

# Planificación en pasos: terapeuta y paciente en comunicación

**Martha M. Boullón**

Doutora em Fonoaudiologia pela Universidad del Museo Social Argentino (UMSA) - Buenos Aires, Argentina. Professora da Universidad del Museo Social Argentino (UMSA). Professora la Diplomatura en Neurolingüística infantil (a distancia) do Hospital Universitario Austral - Buenos Aires, Argentina.

*E-mail:* martha\_bou@yahoo.com.ar

Submetido em: 30/07/2017. Aprovado em: 10/09/2017. Publicado em: 03/12/2017.

## RESUMEN

El trabajo se considera de Opinión y presenta la visión personal que la experiencia clínica y los avances en el conocimiento de los procesos del neurodesarrollo, han forjado tras muchos años de intervención fonoaudiológica. Se conceptualiza el criterio de que la comunicación verbal es el resultado de un acto de la voluntad y de la mente de un niño que debe ser estimulado, acompañado y favorecido, ineludiblemente, por otro ser humano, experimentado en la clínica y actualizado en su saber, toda vez que surjan demoras o déficits en su desarrollo. Momentos de inflexión serán la evaluación y el enunciado de la hipótesis diagnóstica que, de acuerdo con la edad biológica, darán lugar a la planificación terapéutica, serie de recursos y estrategias que se programarán para cada caso en particular, según los diferentes perfiles evolutivos. Se describen criterios acerca de las dificultades asociadas en el aprendizaje del código escrito que muchos niños padecen y el abordaje que se considera más efectivo. Se hace mención a los medios tecnológicos que hoy invaden el escenario intelectual de los más pequeños.

**Palabras clave:** Ausencia de lenguaje. Desorden del lenguaje (DSM-V). Evaluación neurolingüística. Diagnóstico lingüístico. Modelo de intervención.

## ***Planejamento em etapas: terapeuta e paciente em comunicação***

### **RESUMO**

*O trabalho é considerado Parecer e apresenta a visão pessoal de que a experiência clínica e os avanços no conhecimento dos processos de desenvolvimento neurológico foram forjados após muitos anos de intervenção fonoaudiológica. O critério é conceituado que a comunicação verbal é o resultado de um ato da vontade e da mente de uma criança que deve ser estimulado, acompanhado e favorecido, inescapável, por outro ser humano, experiente na clínica e atualizado em seu conhecimento, sempre que haja atrasos ou déficits em seu desenvolvimento. Momentos de inflexão serão a avaliação e a afirmação da hipótese diagnóstica que, de acordo com a idade biológica, dará lugar ao planejamento terapêutico, a séries de recursos e estratégias que serão programadas para cada caso em particular, de acordo com os diferentes perfis evolutivos. Os critérios são descritos sobre as dificuldades associadas à aprendizagem do código escrito que muitas crianças sofrem e a abordagem considerada mais eficaz. Faz-se menção à mídia tecnológica que hoje invade o estágio intelectual do menor.*

**Palavras-chave:** Ausência de linguagem. Transtorno do idioma (DSM-V). Avaliação neurolingüística. Diagnóstico linguístico. Modelo de intervenção.

## ***Planning in steps: therapist and patient in communication***

### **ABSTRACT**

*The current paper is an Opinion text offering a personal view about children's language impairments, according with the clinical experience of many years of work as a Language Therapist. Then, it is thought than verbal communication is the consequence of the will and the mind function of a child who should be stimulated and accompanied by another human being at the moment when some delays or difficulties may occurred. Both the study of his or her language status and the clinical diagnosis are very important circumstances that, according with biological age, will guide the therapeutic program: a collection of resources and strategies for each individual case, according with his or her development profile and own features. Also, it is exposed the own opinion about the reading and writing impairments many children suffer at school age and the best thought remediation therapy. A special mention is made about technological means invading the mental scenery of our children nowadays.*

**Keywords:** *Absence of language. Disorder of the language (DSM-V). Neurolinguistic evaluation. Linguistic diagnosis. Intervention model.*

### **INTRODUCCIÓN**

Ésta es una comunicación que puede ser categorizada de “Opinión” ya que en ella se ha volcado el resultado de la experiencia de muchos años en el trabajo terapéutico con niños. No pretende ser un modelo a seguir, pero sí es el modelo personal al que adscribo en el que se valoriza el poder de la palabra como vínculo de intercambio, aprendizaje y afecto.

### **DESARROLLO**

La llamada de un padre pidiendo un turno para una evaluación de las llamadas actualmente “neurolingüísticas” para diferenciarlas de los estudios clásicos ortofónicos de la Fonoaudiología tradicional, pone en marcha desde ese momento, toda una serie de ideas y especulaciones en el profesional acerca del paciente en cuestión. Son clásicas las preguntas iniciales que se hacen telefónicamente acerca del problema del niño, su edad biológica, la presencia o no de otros hermanos, la escolaridad y, especialmente, el motivo de preocupación paterna o materna sobre el tema. Es frecuente también preguntar quién deriva a la demanda y bajo qué supuestos, lo que permite elaborar un panorama de la situación clínica general.

Una muy frecuente demanda la constituye la llamada Ausencia de Lenguaje, como manifestación clásica del niño que no habla, que produce muy pobre o defectuosamente para la edad o que arrastra un tedioso retraso expresivo que no logra superar. Es imposible no elaborar presunciones sobre el caso, especialmente a partir de las declaraciones que el padre o madre formulan sobre el problema y que, muchas veces, rozan el límite de lo razonable o esperable.

De antemano se prepara un formulario presuntivo clínico sobre tareas, pruebas formales e informales que uno plantea teóricamente disponer para la evaluación, así como el acceso cómodo al material, que se dispondrá para su rápido uso con el paciente. Personalmente, nunca impido que los padres o uno de ellos, observe la evaluación. Por el contrario, me parece una necesidad que estén junto al niño por varias razones. La primera, para brindar seguridad y confort al paciente en una situación nueva, en un lugar desconocido y frente a un agente también extraño hasta ese momento, lo que me resulta válido para niños pequeños o de mayor edad. Otra es hacer que los padres sean testigos de las demandas que se hacen a su niño durante la intervención y observen las respuestas de éste, lo que muchas veces corrobora las certezas

o sospechas de los padres sobre las dificultades de su hijo y, muchas otras, se convierten en sorpresas no concebidas o consideradas. Raramente hago intervenir a los padres, a excepción de que el niño sea demasiado tímido o díscolo y limito cortésmente sus intervenciones cuando intentan responder en lugar de él. En el curso de la sesión suelo hacer algunas preguntas o comentarios si la situación resulta oportuna para que se modifiquen algunos aspectos de la crianza que juzgo desajustados.

Muchos padres preguntan por qué el niño se comporta de tal manera, porqué no se desarrolla de manera típica; no es infrecuente que indaguen sobre la posibilidad de problemas neurológicos y, actualmente, hay una gran consternación por algunos comportamientos que son típicos del espectro autista y que pueden aparecer de manera aislada o consistente en algunos pequeños (tics, aleteos, berrinches irrazonables...) Sin embargo, claramente, el déficit del desarrollo lingüístico es un atractor dinámico de gran fuerza que moviliza y hace actuar aún a los progenitores más negadores o negligentes.

El momento del diagnóstico constituye una revelación que el profesional experimenta en lo profundo de sus conocimientos, de su práctica clínica y de su experiencia y es el punto de inflexión del que derivarán sus decisiones sobre el caso. Como norma básica, pienso que los niños menores de 36 meses que muestran retrasos neuroevolutivos, aún sutiles, y del lenguaje deben recibir Estimulación Temprana, es decir, una intervención global que estimule aspectos motóricos, del equilibrio útil, de la manipulación; una activación de los sensorios y sistemas perceptivo-motores en situaciones lúdicas y de resolución de problemas prácticos, siempre en contextos comunicativos en los que se valorizan las condiciones de reciprocidad, relevancia, colaboración e intercambio, con respeto de turnos para la actuación y en los que la palabra es el nexo para que la interrelación fluya naturalmente entre los protagonistas. Estas actividades las debe desarrollar un profesional idóneo y formado en esa disciplina (especialista en Estimulación Temprana) que se supone dispondrá del lugar y de los materiales

adecuados para que las sesiones sean ricas en brindar experiencias y habilitar para la innovación, la creatividad y el planteo de nuevas estrategias. Hoy día, muchas Terapistas Ocupacionales toman estos abordajes en niños que requieren, además, de desensibilizar algunos sistemas orgánicos y estimular sistemáticamente otros con fines de integración. Mientras tanto, se dejará planteada una nueva evaluación de la comunicación y el lenguaje en un plazo de ocho meses a un año, de manera de seguir de cerca el desarrollo cognitivo lingüístico.

La nueva evaluación tendrá en cuenta los aspectos deficitarios detectados en la primera entrevista, con fines de analizar sus factibles cambios, si los hubo como es deseable y se agregarán tareas que correspondan a la edad biológica del niño en el momento actual. De esta manera, se dispondrá de un abanico de disposiciones neuroevolutivas que señalarán la forma en que el sujeto de análisis, el niño en cuestión, va desarrollando sus habilidades y destrezas no sólo lingüísticas, sino todas las aptitudes solidarias con la construcción cognitiva y el sistema de comunicación verbal.

En la intimidad del análisis de todo el material, de los resultados numéricos obtenidos y de las observaciones clínicas realizadas en el nuevo encuentro, el patólogo del lenguaje vivenciará claramente la necesidad de iniciar un tratamiento con el paciente, siempre que éste muestre déficits que interesen claramente a los aspectos nucleares del desarrollo del lenguaje, es decir al léxico o monto de palabras que el niño ha acuñado para designar los objetos de su mundo real y próximo, la morfología o accidentes que sufren las palabras originales para dar cuenta de cambios en su presentación, género o número como las más importantes a esa edad y, especialmente a la morfología verbal que hará posible que el niño combine los vocablos en oraciones con fines de incrementar la información intercambiable.

A edades tempranas, personalmente, no me preocupan los defectos de producción fonética – articulatoria o fonémica – fonológica, salvo que sean llamativamente graves, porque es sabido que todos los niños circulan a través de distintos estadios de

evolución en la producción de las formas sonoras de las palabras. Es verdad que algunos son más hábiles para copiar las palabras que escuchan en su medio familiar y que otros son más morosos para ajustarse a los patrones fonotácticos de su lengua natal, pero se sabe que el desarrollo fonológico ocupa un espacio variable entre los 4 y los 7 años en la población infantil de desarrollo típico, de manera que considero que hay muchos otros aspectos que requieren de estimulación y atención más urgente. Y nunca implementaré “ejercicios” de labios y lengua, de soplo de velas y papelitos, ni análisis de la mordida, la masticación y / o la deglución toda vez que el niño padezca de una ausencia de lenguaje más o menos pertinaz.

Si, por el contrario, el niño es mayor de 48 meses, el diagnóstico de una discapacidad lingüística se impone toda vez que el paciente se muestre demorado en el cumplimiento de los pasos evolutivos que son comunes a todas las lenguas y a todas las comunidades. Esos ciclos son bien conocidos y han sido descritos suficientemente como para disponer de un patrón basal de desarrollo típico. En ciertos casos, será fundamental incluir en la evaluación un test de inteligencia que permita descartar la ingerencia de problemas cognitivos y mentales en la problemática lingüística. Al respecto, si bien es común aplicar las series Weschler acordes a la edad, me parece más recomendable evaluar aspectos cognitivos mediante el Test de Matrices Progresivas de Raven, ya que su Escala Especial abarca un amplio abanico de edades tempranas (de 5.5 a 9.5 años) y, especialmente, soslaya la indagación del componente lingüístico en sí mismo. Verificar que el niño es competente para razonar y resolver ecuaciones visuales y que su performance cae dentro de la curva de la normalidad estándar, libera de compromiso a uno de puntos de sostén de la construcción lingüística, como es la función ejecutiva dentro de los procesos cognitivos. Actualmente se dispone de una serie importante de tareas que permiten evaluar los distintos planos de la lengua: semántico, morfológico, sintáctico, gramatical y fonológico, en sus vertientes receptivas y expresivas, de manera de poder trazar un perfil de habilidades

para detectar áreas fuertes y débiles que conduzcan a la clasificación gnosológica de la discapacidad. A nivel más básico, será necesario determinar si el defecto reviste las características sindromáticas de un Retraso Simple del Lenguaje, posiblemente la entidad más inocua que puede afectar a los niños en la empresa de construir el lenguaje o, si por el contrario, se está frente a un cuadro más complejo y pertinaz, de menor inocuidad, como es el trastorno primario o idiopático que fue conocido en la clínica como Trastorno Específico del Lenguaje. La última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V del 2014 acaba de eliminar esa etiqueta diagnóstica, sustituyéndola por Desorden del Lenguaje (*Language Disorder*) y posiblemente también lo hará el próximo CIE-11 que se editará este año. Será tarea del Patólogo del Lenguaje determinar a predominio de qué se expresa la desviación lingüística del examinado, de manera de ajustar su diagnóstico a cuadros del input – output verbal; cuadros del input o cuadros del procesamiento central de la información, según la primigenia clasificación de Rapin – Allen, revisada por Rapin – Tuchman (1997) que sigue teniendo validez internacional.

Una de las asociaciones menos deseadas de los trastornos del lenguaje oral, es su combinación con los déficits del lenguaje escrito cuando el niño ingresa a la escolaridad formal y es especialmente reconocida la relación de Desorden del Lenguaje – Dislexia de Evolución. Cuando un niño padece ambos trastornos, la indagación deberá incluir necesariamente, la evaluación de los aspectos básicos de la lectura y de la escritura con el material apropiado. Un test muy clarificador acerca de las aptitudes de manipulación simbólica y convencional de la lectura y que puede aplicarse ya a nivel del Pre- escolar, es L.A.C – Lindamood Auditory Comprehension (LindamoodBell.com) Mediante bloques de colores diferentes, que representan la arbitrariedad convencional que vincula los signos gráficos (letras) con sus sonidos (fonemas) se analiza el comportamiento infantil en ese plano, brindando, además, la posibilidad de elegir las estrategias remediales más efectivas en el tratamiento.

También puede suceder, y de hecho sucede, que el niño en consulta padezca de un trastorno del desarrollo lingüístico junto con otras manifestaciones deficitarias que afectan, prioritariamente, su comportamiento. Hay niños que se muestran distantes, que no aceptan la intervención de otros, que prefieren el juego aislado o, simplemente, que no logran organizar un juego porque sus disposiciones naturales los conducen hacia puntos muertos de acción. Otros se muestran agresivos, opositoristas o desafiantes aunque logren algunos éxitos en diferentes tareas. En mi opinión, ese paciente así descrito deberá ser asistido en sus disfunciones prioritarias. No será factible intentar una terapéutica lingüística porque su déficit está instalado en otros procesos, previos y necesarios en la evolución, los de la comunicación interpersonal. La elección de una metodología que modifique su comportamiento para flexibilizarlo y adaptarlo al intercambio, deberá ser el paso previo de una intervención neurolingüística. Existen diferentes métodos (ABBA, Floor Time, TCC, etc.) los que deben ser implementados por profesionales habilitados certificadamente para ello. Serán ellos, también, los que indiquen el momento oportuno en que puede agregarse un nuevo encuadre terapéutico.

No será posible describir todos los lineamientos que se siguen en un programa terapéutico, porque éste no será una fórmula magistral que aplicar a todos los casos por igual. En realidad, cada caso tendrá su terapéutica, creada paso a paso para ese niño que de alguna manera es único en sus aspectos físico, psíquico, mental, sensorial y perceptual y que también es único en su manera de reaccionar y actuar frente a las propuestas de cada sesión. La base del trabajo deberá ser lúdica, sin duda, ya que el juego es el medio de expresión fundamental durante toda la infancia. Esto no significa que se hará un planteo de juego para que el niño juegue. El planteo involucrará indefectiblemente a ambos participantes, paciente y terapeuta con el mismo grado de compromiso. Será el terapeuta el que conozca de antemano qué procesos mentales está poniendo en juego en cada instancia y qué aspectos

receptivos y expresivos de la lengua van siendo expuestos a cada momento, aún durante el juego más simple y casual. No dejará de registrar las expresiones del niño, la conducta o sus disfunciones, los progresos posibles, los éxitos netos, de manera de llevar un cuidadoso control sobre el desempeño de cada día. Esto servirá de base para organizar las sesiones siguientes con criterio retrospectivo para no dejar resquicios en blanco.

El gesto será un aliado invaluable. No se trata de inculcar una lengua signada ni mucho menos. Se trata de aumentar el valor informativo de las palabras mediante gestos denotativos, globales, de señalamiento, de acción, de detención, activando también la mímica facial, tal como hacen los seres humanos que comparten diálogos interactivos de manera natural. Es posible también aplicar el Método Bimodal, una interesante estrategia comunicativa creada por el Profesor Monfort y sus colaboradores, que consiste en marcar con gesto aumentado cada una de las instancias locales que delimitan las palabras. No deberá olvidarse que la palabra es una producción evanescente que desaparece del lugar y del tiempo de la acción no bien ha sido pronunciada. Esta circunstancia puede ser fatal para niños distráctiles, pobres decodificadores, dispragmáticos y otros. También se aplica para la corrección de los procesos disfonológicos, ya que marcando el punto y el modo en que se producen los fonemas en las palabras, se está proveyendo al niño de una herramienta supletoria que lo sostendrá en su costoso aprendizaje.

La comunicación con la escuela, sea a nivel inicial o de primaria, debe ser una forma de vincular los espacios más importantes en los que actúa el niño. No es infrecuente que la escuela tenga su propio criterio para definir los problemas del paciente, lo que generalmente escapa al contexto clínico de la realidad. Es sabido que existe un cierto divorcio entre Salud y Educación, al menos en nuestro país, Argentina, y que una reunión en ese ámbito puede despejar y clarificar cuál es el rol que cada uno desempeña en la vida del niño en cuestión. Muchas veces, la escuela pide una guía para aplicarla a nivel escolar y preguntan qué pueden hacer para ayudar al niño. Personalmente, no acuerdo



con este planteo. Pienso que la escuela debe cumplir su rol de enseñante, para lo cual dispone de métodos pedagógicos y de estrategias docentes, las que deben administrarse a todos los niños por igual y dosificarse según las necesidades de cada educando. La escuela, a mi parecer, no debe asumir actividades terapéuticas para las que no ha sido formada. Por otra parte, esto significaría una diferencia entre los alumnos, poniendo aún más en evidencia al niño con problemas. En caso de necesitarse una integración, es decir, incluir una persona como auxiliar e intermediaria entre el niño y la docente del aula, existen medidas reguladas a nivel institucional que serán aplicadas para el caso, lo que exige al terapeuta del lenguaje de su intervención.

Sí me parece oportuno el intercambio entre profesionales que pueden atender al niño de manera paralela. La comunicación con la psicopedagoga, psicóloga, terapeuta ocupacional u otras, puede devengar en un mejoramiento de los encuadres si los profesionales involucrados definen los alcances de sus intervenciones de acuerdo con las necesidades emergentes y su prioridad.

Comentario aparte podría hacerse sobre la elección de los métodos de alfabetización que se aplican en las escuelas y que tantos fracasos ocasiona. Desconozco cuál es la realidad en Brasil, pero en Argentina hay una tendencia a utilizar el método de Emilia Ferreiro, Psicogénesis, que sobre teorías de Piaget presenta una muy interesante propuesta de enseñanza del código escrito<sup>1</sup>. No hay duda que la metodología sigue muy de cerca el desarrollo del pensamiento infantil, sólo que no todos los niños están dotados de las mismas destrezas, especialmente de algunas que son casi pre-requisitos para que el sistema resulte exitoso. Podría decirse que prácticamente, todo niño de desarrollo típico puede aprender a leer y, de hecho, a escribir, aún sin método especial. Pero hay niños de desarrollo normal que carecen de algunas aptitudes que resultan fundamentales para el aprendizaje del código escrito.

Una de éstas es el descubrimiento de que las palabras que se pronuncian están formadas por

sonidos, exactamente por esos mismos sonidos que pueden representarse por las letras o, mejor dicho, por los grafemas, es decir signos gráficos dotados de sonoridad. Esa aptitud, que puede ingresar en lo que se llama “conciencia fonológica” y “conciencia fonémica”, comienza a emerger hacia los cuatro a cinco años, cuando los niños disfrutaban jugando con las palabras, haciendo rimas, cambiando sus sonidos para formar otras palabras, para hacer chistes con palabras inventadas, para traslocar voluntariamente segmentos de las palabras, para hablar al revés, para utilizar la jerigonza, para disfrazar las palabras. En realidad están descubriendo un rasgo puntual de la conformación sonora del código oral de la lengua.

Pero no todos los niños descubren esos vericuetos curiosos cargados de simbolismo. Algunos, por retraso o demora en los procesos, otros porque padecen de un fallo sustancial justamente en esas aptitudes, tardarán mucho más de lo esperable para lograrlo o serán siempre poco competentes en tales operaciones. Un método cuyo eje central exija disponer operativamente de tales destrezas podrá convertirse en escollo insalvable para muchos niños.

Para ellos demuestra ser útil y valiosa la metodología que aplica el método fonético, siempre de marcha lenta, de estimulación viso-auditiva- kinestésica y táctil, con elección cuidadosa de los grafemas de Clave 1 de Escritura del Español, en la que sólo se aplican sílabas directas con los signos que responden a un sonido y sólo a uno, al inicio, es decir vocales y de las consonantes, D, F, L, M, N, P, S, T. Con ellos se formarán sílabas y palabras simples, y, en la medida de lo posible, frases breves y significativas. A medida que el aprendizaje avance, se agregarán, dosificadamente, otros grafemas siguiendo el mismo criterio progresivo que no incluirá, al inicio, las ortografías secundarias.

Una pionera en el arte de enseñar a niños sordos y los llamados por entonces “afásicos” fue Mildred McGuinnis, cuya metodología sigue siendo señera en su aplicación para niños con dificultades<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> FERREIRO, E. & TEBEROSKY, A. *Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño*. México. Siglo XXI Editores. 1979.

<sup>2</sup> MCGINNIS, M.A. *Niños afásicos: su identificación y educación a través del método de asociación*. México: Instituto mexicano de la audición y el lenguaje. 1964.

Mención muy especial merece la aplicación de los medios tecnológicos, tan avanzados hoy día, como son la computadora, las tablet o el mismo teléfono. Personalmente, no aplico esas técnicas en mis tratamientos. Considero su valor informativo como valioso, pero estoy convencida de que la comunicación, la pertenencia, la cooperación y el intercambio se dan entre las personas y que debe ser una persona, habilitada por su formación y experimentada por la clínica, la que conduzca al niño a través de los reconocidos pasos que le permitan desandar senderos erróneos para circular por caminos seguros y válidos en la resolución de sus problemas.

Creo más en el ser humano, sensible y dispuesto, que en la mejor de las máquinas; creo más en la palabra justa, acuñada por la experiencia, que en la más informada base de datos de internet. Creo en la calidez y en la sapiencia, en el dibujo, en el libro, en las imágenes coloreadas de una serie temporal, en los puzzles, conductores y guías de comportamientos útiles, en las palabras escritas a mano alzada en el pizarrón... Creo en los cuentos, en las breves historias cotidianas que terapeuta y niño comentan antes de desarrollar las tareas del día, en las preguntas y respuestas que ambos intercambian, porque creo en la comunicación interpersonal y creo en el ser humano y en su inteligencia natural, creo en su capacidad versátil y original, en su creatividad y en su voluntad de dar y recibir.

## CONCLUSIONES

Esta presentación pretende dar cuenta de la forma en que se piensa cuando se está frente a la intervención en la clínica de niños. Los planteos previos van conduciendo hacia la generación de una idea que, paso a paso, nos lleva hasta el que, por varias y diferentes razones, está privado de disponer tempranamente de la herramienta más poderosa que se ha creado para interrelacionarse con los demás e intercambiar información de manera presta y eficiente. Se incluyen modos de pensar que son la consecuencia de la experiencia directa y del criterio forjado en la práctica clínica.

## REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, Va: American Psychiatric Association Publishing, 2014.
- AIZPÚN, A. et al. *Enfoque neurolingüístico en los trastornos del lenguaje infantil*. Paraguay: Editorial Akadia, 2013.
- BERRUECOS, M.P. *La terapéutica del lenguaje*. México: Editorial Prensa Médica Mexicana, 1982.
- DE QUIRÓS, J.; SCHRAGER, O. *El lenguaje lectoescrito y sus problemas*. Buenos Aires: Panamericana, 1996.
- LINDAMOOD auditory conceptualization test (LAC). Texas: Alen, 1979.
- MONFORT, M. *Programa elemental de comunicación bimodal*. España: Editorial CEPE, 2010.
- \_\_\_\_\_. JUÁREZ SÁNCHEZ, A. *Leer para hablar*. España: Editorial CEPE, 2004.
- RAPIN, I. *Disfunción cerebral en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- RAVEN, J.C. *Test de Matrices Progresivas: escala coloreada*. Barcelona: Editorial Paidós, 1977.