



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

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



Código:
MG-SAF-36



Fecha:
DIC 20

Rev. 04

Hoja: 1 de 13

GUÍA CLÍNICA DEL RETARDO DE LENGUAJE ANARTRICO

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División Patología de Lenguaje	Jefatura de División Patología de Lenguaje	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 2 de 13

1. Propósito

Establecer los lineamientos para elaborar de forma sistemática los procesos de atención que se realizan en cada uno de los pacientes afectados por el Retardo de Lenguaje Anártrico en el Servicio, describiendo la enfermedad, el proceso de diagnóstico, las interconsultas necesarias, los estudios auxiliares de diagnóstico y el tratamiento rehabilitatorio; así como las citas de revaloración y criterios de alta de manera que la atención del paciente por los diferentes Médicos o Servicios Interconsultados, corresponda con los estándares de calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

2. Alcance

Establecer los criterios clínicos, con los Médicos Adscritos de la División de Patología de Lenguaje, así como otorgar el servicio con calidad y calidez, con base en el adecuado abordaje del trastorno de lenguaje que presente cada uno de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra y que ingresan de acuerdo con los criterios de ingreso y permanencia.

3. Responsabilidades

Director:

- Verificar el cumplimiento del procedimiento.
- Proporcionar los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Subdirector:



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

Jefe de División:

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

Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 3 de 13

4. Políticas de operación y normas.

La revisión del presente documento será cada dos años o antes si fuera necesario.



5. Definición del Padecimiento

El retardo de lenguaje anártrico se define como el trastorno de lenguaje infantil ocasionado por una lesión en el cerebro del niño antes de alcanzar el primer nivel lingüístico, afectando la elocución por la dificultad en el análisis y la síntesis de los sonidos del lenguaje y las palabras. Afecta al lenguaje oral en toda la esfera de sus relaciones con el entorno, con el conocimiento y con el aprendizaje. Presentan dificultad para acceder al dominio de estructuras lingüísticas que limitan su capacidad para comunicarse. No logran desarrollar ideas que vayan más allá de lo concreto, no logran tener acceso a un vocabulario o repertorio lexical. Debe considerarse a un niño con retraso en el lenguaje cuando lo cuantitativo y lo cualitativo de su uso verbal se halle por debajo de la cifra media de los otros niños de su edad, cuando continúa dependiendo de gestos para comunicarse, cuando aún usando palabras lo hace de una manera tan deformada en su articulación que es ininteligible su lenguaje y cuando sólo utiliza determinados elementos gramaticales tanto en el aspecto sintáctico como en el léxico y en el aspecto pragmático, demorándose en la adquisición de otros nuevos elementos lingüísticos.

Se clasifican según la capacidad para la expresión del lenguaje oral aparece inferior al nivel acorde a la edad mental y cronológica del menor, se mantiene acorde la comprensión del mismo. Se manifiesta por retraso en la adquisición del lenguaje como ausencia de palabras simples alrededor de los dos años de edad y presenta fracaso en la elaboración de frases sencillas de dos palabras sobre los 3 años. Existe una limitación del vocabulario, maneja escaso número de palabras, frases demasiado cortas, estructuras gramaticales simplificadas, omisiones de partes críticas de las frases, u orden inusual de las palabras.

Se producen alteraciones en la expresión durante la emisión espontánea, a pesar de ser capaz de producir aisladamente los elementos fonéticos implicados, aumentando la dificultad en la emisión de los mismos con la longitud de las palabras. Afecta la expresión en los aspectos fonológicos, fonéticos y morfosintácticos, estando la comprensión verbal indemne. Están respetadas las etapas evolutivas del desarrollo de lenguaje con una comprensión normal o casi normal.

Presenta un lenguaje difícilmente inteligible por dificultades en el conocimiento y uso de los rasgos fonéticos, y una inhabilidad para articular secuencias de sonidos y/o para identificar los fonemas de forma constante en diferentes contextos secuenciales. Retraso y/o anomalías en el uso de los procesos fonológicos y el uso de los sonidos como elementos constructivos (omisiones y sustituciones de sonidos, asimilaciones, reducción en la estructura silábica.). Pueden tener, o no, problemas oral-motores, así como limitaciones en el desarrollo de la conciencia fonológica. Presentan déficit en el análisis secuencial y deficiente memoria auditivo-verbal. En ocasiones dificultades de recuperación léxica y/o problemas para establecer relaciones semánticas entre las

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 4 de 13		

palabras. Expresión limitada fundamentalmente en relación al discurso narrativo y conversacional. Mejor desarrollo en aspectos pragmáticos y semánticos.

5.1 Epidemiología

Se estima que un 6% a 7% de la población preescolar y se asocia en etapas posteriores a dificultades para aprender a leer. En edad pre-escolar aproximadamente del 3 al 10% de los niños presentan trastornos del lenguaje expresivo, más frecuente en varones en una proporción 3:1. En la División de Patología de Lenguaje del INRLGII, esta patología se presenta en un 35% del total de los pacientes atendidos, teniendo la mayor incidencia en relación a otros tipos de patología de lenguaje.

5.2 Sitio de Lesión

Es ocasionado por una lesión funcional o una inmadurez de las regiones pre y post central del analizador cinestésico motor verbal, localizado en el hemisferio izquierdo. Este analizador organiza y conserva, estereotipos fonemáticos, estereotipos motores verbales y da lugar a la organización sintáctica del lenguaje.



5.3 Fisiopatología

La codificación y decodificación del lenguaje se lleva a cabo principalmente en el analizador verbal, de cuya función depende el analizador cinestésico-motor-verbal. Cuando el retardo del lenguaje expresivo es puro, las alteraciones se expresan en un solo analizador: el analizador cinestésico motor verbal, en el cual existe una disminución de la inhibición patológica, lo que condiciona un análisis y síntesis deficiente y la no consolidación de los estereotipos motores verbales, así como dificultades para la síntesis de estereotipos fonemáticos y presentándose un agramatismo predominantemente sintáctico. Al existir una deficiencia en la actividad combinatoria analítico-sintético del analizador se presentan parafrasis literales, silábicas y neologismos.

Recientemente ha surgido un mayor interés en la interacción entre diferentes áreas del desarrollo del lenguaje, específicamente, la relación entre el desarrollo de la conciencia fonológica y el desarrollo léxico; algunos otros estudios sugieren que los mecanismos de procesamiento auditivo central, en particular los implicados en el procesamiento del cambio dinámico espectral y/o temporal, son las bases de los déficits fonológicos observados en niños con retardo de lenguaje expresivo.

5.4 Etiología

En un 50% de los casos no es posible identificar su etiología, sin embargo, entre los factores que pueden condicionar de esta patología están:

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 5 de 13

1. Antecedentes prenatales que puedan ocasionar alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central, retardo en la maduración cerebral.
2. Antecedentes peri y postnatales como bajo peso, hipoxia, ictericia.
3. Infecciones del sistema nervioso central.
4. Predisposición genética. En estudios de afiliación, de comparación en mellizos monocigóticos y dicigóticos y trastorno de lenguaje, y de genealogía indican que esta condición presenta una alta heredabilidad o transmisión genética. Se han identificado mutaciones en FOXP2 y duplicaciones en otras regiones del cromosoma 7 causan alteraciones específicas del desarrollo del lenguaje y dispraxia orofacial.
5. Epilepsia.
6. Traumatismos craneoencefálicos.
7. Alteraciones teratogénicas, tóxicas y metabólicas

5.5 Factores de Riesgo

Causas de tipo genético: padres, hermanos o familiares en primera línea con problema de lenguaje.

Aspectos socioculturales: privación sociocultural en los padres.

Aspectos emocionales: sobreprotección, mala dinámica del núcleo familiar.



Factores Ambientales: estimulación y experiencia lingüística en los niños, bilingüismo.

5.6 Cuadro Clínico

Las manifestaciones clínicas son variadas. Las formas leves comprometen el desarrollo de la elocución del lenguaje pudiendo ser sólo un retraso cronológico del aspecto fonológico. Estos pacientes pueden presentar un lenguaje caracterizado por imprecisión articulatoria y por los cambiantes defectos de pronunciación.

Pueden expresar fonemas y sílabas aisladamente, pero se desestructuran u omiten de manera diversa al utilizarlos en el contexto de la palabra o frase. El nivel de vocabulario expresivo es aceptable, aunque con errores en la pronunciación. El discurso es parcialmente ininteligible y el desarrollo sintáctico está por debajo del esperado. En la primera etapa propioceptiva del juego vocal, éste no presenta alteraciones, en la segunda etapa propioceptiva auditiva existe disminución cualitativa en las emisiones del juego vocal siendo éste pobre, con agudeza auditiva normal y producciones armoniosas.

No hay enriquecimiento con nuevos fonemas consonánticos y no se lleva a cabo la síntesis de estereotipos fonemáticos. Las dificultades en la elocución la sustituyen y complementan con comunicación gestual, se afectan los fonemas oclusivos bilabiales así como los interdentes. En la etapa de la palabra frase y de la palabra yuxtapuesta existe progreso en comprensión del lenguaje marcando una diferencia con la expresión del mismo, ya que no hay enriquecimiento en la adquisición de nuevas síntesis de estereotipos fonemáticos. Existe además una insuficiencia en diferenciación propioceptiva que da lugar a sustituciones de fonemas oclusivos labiales y

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 6 de 13

viceversa, dentales oclusivas, generalmente no alcanzan la articulación del fonema /r/ que va sustituyéndose por /d/. Pueden existir yuxtaposiciones entre sílabas inversas y directas con la pérdida de un sonido consonántico. La adquisición gramatical se limita por las dificultades fonemáticas, presentan un agramatismo de tipo sintáctico (deficiente uso de artículos, preposiciones, conjunciones, tiempos verbales), parafasias literales. La voz y la prosodia no se alteran. Se alteran las praxias orofaciales así como la secuencia y simultaneidad de movimientos en tiempo y espacio.

5.7 Diagnóstico

Requiere la realización de una valoración médica especializada que incluya una anamnesis del padecimiento actual, haciendo hincapié en los antecedentes heredo-familiares, en antecedentes pre, peri y postnatales, antecedentes personales no patológicos, antecedentes patológicos, información sobre el núcleo familiar y la dinámica familiar, y una exploración física completas.



Para el diagnóstico se debe valorar la capacidad lingüística del niño comparándolo con sus iguales, el uso del lenguaje gestual, y la capacidad de desarrollar un juego simbólico. Se solicitará la aplicación de estudios clínicos como la audiometría, logaudiometría, que corroboren la normalidad de la audición, test de imitación acústica para garantizar la integridad de la vía auditiva.

Se requiere de la aplicación de una valoración del lenguaje verbal que evalúe las funciones cerebrales superiores: praxias, gnosias, atención, memoria, lenguaje verbal, comprensión; los aspectos semántico, fonológico, fonético, morfosintáctico y el pragmático.

Para evaluar el lenguaje oral existen diferentes pruebas algunas de las cuales son: El esquema de Evaluación Neuropsicológica Infantil Breve, de Quintanar y Solovieva (2003), que evalúa el analizador cinestésico motor verbal, la memoria táctil, la organización cinética de los movimientos, la retención audio-verbal, visual, el análisis y síntesis espaciales, la regulación y control, el oído fonemático y las imágenes objétales. La Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI) (Esmeralda Matute y cols. 2007), es una evaluación neuro-cognitiva integral de los niños con edad de 5 a 16 años. Estandarizadas en niños hispano parlantes. Específicamente evalúa memoria verbal auditiva, habilidades perceptuales, lenguaje verbal (aspecto semántico, fonológico, fonético, morfosintáctico y pragmático); habilidades metalingüísticas y funciones ejecutivas.

En pacientes menores de 3 años puede utilizarse el Inventario MacArthur-Bates del Desarrollo de Habilidades Comunicativas, en el que se incluyen estímulos que permiten valorar el proceso de adquisición temprana del lenguaje mediante un conjunto de manifestaciones diversas: gestos prelingüísticos, vocalizaciones prelingüísticas, vocabulario y gramática.

Estas evaluaciones son de utilidad para la organización del trabajo clínico en la rehabilitación que se proporcione al paciente, adaptándola de acuerdo a las condiciones socioculturales de los pacientes.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 7 de 13

Se solicita una evaluación psicológica en las que se reporte la capacidad de aprendizaje del paciente y su coeficiente intelectual verbal, ejecutivo y total; así como nivel de madurez visomotora y del área emocional. Con la finalidad de evaluar conocimientos, habilidades, capacidades y alteraciones emocionales y poder determinar un perfil psicológico; bajo condiciones normativas, verificando la aptitud, la capacidad general de aprender y resolver problemas y evaluar las capacidades o aptitudes necesarias para la realización de tareas concretas.

En caso necesario se solicitarán interconsultas a los servicios de audiología, foniatría, pediatría, otorrinolaringología, procesos auditivos centrales, rehabilitación pediátrica, neuropediatría y paidopsiquiatría para que de esta manera brindar el apoyo para su tratamiento; algunos pacientes requerirán la solicitud de estudios de gabinete, cuando así lo amerite el caso.

5.8 Tratamiento

Al concluir el proceso de diagnóstico y evaluación, se proporcionará un informe clínico indicando el diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir que puede incluir: asistencia a curso de iniciación a la terapia de lenguaje para padres, iniciar terapia de lenguaje, orientación familiar, terapia de juego, iniciar y/o continuar escolaridad, apoyo por parte de los padres, integración a una práctica de actividad deportiva y/o recreativa acorde a su edad, llevar a cabo las indicaciones de los servicios interconsultados y revaloración.



En este proceso es necesario delimitar el papel de cada uno de los profesionales que realizaron la evaluación, de acuerdo a éste principio se establecen una serie de objetivos que permiten establecer las metas esperadas con el manejo rehabilitatorio. La familia debe convertirse en un agente activo que potencie el desarrollo integral del niño, su autonomía personal y su integración en los distintos contextos.

El proceso de rehabilitación es el conjunto de actividades mediante las cuales se persigue la adaptación o readaptación del niño con esta problemática en todo sus aspectos, es decir, brindar al niño los servicios médicos, rehabilitatorios, psicológicos, educativos, que lo lleven a su integración a la sociedad en las mejores condiciones físicas, intelectuales, psicológicas y sociales.

De esta manera la rehabilitación en forma general tiene 3 etapas que corresponden a otros tantos objetivos básicos en cada una de ellas:

- Primera etapa: de prevención.
- Segunda etapa: de recuperación.
- Tercera etapa: de readaptación.

En particular la rehabilitación de las alteraciones del lenguaje en el niño, busca lograr el máximo de capacidad lingüística en el individuo afectado, con el objeto de alcanzar su adecuada inserción en el medio social y específicamente en el escolar.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 8 de 13

El tratamiento rehabilitatorio requiere se fijen objetivos que tienden a desarrollar en el niño afectado capacidades semejantes a las que han adquirido niños sanos, por lo tanto la motivación en la rehabilitación tiene gran influencia en la actitud del paciente, de la terapeuta del lenguaje, de la familia y del medio social.

La recreación de este conjunto de indicaciones en estos pacientes, debe ser estructurada, con vistas al objetivo general, es decir, capacitar al individuo para desempeñarse en el grado óptimo posible de eficiencia e independencia sociales.

La revaloración es variable según sea el compromiso que presenta el paciente. Es importante enfatizar que el éxito de la rehabilitación del lenguaje y de las funciones comprometidas es el resultado del trabajo conjunto del personal médico, de la Terapeuta de Lenguaje, del Paciente y de los Padres.

5.9 Seguimiento

Se revalorará al paciente posterior a 6 meses de terapia, para analizar la evolución e indicar las medidas necesarias para continuar o concluir su rehabilitación. La terapeuta de lenguaje estará en contacto con el médico a través de un informe clínico, de tal manera que le informe sobre las áreas de lenguaje trabajadas, los avances que tiene el paciente y las áreas superadas, con el objetivo de llevar un mejor control de su evolución.



Si en la revaloración se identifica que continua con el problema de lenguaje se proporcionaran las indicaciones necesarias para la continuación de su tratamiento de rehabilitación y si se ha superado el problema de lenguaje se dará de alta.

6. Criterios de Inclusión

- Serán atendidos pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación cuyo motivo de consulta sea un problema de lenguaje verbal.
- Pacientes con audición normal, con hipoacusia unilateral, superficial o media.
- Género: Indistinto (femenino/masculino).
- Edad: pacientes con edad comprendida entre 2 años 6 meses y 10 años 6 meses

7. Criterios de exclusión

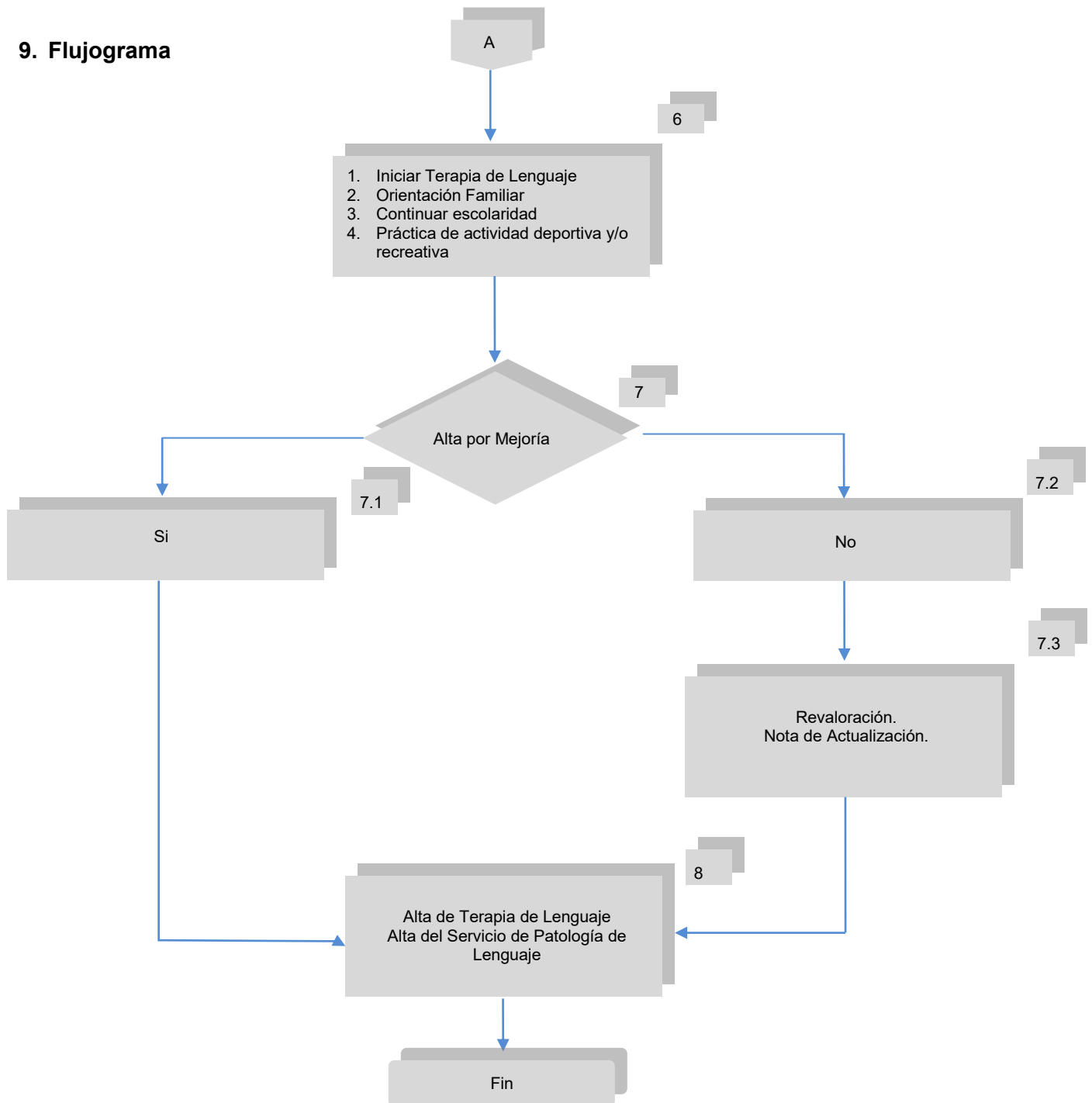
- Pacientes con hipoacusia bilateral severa o profunda.
- Pacientes menores de 2 años 6 meses.
- Pacientes mayores de 10 años 6 meses.
- Pacientes con discapacidad intelectual.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 9 de 13

8. Criterios de alta

- Pacientes que hayan recibido terapia de lenguaje por un plazo de 6 a 12 meses y que clínicamente hayan superado el problema de lenguaje.
- Pacientes que de acuerdo a evolución o al término de un año, no hayan logrado avances favorables por máximo beneficio rehabilitatorio o por desapego a las indicaciones médicas y a la terapéutica establecida.



9. Flujograma





	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 11 de 13		

10. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Andrés Roqueta Clara, Clemente Estevan Rosa A, Flores Buils Raquel., Cognición social y competencia pragmática en casos de niños y niñas con trastorno específico del lenguaje. Int. Jou Res 2012; 5(1):59-69 Revista Chilena de Neurociología.
2. Ardila Alfredo, Rosselli Mónica, Neuropsicología Clínica Tomo II, Editorial Prensa Creativa, Medellín Colombia, 1992.
3. Azcoaga Juan E., Bello José A., Los Retardos del Lenguaje en el Niño, Editorial Paidós, 1995.
4. Azcoaga Juan E., Las Funciones Cerebrales en el Niño y sus Alteraciones, Editorial Paidós, 1997.
5. Azcoaga J. La fisiopatología del lenguaje. Fonoaudiológica. 1978; 24(3):100-106.
6. Buschmann A. MA, Joss B. MA, Rupp a., Dockter S, MD, Blaschtkowitz H., OT, Heggen I., SLT, Pirtz J., MD. Children with developmental lenguaje delay at 24 months old age: results of a diagnostic work – up. Developmental Medicine and Child Neurology 2008, 50: 223-229.
7. Buschmann A., Jooss B., Rupp A., Feldhusen F., Pietz J., Philippi H., Parent based language intervention for 2 – years old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. ArchDisChild 2009; 94: 110-116.
8. Calderón González Raúl, El Niño con Disfunción Cerebral, Editorial Noriega Limusa, 1990.
9. Castro-Rebolledo R., Giraldo-Prieto M., Hincapié-Hensao L., Lopera F., Pineda D. Trastorno específico del desarrollo del Lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. Rev. Neurología 2004;39(12):1173-1181.
10. Conde-Guzon P., Conde-Guzon M., Bartolomé-Albistegui M. Expósito: Perfiles Neuropsicológicos asociados a los problemas del Lenguaje Oral Infantil. Revista de Neurología, 2009, 32-38.
11. Crespo N, Narbona J. Perfiles clínicos evolutivos y transiciones en el espectro del trastorno específico del desarrollo del lenguaje. RevNeurol 2003; 36 (Supl 1): 29-35.
12. Cervantes-Mérida A, Ygual-Fernández. “Intervención Logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla”. Rev. Neurol 2003;36-39.
13. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson.
14. Gallego Ortega J. L., Dificultades de la Articulación en el Lenguaje Infantil. Ed Aljibe, 2000.
15. Gallego López C. Rodríguez-Santos F. Trastornos específicos del lenguaje. En AEP ap ed. Cursos de Actualización Pediatría 2009. Madrid. Exlibris . Ediciones , 2009 p. 239-248.
16. Geromini Graciela N. Diagnóstico Diferencial en Neurología: las alteraciones del Lenguaje Infantil. Trabajo publicado en fundación Dr. J. R. Villavicencio, Anuario 4:118-123; 1996
17. Jackson Maldonado D. Ph. D., Bates Elizabeth Ph. D., ThalDonna J. Ph. D., Inventarios MacArthur-
18. Bates del Desarrollo de Habilidades Comunicativas. Editorial El Manual Moderno, 2005.
19. L.A. Pérez Jurado. Genética y lenguaje. Revista de Neurología 2005: 41 (supl 1) s47-s50.
20. Matute V., E., Rosselli M., Ardila A., Ostrosky S., F., Evaluación Neuropsicológica Infantil. El Manual Moderno, 2007.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 12 de 13		

21. Moreno J., García Baamonde M. Guía de Recursos para la Evaluación del Lenguaje, Madrid: CCS, 2003
22. Narbona J, ChevrieMuller C. El Lenguaje del Niño, Masson, 1997.
23. Peña Casanova J., Manual de Logopedia, 2da. Edición, Masson, 1994.
24. PuyueloM, Rondal J. Manual de Desarrollo y Alteraciones del Lenguaje, Masson, 2003.
25. Puyuelo M, RondalJ, Wiig E. Logopedia Evaluación del Lenguaje, Masson, 2002.
26. Quintanar L., SolovievaY. Pruebas de Evaluación Infantil. Colección Neuropsicología y Rehabilitación, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2003.
27. Rapin I. Disfunción Cerebral en la infancia, Neurología, cognición, lenguaje y conducta. Ediciones Martínez Roca, 1987.
28. Rodríguez R. Guía para la Atención Educativa del alumnado con Trastornos en el Lenguaje Oral y Escrito. Cáceres y Badajoz, 2004.
29. Rondal J., Serón. X, Trastornos del Lenguaje, Tomo III, Editorial Paidos, 1988.
30. Rosselli-Cock M., Matute E., Ardila A y cols., Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): una batería para la evaluación de niños entre 5 y 16 años de edad. Estudio normativo Colombiano. Revista de Neurología 2004; 38 (8): 720-731.
31. Rosselli M., Ardila A., Baterman J, Guzman N., Neuropsychological test scores, academic performance and developmental disorders.
32. Sosa A., Stoel C. Lexical and phonological effects in early word production. J Speech Lang Hear Res. 55 (2012); 596-608.
33. Sharp M., Hilenbraand. M. Speech and Language developmental and disorders in children. Pediatric Clin. North America (2008); 1159-1173 (437-467)
34. Simms D. Language disorders in children: classification and clinical syndromes. Pediatric Clinics of North America 54(2007); 437-467.
35. Simms M, Schum R. Language development and communication disorders. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 32.
36. Tallal P., Gaab N. Dynamic auditory processing, musical experience and language development. Trends in Neurosciences 29 (2006); 382-390.
37. Whitehurst G, Fischel. Practitioner Review: Early developmental Language Delay: What, If Anything, Should the Clinician Do About It J. Child Psychol35 (1994); 613-648.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-36
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 13 de 13

10. Control de cambios

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