



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-24

Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 1 de 18

GUÍA CLÍNICA DE TERAPIA PARA EL RETARDO LECTOGRÁFICO ANÁRTRICO

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de Servicio de Terapia de Aprendizaje	Jefatura de División de Terapia de Comunicación Humana	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
		Hoja: 2 de 18	

1. Propósito

Establecer lineamientos uniformes para el tratamiento rehabilitatorio de pacientes pediátricos diagnosticados por el Servicio de Patología del Lenguaje con Retardo Lectográfico Anártrico. Incidir en el tratamiento adecuado de la patología en cuestión y otorgar un servicio terapéutico de calidad y calidez a los pacientes que acuden al Servicio de Terapia de Aprendizaje.

2. Alcance

Terapeutas del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) adscritos a la División de Terapia en Comunicación Humana en el Servicio de Terapia de Aprendizaje. El procedimiento es de observancia general para el personal adscrito al Servicio de Aprendizaje de la División de Terapia en Comunicación Humana.

3. Responsabilidades

Jefe de División

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:

- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Terapeuta Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

4. Políticas de operación y normas.

- La revisión de la guía terapéutica se realizará cada dos años o antes si fuera necesario.
- Las sugerencias y comentarios de la guía deberán ser turnados a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología del lenguaje.

RETARDO LECTOGRÁFICO ANÁRTICO

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 3 de 18

5. Definición del padecimiento

En la clasificación del CIE 10 los trastornos de aprendizaje se consideran en el **Capítulo V** Trastornos Mentales y del Comportamiento, **Apartado V8** (Trastornos del desarrollo psicológico) **Sección F81** Trastornos específicos de las habilidades escolares, y de éste derivan los “Trastornos específicos del deletreo (ortografía/escritura)” **F81.1**.

El Retardo Lectográfico Anártrico (Azcoaga) se define como un trastorno de aprendizaje secundario a un trastorno expresivo del lenguaje (retardo de lenguaje anártrico) que afecta la adquisición y desarrollo de la lengua escrita. La principal dificultad radica en el proceso de escritura. La escritura en este padecimiento se distingue por la presencia de errores fonológicos y sintácticos. La lectura aunque en menor grado también se encuentra afectada, se caracteriza por ser disprosódica y acompañarse de transposiciones entre elementos.

El Retardo Lectográfico Anártrico es un trastorno de aprendizaje en el que las dificultades de la lengua lecto-escrita resultan de la actividad deficiente del analizador cinestésico motor verbal. Los problemas fonológicos y sintácticos del lenguaje se expresan con mayor fuerza en la escritura que en la lectura. Aprender a leer y escribir precisa de un desarrollo óptimo del lenguaje oral. La adquisición tardía o deficiente del lenguaje oral se expresa en el aprendizaje de la lengua escrita.

De acuerdo al Censo 2010 del INEGI, los trastornos de aprendizaje son una discapacidad presente en el 4.4 % de la población mexicana; la literatura consultada en Latinoamérica refiere hasta una prevalencia del 5 al 10%.

6. Diagnóstico. Exploración Terapéutica Inicial

Previo al inicio del tratamiento rehabilitatorio se revisará el reporte del **informe médico** con los resultados de la evaluación neuropsicológica y se aplicarán los siguientes instrumentos de evaluación terapéutica:

7. **Entrevista.** El instrumento informa de manera general las relaciones interfamiliares del menor, aspectos del desarrollo motriz y lingüístico y de las habilidades escolares afectadas. La entrevista es aplicada por las terapistas a los padres de familia y/o tutores con el fin de obtener información relevante del paciente (Anexo 1).
8. **Ficha de Evaluación de la Articulación.** Instrumento que permite identificar si existen o no alteraciones en la producción del habla. Explora los 22 fonemas del español, así como combinaciones silábicas más complejas que consonante + vocal (diptongos, grupos heterosilábicos y homosilábicos). Este instrumento es aplicado por la terapeuta, mostrando dibujos/imágenes al paciente con el fin de emitir las palabras correspondientes a los fonemas a explorar (Anexo 2)

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 4 de 18

9. **Evaluación terapéutica.** La evaluación terapéutica consta de 3 baterías de pruebas graduadas de acuerdo al grado escolar y la edad de los pacientes. Esta evaluación explora: lectura, escritura, noción temporal y matemáticas y es aplicada por la terapeuta en la primer sesión para conocer las áreas a trabajar. (Anexo 3)

10. **Ficha de exploración.** Se registran los resultados de la evaluación terapéutica explorando escritura, lectura y matemáticas al momento de su ingreso a terapia. Para valorar comprensión aplicar una lectura completa. Posteriormente, al finalizar el tiempo solicitado en el informe médico de sesiones de terapia (3 ó 6 meses) se realiza nuevamente la evaluación terapéutica. En esta misma ficha se registrará el avance que se observa en el paciente al término del periodo de rehabilitación mediante un semáforo: rojo= no lo realiza, amarillo= en proceso de adquisición, verde= adquirido. (Anexo 4).

6.4.1 **Escritura.** Se evalúan las siguientes tareas: escritura por dictado, escritura por copia y escritura espontánea. Por la naturaleza del padecimiento la mayor cantidad de dificultades se observarán en la realización de la escritura por dictado. Los errores presentados (inversión, omisión, inserción, trasposición, contaminación, disociación, trazo en espejo, disortografía y sustitución) se reportarán en la Ficha de Exploración (Anexo 4)

6.4.2 **Lectura.** Emplear un texto diferente de la batería al aplicado en la evaluación de la escritura Se deberán registrar los errores de lectura en voz alta (inversión, omisión, inserción, sustitución), la fluidez y la comprensión lectoras. La comprensión lectora debe ser evaluada en la lectura en voz alta y en la lectura silente (Anexo 4).

6.5 **Programa General y Específico de Trabajo.** A partir de los resultados de la evaluación neuropsicológica que realizó el médico y de la evaluación terapéutica inicial, se programan diversas actividades para trabajar en terapia con el fin de desarrollar las habilidades básicas para el aprendizaje de la lecto-escritura, el reforzamiento de los dispositivos básicos del aprendizaje: memoria, atención, motivación, sensopercepción y habituación y el adecuado manejo del esquema corporal y nociones temporo-espaciales. Las actividades de terapia se enfocarán en las áreas que muestren deficiencias y finalmente se creará el **Programa Específico de Trabajo** para cada paciente.

7. Tratamiento

7.1 Fundamentos de la rehabilitación

La habilidad de la escritura se expresa a través de tres tareas: la escritura por copia, la escritura por dictado y la escritura espontánea. En el Retardo Lectográfico Anártrico la escritura espontánea y por dictado presenta múltiples disortografías, omisiones, transposiciones y sustituciones entre grafemas que representan fonemas fonéticamente cercanos. El agramatismo verbal aparece en la

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 5 de 18

escritura espontánea y se caracteriza por la ausencia de partículas gramaticales (artículos, preposiciones, conjunciones, etc.) y por el mal uso de las concordancias verbales. De las tres formas de escritura (copia, dictado y escritura espontánea), la escritura por dictado es la más afectada.

La lectura es deletreada, se acompaña por la transposición de fonemas y sílabas y, por la sustitución de sílabas y palabras. Las sustituciones tanto en la lectura como en la escritura no son azarosas, ocurren entre grafemas que representan fonemas fonéticamente cercanos. La lectura deletreada carente de ritmo da origen a una lectura disprósodica que no compromete, significativamente, la comprensión en la lectura en voz alta y silente.

La escritura busca representar el aspecto oral de la lengua, sin embargo, la lengua escrita no es una copia fiel de la lengua oral. La lecto-escritura que se estructura a partir de la naturaleza sonora de las unidades lingüísticas (fonemas, palabras, frases y oraciones) busca representar los sonidos de la lengua a través de símbolos específicos denominados grafías o grafemas. Los niños para desarrollar ésta habilidad cognitiva deben reconocer previamente, en el continuo sonoro del habla, la organización temporal de distintas unidades de la lengua.

En español, lengua de naturaleza altamente fonética, la habilitación y/o rehabilitación del proceso de lecto-escritura se puede lograr estableciendo, en un primer momento, asociaciones entre fonemas y grafías. Aprender a leer y escribir solo es posible si interaccionan dos códigos, el código verbal (oral) y el código escrito (gráfico). La asociación fonema – grafía (letra) que favorece el reconocimiento de los puntos de articulación no es suficiente para la lengua escrita. Las asociaciones individuales entre elementos deben combinarse en estructuras cada vez más complejas (sílabas, palabras, frases, oraciones).

En una primera etapa del proceso de lecto-escritura, la relación secuencial de dos elementos diferentes permite reconocer una nueva unidad, la sílaba. En la sílaba cada elemento tiene un valor sonoro y gráfico constante. El reconocimiento y la formación de estructuras silábicas posibilitan su combinación en otra unidad lingüística más compleja, la palabra. Con la palabra se introduce el significado y con ello se asigna a una forma escrita un significado. En éste nivel de conocimiento la comprensión y el significado son limitados y refieren únicamente a unidades léxicas.

Cuando el niño alcanza la asociación sonido – grafema y logra combinar asociaciones aisladas en sílabas y palabras, se puede decir que cuenta ya con la capacidad de escribir y leer estructuras lingüísticas más complejas (frases y oraciones). Con la relación entre palabras el niño ingresa a la sintaxis. Ahora el significado de una expresión escrita no se reduce a un solo referente (unidad léxica) sino que se obtendrá gracias a las relaciones que establecen las palabras como categorías gramaticales distintas. En este momento se introduce la sintaxis en la escritura e inicia la comprensión lectora. El aprendizaje sintáctico en la lengua escrita deberá partir nuevamente de estructuras simples (frase u oración) a estructuras más complejas (párrafo, texto, etc).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 6 de 18

7.2 Plan de tratamiento. (Programas General y Específico de Trabajo)

El aprendizaje de la escritura y lectura se adquiere y desarrolla de manera simultánea. El plan de tratamiento considera diferentes aspectos en la construcción del código escrito (fonológico, silábico, morfológico y sintáctico).

Se presenta una serie de estrategias terapéuticas destinadas a desarrollar la adquisición y uso de la lecto-escritura. Corresponde al terapeuta determinar en qué momento de la adquisición de la lengua escrita se encuentra el paciente para establecer el punto de partida de la rehabilitación e implementar el plan de tratamiento.

Si bien la meta en el tratamiento es desarrollar y consolidar el proceso de escritura, la relación lengua oral – lengua escrita obliga al terapeuta (en los casos que así se requiera), a trabajar paralelamente al aprendizaje de la lecto-escritura ciertas áreas como la percepción auditiva, la fluidez verbal y la memoria verbal (consultar Guía de Retardo de Lenguaje Anártrico de la División de Terapia en Comunicación Humana del INRLGII), indispensables en el análisis y síntesis de fonema – grafema.

7.3 Objetivos generales.

De acuerdo a Azcoaga, en la concepción del plan requerido para lograr el restablecimiento de la capacidad de aprendizaje en el retardo lectográfico anártrico, los objetivos son:

- Consolidar los estereotipos fonemáticos que presentan determinada labilidad.
- Corregir aquellos que son sustituidos por puntos de articulación diferente.
- Hacer lo propio con los estereotipos motores verbales.
- Llevar hacia una correcta organización sintáctica.

7.4 Actividades de la rehabilitación.

7.4.1. LECTO-ESCRITURA

- **Asociación fonema – grafema**

Trabajar la asociación de sonido grafía partiendo de las vocales a las consonantes. Se inicia el aprendizaje de la lectoescritura con las vocales pues representan el núcleo de la sílaba. Posteriormente se introduce el aprendizaje de las grafías consonánticas. En el retardo lectográfico anártrico se debe poner especial énfasis en las grafías que representan fonemas fonéticamente cercanos.

- **Vocales**

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 7 de 18

a) Objetivos

- Reconocimiento auditivo de vocales (fonema) y su asociación con una forma gráfica específica (grafema).
- Lograr la representación de la grafía a través de la copia y el dictado.

b) Estrategias

El trabajo terapéutico se inicia con la identificación de la grafía en posición inicial de palabra. En la medida que el paciente conoce más grafías se incluyen otros contextos o posiciones.

- I. Escribir su nombre para que identifique las vocales. (uso de mayúscula). A partir de las vocales del nombre del paciente enunciar nombres propios y/o objetos cuyo nombre inicie con la vocal en cuestión.
- II. Utilizar imágenes que contienen una vocal en posición inicial para que el niño asocie el sonido con la grafía correspondiente.
- III. Tachar, iluminar o recortar imágenes que inician con una grafía vocálica determinada. El terapeuta presentará el modelo (grafía) a trabajar.
- IV. Aparear imágenes cuyo nombre inicia con la grafía vocálica correspondiente.
- V. Enunciar palabras monosilábicas para que el niño señale la grafía de la vocal que escucha, por ejemplo: pan, pez, un, dos, mil, etc.).
- VI. Identificar las dos representaciones gráficas de una misma vocal (mayúscula – minúscula).
- VII. Escribir las grafías vocálicas por copia.
- VIII. Qué escriba la grafía que corresponda al sonido vocálico que el terapeuta le indique a. (dictado).
- IX. Presentar imágenes que inician con vocal para que escriba la grafía correspondiente.
- X. Leer las grafías vocálicas.
- XI. Leer y escribir diptongos y triptongos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 8 de 18

Una vez que se han aprendido la correlación entre sonido y grafía vocálica, el tratamiento continúa con la introducción de las grafías consonánticas. Con la introducción de las consonantes se pasa del nivel de identificación de grafías aisladas a la combinación de dos o más grafías, alcanzando así la construcción silábica y la organización secuencial del lenguaje escrito.

- **Consonantes**

En la actualidad la Real Academia de la Lengua propone que el alfabeto del español consta de 22 grafemas consonánticos y 5 vocálicos pues ha eliminado “ch” y “ll” por considerarlos dígrafos. Los dígrafos son 2 grafemas que representan un solo fonema. La enseñanza de los dígrafos “ch”, “ll” y “rr” considerará su valor fonémico, mientras que, otros dígrafos como “gu”, “qu” se introducirán considerando su valor ortográfico.

a) Objetivos

- Reconocer auditivamente sonidos consonánticos y asociarlos a un grafema específico.
- Introducir la organización secuencial de grafías en la escritura y con ello la construcción silábica.
- Desarrollar la conciencia silábica para lograr la formación de palabras, frases y oraciones y favorecer así la expresión gráfica de las ideas.
- Consolidar el proceso de escritura en el dictado, la copia y la escritura espontánea.
- Desarrollar y consolidar la lectura en voz alta y silente.

Se recomienda iniciar el aprendizaje de la lectoescritura con las grafías m – p pues son los primeros fonemas logrados en la adquisición fonológica infantil y además con la duplicación de la misma sílaba se forman palabras emocionalmente importantes: “papá y “mamá”.

Los expertos recomiendan introducir las grafías en el siguiente orden: **m, p, s, t, l, n, c, d, f, b, j, ñ, v, r** (vibrante simple), **r** (vibrante múltiple), **g, y, h, ch, ll, k, z, x, w** Continuar con los dígrafos **q, gu** y por último introducir grupos homosilábicos, también identificados como sílabas trabadas o sinfonos **bl, tl, br, tr, pr, pl, dr, gr, fr, cl, fl, gl, cr**.

b) Estrategias

A continuación se ejemplificará únicamente la forma de introducción de la grafía “m”. La forma de trabajo para consolidar éste grafema debe considerarse en la enseñanza de cualquier otra grafía. Para establecer la relación secuencial entre vocales y consonantes se debe combinar la grafía consonántica con cada una de las 5 vocales para formar sílabas **ma – me – mi – mo – mu**. Se sugiere utilizar un color diferente para cada vocal.

- I. Combinar las grafías conocidas para escribir palabras: mamá, mi, amo, mío, ama, Memo, etc. Leer las palabras que escribió.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 9 de 18

- II. Separar palabras por sílabas e identificar cantidad de sílabas.
- III. Dictar sílabas y palabras.
- IV. Leer las sílabas y palabras que escribió por dictado.
- V. Presentar las sílabas directas como sílabas inversas.
- VI. Escribir por dictado y leer sílabas inversas.
- VII. Contrastar grafías que representan sonidos fonéticamente similares en pares y tríadas mínimas.
- VIII. Memorizar e identificar el alfabeto.
- IX. Escribir frases y oraciones. La longitud de las mismas dependerá del grado escolar del paciente.
- X. Dictar frases y oraciones. La longitud de las mismas dependerá del grado escolar del paciente.
- XI. Leer frases y oraciones.
- XII. Escribir párrafos. La complejidad de los mismos deberá establecerse de acuerdo al grado escolar.
- XIII. Uso de mayúsculas y minúsculas.
- XIV. Uso de signos de puntuación acorde al grado escolar.
- XV. Introducción de reglas ortográficas. Las reglas ortográficas se introducirán de acuerdo al grado escolar.
- XVI. Introducción de partículas gramaticales (artículos, preposiciones, conjunciones, etc.). La introducción de nexos gramaticales debe tomar en cuenta el grado escolar del paciente.
- XVII. Usar diferentes categorías gramaticales y no limitarse al uso de sustantivos.

Aprender a leer y escribir no significa exclusivamente conocer el principio alfabético que subyace al sistema de escritura. Aprender a leer y escribir requiere convertir la relación grafema-fonema en

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 10 de 18

un reconocimiento automático de palabras que con la práctica permitirá lograr una lectura fluente y superar la lectura disprosódica tan característica en éste tipo de pacientes. La fluidez en la lectura debe acompañarse de una comprensión lectora adecuada.

7.4.2. LECTURA

La fluidez en la lectura es la habilidad que se tiene para leer en voz alta con la entonación, ritmo, fraseo y pausas apropiadas que conducen a la reconstrucción del significado de la lectura. La fluidez lectora implica dar una inflexión de voz adecuada al contenido del texto respetando las unidades de sentido y puntuación. Para lograr la automatización de la lectura (palabras, frases, oraciones y textos diversos) y alcanzar una fluidez y comprensión lectora adecuadas existen un conjunto de estrategias terapéuticas.

Las siguientes estrategias se realizarán de acuerdo a los resultados observados en el informe clínico, en la evaluación terapéutica y en las necesidades de cada paciente.

- **Estrategias**
 - a) Lectura y escritura del día de la sesión de terapia.
 - b) Lectura de rimas.
 - c) Lectura y reproducción de trabalenguas.
 - d) Lectura de frases cortas con diferentes ritmos y entonaciones.
 - e) Lectura de sílabas con diferentes estructuras (cv, ccv ,cvc) para incrementar la automatización de la relación sonido – grafía.
 - f) Presentar sílabas desorganizadas y solicitar al paciente que las organice para formar palabras y leerlas.
 - g) Lectura de palabras para ir favoreciendo el empleo de etiquetas visuales.
 - h) Leer oraciones o un texto breve y representarlo a través del dibujo.
 - i) Presentar por escrito oraciones cuyas palabras no mantengan separaciones. Solicitar al niño que separe las palabras y copie correctamente la oración.
 - j) Presentar varias palabras escritas sin separación alguna y solicitar al niño que encuentre las distintas palabras escritas. Separarlas y copiarlas. Escribir con cada palabra una oración.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 11 de 18

- k) Presentar palabras desorganizadas y solicitar al paciente que las organice para formar una frase u oración.
- l) Lectura de textos. Al inicio de la adquisición de la lecto - escritura se recomienda usar formatos simplificados pues favorecen la motivación del menor al no desanimarlo con una sobrecarga de información. Iniciar con pequeños textos en letra grande y a doble espacio, con marcadores en rojo para los puntos y las comas. Las pistas visuales de la marcación actúan en la lectura indicando pausas que determinan la comprensión del texto.
- m) Lectura en voz alta de diferentes tipos de textos (narrativos, informativos, de divulgación, periódicos, revistas, folletos, volantes, avisos, anuncios).
- n) Aprovechar los días festivos para planear una actividad que comprenda la lectura de un poema, rima, canción, trabalenguas o juego verbal asociados a la efeméride.
- o) Propiciar la lectura de diferentes textos con información falsa y verdadera de un tema específico. Solicitar al paciente que rescate la información (verdadera o falsa) y lo exprese por escrito, en caso de existir errores inducirlo para que los descubra. Leer su composición.
- p) Si el tratamiento terapéutico se imparte de manera grupal se deben programar sesiones en las cuales los pacientes lean en voz alta textos informativos, lo que les permitirá escuchar distintas voces y ritmos narrativos.
- q) Escritura y lectura de varios tipos de texto con propósitos diversos (historias, listas, mensajes, poemas, reportes, reseñas).
- r) Llevar a cabo la lectura de cuentos para mejorar la interpretación de textos narrativos.

Otro aspecto importante en la lectura es la velocidad. La velocidad de lectura es la habilidad que tiene el paciente para pronunciar palabras escritas en un determinado lapso de tiempo intentando comprender lo leído. La velocidad se expresa en palabras por minuto y el estándar de los niveles de logro se presenta en la siguiente tabla:



NIVEL	GRADO	PALABRAS LEÍDAS POR MINUTO
Primaria	1°	35 a 59
	2°	60 a 84
	3°	85 a 99
	4°	100 a 114
	5°	115 a 124
	6°	125 a 134
Secundaria	1°	135 a 144
	2°	145 a 154
	3°	155 a 160

No se trata de obtener forzosamente los valores máximos, sino al menos el mínimo suficiente de acuerdo al grado escolar. La terapia debe buscar la mejora constante y poner especial énfasis en que el paciente comprenda lo que lee.

Durante la rehabilitación de la lecto-escritura se deben evitar las actividades poco valiosas como son la copia reiterada de las mismas palabras o frases. La copia reiterada reduce la atención y la motivación. La repetición constante de grafías o contar con una caligrafía perfecta no garantizan el aprendizaje de tan importante función cognitiva. Leer y escribir trasciende el ámbito de la relación grafía – sonido, relación fundamental solo al inicio de la adquisición.

Una parte importante de la rehabilitación es el desarrollo de los dispositivos básico del aprendizaje indispensable para el aprendizaje de la lectoescritura. Se realizan diversas actividades mismas que permitan desarrollar la memoria sensorial, a corto, mediano y largo plazo; la atención focalizada y sostenida; la motivación dirigiendo la actividad en la sesión terapéutica al cumplimiento del logro de una meta y de realizar ejercicios interesantes que le permitan alcanzarlos y la habituación convirtiendo en familiar los aprendizajes que va adquiriendo. Estos dispositivos antes mencionados son indispensables para alcanzar el aprendizaje, estos están íntimamente relacionados y son indispensables para dicho proceso.

Para mantener una atención y motivación constantes durante las sesiones de terapia (cada una de 50 minutos máximo), se recomienda utilizar medios diversos (material didáctico, material impreso, material auditivo, programas informáticos, blogs, etc). En la actualidad la tecnología es un instrumento muy útil en la rehabilitación del proceso de lecto-escritura.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 13 de 18

7.5 Atención integral del paciente.

Es de suma relevancia que el paciente reciba una atención integral, como un ser humano con diversas necesidades. Por lo que es recomendable que se lleven a cabo actividades simultáneas a la rehabilitación, como son las siguientes:

- **Talleres o escuelas para padres** en los que se informe a los padres el diagnóstico de sus hijos de una manera clara y sencilla. Se les estimule para realizar las actividades complementarias que se deben realizar en casa, se les proporcionen herramientas para la realización de dichas actividades, les permita analizar sus estilos de crianza y acciones que los hagan ser mejores padres y ser más asertivos.
- Que los padres acudan a **orientación familiar** cuando el caso lo requiera, para trabajar aspectos que afectan directa o indirectamente el rendimiento del paciente (sobreprotección, manejo de límites, acuerdos de crianza, autoestima, entre otros).
- Que la familia o el paciente acuda a recibir **apoyo psicológico** (terapia familiar ó individual) cuando el caso lo amerite (violencia intrafamiliar, proceso de separación, defunción de un familiar, etc.).
- **Manejo de comorbilidades.** El tratar simultáneamente a la terapia, otras alteraciones como trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de ansiedad, depresión, etc.
- **Taller de Psicomotricidad.** Algunos pacientes presentan deficiencias en mayor ó menor grado en la coordinación, en la motricidad fina y gruesa, por lo que pueden llevarse a cabo talleres de psicomotricidad en donde se pueden combinar ejercicios para manejar al mismo tiempo diversos aspectos relacionados a la terapia de aprendizaje.

8. Evaluación del resultado

Cuantitativo

Para evaluar los avances logrados se aplicará al final del tratamiento los instrumentos de la Exploración Terapéutica Inicial, excepto la entrevista a padres.

Cualitativo

Analizar al final del tratamiento los resultados de la exploración inicial con los obtenidos en la revaloración terapéutica para elaborar el informe de terapia. El informe debe señalar qué áreas han sido superadas, cuáles aún no han sido superadas o se encuentran en vías de superación.

9. Criterios de alta

El paciente es dado de alta por el Servicio de Patología del Lenguaje. No obstante desde el punto de vista terapéutico el paciente logra el alta del servicio cuando la escritura, la lectura, la fluidez y

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 14 de 18

la comprensión lectora corresponden a las habilidades escolares demandadas por el grado escolar que cursa.

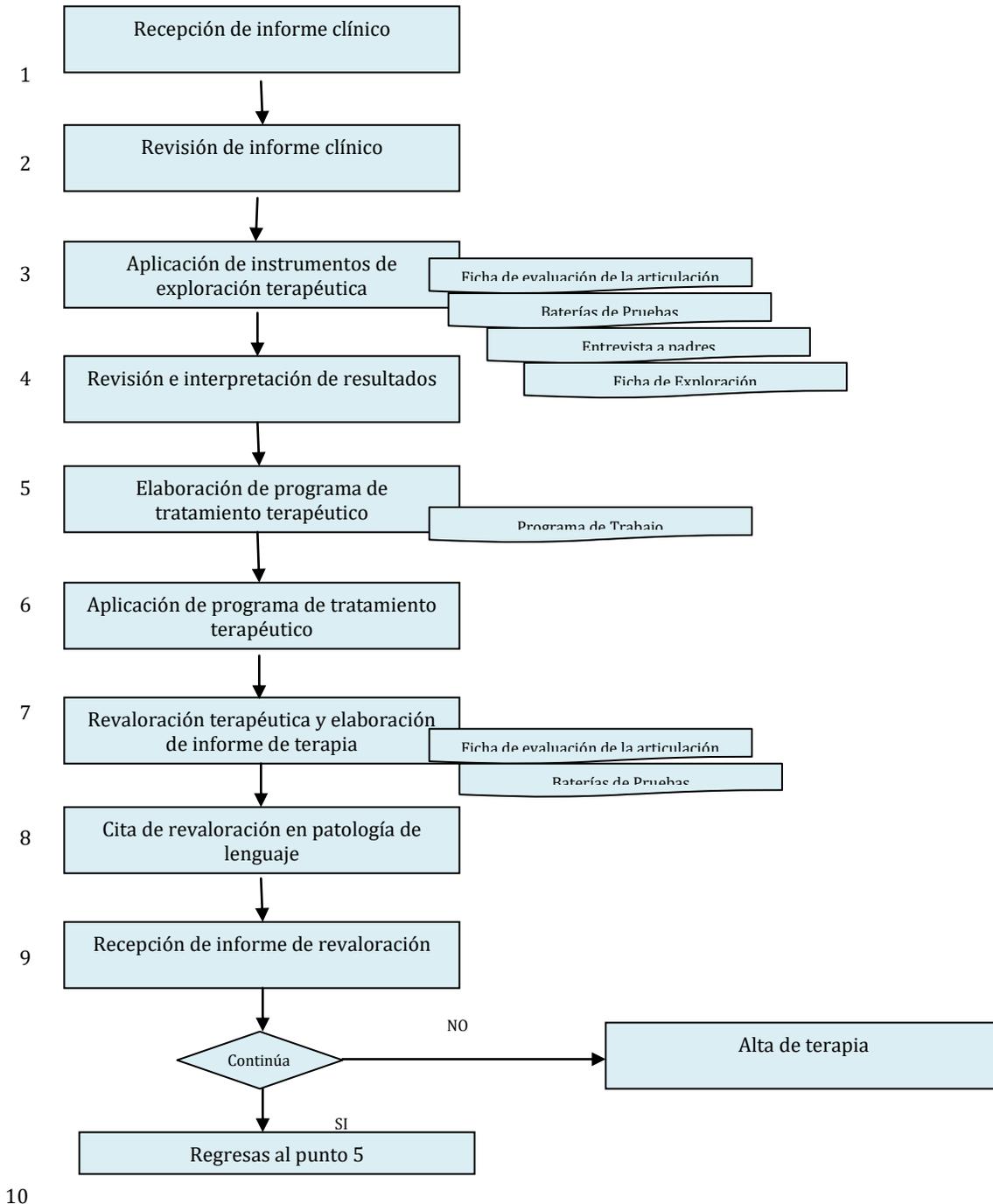
El tratamiento de los trastornos del aprendizaje escolar debe ser enfocado desde un punto de vista multidisciplinario. La detección oportuna y la intervención temprana evitan la cronicidad de las dificultades del aprendizaje y el fracaso escolar, centrándose en las necesidades reales observadas durante el proceso de valoración del paciente que en una etiqueta diagnóstica específica. Identificar las habilidades del menor permite utilizar recursos para superar y/o compensar sus dificultades.

Es indispensable favorecer la triada familia-escuela-terapia, mediante una comunicación adecuada entre las tres esferas, para llevar a cabo un adecuado proceso rehabilitatorio.

10. Anexos

- Entrevista
- Ficha de Evaluación de la Articulación
- Baterías de Pruebas
- Ficha de Exploración
- Programa de trabajo

10.1 Flujoograma



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
	Hoja: 16 de 18		

RETARDO LECTOGRÁFICO ANÁTRICO

10.2 Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Aarón P.G., Joshi M. (1999) Not all reading disabilities are alike. Journal of learning disabilities. 32, 2, 120 -137.
2. Acosta V., Moreno, A. y Axpe A. (2010) Intervención logopédica sobre habilidades narrativas en niños con trastornos específicos de lenguaje. En Journal for the study of Education and Development. Barcelona.
3. Ardila A, Roselli M y Matute E, (2006) Neuropsicología de los Trastornos de Aprendizaje. Manual Moderno. México.
4. Azcoaga J. Derman B. et. al. (1998). Alteraciones del Aprendizaje Escolar: Diagnóstico, Fisiopatología y Tratamiento. Editorial Paidós. Argentina.
5. Benedet Álvarez M.(2011) Las Dificultades en el Aprendizaje y/o Adaptación Escolar. Errores de diagnóstico y tratamiento: sus graves consecuencias para el niño. Editorial CEPE. Madrid.
6. (Benedet Álvarez M. (2013). Cuando la Dislexia no es Dislexia. Colección Educación Especial y Dificultades de Aprendizaje. Editorial CEPE. Madrid.
7. Bustos Sánchez, I. (2008). Fichas de lenguaje y lectura comprensiva 1 y 2. Editorial CEPE. Madrid.
8. Crespo-Eguilaz N. Narbona J. y Magallón S.(2012) Disfunción de la coherencia central en niños con trastornos de aprendizaje procedimental. Rev Neurol. 2012 Nov 1;55(9):513-9.
9. De la Torre Alcalá, A. (2008). Inversiones. Láminas para recuperación de lectura y dictado. Madrid: CEPE. Madrid.
10. Díaz Podadera, M^a, Gallardo Fortes, E. (2005) Dificultades en el Aprendizaje.; Unificación de Criterios Diagnósticos. Editado por Junta de Andalucía. : TECHNOGRAPHIC, S.L.
11. Fernández Baroja M. et. al. (2009) La Dislexia.Origen, Diagnóstico y Recuperación. Colección Educación Especial. Editorial CEPE.
12. Gallego Matellán M. et. al. (2012). Guía para la integración del alumnado con TEA en Educación Primaria. Universidad de Salamanca.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 17 de 18

13. García Cruz JM, González Lajas JJ, Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno del aprendizaje. AEPap. 2017 (en línea), Disponible en algoritmos.aepap.org
14. García E., Guzmán R., et. al. (2010). Desarrollo de los procesos cognitivos de la lectura en alumnos normo-lectores y alumnos con necesidades específicas de aprendizaje. Revista de Educación, 353, p 361 – 386.
15. Guía Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención en Niños y Adolescentes. (2010) Ministerio de Ciencia e Innovación, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.
16. Guía Dificultades específicas de aprendizaje: Dislexia. (2010) Junta de Andalucía.
17. Luria A R. (1997) El Cerebro en Acción. 4ta edición Editorial Martínez Roca. Barcelona.
18. Luria A R. Tsvetkova, L. S. (1981) La Resolución de problemas y sus trastornos. Editorial Fontanella. Colección Conducta Humana nº42.
19. Martos, J., Ayuda R., et. al.(2014)). Trastorno del Espectro Autista de Alto Funcionamiento. Otra forma de aprender. Colección Educación Especial. Editorial CEPE.
20. Nieto, M. (1995) El niño disléxico. Manual Moderno, México.
21. Outón, P. (2008). Programas de Intervención con Disléxicos. Diseño, implementación y evaluación. Colección Educación Especial. Editorial CEPE.
22. Portellanos Pérez J. (2007) La Disgrafía. Concepto, Diagnóstico y Tratamiento. Colección Educación Especial. Editorial CEPE. Madrid.
23. Protocolos de Detección y actuación En Dislexia I, II y III (2010). Bilbao.
24. Ripol Salceda JC y Yoldi Huald M. (2013) Colección Educación Especial. Alumnos distraídos, inquietos e impulsivos (TDA_H). Estrategias para atender su tratamiento educativo en Educación Primaria. Editorial CEPE.
25. Rodríguez Jorrín, D, (2013). Colección Educación Especial. Dificultades de Aprendizaje Prevención y corrección. Editorial CEPE.
26. Tsvétkova, L.S. (1977). Reeducción del Lenguaje, la Lectura y la Escritura. Ed. Fontanella - Col. Conducta Humana, nº 33. Barcelona.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-24
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 18 de 18

27. Yuste Herrán C. y Sánchez Quirós J. (2010). Progresint 13 Atención y Observación. Editorial CEPE.
28. Yuste Herrán C. y Ayala Flores C. (2005). Progresint 31. Estrategias de Regulación y Motivación para Aprender. Editorial CEPE.

11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del Instituto, actualización del contenido	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20