

## Trastornos psico-lingüísticos del lenguaje. Una aproximación taxonómica

J. Montilla

### Introducción

La historia de la medicina va ligada a genios que han sido protagonistas de los grandes avances, Pasteur, Koch, Ramón y Cajal... Y se podría dar por seguro que siempre serán grandes genios los creadores de nuevos horizontes.

Sin embargo, ahora la investigación se orienta por caminos más estructurados, ahí tenemos el gigantesco programa de Biotecnología de la Comisión Europea para una base de datos computacionales del cerebro humano, en el que participan siete Universidades europeas que, bajo la coordinación del Prof. PER ROLAND, del Instituto Karolinska, se han distribuido el estudio del cerebro humano en una investigación total que abarca arquitectura, densidad y distribución de receptores, densidad de áreas de recaptación, densidad de enzimas y otras variables neuroquímicas, arquitectura de sinapsis, mapeo estructural y un amplio y complejísimo, etcétera, que nos obliga a reflexionar: ¿cómo veremos los problemas del lenguaje después de estas investigaciones?

Se hace una revisión de los Trastornos Psicolingüísticos, resaltando que mientras en los Trastornos Neurolingüísticos del lenguaje se conservan íntegras las funciones superiores cognitivas y afectivas (afectándose selectivamente los módulos específicos del lenguaje), en los Trastornos Psicolingüísticos, por el contrario, los módulos específicos del lenguaje se mantiene intactos, comprobándose en cambio alteraciones de las áreas cognitivas y afectivas. Este planteamiento permite la posibilidad de aunar, en un intento de aproximación taxonómica, un conjunto de entidades nosológicas como síndromes disociativos cognitivo-lingüísticos y síndromes disociativos afectivo-lingüísticos.

Pese a la solidez y deslumbrantes avances de la medicina, *nuestros actuales interrogantes sobre el lenguaje*, justifican estas reflexiones, que obligan a considerar la relativa provisionalidad de algunos de nuestros conocimientos y recordando a CRICK, el

inolvidable premio Nobel, pensar que: «hay temas que aun distando de ser entendidos parecen susceptibles de ser explicados mediante aproximaciones y otros para los que por ahora no se puede contar con ninguna explicación».

Quizás pudieran interpretarse estas consideraciones previas como una actitud negativa, y en parte lo sea, pero no es ese nuestro propósito, sino despertar una *actitud crítica* sobre un tema tan complejo y debatido como es la patología del lenguaje.

### Trastornos psico-lingüísticos del lenguaje

Al referirnos a los *trastornos psicolingüísticos* se plantea en primer término, cómo encuadrar dichos trastornos en el marco ta-

Palabras clave: Síndromes disociativos lingüísticos. Mutismo. Autismo.

Fecha de recepción: Diciembre 1999.

xonómico de las logopatías. Hay un hecho a resaltar y en el que vamos a apoyarnos:

- En los Trastornos Neuro-Lingüísticos Específicos siempre existen disfunciones de los *módulos específicos responsables de las funciones lingüísticas*, conservándose íntegras otras funciones mentales superiores.

- En los Trastornos Psico-Lingüísticos, por el contrario, los *módulos cerebrales de la actividad lingüística* pueden mantenerse intactos, siendo *otras funciones superiores-cognitivas o afectivas* las afectadas.

Desde un criterio puramente lingüístico como el de SAUSSURE, F. (1), se llega a conceptos y planteamientos paralelos y superponibles a los neurológicos, cuando el lingüista ginebrino afirma y deja bien definidos los conceptos de habla, lengua y lenguaje.

- *Habla*: acto individual de realizar la lengua.

- *Lengua*: instrumento de expresión de una comunidad lingüística.

- *Lenguaje*: función comunicativa común a todos los hombres.

Conceptos básicos en lingüística, que extrapolados a los neurológicos es fácil comprobar su evidente correlación.

- Trastornos del *habla*, como alteraciones del aparato fonador.

- Trastornos de la *lengua*, como alteraciones específicas de los módulos lingüísticos. (Trastornos neuro-lingüísticos).

- Trastornos del *lenguaje*, como trastornos en niños con módulos lingüísticos intactos, pero con disfunciones cognitivas o afectivas. (Trastornos psico-lingüísticos).

El denominador común de los *Trastornos Psico-Lingüísticos*, es la *disociación* entre unos módulos lingüísticos intactos y unas fa-

cultades cognitivas o afectivas de alguna forma afectadas.

Se genera así un conjunto de *Síndromes Disociativos*, que en principio se podrían dividir en dos bloques (2):

- Síndromes disociativos cognitivos-lingüísticos.

- Síndromes disociativos afectivo-lingüísticos. (Ver cuadro I).

Aunque sólo sea con un *criterio expositivo y didáctico*, parece puede ser útil plantearse los Trastornos Psico-Lingüísticos como *síndromes disociativos* en el que el protagonismo del cuadro es siempre cognitivo o afectivo, mientras que los módulos lingüísticos permanecen intactos aunque en algún caso como el *autismo* puedan mantenerse intactos o afectados.

#### Síndromes disociativos afectivo-lingüísticos

Como en parte ya se ha consignado, se trata de aunar un conjunto de trastornos en los que, pese a la integridad de las funciones lingüísticas, se observan desórdenes de la comunicación verbal y no verbal secundarias a problemas afectivos.

Con un criterio neurológico, e intentando siempre una visión paralela entre lo neuro-lingüístico y psico-lingüístico, también se podrían denominar *síndromes disociativos límbico-lingüísticos*.

#### Mutismo Electivo

En el aspecto clínico y semiológico, no plantea problemas y su *diagnóstico* es absolutamente *fácil*. Paciente con todas sus *competencias lingüísticas intactas* y que no habla en *determinados entornos o cir-*

**Cuadro I**

Síndromes Disociativos	Síndromes Disociativos
Cognitivo-lingüísticos	Afectivo-lingüísticos
S.D. adinámico-lingüístico	Mutismo electivo
S.D. ilógico-lingüístico	Lenguaje en autismo
S.D. hipocognitivo-hiperfluyente	Privación socio-afectiva

*cunstancias*. Incluso como exige la ICD-10 (OMS, 1992) «se pueden predecir las situaciones en las que el niño hablará o no». Sin embargo, como entidad nosológica y todo cuanto ello comporta en aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, evolutivos, pronósticos y terapéuticos podría ser cuestionado, planteando la duda si el mutismo electivo es realmente una entidad nosológica bien definida (3).

En todos estos aspectos se recogen datos dispares. En prevalencia un 7.2 por 1.000 (4) versus un 0.6 por 1.000 (5), lo que representa diferencias excesivas. En *pronóstico* desde formas transitorias que desaparecen en unos meses (4), a formas crónicas, incluso resistentes a cualquier tratamiento en un 50% (5). Por la *edad de comienzo*, hay formas de inicio temprano alrededor de los 4 a 5 años y otras que comienzan en la adolescencia (6).

Todo ello sugiere, como ya han considerado varios autores (7,8), que el mutismo electivo no sea una entidad nosológica perfectamente definida y pueda ocultar diversos cuadros, desde situaciones reactivas y transitorias a problemas fóbicos o psiquiátricos, que al margen de su interés científico deben *alertar al clínico* ante cuadros de pronóstico y tratamiento muy variable.

#### Mutismo Transitorio

*Edad de inicio*: 4 a 5 años coincidiendo con el comienzo de la escolaridad.

*Frecuencia* relativamente alta, alrededor del 7 por 1.000 (4).

*Etiopatogenia*: el factor timogénico que representa el entorno escolar en niños de sensibilidad frágil, inhibidos, y muchas veces marcados por vivencias familiares negativas.

*Sintomatología*: generalmente son niños con un desarrollo lingüístico normal o que pudieron tener cierto retraso del lenguaje ya superado, y que casi siempre coincidiendo con el inicio de la escolaridad dejan de hablar preferentemente en el colegio, hablando en cambio con sus amigos y en la casa.

*Pronóstico* bueno, la mayoría normaliza su actitud verbal en unos meses, y casi siempre antes del año.

#### Mutismo Electivo en adolescentes

*Edad de inicio*, etapa prepuberal y adolescencia. Frecuencia, alrededor del 0.6 por 1.000. El mutismo es generalmente intrafamiliar, el chico utiliza el silencio como un arma. El silencio es la forma de expresar su hostilidad.

Sin embargo, los padres en general no consultan por este motivo, sino más bien por problemas conductuales que suelen asociarse a esta variedad de mutismo electivo. En las formas benignas, las causas hay que buscarlas en una historia familiar desequilibrada, separaciones o trastornos de la relación madre o padre/hijo, relaciones con los hermanos o cualquier tipo de perturbación familiar o sexual. Son cuadros no siempre valorados, que muchas veces pasan desapercibidos en sus formas menos acusadas y posiblemente son más frecuentes de lo que se estiman.

En las formas que van a tener una evolución severa las causas pueden obedecer a trastornos de la personalidad de tipo obsesivo-compulsivo, fobias y otras que ensombrecen el pronóstico y deben alertar hacia una orientación psiquiátrica. Son formas de evolución crónica difíciles de tratar, que ponen a prueba los más sofisticados modelos de terapia.

#### Lenguaje y Autismo

El 50% de los niños autistas no desarrollan el lenguaje. Es más, suele ser el motivo por el que consultan los padres, en general más preocupados del lenguaje que por los incipientes problemas conductuales.

Pero tampoco olvidemos que el primer niño diagnosticado de autismo por KANNER, en el año 1938, el pequeño Donald recitaba salmos de memoria. Ello hace cuestionable la relación entre autismo y lenguaje: por una parte, niños con ausencia de lenguaje, y por otra, autistas como Donald, que recitan salmos. No obstante, es interesante destacar un

conjunto de características muy típicas del lenguaje autista y que se encuentran prácticamente en todos los autistas que han desarrollado algún lenguaje.

- Ecolalia inmediata o demorada.
  - Inversión de pronombres.
  - Ausencia de componentes suprasegmentales (mirada, gesto, prosodia y mímica).
  - Lenguaje metafórico (expresiones con significados personales).
  - Dominan la lengua pero no como lenguaje (no la usan como instrumento comunicativo).
  - Dominan la lengua y el arte conversacional (pero su conversación es informativa, literal, carente de intención conversacional).
- Se podría concluir que el lenguaje del autista tiene peculiaridades que lo definen, pero por otra parte su ausencia ni cualquier forma de disfasia que lo acompañe son patognomónicas del autismo.

Lo que realmente caracteriza al lenguaje autista es la ausencia de contenido comunicativo. En los autistas, más que un genuino trastorno de los componentes lingüísticos, hay un fracaso del núcleo comunicativo tanto receptivo como expresivo. Destacando en este fracaso la ausencia de los componentes suprasegmentales del lenguaje, como son la *mirada*, la *mímica* y el *gesto*, de tanto contenido intencional.

RAPIN, en un esfuerzo muy encomiable, hace una *clasificación observacional* de los trastornos del lenguaje más frecuentes en el autista, destacando entre ellos: agnosia auditivo-verbal, síndrome fonológico-sintáctico, síndrome léxico-sintáctico, síndrome semántico-pragmático, aportación de gran interés práctico a la hora de programar la terapia. Insiste especialmente en la agnosia auditivo-verbal. Síndrome que habitualmente provoca alteraciones conductuales a veces confundible con el autismo, en este sentido habría que destacar que la coincidencia de autismo y agnosia auditiva originaría un cuadro excepcionalmente severo. Desde el criterio que estamos desarrollando consideramos que los autistas igual que los niños normales, o los retardados mentales o con parálisis cerebral, pueden presentar

cualquier trastorno del desarrollo del lenguaje al margen de su patología de base, originando cuadros como los estudiados por la Dr.<sup>a</sup> RAPIN en su interesante clasificación observacional, de forma que un niño autista puede desarrollar cualquier tipo de disfasia, y con especial frecuencia y gravedad, el cuadro de la agnosia auditivo-verbal.

De todas formas, el hecho *constante* y que define el lenguaje autista no es ninguna de las disfasias, que en los autistas pueden ser más o menos frecuentes. Lo que caracteriza el trastorno autista es la *dificultad extrema en usar su poco o mucho dominio de la lengua en sentido comunicativo interpersonal*. Cuando son pequeños y con un léxico pobre, repiten las palabras de forma estereotipada y en el mejor de los casos, como para sí mismos, fuera de todo contexto interpersonal, y en los autistas inteligentes de buen funcionamiento e incluso mayores, su lengua puede adquirir un nivel conversacional pero muy peculiar por su sentido ingenuo, exageradamente «literal», carente de auténticas intenciones comunicativas.

En definitiva, lo relevante en el lenguaje del autista es que su actividad lingüística puede estar afectada o no, pero lo que define y marca su lenguaje es el impedimento no sólo para transmitir, sino también para percibir lo que sienten ellos o sienten los demás y no sólo a nivel verbal, sino a nivel de *miradas y mímica*, todo ello resalta que la causa del trastorno radica en la *disociación* entre las habilidades lingüísticas, que pueden estar afectadas o no, y su capacidad de transmisión comunicativa constantemente afectada, lo que sugiere incluir los trastornos de lenguaje del autismo en el grupo de Síndromes Disociativos, en este caso como un Síndrome Disociativo Comunicativo-Lingüístico (11).

#### Privación Socio-Afectiva y Lenguaje

El lenguaje como cualquier otra función cerebral, es el resultado de la interacción entre la potencia funcional innata del orga-

nismo y el medio en que se desarrolla, generándose según la calidad e intensidad de las interrelaciones con el entorno un infinito número de posibilidades.

La privación socio-afectiva provoca entre sus síntomas más característicos un *trastorno del lenguaje* generalmente del tipo del *retardo simple* en todas sus formas.

Por ello, ante cualquier retardo del lenguaje es obligado investigar en profundidad las *circunstancias socio-afectivas y emocionales* del niño, pero sin olvidar que tras un retardo del lenguaje que pudiera interpretarse en principio como privación socio-afectiva puede ocultarse un autismo, un retardo mental, una hipoacusia, o sencillamente cualquier tipo de disfasia.

Por otra parte, desde la década de los 50 son numerosos los estudios que demuestran que los trastornos del lenguaje, y muy especialmente los receptivos, mucho más que los expresivos, son causa de trastornos cognitivos, de problemas conductuales y de la interacción social y a la inversa tras un retardo del lenguaje puede subyacer una patología psiquiátrica, por lo que el clínico avezado tendrá que preguntarse, ¿qué ha sido lo primero?

- ¿La privación psicoafectiva?
- ¿El trastorno de la lengua?
- ¿El trastorno psicopatológico?

#### *Síndrome del hemisferio derecho. Síndrome Disociativo Prosódico-Lingüístico*

En el marco de los *síndromes disociativos* podría tener opción el síndrome de hemisferio derecho como síndrome Disociativo Prosódico-Lingüístico.

El cuadro se caracteriza por la ausencia del componente *suprasegmental* del lenguaje —prosodia y kinesia—, organizándose una *disociación* entre los *módulos computacionales* (gramática y fonología), y los *módulos conceptuales* (léxico-semántica y pragmática), que son *normales*, frente a la *ausencia o pobreza de los componentes suprasegmentales* (entonación, gesto, mímica y mirada).

Se pierde totalmente el sentido prosódico-melódico y, en parte, el kinésico, de forma que, pese a la integridad fono-morfo-sintáctica y semántica y siendo la expresión absolutamente correcta, se emite carente de tonalidades, tal y como la emitiría un robot.

El cuadro ha sido descrito en el contexto del *síndrome de disfunción del hemisferio derecho*; comporta trastornos visuo-espaciales, a veces práxicos y gnósticos, signos de aislamiento y personalidad inhibida y «pegajosa», entre otros, como síntomas asociados.

Teóricamente, se podría plantear, un síndrome inverso, con buen funcionamiento de la decodificación prosódica y fallo de la gnosia acústica y semántica, un *síndrome disociativo melódico-semántico*, en el que el paciente intenta comprender el sentido por la entonación, sería el caso de ciertos signos que pueden observarse en la afasia semántica.

#### *Síndromes disociativos cognitivo-lingüísticos*

Paralelamente a los cuadros descritos, se observan trastornos del lenguaje que tienen de común con los anteriores la integridad de las funciones lingüísticas, siendo la causa del desorden verbal, alteraciones de las *funciones ejecutivas y cognitivas propias del área prefrontal*, por lo que siguiendo una terminología médica también podrían denominarse estos cuadros como Síndromes Disociativos Prefrontales-Lingüísticos.

En los últimos años se está desarrollando un interés creciente por la patología prefrontal, aunque curiosamente ya en 1868, HARLOW, J. (12), describió perfectamente el síndrome en un obrero que sufrió una herida en el lóbulo frontal. Sin embargo, después de un siglo, en palabras de LURIA, AR. (13) no disponemos de los conocimientos previos para evaluar el síndrome prefrontal. En la actualidad se han descrito diversos síndromes por diferentes autores (14, 15) de

los que concisamente resumimos la clasificación propuesta por IMBRIANO, AE. (15):

- *Síndrome de la convexidad*: caracterizado por euforia infantil, moria, reflejada por jovialidad impulsiva, fabulaciones, alteraciones de la atención.
- *Síndrome órbito-frontal-basal*: falta de autocontrol, impulsividad, arranques emocionales antisociales.
- *Síndrome Polar*: trastornos del pensamiento lógico, falta de atención y autocontrol.
- *Síndrome Medial*: indiferencia afectiva, amimia, trastornos del pensamiento (apraxia ideomotriz), bradilalia.

La afectación prefrontal es causa de deterioro de todas las funciones ejecutivas y también del lenguaje. Quizás es prematuro pretender un *correlato clínico-lingüístico exacto entre los diferentes síndromes prefrontales* y sus posibles repercusiones en el lenguaje, en cambio no es difícil observar un conjunto de peculiaridades del lenguaje en niños con patología prefrontal:

- Lenguaje falto de coherencia y de lógica.
- Contestaciones impulsivas, perseverantes, sin coherencia y muchas veces ecolalias o frases repetitivas fuera de contexto.
- Lenguaje marcadamente fluente, irrelevante, logorreico.
- Nivel de comprensión bajo.
- Discurso socialmente inadecuado, impulsivo.

En este conjunto de peculiaridades observables en pacientes con afectación prefrontal, resalta la *normalidad del mecanismo lingüístico*, frente a las *alteraciones cognitivo-ejecutivas*, lo que imprime en el lenguaje de estos niños interesantes manifestaciones semiológicas, desde niños con respuestas incoherentes alejadas de contexto a niños que no hablan espontáneamente aunque sean capaces de emitir respuestas o frases breves, mientras en otros por el contrario se puede observar verbosidad imparable y no controlada.

Pese a esta diversidad semiológica todos tienen en común la normalidad de las funcio-

nes lingüísticas, lo que permite un intento de agruparlos aunque sólo sea con un *criterio expositivo y didáctico* como se hizo anteriormente en Síndromes Disociativo-Lingüísticos (2), según las características de la alteración cognitiva dominante:

#### *Síndrome disociativo adinámico-lingüístico*

Se observa en niños que disponiendo de posibilidades léxicas y sintácticas no hablan o se limitan a breves contestaciones, muchas veces ecológicas. La causa radica en la ausencia de motivación y creatividad por afectación prefrontal, posiblemente del área medial. Se asocia a indiferencia y abulia. El cuadro fue perfectamente descrito por LURIA, AR. (13) para las formas adquiridas de afasia en su «análisis de la expresión verbal».

#### *Síndrome disociativo-ilógico-lingüístico*

Son niños que responden con incoherencias y frecuentes perseveraciones repitiendo frases fuera de contexto. También se comprueba falta de control, de atención y de pensamiento lógico. El cuadro podría relacionarse con déficit del área polar.

#### *Síndrome disociativo hipocognitivo-hiperfluente*

Son niños que hablan y hablan, incluso emplean frases y palabras cultas demostrando unas competencias lingüísticas intactas, pero el contenido conversacional es irrelevante logorreico, comprobándose por otra parte limitaciones en la capacidad de comprensión. El cuadro es superponible en lo semiológico al Síndrome Semántico-Pragmático de RAPÍN y ALLEN (16), y que ha sido incluido entre las disfasias específicas y relacionado con la afasia de Wernicke (17) por su lenguaje hiperfluente y déficit de comprensión, pero con una diferencia neta, en el Wernicke hay afectación de módulos lingüísticos lo que se manifiesta con un lenguaje «fluens» pero poco inteligible por las nu-

merasas parafasias, lo que nunca se observa en el síndrome semántico-pragmático. NARBONA, J. (3), lo incluye entre los trastornos neurolingüísticos específicos del lenguaje, formando un epígrafe especial con el subtítulo de déficits psicolingüísticos.

En esta misma línea, y aunque sólo sea con carácter didáctico expositivo como venimos haciendo, se podría considerar el cuadro, desde un criterio psicológico como un Síndrome Disociativo Hipocognitivo-Hiperfluyente, y desde el punto de vista médico, tanto la logorrea como el déficit de comprensión pueden tener su origen en la euforia infantil y moria propia del síndrome prefrontal de la convexidad, manteniéndose intactos los módulos de la lengua.

#### Conclusiones

Considerando que en los trastornos psicolingüísticos el denominador común que aún todos los cuadros es la normalidad de la función lingüística frente a trastornos del área cognitiva o afectiva, se plantea la posibilidad de agrupar un conjunto de *entidades nosológicas* todas ellas caracterizadas por la disociación entre la capacidad lingüística intacta y la afectación de otras áreas superiores, lo que generaría los síndromes disociativos descritos. ◀

---

**J. Montilla Bono, Ex-Jefe de la Unidad de Neuropediatría del Hospital Infantil de Jaén.**

---

---

#### Bibliografía

---

1. SAUSSURE, F.: *Cours de linguistique generales*. Capítulo I,3, Ed. Payot, París, 23-25, 1965.
2. MONTILLA, J., y MENDOZA, E.: «Lenguaje desarrollo normal y patológico». En: GÓMEZ, M.; MONTILLA, J., y NIETO, M. (Eds.): *Neurología y Neuropsicología Pediátrica*, 1.ª ed., Jaén, 1.305-1.364, 1995.
3. NARBONA, J., y CHEVRIE-MULLER, CI.: *El lenguaje del niño*, 1.ª ed., Masson, S.A., Barcelona, 1997.
4. BROWN, B.J., y LLOYD, H.: «A controlled study of children not speaking at school», *Journal of the Association of worker with Maladjusted Children*, 3, 49-63, 1975.
5. KOLVIN, I., y FUNDUDIS: «Elective mute children: psychological development and background factors», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232, 1981.
6. KAPLAN, SL., y ESCOLL, P.: «Treatment of two silent adolescent girls», *J. Amer. of Child Psychiat.*, 12, 1, 59-72, 1973.
7. WILKINS, RA.: «A comparison of elective mutism and emotional disorders in children», *British Journal of Psychiatry*, 146, 198-203, 1985.
8. BLACK, B., y UHDE, T.: «Elective mutism as a variant of social phobia», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1.090-1.094, 1992.
9. JURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría infantil*, 4.ª ed., Masson, S.A., Barcelona, 1977.
10. KANNER, L., y EISENBERG, L.: «Early infantile autism: 1943-1955», *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 692-709, 1956.
11. MONTILLA, JE; MONTILLA, J.; GARCÍA LINARES, MC., y CASANOVA, E.: «Autismo y síndromes afines». En: GÓMEZ, M., MONTILLA, J. y NIETO, M. (Eds.): *Neurología y Neuropsicología Pediátrica*, 1.ª ed., Jaén, I.E.G. 1.397-1.447, 1995.
12. HARLOW, J.: *Recovery from the passage of an iron bar through the head*. Publications of Massachusetts Medical Society (Boston), 2, 327-346, 1868.
13. LURIA, AR.: *Fundamentos de Neurolingüística*, 1.ª ed., Masson, S.A., Barcelona, 1980.
14. CUMMINGS, JL.: «Frontal-subcortical circuits and human behavior», *Archives of Neurology*, vol. 50, 1993.
15. IMBRIANO, A.E.: *Lóbulo prefrontal y comportamiento humano*. Ed. Jims. Barcelona, 1983.
16. RAPIN, I., and ALLEN, DA.: «Why classify dysphasic children? First International Symposium on Specific Speech and Language Disorders in Children». *Reading*, 1987.
17. DEONNA, T.: «Dysphasies congenitales et syndrome d'aphasie acquise avec epilepsie». En: NARBONA, J., et POCH-OLIVÉ, eds. *Neuropsychologie Infantile*. Pamplona, 87-94, 1987.
18. DOMENECH, E.: «Trastornos Emocionales y Patología del Lenguaje». En: NARBONA, J., y CHEVRIE-MULLER: *El lenguaje del niño*, 1.ª ed., Masson, S.A., Barcelona, 273-385, 1997.