



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

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



Código:
MG-SAF-55



Fecha:
DIC 20

Rev. 02

Hoja: 1 de 13

GUÍA CLÍNICA DE RETARDO LECTOGRÁFICO

	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-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 2 de 13

1. Propósito

Establecer los lineamientos para elaborar de forma sistemática el proceso de atención que se sigue en cada uno de los pacientes afectados por **Retardo Lectorográfico** 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, los 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 uniformes, con los Médicos Adscritos a la División de Patología de Lenguaje. Otorgar el servicio con calidad y calidez, partiendo del adecuado abordaje del tipo de trastorno de lenguaje lectoescrito que presente cada uno de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, con 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.

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 3 de 13

5. Definición del Padecimiento

La palabra retardo se refiere a las dificultades que aparecen en los primeros años escolares, manifestado por fallas en adquisición de la lectura, escritura y las nociones matemáticas que no obedece a mal método pedagógico.

5.1 Clasificación

Existen tres tipos principales de retardos lectográficos: **afásico, anártrico y gnósico-práxico**. El retardo lectográfico afásico es un trastorno causado por una deficiencia en la actividad del analizador verbal. El retardo lectográfico gnósico-práxico o apráxico-agnósico es el derivado a la no consolidación de las funciones derivadas de las gnosias visuo-espaciales, temporo-espaciales y de las praxias manuales. El de patogenia anártrica es secundario a una desorganización del lenguaje verbal, debido a la deficiente actividad del analizador cinestésico motor verbal.

5.2 Epidemiología

Diversas investigaciones reportan que en la edad escolar existe un 7% de niños con alteraciones en el aprendizaje. En México el 24% de la población con discapacidad, tiene una o más relacionadas con la comunicación. En el grupo de 0 a 14 años de edad, el 15.9% tiene discapacidad para poner atención o aprender; y 14 de cada 100 mexicanos de 15 años y más, no saben leer ni escribir. De las 20 principales causas de morbilidad en la consulta externa del INR, la patología de lenguaje se ubica como la 2ª (13%) y los trastornos del aprendizaje en la 4ª (7%).



La proporción por sexo se estima de 3 a 4 niños por 1 niña. Los trastornos de aprendizaje representan el 18 a 24% en varones y un 13% en mujeres, ocupando el primer lugar de demanda de atención en la edad escolar. En Latinoamérica, la prevalencia de los trastornos de aprendizaje de la lectura se ha estimado entre 5 - 17.5%, constituyendo el trastorno de aprendizaje más común en la literatura americana y europea.

En el 2004 el Instituto Nacional de Evaluación y Calidad del Sistema Educativo en la Unidad de Neuropediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, España concluyó que la prevalencia de los trastornos de aprendizaje escolar se estiman entre un 10 a 20% del total de la población escolar. De ellos el 80% tiene alteraciones en la lectoescritura y del 3 al 6% en matemáticas.

En la División de Patología de Lenguaje se presenta en un 38.5% del total de los pacientes atendidos con problema de lenguaje y aprendizaje.

5.3 Fisiopatología

El aprendizaje pedagógico es posible cuando hay una participación equilibrada de los dispositivos básicos del aprendizaje, de los aspectos afectivo-emocionales y de las funciones cerebrales superiores.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 4 de 13

El lenguaje oral es el eje fundamental en la adquisición del nuevo código lecto-escrito, que incluyen las nociones matemáticas y las series del lenguaje necesarias para la automatización del cálculo. La deficiencia del funcionamiento de la actividad del analizador verbal que afecta la comprensión (aspectos de abstracción o de sintaxis compleja) y por ende el aspecto semántico del lenguaje, o de la elocución (presencia de neologismos, anomias, parafasias, etc.), se expresa en la etapa escolar con la dificultad para el análisis y síntesis entre conceptos y su internalización; así como la discriminación de significados de vocablos similares. La disminución del nivel de funcionamiento del analizador cinestésico motor verbal, compromete los aspectos fonológico y sintáctico del lenguaje expresivo, afectando secundariamente las síntesis de los procesos de aprendizaje de la lectoescritura que requieren de su participación.

Los estudios de Galaburda y colaboradores fueron los primeros en describir evidencias de anomalías corticales en sujetos con trastorno de aprendizaje, encontrando alteraciones en la morfología de la región perisilviana del hemisferio izquierdo, en el patrón de asimetría cerebral y la organización de la estructura talámica.



En el niño escolar con alteración de las funciones del hemisferio derecho presenta el cuadro típico de inhabilidades no verbales en el aprendizaje: dificultades visuoespaciales, grafomotoras, en la organización y secuenciación de las actividades. El perfil neurológico es inmaduro y discrepante con mayores dificultades en las pruebas que evalúan noción de esquema corporal y copia de gestos y de figuras, mostrando dificultades práxicas y gnósicas. Los pacientes presentan dificultad para la elaboración de la secuencia correcta de las palabras en la frase, escritura disgráfica y dificultades para la organización espacial de letras y números en el cuaderno.

Se presupone un compromiso funcional de las conexiones interneuronales que constituyen la sustancia blanca, principalmente en las áreas corticales superiores que participan o son responsables de funciones como: atención; memoria integrada; gnosias; praxias; noción de esquema corporal; psicomotricidad en general; comprensión y utilización del lenguaje verbal y no verbal; habilidades referidas a aspectos pragmáticos del lenguaje; adecuación social y aprendizaje

5.4 Etiología

Entre los factores que pueden originar esta patología se encuentran:

1. Aspectos Genéticos: existe la evidencia de genes afectados: DYX1C1 en el cromosoma 15q21; DYX2 en el cromosoma 6p21.1, DYX3 en el cromosoma 2p16-p15, DYX5 en el cromosoma 3p12-q13, DYX6 en el cromosoma 18p11.2, DYX8 en el cromosoma 1p36-p34 y en el DYX9 en el cromosoma Xq27.3. Los genes identificados hasta la fecha cuya mutación parece constituir un componente causal significativo en relación con el trastorno codifican proteínas que intervienen en la regulación de la migración de determinados linajes neuronales o del proceso de axonogénesis.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 5 de 13

2. Causas pre, peri y postnatales, pueden ocasionar en el sistema nervioso central la presencia de alguna alteración estructural, bioquímica o metabólica.
3. Edad de los padres.
4. Desnutrición intra y extrauterina.

Entre un 20 y 40% de los casos, no se encuentra una causa que justifique la presencia de ésta patología.

5.5 Factores de Riesgo

Factores Genéticos: antecedentes de familiares cercanos con esta patología.

Lateralidad no definida o contrariada.

Método pedagógico deficiente, falta de motivación.

Factores Psicosociales: afectivo-emocionales (conductuales), trastornos de personalidad o de tipo psiquiátrico.

Intoxicación por plomo

Factores Socio-económicos y culturales: desnutrición, privación ambiental.

Enfermedades crónicas.

5.6 Cuadro Clínico

Las manifestaciones clínicas son variadas, esto en relación a la fisiopatología del trastorno:

Retardo lectográfico gnósico-práxico

Función valorada	Hallazgo
Escritura espontánea, copia y dictado	Confusión de letras de configuración gráfica similar Rotación de los elementos gráficos Fraccionamiento de grafemas Adición u omisión de los componentes de los grafemas Dificultad en el reconocimiento de la grafía Transposición de grafemas, sílabas Superposición de letras Inadecuado manejo del espacio gráfico Unión y separación de letras, y sílabas o palabras Grafismo deformado, desproporcionado
Lectura oral y silente	Confusión de letras de similar configuración No respetan el espacio gráfico Omisión de palabras o renglones
Cálculo	Dificultad para encolumnar cantidades Confusión de signos aritméticos Dificultad para realizar seriación de números Falla en el reconocimiento derecha-izquierda





Fallas en el manejo de preposiciones (arriba-abajo).

Retardo lectográfico afásico

Función valorada	Hallazgo
Escritura espontánea	Alto porcentaje de errores ortográficos No usan signos de puntuación No emplean mayúsculas Sustitución de palabras Inadecuada utilización de tiempos verbales Errores de concordancias de género y número Presencia de circunloquios, perseveraciones o neologismos.
Dictado	El modelo auditivo correcto de la persona que dicta el texto, funge como una facilitación Confusión de grafemas fonéticamente similares La calidad del grafismo no se altera
Copia	Realizada grafema por grafema, sílaba por sílaba o palabra por palabra Pocos errores ortográficos
Lectura oral y silente	Confusión de grafemas fonéticamente similares Alteraciones en la síntesis silábica Pobre fusión de sílabas Fallas en integración de palabras sucesivas Comprensión de la lectura en voz alta mejor que la silente Peor comprensión si la lectura la realiza el explorador
Cálculo	Afección del concepto matemático y la abstracción numérica Fallas en el razonamiento lógico matemático Errores en comparación de cantidades Dificultad para seriación y clasificación Errores de encolumnado Fallas en la solución de operaciones aritméticas básicas

Retardo Lectográfico Anártrico

Función valorada	Hallazgo
Escritura espontánea, copia y dictado	Datos de agramatismo Mal uso de concordancias en modo y tiempo verbal Sustitución, omisión, transposición de grafemas o agregado de letras Mayor número de errores en el dictado que en la copia o en la escritura espontánea
Lectura oral y silente	Sustitución de grafemas con similar punto de articulación pero de sonoridad diferente

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 7 de 13

Función valorada	Hallazgo
	Alteraciones del deletreo o transposición de fonemas, de sílabas, o reemplazar con otras sílabas o palabras La comprensión de la lectura oral o silente no muestra alteraciones
Cálculo	Generalmente sin alteraciones Errores en comparación de cantidades Dificultad para seriación y clasificación

5.7 Diagnóstico

El diagnóstico de las alteraciones del código lectoescrito tiene como fin el cumplir las metas de la rehabilitación que se le dará al paciente, al concluir ésta.



En la evaluación del paciente se consideran tres etapas, la primera es la realización de un interrogatorio y exploración física completos y el establecimiento de una relación positiva con el paciente. La segunda está definida por la aplicación y calificación de las pruebas. La tercera y última etapa está marcada por el análisis de los resultados, la elaboración y entrega del informe a los familiares del paciente. Estas etapas son definitivas en el manejo en consulta externa.

Los datos del interrogatorio se obtienen a través de un informante, generalmente un familiar. Dentro del diagnóstico es muy importante precisar y definir el motivo de consulta o de remisión con detalladas descripciones de las condiciones actuales.

Se requiere la realización de una nota clínica que incluya: la anamnesis, investigando el problema que presenta el paciente, las características inherentes al trastorno de aprendizaje del código lectoescrito, las características de su lenguaje, su comprensión, grado escolar, conducta; los antecedentes heredo-familiares, el núcleo familiar, los antecedentes pre- peri y postnatales, el desarrollo psicomotor y de lenguaje, los antecedentes patológicos. Se realiza además una exploración física, en la que se hace énfasis en cabeza y cuello, pero además se explora la coordinación motora, la lateralidad, gnosias y praxias del paciente.

Los instrumentos de evaluación neuropsicológica deberán garantizar la identificación del nivel del funcionamiento de las funciones cerebrales superiores, que las tareas o acciones que realice el niño se dirijan a la valoración de dichos mecanismos, estos criterios implican la elaboración de procedimientos de evaluación útiles y claros para el especialista.

Para evaluar el lenguaje verbal se recomienda el esquema de Evaluación Neuropsicológica Infantil Breve, de Quintanar y Solovieva (2003), instrumento elaborado a partir de las propuestas de Luria (1973), y Akhutina (2001), valora el analizador cinestésico motor verbal, la memoria táctil, la organización cinética de los movimientos, la retención audio-verbal y visual, el análisis y síntesis espaciales, la regulación y control de la atención, el oído fonemático y las imágenes objétales. Esta

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 8 de 13

herramienta es 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.



Para la valoración del lenguaje lecto-escrito se utiliza la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI), realizada por la Dra. Esmeralda Matute y colaboradores. Esta prueba fue estandarizada en población mexicana, con un rango de edad de 5 a 16 años. La ENI comprende la valoración de 12 procesos neuropsicológicos: habilidades construccionales, memoria, habilidades perceptuales, lenguaje, habilidades metalingüísticas, lectura, escritura, aritmética, habilidades espaciales, atención, habilidades conceptuales y funciones ejecutivas. El dominio de lectura incluye la lectura de sílabas, palabras, no palabras, oraciones, comprensión de texto silente y comprensión de texto en voz alta. En escritura se valora el dictado de sílabas, palabras, no palabras y oraciones. En aritmética se aplica lectura y dictado de números, comparación de números escritos, cálculo mental y escrito.

Otra herramienta útil para la valoración de los pacientes es el Test de Análisis de Lectura y Escritura (T.A.L.E.), de Cervera y Toro (1980), el cual se compone de pruebas para la lectura y la escritura, toma en cuenta exactitud, velocidad y comprensión. En la escritura se evaluará la escritura espontánea, el dictado (deberá realizarse a espaldas del niño); la copia de textos consignando las verbalizaciones, movimientos, actitudes, posición del cuerpo y del papel, las características del grafismo. La lectura en forma oral, silente y por el explorador, así como su comprensión. La exploración del cálculo con objetos reales, con representaciones gráficas, cifras al papel, el cálculo silente en orden de complejidad creciente; la exploración de las nociones matemáticas mediante enunciados de problemas. Esta evaluación se realizara de acuerdo al grado escolar, aumentando el grado de complejidad según el nivel de exposición a los mecanismos de lectoescritura.

En algunos casos será necesaria una valoración a Psicología, cuyos resultados deberán interpretarse de acuerdo a cada caso, enfatizando una interpretación psicodinámica en la que no importa tanto un determinado cociente intelectual, sino más bien como se estructura éste y que hace el niño con sus capacidades intelectuales. Si el caso lo amerita se solicitaran valoraciones a otros servicios o la realización de exámenes de laboratorio o gabinete. Esto con relación a los hallazgos clínicos encontrados durante la consulta y aplicación de las pruebas, así como los antecedentes de importancia del paciente. Se podrá considerar dentro de los estudios de gabinete los de electrodiagnóstico o estudios de imagen.

5.8 Tratamiento

Al concluir el proceso de diagnóstico y evaluación, posterior a realizar la evaluación integral del caso, de reunir y analizar los resultados de los estudios solicitados y de los reportes de las interconsultas, se proporcionará un informe clínico indicando el diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir: iniciar terapia de aprendizaje del código lectoescrito, orientación familiar, terapia de juego si

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 9 de 13

el caso lo amerita, continuar escolaridad, práctica de actividad deportiva y/o recreativa acorde a edad, apoyo de la familia, apoyo pedagógico, revaloración posterior.

La realización de un programa de intervención en estos pacientes debe partir de los resultados que se obtuvieron en la evaluación. En la rehabilitación existen diferentes enfoques de acuerdo a las características clínicas del paciente e incluyen el trabajo de todos los factores asociados, abordando la lectoescritura de forma global, desde una orientación ideográfica, sin olvidar el entorno de cada paciente; el enfoque pedagógico se basa en el aprendizaje o re-aprendizaje de la lectoescritura a partir del análisis de los prerrequisitos y de los procesos implicados, dando importancia a las condiciones del aprendizaje. El enfoque sintomatológico, consiste en intervenir de forma analítica en el conjunto de trastornos observados, como el trabajo con textos, la construcción de oraciones con relaciones espaciales complejas, secuencias en el nivel perceptivo y verbal, con cuadros temáticos, secuencias numéricas, operaciones aritméticas, etc. Esta terapia incluye el desarrollo de funciones complejas, como son las gnosias, las praxias, el ritmo, la coordinación visomotora, la decodificación fonológica, entre otras.

En la Institución se cuenta con un equipo multidisciplinario, en particular se está en contacto directo con la Terapeuta de Aprendizaje, la cual informa al Médico tratante de los avances que tiene el paciente o de las necesidades que el caso requiera y de esta manera llevar un mejor seguimiento, para que, en el menor tiempo posible se supere el problema y sea dado de alta.

5.9 Seguimiento

Se realizará una revaloración médica de acuerdo a cada caso (6 meses en promedio), para ver la evolución e indicar las medidas necesarias para concluir el tratamiento rehabilitatorio. Si continua con el problema de aprendizaje se indicarán las medidas necesarias, si se ha superado el problema se dará de alta.

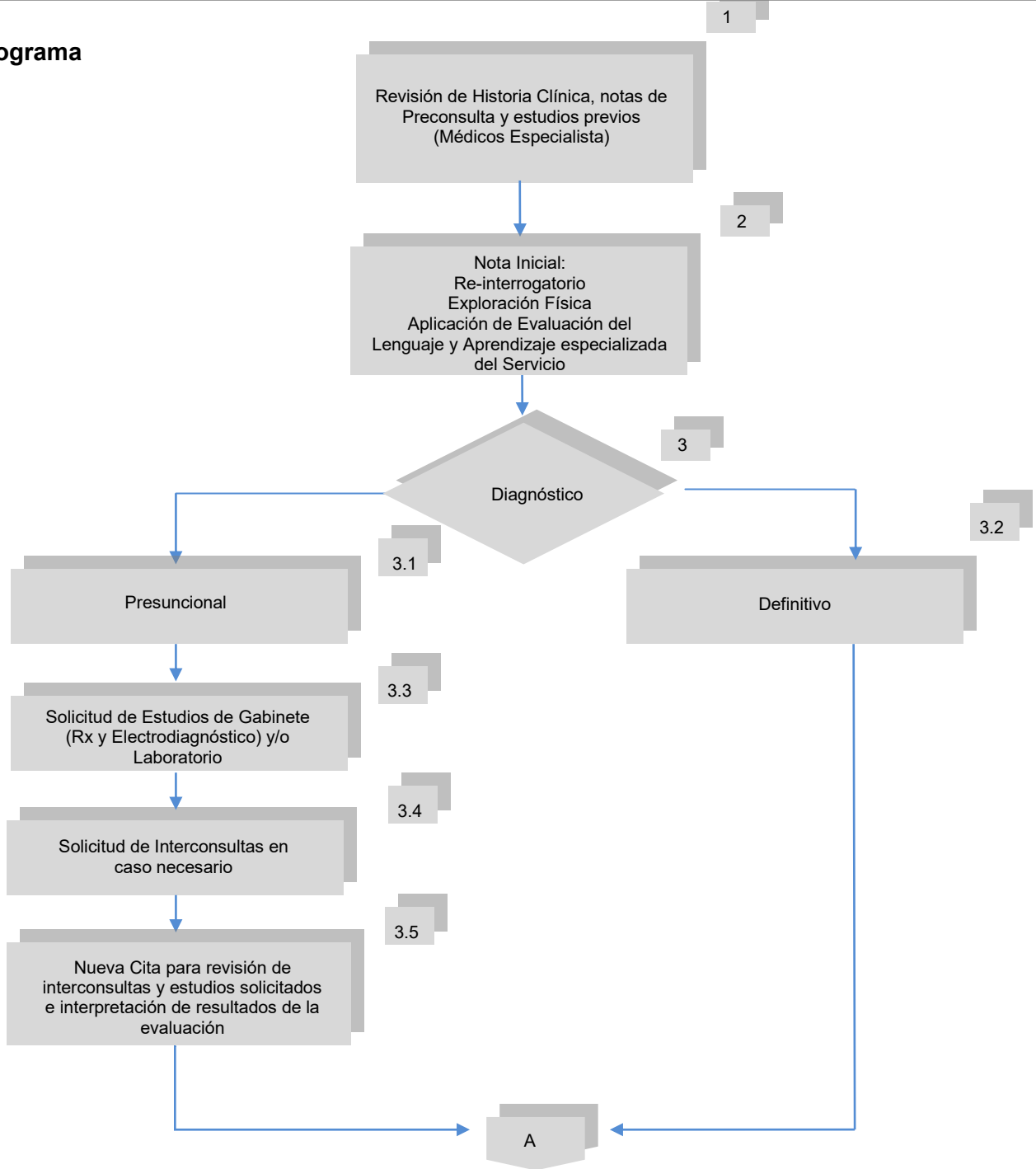
6. Criterios de Inclusión

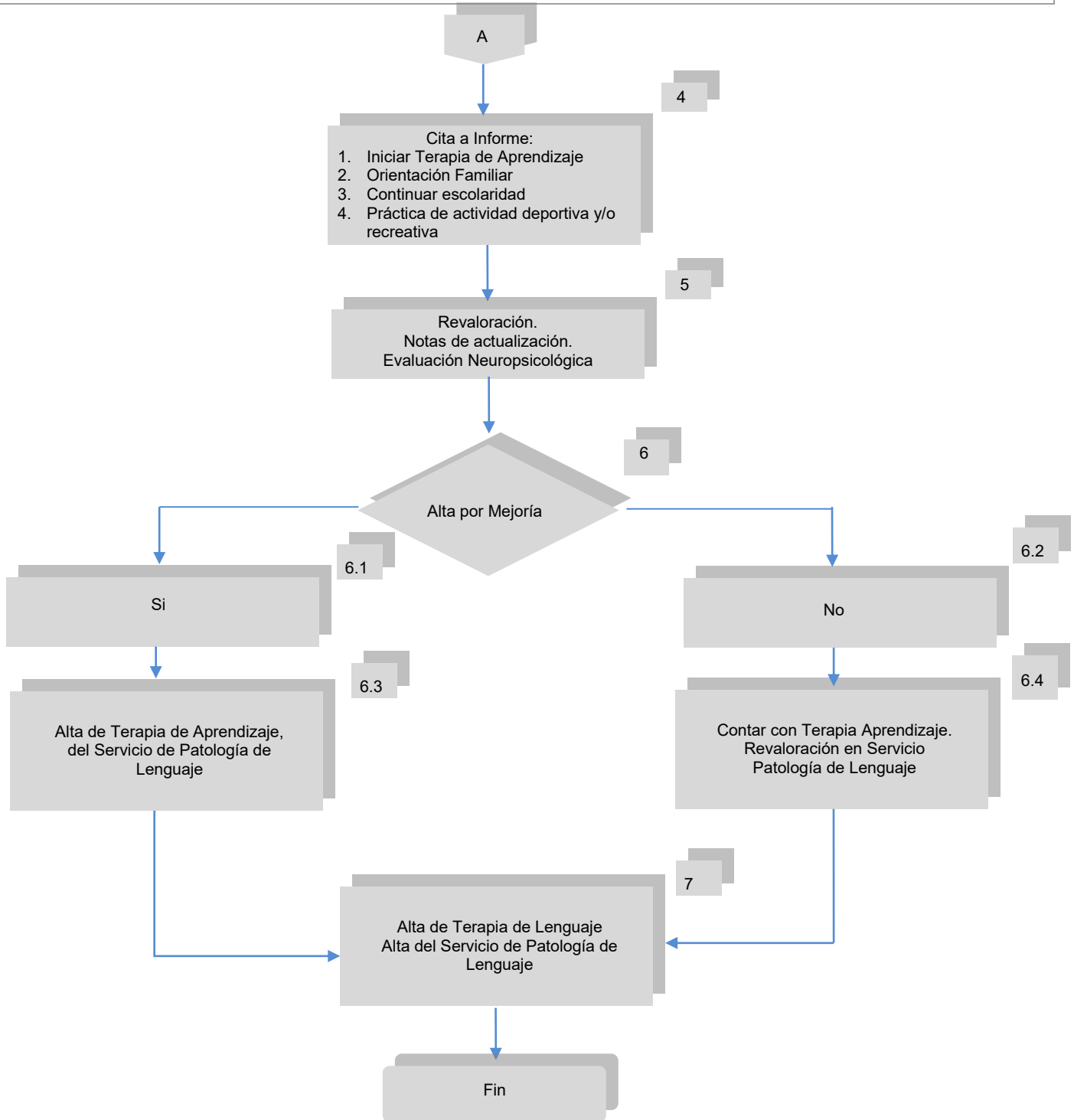
- Pacientes que acudan al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra con sintomatología de problema de aprendizaje de la lectoescritura.
- Género indistinto.
- Con una edad de 6 años a 10 años 6/12.



7. Criterios de alta

Será dado de alta aquel paciente que después de haber llevado a cabo las indicaciones proporcionadas en el Informe Clínico (en particular la Terapia de Aprendizaje de la lectoescritura), haya superado el problema por el cual acudieron a la consulta externa del Servicio de Patología de Lenguaje

8. Flujoograma







	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
	Hoja: 12 de 13		

9. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Acosta M. Síndrome del hemisferio derecho en niños: correlación funcional y madurativa de los trastornos del aprendizaje no verbales. *Rev Neurol* 2000; 31(4):360-367.
2. Acuña Alberto A., Chimal Morales I, Oliva Martínez A., Aguayo Magaña G.: Análisis del ambiente familiar en niños con Trastornos de Aprendizaje; *Revista Neurocirugía y Psiquiatría* 2004; XXXVII (1): 6 -13.
3. Alvarado Gómez M. J., Crespo A., IV Jornada de Actualización en Pediatría. Junio de 2005. Clínica Universitaria de Navarra.
4. Ardila A, Roselli M, Matute E. Neuropsicología de los Trastornos del Aprendizaje. Manual moderno, 1ª edición 2005, México.
5. Azcoaga Juan E., Derman Berta, Iglesias P. Angélica., *Alteraciones del Aprendizaje Escolar*, Ediciones Paidós, 1995.
6. Azcoaga Juan E., *Las Funciones Cerebrales Superiores y sus Alteraciones en el Niño y en el Adulto*, Editorial Paidós, 1997.
7. Bishop D. Genetic basis of specific language impairment: evidence from a twin study. *Developmental Medicine & Child Neurology* 1995;37 (1) 56–71.
8. Catts M, Hugh W. et al. Sub grouping poor Readers on the Basis of Individual differences in Reading-Related Abilities. *Journal of Learning Disabilities*, Vol. 36, No. 2, 151-164, 2003.
9. Cervera y Toro; *Test de Análisis de Lectura y Escritura (T.A.L.E.)*, 1980.
10. Cuetos F. *Psicología de la Escritura, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Escritura*. CISS Praxis Educación, Monografías Escuela Española, 2000, Barcelona, España.
11. Feld V, Rodríguez M. *Neuropsicología del Niño*, Editorial de la Universidad Nacional de Luján, 2004.
12. Geronimi A. Diagnóstico diferencial en Neuropsicología: Las alteraciones gnósicas y prácticas en el niño. *Fundación Dr. J.R. Villavicencio. Anuario No. 6*, 1998: 118-123.
13. Marangolo P, Piras F. Language and its interacting components: The right hemisphere hypothesis in derivational morphology. *Brain Research* 2010; 1320: 114–122.
14. Matute E, Rosselli M, Ardila A, Ostrosky F. *Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)*, Editorial El Manual Moderno, 2007.
15. Moll K, Kunze S. Specific Learning Disorder: Prevalence and Gender. *PLoS One*. 2014 Jul 29;9(7):e103537.
16. Differences Narbona J, Chevrie C. *El Lenguaje del Niño*. Masson, 1997.
17. Ostrosky F, Ardila A. *Lenguaje Oral y Escrito*. Editorial Trillas, 1991.
18. Peña J. *Manual de Logopedia*. Masson, 3ra. Edición, 2000.
19. Quintanar L, Solovieva Y. *Pruebas de Evaluación Infantil*, Colección Neuropsicología y Rehabilitación, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Psicología. Marzo 2003.
20. Quintanar L, Eslava J, Solovieva Y, Mejía L, Azcoaga J, Rosas R, Peña E, et al. Los trastornos del aprendizaje: perspectivas neuropsicológicas. *Textos de Neuropsicología latinoamericana Tomo I, Colección Neurociencias*, 2008

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-55
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 02
			Hoja: 13 de 13

21. Quiroz Scharager O. Fundamentos Neuropsicológicos en las Discapacidades del Aprendizaje, Editorial Médica Panamericana, 1993.
22. Reyes Aragón Carlos De los*, Soraya Lewis Harb . Estudio de prevalencia de dificultades de lectura en niños escolarizados de 7 años de Barranquilla (Colombia) Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 2008; 22: 37-49.
23. Rodríguez de la Cruz Rafael, Guía Clínica para la Atención Educativa del alumnado con Trastornos en el Lenguaje Oral y Escrito. Servicio de programas Educativos y Atención a la Diversidad. Colaboración de los logopedas de los equipos de Atención Temprana de Cáceres y Badajoz, España, 2004.
24. Roberts, J; Scott K. The simple view of reading. Topics in language disorders 2006; 26 (2): 127-143.
25. Roselli 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.
26. Rotta N. Síndromes del hemisferio no dominante. Medicina 2007; 67/1: 593-600
27. Santana Rolando A., Aspectos Neuropsicológicos del Aprendizaje Escolar, ISIED, 1999.
28. Solovieva Yulia, Quintanar Rojas Luis, Métodos de Corrección Neuropsicológica Infantil, una Aproximación Histórico Cultural, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Abril 2006.
29. Zenoff A. Psicología, Lenguaje y Aprendizaje. Docencia e Investigación en Neuropsicología y Afasiología. Rosario (Santa Fe), Argentina. Ediciones Pedagógicas 1987. Pag. 77 – 89.
30. Wang HC, Marinus E, Nickels L, Castles A. Tracking orthographic learning in children with different profiles of reading difficulty. Front Hum Neurosci. 2014 Jul 4; 8:468.
31. Zenoff A. Análisis fisiopatológico de los trastornos gnóstico-práxicos del aprendizaje escolar. Fundación Dr. J.R. Villavicencio. Anuario No. 6, 1998: 128-134.

10. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Inicio en el Sistema de Gestión de Calidad	JUN 15
01	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
02	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20