán entornos sanos en los que predomine la comunicación y se evite la violencia y la discordia que influirán para el desarrollo de trastornos como dislalias, enuresis, encoporesis.

El derecho que tiene un niño a vivir en un ambiente sano es responsabilidad de todos, por lo tanto la promoción de la salud tendrá que ser en todos ámbitos y a todo nivel profesional y educativo. Las escuelas son las principales promotoras de salud, por lo tanto todo factor que intercepte dicho propósito tendrá que ser catalogado como potencial riesgo para la salud de los niños y se tomarán las acciones correspondientes.

V. Metodología.-

Uno de los objetivos de este estudio es presentar la estrecha relación entre trastorno de lenguaje, específicamente dislalias con ausencia de trastorno orgánico de base bajo un ambiente no sano y disfunción familiar, especialmente violencia doméstica. Además factores como desnutrición, enuresis, encoporesis son manifestaciones de la disfuncionalidad familiar. El fin es poder llegar a las comunidades en estudio y estimular la detección de estos trastornos en los niños, posteriormente el detectar el entorno en el que el niño se desarrolla y ante todo tomar medidas urgentes para salvaguardar la salud integral del niño.

Este estudio de corte o transversal, observacional, descriptivo, tuvo la finalidad de buscar la prevalencia de trastorno de lenguaje, específicamente dislalias y su relación a un entorno familiar disfuncional en niños de edad pre- escolar en comunidades urbanas y rurales. Se visitaron 5 escuelas al azar, 3 urbanas y 2 rurales. Para los criterios de inclusión entre zona urbana y rural, se consideraron urbanas aquellas que tenían servicios de agua potable y alcantarillado, distancia hacia Quito y desde Quito, y vías de acceso pavimentadas a ellas. Se escogieron además escuelas comunitarias, siendo de factor de exclusión, escuelas de entidad gubernamental. Antes del estudio no se sabían el número de niños por escuela, únicamente el total, por lo tanto es un indicador reductor de sesgo de selección.

Dentro de los criterios de inclusión de la población en estudio, el requisito era que el niño tenía que pertenecer a la escuela, estar entre 2 y 5 años, no se tomó en cuenta unificar la cantidad e hombres y mujeres, no hubo criterios para seleccionar a niños con déficit o trastorno específico. Se programaron citas en conjunto con los padres de familia y las profesoras cada 20 a 25 minutos por niño. El requisito era la presencia del padre de familia para atender al niño. Hubo un solo examinador durante 6 semanas. Se realizó una anamnesis detallada, control de signos vitales, examen físico completo. Posteriormente se utilizaron las curvas de peso y talla de acuerdo a las tablas utilizadas por el MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), las cuales pertenecen al NHI (*National Health Institute*). (Ver anexo 1.2) Se utilizaron las curvas con el fin de catalogar la desnutrición, sin embargo, es importante recalcar que para la base de datos no se especifica si es desnutrición crónica o global. Se hizo énfasis en buscar factores

como hipoacusia, malformaciones anatómicas de órganos auditivos y algún trastorno neurológico, orgánico, de base (factores de riesgo).

En la entrevista se detallaron factores como hábitos alimenticios, enuresis diurna o nocturna, encoporesis, trastorno o déficit de algún sentido, inmunizaciones y situación social y familiar del niño. Durante la anamnesis los criterios de inclusión para catalogar a las familias disfuncionales fueron: entorno mal sano, hogar violento, agresivo, familia con padres emigrantes, vivir junto a los padres, familias reconstituidas o cuyos padres son separados. El matrimonio fue un determinante para catalogar la funcionalidad. El examen físico siempre se hizo en la presencia de uno de sus padres, la información detallada es confidencial de cada uno de ellos. Al final se tuvo el soporte con cada maestra sobre la situación de cada niño en clase y la detección de algún trastorno específico.

Se realizó la base de datos en Excel y se utilizó SPSS para realizar los análisis respectivos. Se escogió este estudio ya que nos permitió estudiar varias variables resultado como enfermedad y exposición, hubo un buen control de la selección de los sujetos de estudio, fue en un tiempo considerable la ejecución del estudio puesto que no hay seguimiento de los individuos, bajo costo económico; el estudio proporcionó estimadores de prevalencia.

Dentro de las limitaciones del estudio: hay una imposibilidad de determinar si la exposición precede a la enfermedad, es decir, imposibilidad para establecer direccionalidad de asociaciones. De igual manera, la información de la exposición es muy vulnerable a errores de medición, especialmente si en algunos casos fue recogida retrospectivamente. Imposibilidad de distinguir entre algunos factores de riesgo y factores pronósticos. Dificultad para identificar relaciones causales entre los factores estudiados, puesto que mide simultáneamente efecto y exposición.

VI. Resultados y análisis.-

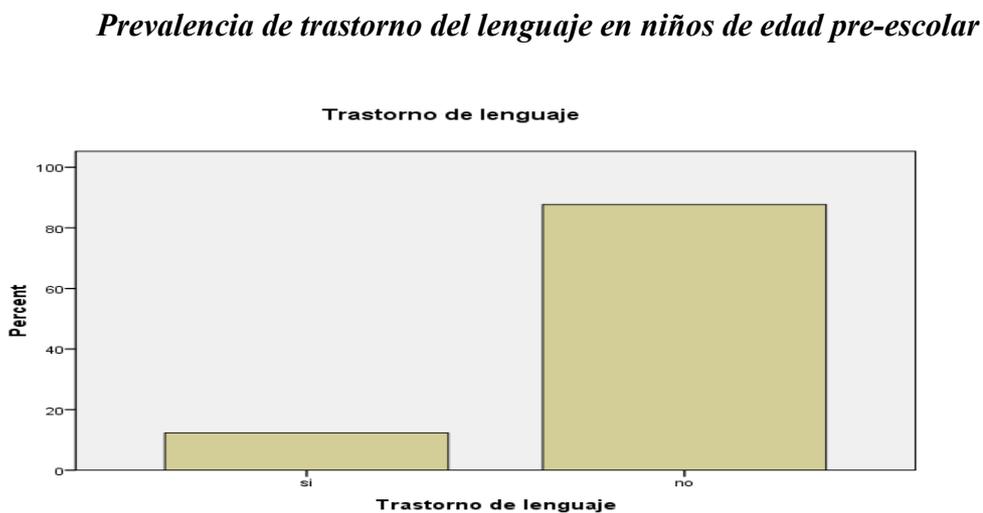
Factores sociodemográficos.-

En total se estudiaron 5 comunidades diferentes situadas, 2 en zona rural y 3 en zona urbana. Los criterios para determinar si pertenecen a una zona u otra cumplieron los criterios de inclusión que se mencionaron en la metodología. Un total de 203 niños fueron examinados, de los cuales, 114 (56.2%) hombres, y 89 (43.8%) mujeres. De este grupo de estudio, 165 (81.3%) pertenecieron a zona urbana, y 38 de ellos (18.7%) pertenecieron a una zona rural. Este grupo poblacional fue seleccionado de escuelas de las áreas de estudio, y todos ellos pertenecían a una edad pre-escolar. 12 de ellos (5.9%) tenían 2 años, 78 (38.4%) de 3 años, 110 (54.2%) de 4 años, 3 (1.5%) de 5 años respectivamente.

Prevalencia de trastornos de lenguaje y factores adicionales.-

De un total de 203 niños examinados de edad pre-escolar, se determinó que 25 de ellos, (12.3%) tienen un trastorno de lenguaje, específicamente dislalia, 178 restante (87.7%) no lo tienen. (*Ver figura 1.2*).

Figura 1.2



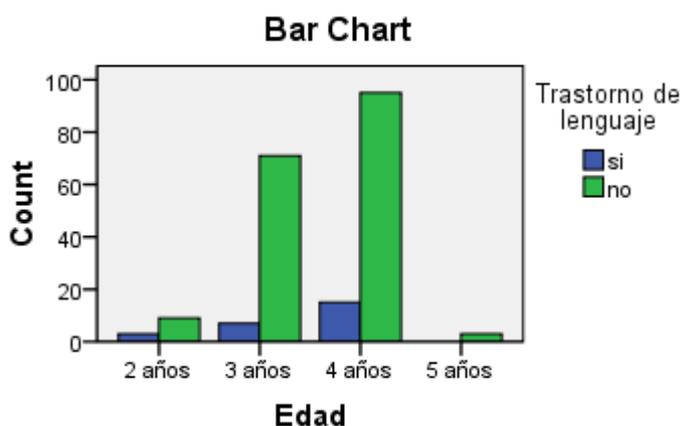
Fuente: Encuesta “*Trastorno de lenguaje en niños de edad pre-escolar*”

Elaboración: Carolina Salvador

De los niños a los que se detectó trastorno de lenguaje, 13 de ellos (52% eran hombres y 12 de ellas (48%) eran mujeres, tomando en cuenta que en nuestro grupo poblacional hubieron mas hombres que mujeres. De los niños con la enfermedad, 3 de ellos (25%) tenían 2 años, 7 (9.0%) 3 años, 15 (13.6%) 4 años, y 0 (0.0%) 5 años respectivamente. (Ver figura 1.3)

Figura 1.3

Relación de Trastorno de lenguaje y edad en niños pre-escolar



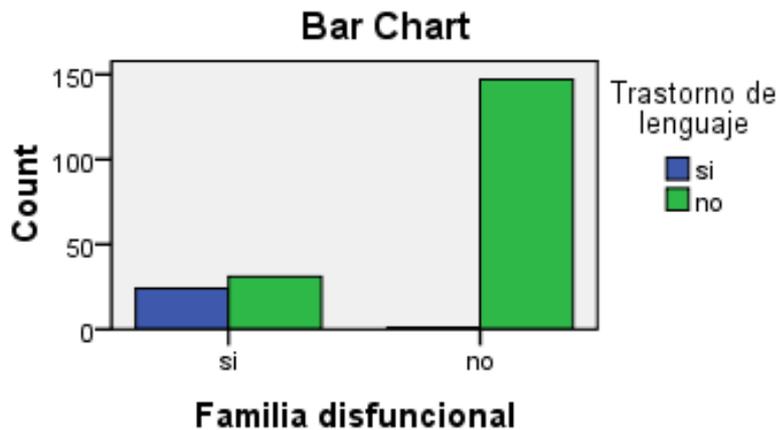
Fuente: Encuesta “*Trastorno de lenguaje en niños de edad pre-escolar*”

Elaboración: Carolina Salvador

De ellos 18(72%) pertenecieron a una zona urbana, y 7 de ellos (28%) pertenecieron a una zona rural. Adicionalmente se pudo determinar que 55 familias (27.1%) se les catalogó como disfuncionales y 148 (72.9%) no disfuncionales de todo el grupo poblacional. De los niños con dislalias, 24 (96%) pertenecieron a familias disfuncionales y 1 (4%) no perteneció a una familia disfuncional. (Ver figura 1.4)

Figura 1.4-

Relación de trastorno de lenguaje y familias disfuncionales



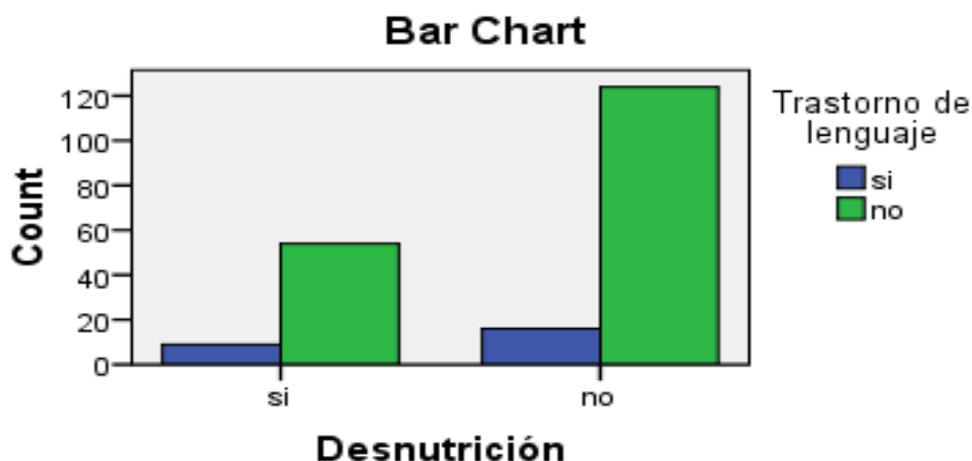
Fuente: Encuesta *“Trastorno de lenguaje en niños de edad pre-escolar”*

Elaboración: Carolina Salvador

En toda la población se determinó que 63 (31%) de todo el grupo poblacional tenía desnutrición, 140 (69%) no tenían desnutrición. De los niños con trastorno del lenguaje, 9 de ellos (36%) tenían desnutrición, 16 de ellos (64%) no. (Ver figura 1.5) Sin embargo, de todos los niños con familias disfuncionales, 23 (41.8%) estaban con desnutrición y 32 de ellos (58.2%) no estaban con desnutrición.

Figura 1.5-

Relación de trastorno de lenguaje y desnutrición



Fuente: Encuesta *“Trastorno de lenguaje en niños de edad pre-escolar”*

Elaboración: Carolina Salvador

Con respecto a la relación que se encontró entre niños que tienen hipoacusia y trastornos del lenguaje, se determinó que 4 de los niños examinados (2%), se detectaron con este trastorno, y 199 (98%) no. De estos niños, con el trastorno, 2 de ellos (50%) tuvieron dislalia adicionalmente y 2 de ellos (50%) no. Es interesante que de los niños que si tuvieron dislalia, sin hipoacusia se encontraron un total de 23(80%). De los niños con hipoacusia se vio la relación en familias disfuncionales, correspondiendo a 3 (75%) y 1 (25%) no. De ellos, 1 (25%) tuvo desnutrición y 3 (75%) no se detectaron con desnutrición. De ellos, también se determinó que 4 (100%) no tuvieron malformaciones asociadas ni trastorno de tipo neurológico conocido. Finalmente, se hizo una última asociación de niños con dislalia que tienen enuresis y encoporesis. Con respecto a la primera, 10 de ellos (40%) presentaron enuresis, y 15(60%) de ellos no. Sin embargo, se pudo determinar que de todos los niños con enuresis un 17 (70.8%) si pertenecían a familias disfuncionales y 7 (29.2%) no. Con respecto a la segunda, se determinó que 1(4%) tenía encoporesis y trastorno del lenguaje, y un 24 (96%) no tenía. Por lo tanto no es una relación positiva directa. Sin embargo, con respecto a familias disfuncionales, 3 de ellos (50%) tenían ambas condiciones y 3 de ellos (50%) tenían encoporesis pero

no familia disfuncional, por lo tanto no es una relación causal. Todos estos datos se discutirán en la siguiente sección. Para resumen de lo mencionado, (*Ver tabla 1.1*)

Tabla 1.1

<i>Tabla 1. Características de los pacientes con trastorno del lenguaje en niños de edad pre-escolar</i>				
Característica	Niño con trastorno del lenguaje N = 25, (12.3)%	Niño sin trastorno del lenguaje N =178, (87.7)%	Valor P	OR £
Edad				
2 años	3, (12)	9, (5.1)	0,363 ∞	
3 años	7, (28)	71, (39.9)		
4 años	15, (60)	95, (53.4)		
5 años	0, (0)	3, (1.7)		
Edad promedio	14 %	84%	\$	
3.5 años	n=25	n=178		
Sexo				
Femenino %	12, (52)	89, (43.8)	.66 ∞ , 0.41*	0,83 (0,34-1,91)
Masculino %	13, (48)	101, (56.7)		
Zona				
Urbana	18, (72)	147, (82.6)	0,20 ∞	.54 (0,21-1,41)
Rural	7, (28)	31, (17.4)		
Familia disfuncional	24, (96)	31, (17.4)		113.81 £ (14.84- 873.1)
Enuresis	10, (41.7)	14, (58.3)		7.81 (2.97-20,57)
Desnutrición	9, (14.5)	54, (85.7)	0,57 ∞ , 0,36*	1,29 (0,53-3,11)
Hipoacusia	2, (50)	2, (50)	0,02 ∞ , 0,08*	7,65 (1,02- 56,97)
Malformaciones	2, (18,2)	9, (81.8)	0,54 ∞ , 0,40*	1,63 (0,33-8,030)
Encoporesis	1,(16.7)	5, (83.3)	0,74 ∞ , 0,55*	1,44 (0,16-12,87)

\$ Frecuencia determinada

∞ Pearson Chi- cuadrado

* Prueba de Fisher

£ OR: Odds ratio: 95% Intervalo de confianza

Nota: En la fila correspondiente a hipoacusia, nótese que el valor Fisher es el significativo. Corresponde a un *borderline* significativo, ver sector resultados para detalles.

VII. Discusión.-

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio transversal se pudo determinar varios factores que soportan los objetivos específicos del estudio. Se sabe que de los 203 niños examinados, hay más hombres (12%) que mujeres en el grupo poblacional, sin embargo, se encontró que apenas por un 3% de diferencia son más los hombres que tienen trastorno de lenguaje, específicamente dislalia. Por lo tanto, puede atribuirse un posible componente genético como nos dice la literatura. Con respecto a la zona se sabe que hay más niños con trastornos del lenguaje en la zona urbana, y es estadísticamente significativo. Se encontró que hay mas prevalencia de dislalia en niños de 4 años, considerando que esta es la edad en que el lenguaje es claro y son fonemas bien pronunciados de acuerdo a lo que nos dice el Test de Denver II. Es interesante comparar que a esta misma edad es mayor el número de familias disfuncionales.

De acuerdo a los estudios realizados, la zona rural es la más vulnerable a familias disfuncionales y desnutrición. En este estudio, la prevalencia de éstas, es mayor en la zona urbana al igual que los casos de desnutrición. Hay que tomar en cuenta que el grupo poblacional, al ser al azar, resultó tener más individuos pertenecientes a la zona urbana. Cuando se relacionan con trastornos del lenguaje encontramos que la familia disfuncional sí es un factor de riesgo significativo para desarrollar trastornos de lenguaje. Con respecto a desnutrición, la mayor cantidad de niños con dislalias no son desnutridos, sin embargo, se pudo encontrar que la familia disfuncional sí es un riesgo para la desnutrición, y así, un niño que vive en un ambiente sano, es un factor protector para no desarrollar desnutrición y trastorno del lenguaje.

Como se vió en la literatura, cuando se detecta un trastorno del lenguaje en un niño hay que excluir causas como hipoacusia, malformaciones anatómicas, daño cerebral o algún trastorno genético que predisponga a la condición. Se encontró en este estudio que apenas 4 niños presentaron hipoacusia, de los cuales 2 tenían dislalia y los

otros dos no. Por lo tanto, no es significativa la relación. Así mismo, en ninguno de ellos se detectó con malformaciones, pues de las 11 que se detectaron correspondieron a malformaciones de extremidades superiores e inferiores, micrognatia, pero no a ningún órgano involucrado en la audición ni en el lenguaje. En el estudio desarrollado por Conin y Flenin se encuentra que los trastornos del habla y la audición están fuertemente relacionados con desnutrición y familias de escasos recursos. Resulta interesante que el 75% de los niños con hipoacusia pertenecen a familias disfuncionales, por lo tanto este si es un factor de riesgo. Al parecer, la desnutrición no parece afectar en este estudio al desarrollo de hipoacusia, y al tener un OR de 0.7 en un intervalo de confianza del 95% (0.08-7.22) no es estadísticamente significativo para determinar como factor de riesgo o protector. En este grupo de estudio se determinó que la enuresis no es un asociado de riesgo en niños con dislalias, sin embargo, la familia disfuncional si es un factor de riesgo para enuresis. Así concuerda con el estudio desarrollado por Harefuah. Con respecto a encoporesis, apenas un niño con dislalia desarrolló este problema y otro no, y su familia si fue disfuncional.

VIII. Conclusiones.-

En conclusión, podemos determinar que niños que viven en un entorno mal sano, violento, agresivo, familia con padres emigrantes, familias reconstituidas o cuyos padres son separados, son más propensos a desarrollar trastornos de lenguaje, específicamente dislalias. Así mismo, estos niños que provienen de familias disfuncionales son más proclives a la desnutrición, y con mayor prevalencia en zonas urbanas que rurales, posiblemente porque en la actualidad, en las ciudades ambos padres trabajan y los niños quedan desatendidos en los hogares y la dieta de ellos se ve afectada. De igual manera, el influjo de información que se recibe sobre alimentación no es la más adecuada, ya que los hábitos tradicionales de alimentación se perdieron.

Los niños cuyo entorno es disfuncional, tienen mayor probabilidad de desarrollar hipoacusia, enuresis y encoporesis. Como se puso a determinar anteriormente en la literatura, el desarrollo del sistema nervioso central de un niño se da justamente en la edad en la que se forja la personalidad y se adquieren el control de esfínteres, por lo mismo, un niño maltratado, tendrá como consecuencia problemas en estos aspectos.

Finalmente, es importante determinar que una familia sana es un factor protector para la salud mental, física y social del niño. Se reconoce que los limitantes de estudio es el número de la muestra, sin embargo, las estadísticas son significativas y por lo tanto nos llevan a formular recomendaciones como las siguientes.

IX. Recomendaciones.-

Después de haber detectado que una familia disfuncional si representa un riesgo significativo para la salud del niño, se recomienda realizar un estudio macro a nivel nacional el cual determine a este nivel hallazgos del mismo tipo los cuales sean determinantes para poder generar políticas de salud urgentes para salvaguardar la salud de los niños de nuestro país.

Se debe estimular a los padres de familia a participar más en la educación de sus hijos ya que son ellos los primeros en detectar cualquier trastorno que puede no tener un componente orgánico y por lo tanto se puede dar intervenciones más tempranas. Del mismo modo, a las maestras de las escuelas, se recomienda dar una educación apropiada en estos tópicos con el fin de que se conviertan en permanentes promotores de salud y se logre realizar un trabajo conjunto con el personal de salud.

Se recomienda tomar a consideración que el niño, su familia y su entorno deben estar al tanto que existe una base jurídica que protege los derechos del niño, por lo tanto se recomienda al personal correspondiente dar a conocer lo mencionado.

En el marco de una escuela saludable, el ambiente en el que el niño se desarrolla debe estar libre de riesgos, por lo mismo, se considera al maltrato y a la violencia como alto riesgo para la salud del niño, especialmente para el desarrollo de trastornos del lenguaje como dislalias.

Finalmente la atención de un niño con este tipo de trastorno, debe ser manejado por un equipo interdisciplinario, que incluya un pediatra, psicólogo, logoterapeuta, profesores y familia para lograr terapia con éxito.^{xxii}

X.- Bibliografía.-

^{1, 2, 3, 6, 13, 14, 20} Clayden, Graham. Texto Ilustrado de Pediatría 2da. Edición. Elsevier Science, Mosby International. Reino Unido. 2002

^{4, 7, 18, 20, 21} Behrman, Richard. Nelson Essentials of Pediatrics. 4^{ta}. Edición. Saunders, Pennsylvania, 2004

^{5, 1} “Noticias de Infancia y Adolescencia.” Trastornos del habla. Buenos Aires, Argentina. 2008. <http://noticiasdeinfancia.blogspot.com>

⁸ Harefuah . “Developmental language disorder in children of severely dysfunctional families.”_1991 Oct;121(7-8):219-22. Israel.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1723710?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1723710?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)

⁹ Hokkaido, Igaku Zasshi . “A longitudinal study of three-year-old children with delayed development of language”

1996 Sep;71(5):637-50. Japón

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8934207?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8934207?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)

¹⁰ Harefuah . “Enuresis in children 5-18 years old in severe dysfunctional families”
1993 Jan 15;124(2):71-5, 120. Dept. of Family Medicine, Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Beer Sheba.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8436324?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8436324?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)

¹¹ “Path to the Convention on the Rights of the Child.” EEUU. 2008

<http://www.unicef.org>

¹² “Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud” Alma-Ata, URSS, 2008.

http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

¹⁵ “Sistema Integrado de Indicadores sociales del Ecuador”
<http://www.siise.gov.ec/IPublicaciones.htm>. Ecuador. 2008

¹⁶ “Centro de Estudios de población y de desarrollo social”
<http://www.cepar.org.ec/>. Ecuador 2008.

¹⁷ Carrillo, Xavier. Manual De Psicología De La Salud Con Niños, Adolescentes Y Familia. Ediciones pirámide. 1ª edición, España. 2003.

¹⁹ “Trastorno de lenguaje en los niños” EEUU. 2008.

<http://www.nlm.nih.gov>

²² “Promoción de la Salud”. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.

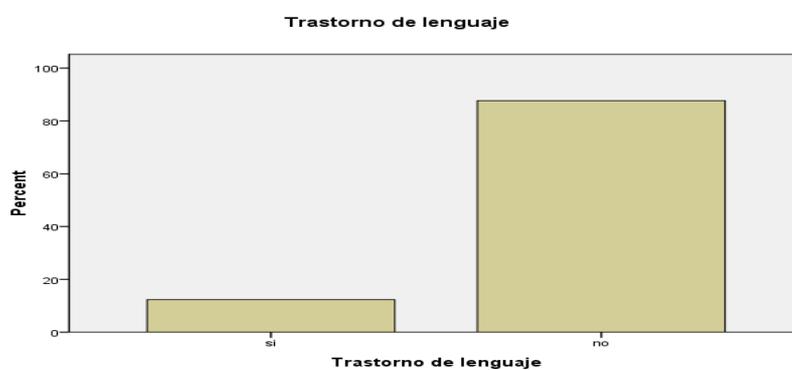
X.- Anexos.-

Anexo 1.1.-

Tablas de 2x2 de las diferentes variables de estudio realizadas en SPSS (programa de estadística en inglés)

Fuente de las tablas: Encuesta “*Trastorno de lenguaje en niños de edad pre-escolar*”

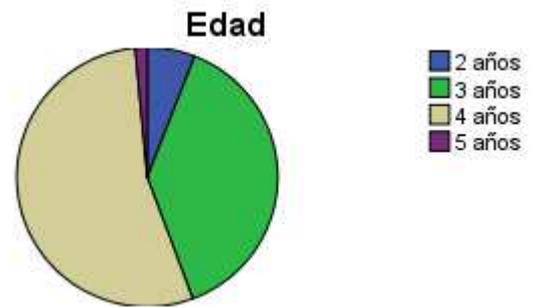
Elaboración: Carolina Salvador



Edad

	Frecuen cy	Percen t	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid 2 años	12	5.9	5.9	5.9
3 años	78	38.4	38.4	44.3

4 años	110	54.2	54.2	98.5
5 años	3	1.5	1.5	100.0
Total	203	100.0	100.0	



Desnutrición

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	63	31.0	31.0	31.0
no	140	69.0	69.0	100.0
Total	203	100.0	100.0	

Zona * Desnutrición Crosstabulation

	Desnutrición		Total
	si	no	

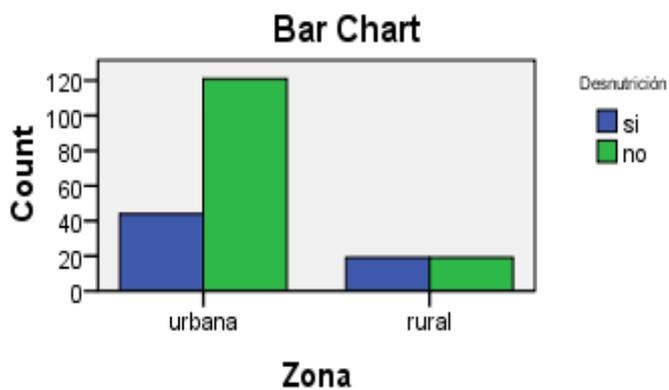
Zona	Urbana	Count	44	121	165
		% within Zona	26.7%	73.3%	100.0%
		% within Desnutrición	69.8%	86.4%	81.3%
	Rural	Count	19	19	38
		% within Zona	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Desnutrición	30.2%	13.6%	18.7%
Total		Count	63	140	203
		% within Zona	31.0%	69.0%	100.0%
		% within Desnutrición	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.857 ^a	1	.005		
Continuity Correction ^b	6.804	1	.009		
Likelihood Ratio	7.416	1	.006		
Fisher's Exact Test				.007	.005
Linear-by-Linear Association	7.818	1	.005		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,79.

b. Computed only for a 2x2 table



Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for Zona (urbana / rural)	.364	.176	.750
For cohort Desnutrición = si	.533	.355	.801
For cohort Desnutrición = no	1.467	1.053	2.042
N of Valid Cases	203		

Zona * Familia disfuncional Crosstabulation

			Familia disfuncional		Total
			si	no	
Zona	urbana	Count	43	122	165
		% within Zona	26.1%	73.9%	100.0%
		% within Familia disfuncional	78.2%	82.4%	81.3%
rural	Count	Count	12	26	38
		% within Zona	31.6%	68.4%	100.0%
		% within Familia disfuncional	21.8%	17.6%	18.7%
Total	Count	Count	55	148	203
		% within Zona	27.1%	72.9%	100.0%
		% within Familia disfuncional	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

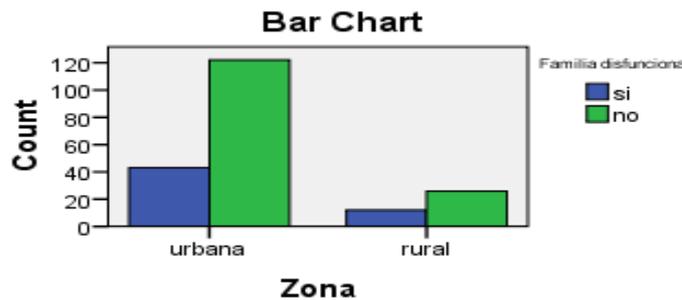
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.476 ^a	1	.490		
Continuity Correction ^b	.238	1	.626		
Likelihood Ratio	.465	1	.495		
Fisher's Exact Test				.545	.308
Linear-by-Linear Association	.474	1	.491		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,30.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Zona (urbana / rural)	.764	.355	1.645
For cohort Familia disfuncional = si	.825	.484	1.408
For cohort Familia disfuncional = no	1.081	.855	1.366
N of Valid Cases	203		



Edad * Familia disfuncional Crosstabulation

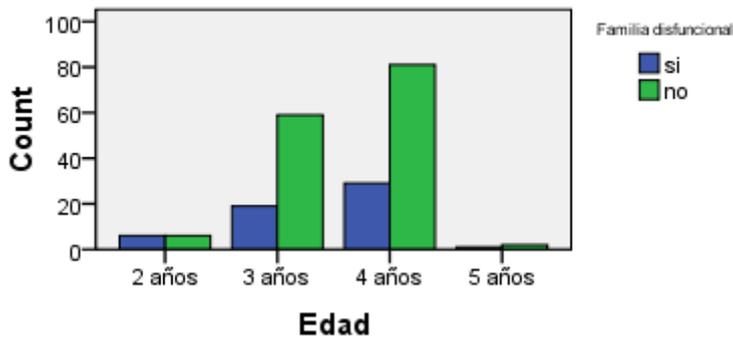
			Familia disfuncional		Total
			Si	no	
Edad	2 años	Count	6	6	12
		% within Edad	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Familia disfuncional	10.9%	4.1%	5.9%
3 años	Count	Count	19	59	78
		% within Edad	24.4%	75.6%	100.0%
		% within Familia disfuncional	34.5%	39.9%	38.4%
4 años	Count	Count	29	81	110
		% within Edad	26.4%	73.6%	100.0%
		% within Familia disfuncional	52.7%	54.7%	54.2%
5 años	Count	Count	1	2	3
		% within Edad	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Familia disfuncional	1.8%	1.4%	1.5%
Total	Count	Count	55	148	203
		% within Edad	27.1%	72.9%	100.0%
		% within Familia disfuncional	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.572 ^a	3	.312
Likelihood Ratio	3.215	3	.360
Linear-by-Linear Association	.630	1	.427
N of Valid Cases	203		

a expected count is ,81.

Bar Chart



Desnutrición * Familia disfuncional Crosstabulation

			Familia disfuncional		Total
			si	no	
Desnutrición	Si	Count	23	40	63
		% within Desnutrición	36.5%	63.5%	100.0%
		% within Familia disfuncional	41.8%	27.0%	31.0%
	No	Count	32	108	140
		% within Desnutrición	22.9%	77.1%	100.0%
		% within Familia disfuncional	58.2%	73.0%	69.0%
Total	Count	55	148	203	
	% within Desnutrición	27.1%	72.9%	100.0%	
	% within Familia disfuncional	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.099 ^a	1	.043		
Continuity Correction ^b	3.437	1	.064		
Likelihood Ratio	3.976	1	.046		
Fisher's Exact Test				.060	.033
Linear-by-Linear Association	4.079	1	.043		
N of Valid Cases ^b	203				

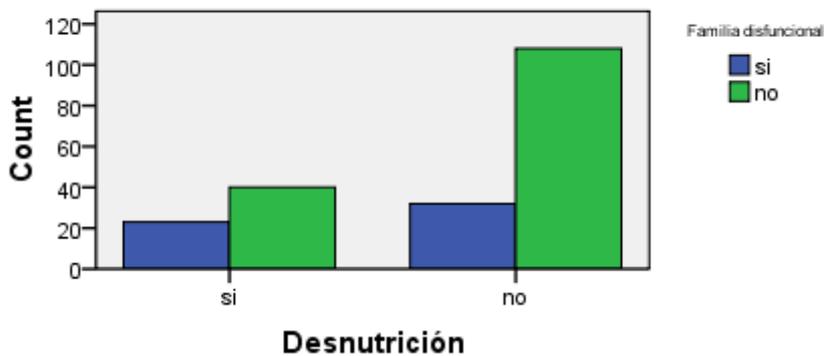
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,07.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Desnutrición (si / no)	1.941	1.016	3.706
For cohort Familia disfuncional = si	1.597	1.023	2.494
For cohort Familia disfuncional = no	.823	.669	1.013
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Familia disfuncional * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Familia disfuncional	si	Count	24	31	55
		% within Familia disfuncional	43.6%	56.4%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	96.0%	17.4%	27.1%
	no	Count	1	147	148
		% within Familia disfuncional	.7%	99.3%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	4.0%	82.6%	72.9%
Total	Count	25	178	203	
	% within Familia disfuncional	12.3%	87.7%	100.0%	
	% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	68.533 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	64.613	1	.000		
Likelihood Ratio	64.162	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	68.196	1	.000		
N of Valid Cases ^b	203				

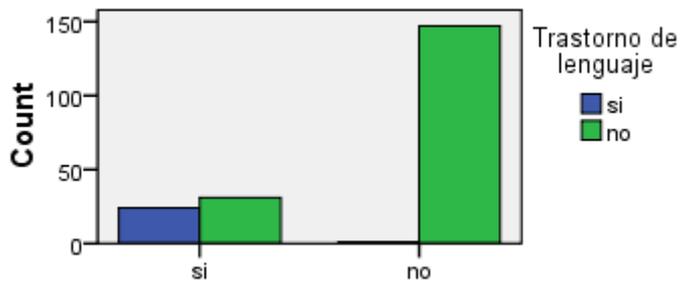
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,77.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Familia disfuncional (si / no)	113.806	14.835	873.091
For cohort Trastorno de lenguaje = si	64.582	8.950	466.017
For cohort Trastorno de lenguaje = no	.567	.450	.716
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Familia disfuncional

Enuresis * Familia disfuncional Crosstabulation

			Familia disfuncional		Total
			si	no	
Enuresis	si	Count	17	7	24
		% within Enuresis	70.8%	29.2%	100.0%
		% within Familia disfuncional	30.9%	4.7%	11.8%
Enuresis	no	Count	38	141	179
		% within Enuresis	21.2%	78.8%	100.0%
		% within Familia disfuncional	69.1%	95.3%	88.2%
Total		Count	55	148	203
		% within Enuresis	27.1%	72.9%	100.0%
		% within Familia disfuncional	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	26.362 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	23.910	1	.000		
Likelihood Ratio	23.128	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	26.232	1	.000		
N of Valid Cases ^b	203				

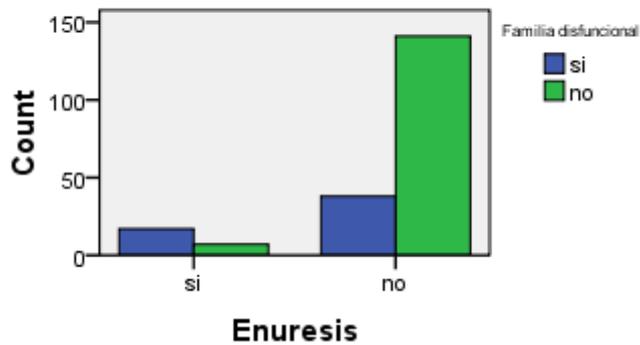
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Enuresis (si / no)	9.011	3.484	23.308
For cohort Familia disfuncional = si	3.337	2.278	4.886
For cohort Familia disfuncional = no	.370	.198	.694
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Encoporesis * Familia disfuncional Crosstabulation

			Familia disfuncional		Total
			si	no	
Encoporesis	Si	Count	3	3	6
		% within Encoporesis	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Familia disfuncional	5.5%	2.0%	3.0%
	No	Count	52	145	197
		% within Encoporesis	26.4%	73.6%	100.0%
		% within Familia disfuncional	94.5%	98.0%	97.0%
Total	Count	55	148	203	
	% within Encoporesis	27.1%	72.9%	100.0%	
	% within Familia disfuncional	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.642 ^a	1	.200		
Continuity Correction ^b	.665	1	.415		
Likelihood Ratio	1.462	1	.227		
Fisher's Exact Test				.347	.201
Linear-by-Linear Association	1.634	1	.201		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,63.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Encoporesis (si / no)	2.788	.546	14.251
For cohort Familia disfuncional = si	1.894	.823	4.359
For cohort Familia disfuncional = no	.679	.304	1.519
N of Valid Cases	203		

Hipoacusia * Familia disfuncional Crosstabulation

			Familia disfuncional		Total
			si	no	
Hipoacusia	si	Count	3	1	4
		% within Hipoacusia	75.0%	25.0%	100.0%
		% within Familia disfuncional	5.5%	.7%	2.0%
	no	Count	52	147	199
		% within Hipoacusia	26.1%	73.9%	100.0%
		% within Familia disfuncional	94.5%	99.3%	98.0%
Total	Count	55	148	203	
	% within Hipoacusia	27.1%	72.9%	100.0%	
	% within Familia disfuncional	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.741 ^a	1	.029		
Continuity Correction ^b	2.590	1	.108		
Likelihood Ratio	4.063	1	.044		
Fisher's Exact Test				.061	.061
Linear-by-Linear Association	4.718	1	.030		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,08.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Hipoacusia (si / no)	8.481	.863	83.343
For cohort Familia disfuncional = si	2.870	1.556	5.294
For cohort Familia disfuncional = no	.338	.062	1.851
N of Valid Cases	203		

Malformaciones * Hipoacusia Crosstabulation

			Hipoacusia		Total
			si	no	
Malformaciones	si tiene	Count	0	11	11
		% within Malformaciones	.0%	100.0%	100.0%
		% within Hipoacusia	.0%	5.5%	5.4%
	no tiene	Count	4	188	192
		% within Malformaciones	2.1%	97.9%	100.0%
		% within Hipoacusia	100.0%	94.5%	94.6%
Total		Count	4	199	203
		% within Malformaciones	2.0%	98.0%	100.0%
		% within Hipoacusia	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.234 ^a	1	.629		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.450	1	.502		
Fisher's Exact Test				1.000	.799
Linear-by-Linear Association	.233	1	.630		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Hipoacusia = no	1.021	1.000	1.043
N of Valid Cases	203		

Desnutrición * Hipoacusia Crosstabulation

			Hipoacusia		Total
			si	no	
Desnutrición	si	Count	1	62	63
		% within Desnutrición	1.6%	98.4%	100.0%
		% within Hipoacusia	25.0%	31.2%	31.0%
no	Count	3	137	140	
	% within Desnutrición	2.1%	97.9%	100.0%	
	% within Hipoacusia	75.0%	68.8%	69.0%	
Total	Count	4	199	203	
	% within Desnutrición	2.0%	98.0%	100.0%	
	% within Hipoacusia	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.069 ^a	1	.792		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.072	1	.788		
Fisher's Exact Test				1.000	.634
Linear-by-Linear Association	.069	1	.793		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,24.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Desnutrición (si / no)	.737	.075	7.223
For cohort Hipoacusia = si	.741	.079	6.983
For cohort Hipoacusia = no	1.006	.966	1.047
N of Valid Cases	203		

Zona * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Zona urbana	Count	18	147	165	
	% within Zona	10.9%	89.1%	100.0%	
	% within Trastorno de lenguaje	72.0%	82.6%	81.3%	
rural	Count	7	31	38	
	% within Zona	18.4%	81.6%	100.0%	
	% within Trastorno de lenguaje	28.0%	17.4%	18.7%	
Total	Count	25	178	203	
	% within Zona	12.3%	87.7%	100.0%	
	% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.614 ^a	1	.204		
Continuity Correction ^b	.993	1	.319		
Likelihood Ratio	1.475	1	.225		
Fisher's Exact Test				.270	.159
Linear-by-Linear Association	1.606	1	.205		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,68.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.614 ^a	1	.204		
Continuity Correction ^b	.993	1	.319		
Likelihood Ratio	1.475	1	.225		
Fisher's Exact Test				.270	.159
Linear-by-Linear Association	1.606	1	.205		
N of Valid Cases ^b	203				

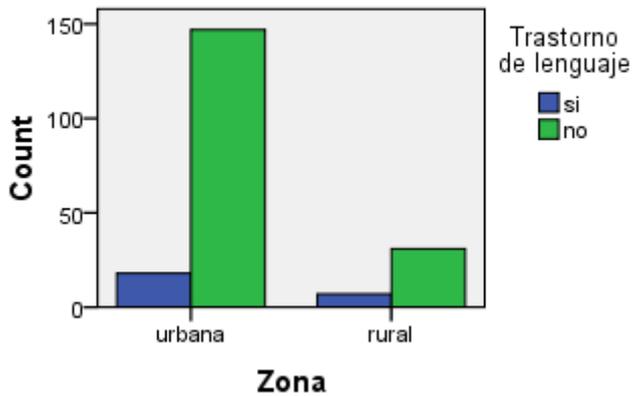
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,68.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Zona (urbana / rural)	.542	.209	1.409
For cohort Trastorno de lenguaje = si	.592	.266	1.316
For cohort Trastorno de lenguaje = no	1.092	.930	1.282
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Enuresis * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Enuresis	si	Count	10	14	24
		% within Enuresis	41.7%	58.3%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	40.0%	7.9%	11.8%
	no	Count	15	164	179
		% within Enuresis	8.4%	91.6%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	60.0%	92.1%	88.2%
Total	Count	25	178	203	
	% within Enuresis	12.3%	87.7%	100.0%	
	% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.714 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	18.741	1	.000		
Likelihood Ratio	15.815	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.607	1	.000		
N of Valid Cases ^b	203				

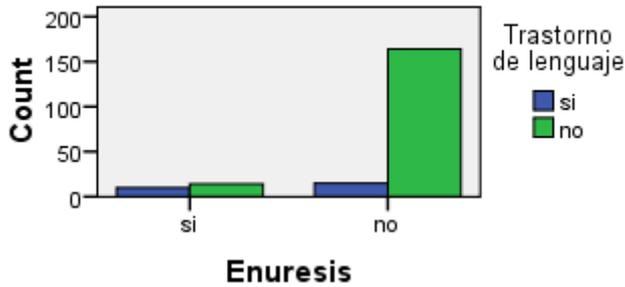
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Enuresis (si / no)	7.810	2.965	20.571
For cohort Trastorno de lenguaje = si	4.972	2.526	9.788
For cohort Trastorno de lenguaje = no	.637	.453	.895
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Sexo * Familia disfuncional Crosstabulation

			Familia disfuncional		Total
			si	no	
Sexo	Masculino	Count	31	83	114
		% within Sexo	27.2%	72.8%	100.0%
		% within Familia disfuncional	56.4%	56.1%	56.2%
	Femenino	Count	24	65	89
		% within Sexo	27.0%	73.0%	100.0%
		% within Familia disfuncional	43.6%	43.9%	43.8%
Total		Count	55	148	203
		% within Sexo	27.1%	72.9%	100.0%
		% within Familia disfuncional	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.971		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.971		
Fisher's Exact Test				1.000	.550
Linear-by-Linear Association	.001	1	.971		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sexo (Masculino / Femenino)	1.012	.542	1.888
For cohort Familia disfuncional = si	1.008	.640	1.590
For cohort Familia disfuncional = no	.997	.842	1.180
N of Valid Cases	203		

Edad * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

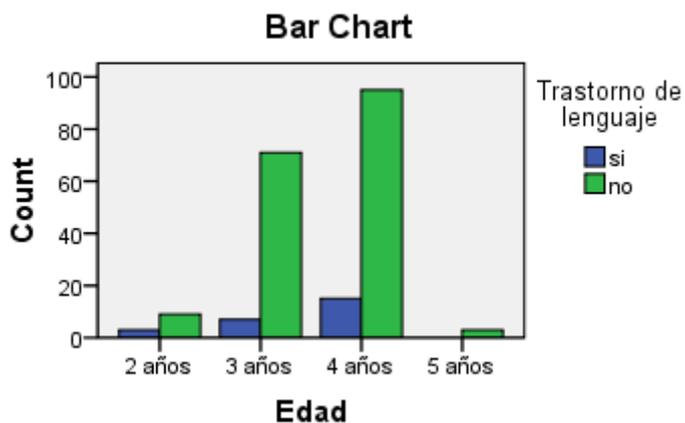
			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Edad	2 años	Count	3	9	12
		% within Edad	25.0%	75.0%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	12.0%	5.1%	5.9%
Edad	3 años	Count	7	71	78
		% within Edad	9.0%	91.0%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	28.0%	39.9%	38.4%

4 años	Count	15	95	110
	% within Edad	13.6%	86.4%	100.0%
	% within Trastorno de lenguaje	60.0%	53.4%	54.2%
5 años	Count	0	3	3
	% within Edad	.0%	100.0%	100.0%
	% within Trastorno de lenguaje	.0%	1.7%	1.5%
Total	Count	25	178	203
	% within Edad	12.3%	87.7%	100.0%
	% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.193 ^a	3	.363
Likelihood Ratio	3.276	3	.351
Linear-by-Linear Association	.075	1	.785
N of Valid Cases	203		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.



Sexo * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Sexo	Masculino	Count	13	101	114
		% within Sexo	11.4%	88.6%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	52.0%	56.7%	56.2%
	Femenino	Count	12	77	89
		% within Sexo	13.5%	86.5%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	48.0%	43.3%	43.8%
Total	Count		25	178	203
	% within Sexo		12.3%	87.7%	100.0%
	% within Trastorno de lenguaje		100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.200 ^a	1	.655		
Continuity Correction ^b	.054	1	.816		
Likelihood Ratio	.199	1	.655		
Fisher's Exact Test				.672	.406
Linear-by-Linear Association	.199	1	.655		
N of Valid Cases ^b	203				

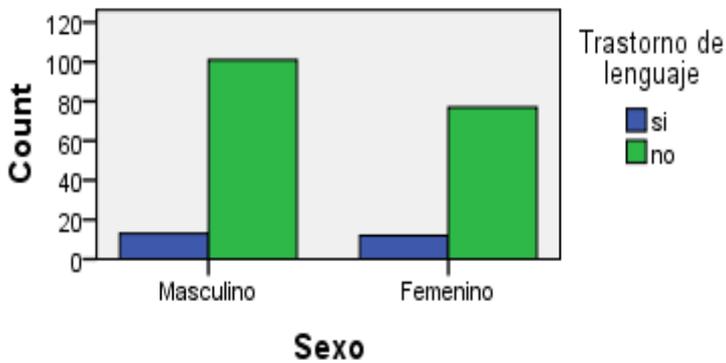
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sexo (Masculino / Femenino)	.826	.357	1.911
For cohort Trastorno de lenguaje = si	.846	.406	1.762
For cohort Trastorno de lenguaje = no	1.024	.922	1.138
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Desnutrición * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Desnutrición	si	Count	9	54	63
		% within Desnutrición	14.3%	85.7%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	36.0%	30.3%	31.0%
	no	Count	16	124	140
		% within Desnutrición	11.4%	88.6%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	64.0%	69.7%	69.0%
Total	Count	25	178	203	
	% within Desnutrición	12.3%	87.7%	100.0%	
	% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.328 ^a	1	.567		
Continuity Correction ^b	.117	1	.732		
Likelihood Ratio	.321	1	.571		
Fisher's Exact Test				.645	.359
Linear-by-Linear Association	.327	1	.568		
N of Valid Cases ^b	203				

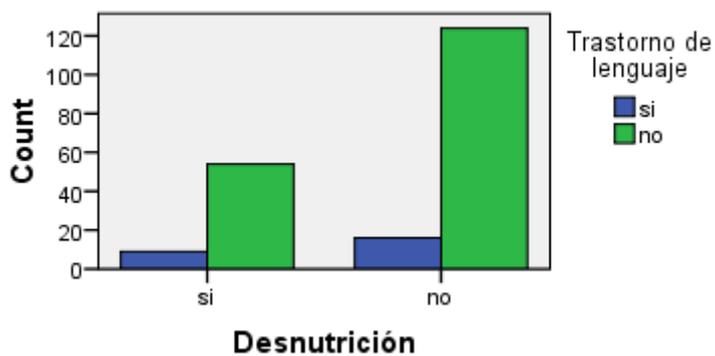
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Desnutrición (si / no)	1.292	.537	3.105
For cohort Trastorno de lenguaje = si	1.250	.584	2.674
For cohort Trastorno de lenguaje = no	.968	.861	1.088
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Hipoacusia * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Hipoacusia	si	Count	2	2	4
		% within Hipoacusia	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	8.0%	1.1%	2.0%
	no	Count	23	176	199
		% within Hipoacusia	11.6%	88.4%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	92.0%	98.9%	98.0%
Total		Count	25	178	203
		% within Hipoacusia	12.3%	87.7%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.366 ^a	1	.021		
Continuity Correction ^b	2.397	1	.122		
Likelihood Ratio	3.465	1	.063		
Fisher's Exact Test				.075	.075
Linear-by-Linear Association	5.340	1	.021		
N of Valid Cases ^b	203				

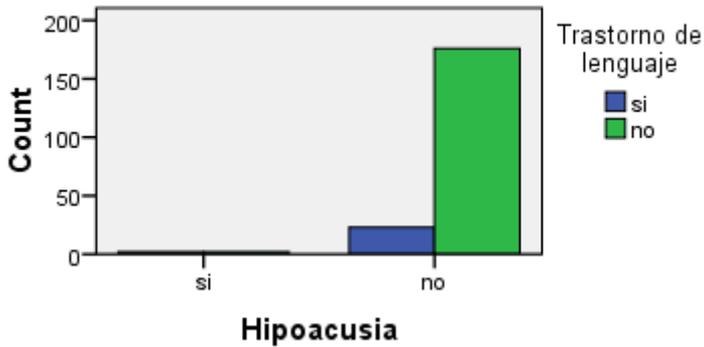
a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Hipoacusia (si / no)	7.652	1.028	56.972
For cohort Trastorno de lenguaje = si	4.326	1.510	12.395
For cohort Trastorno de lenguaje = no	.565	.212	1.508
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Malformaciones * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			Si	No	
Malformaciones	si tiene	Count	2	9	11
		% within Malformaciones	18.2%	81.8%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	8.0%	5.1%	5.4%
	no tiene	Count	23	169	192
		% within Malformaciones	12.0%	88.0%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	92.0%	94.9%	94.6%
Total	Count	25	178	203	
	% within Malformaciones	12.3%	87.7%	100.0%	

Malformaciones * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			Si	No	
Malformaciones	si tiene	Count	2	9	11
		% within Malformaciones	18.2%	81.8%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	8.0%	5.1%	5.4%
	no tiene	Count	23	169	192
		% within Malformaciones	12.0%	88.0%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	92.0%	94.9%	94.6%
Total	Count	25	178	203	
	% within Malformaciones	12.3%	87.7%	100.0%	
	% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.371 ^a	1	.543		
Continuity Correction ^b	.019	1	.891		
Likelihood Ratio	.332	1	.564		
Fisher's Exact Test				.629	.403
Linear-by-Linear Association	.369	1	.544		
N of Valid Cases ^b	203				

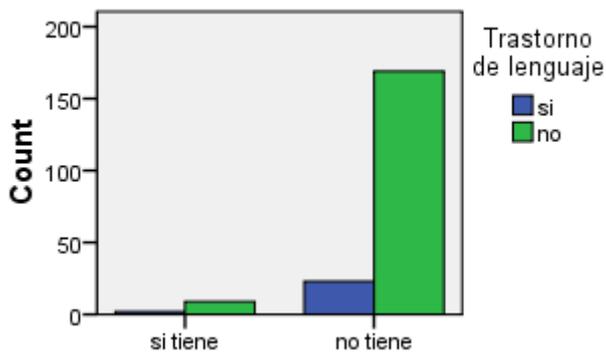
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,35.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Malformaciones (si tiene / no tiene)	1.633	.332	8.030
For cohort Trastorno de lenguaje = si	1.518	.409	5.630
For cohort Trastorno de lenguaje = no	.930	.700	1.234
N of Valid Cases	203		

Bar Chart



Malformaciones

Encoporesis * Trastorno de lenguaje Crosstabulation

			Trastorno de lenguaje		Total
			si	no	
Encoporesis	si	Count	1	5	6
		% within Encoporesis	16.7%	83.3%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	4.0%	2.8%	3.0%
	no	Count	24	173	197
		% within Encoporesis	12.2%	87.8%	100.0%
		% within Trastorno de lenguaje	96.0%	97.2%	97.0%
Total		Count	25	178	203

% within Encoporesis	12.3%	87.7%	100.0%
% within Trastorno de lenguaje	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

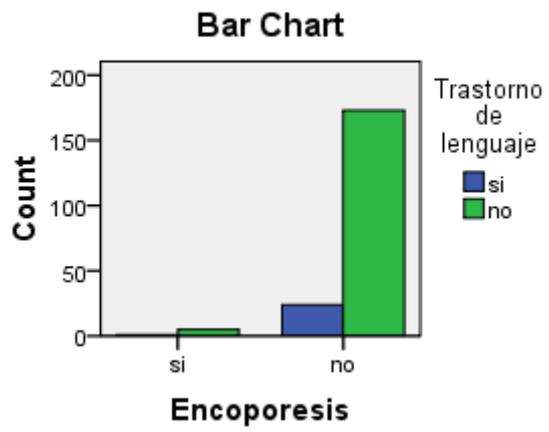
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.108 ^a	1	.742		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.099	1	.753		
Fisher's Exact Test				.550	.550
Linear-by-Linear Association	.108	1	.743		
N of Valid Cases ^b	203				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,74.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Encoporesis (si / no)	1.442	.161	12.870
For cohort Trastorno de lenguaje = si	1.368	.220	8.512
For cohort Trastorno de lenguaje = no	.949	.661	1.362
N of Valid Cases	203		



Anexo 1.2-
