

Circuito Mínimo de Comunicación en la Afasia: Propiedades psicométricas y utilidad clínica de la evaluación neurolingüística pragmática Bateria ICRA-R

Minimal Communication Circuit in Aphasia: Psychometric Properties and Clinical Utility of the Pragmatic Neurolinguistic Assessment ICRA-R Battery

Circuito mínimo de comunicação na afasia: propriedades psicométricas e utilidade clínica da bateria ICRA-R de avaliação neurolinguística pragmática

RECIBIDO: 13 febrero 2025

ACEPTADO: 20 diciembre 2025

María del Valle Abraham ^{1,2}

<https://orcid.org/0000-0003-3086-825X>

Erica Bogliotti ¹

<https://orcid.org/0000-0002-4392-2633>

1. Hospital Italiano de Buenos Aires, Subsección Neurolingüística, Fonoaudiología, Buenos Aires. Argentina.
2. Instituto IMTIB del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Sigue siendo un desafío evaluar sistemática y cuantitativamente el desempeño pragmático del paciente afásico severo y determinar grados de severidad. Con ese objetivo, se diseñó la Bateria ICRA-R a partir de los conceptos de Circuito Mínimo de Comunicación y de rasgos pragmáticos del Método ICRA (Abraham & Brenca, 2013, 2016). Está conformada por cuatro instrumentos. Se describe el análisis psicométrico de la validación y confiabilidad del Instrumento 1 (Registro y Guion) y la validez por expertos de los Cuestionarios CCA y CCP que sondean la percepción que tienen los cuidadores del paciente sobre su competencia comunicativa actual y premórbida. Se pudieron establecer grados de severidad y la graficación del perfil evolutivo.

Se analizó la validez por expertos (> 93,1%), el análisis factorial y extracción por componentes principales, el análisis del acuerdo entre evaluadores (Kappa de Fleiss > 85%; Kappa de Cohen > 95,0%, análisis inter-observador aplicando correlación intraclass = 0,900 (IC95%: 0,791-0,957) y ANOVA de medidas repetidas a partir de medias e intervalos de confianza) y consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,966).

Palabras clave: Afasia, Aspecto Pragmático, Análisis Psicométrico, Acto de Habla Básico; Circuito Mínimo de Comunicación.

Keywords: Aphasia, Pragmatic Aspect, Psychometric Analysis, Basic Speech Act; Minimal Communication Circuit.

Palavras-chave: Afasia, Aspecto Pragmático, Análise Psicométrica, Ato Básico de Fala; Circuito Mínimo de Comunicação.

Corresponding Author: María del Valle Abraham. Email: maría.abraham@hospitalitaliano.org.ar. Dirección: Lautaro 81, 3er piso CABA, Argentina. Código postal 1406.



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

ABSTRACT

It remains a challenge to systematically and quantitatively assess the pragmatic performance of severely aphasic patients and determine severity levels. To this end, the ICRA-R Battery was designed based on the concepts of the Minimal Communication Circuit and the pragmatic features of the ICRA Method (Abraham & Brenca, 2013, 2016). It consists of four instruments. The psychometric analysis of the validation and reliability of Instrument 1 (Record and Script) and the expert-level validity of the CCA and CCP Questionnaires, which assess caregivers' perceptions of the patient's current and premorbid communicative competence, are described. Severity levels were established, and the developmental profile was graphed. Validity was analyzed by experts (> 93.1%), factor analysis and principal components extraction, analysis of agreement between evaluators (Fleiss's Kappa > 85%; Cohen's Kappa > 95.0%, inter-observer analysis applying intraclass correlation = 0.900 (95% CI: 0.791-0.957) and repeated measures ANOVA from means and confidence intervals) and internal consistency (Cronbach's Alpha 0.966).

RESUMO

Avaliar sistemática e quantitativamente o desempenho pragmático de pacientes com afasia grave e determinar seus níveis de gravidade continua sendo um desafio. Para tanto, a Bateria ICRA-R foi elaborada com base nos conceitos do Circuito Mínimo de Comunicação e nas características pragmáticas do Método ICRA (Abraham & Brenca, 2013, 2016). Ela é composta por quatro instrumentos. São descritas a análise psicométrica da validação e confiabilidade do Instrumento 1 (Registro e Roteiro) e a validade em nível de especialista dos Questionários CCA e CCP, que avaliam as percepções dos cuidadores sobre a competência comunicativa atual e pré-mórbida do paciente. Os níveis de gravidade foram estabelecidos e o perfil de desenvolvimento foi plotado.

A validade foi analisada por especialistas (> 93,1%), análise fatorial e extração de componentes principais, análise de concordância entre avaliadores (Kappa de Fleiss > 85%; Kappa de Cohen > 95,0%, análise interobservador aplicando correlação intraclassa = 0,900 (IC 95%: 0,791-0,957) e ANOVA de medidas repetidas de médias e intervalos de confiança) e consistência interna (Alpha de Cronbach 0,966).

La bibliografía es amplia en relación al estudio del lenguaje del paciente afásico, tanto en relación a la instancia de evaluación como de tratamiento. Dentro de los instrumentos de evaluación que contemplan variables pragmáticas aplicadas en este perfil de pacientes, destacamos: el Test de Boston para el diagnóstico de las afasias (Goodglass y Kaplan, 1972, 1983); Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner (1987); Conversational Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA) de Whitworth, Perkins y Lesser (1997); Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R) de Fernández Urquiza, Díaz Martínez, Moreno Campos, Lázaro López Villaseñor y Simón López (2015); Communicative Effectiveness Index (CETI) de Lomas, Pickard, Bester, Elbard, Finlayson & Zoghaib (1989). Cabe destacar el trabajo realizado por Rosell Clari, V *et al* (2012, 2014) en el desarrollo de test MetAphAs.(Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en la Afasia) y las revisiones y adaptaciones que se le efectuaron en los últimos cinco años (como lo evidencian los trabajos de (Mac-Kay et al., (2020) e Ivanova et al., (2023) que la reconocen como referente metodológico en contextos clínicos hispanohablantes (citado en Ponce Romero, C.M. 2025).. El foco de esta evaluación está puesto en las funciones metalingüísticas y discursivas. Incluye dentro de ese análisis diversas variables metapragmáticas en conjunto con funciones ejecutivas, tales como habilidades de reparación, de rectificación, de parafrasis, de reflexión, conciencia sobre la dificultad lingüística, contextualización y de comprensión de ambigüedad. Es una herramienta mencionada en la literatura psicolingüística como un puente entre la lingüística formal y la pragmática clínica. Ha tenido una relevancia renovada en la literatura indexada en los últimos años como gold standard para evaluar el componente metalingüístico en pacientes afásico

En todos predomina tanto el foco de análisis en el plano discursivo como la obtención de índices comunicativos globales. Sigue siendo un desafío la evaluación sistemática cuantitativa del aspecto pragmático del paciente afásico y, en especial de aquel que ha perdido la competencia mínima verbal para interactuar y, por ende, ya no cuenta con habilidades discursivas. Es en este punto en el que vemos relevante poner foco en el concepto de *acto de habla* (Austin, 1962) para aplicarlo dentro de la clínica fonoaudiológica.

La implementación clínica de la teoría de los actos de habla ha recibido críticas referidas a sus limitaciones, la más importante es que se focaliza en enunciados simples, aislados, independientemente del contexto discursivo (Allan, 1998; Levinson, 1983; Geis, 1995). A nuestro entender, precisamente esa es su fortaleza. *El acto de habla en su carácter de unidad mínima del aspecto pragmático*, se convierte en un gran aporte para abordar la evaluación de lenguaje del paciente afásico severo que ha perdido la competencia comunicativa mínima indispensable para interactuar. Evaluarla y rehabilitarla, exige una dinámica distinta en que el análisis de los actos habla básicos en su ajuste con el contexto situacional (coherencia), resulta de suma utilidad.

Desde comienzos del año 2000, se inició en la Subsección Neurolingüística del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en conjunto con el Centro Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), un trabajo de investigación clínico interdisciplinario, fonoaudiológico y lingüístico (Abraham M. y Brenca, R. 2002, 2005, 2009a), que dio lugar al desarrollo de una línea de investigación denominada *Método ICRA¹: Investigación de la Competencia Comunicativa para la Realización de Actos de Habla* (Abraham y Brenca 2016), cuyo concepto central es el de *Circuitos Mínimos de Comunicación (CMC)*: es la competencia comunicativa elemental que desarrolla un sujeto a partir del uso de los actos de habla básicos (AHB), los cuales encarnan la intención comunicativa mínima indispensable para interactuar. Contar con un CMC implica que puede usar los AHB sin dificultad cada vez que la situación comunicativa se lo demande (Abraham y Brenca, 2002, 2013)

El Método ICRA se sustenta en un criterio de progresión. Fue ideado para implementarse en el marco de la evaluación fonoaudiológica neurolingüística. El marco teórico es el de la lingüística y la filosofía del lenguaje (Wittgenstein, 1922; Austin, 1962, Searle, 1969; Dell Hymes 1967; Halliday, 1978, 1989; van Dijk, 1972, 1978) y los estudios psicolingüísticos (Vigotsky, 1934), Bates, 1976; Bruner, 1984, 1986; Lucas, 1980). El objetivo es construir y validar instrumentos para evaluar el CMC en pacientes con compromisos del lenguaje. Se partió de la adaptación del concepto de acto de habla de Austin. Esto último se llevó a cabo redefiniendo la *funcionalidad de las fuerzas dentro de cada acto de habla* y con el desarrollo del concepto *de rasgo pragmático*, esencial para lograr el registro y análisis sistemático cuantitativo (Abraham y Brenca 2013, 2016)

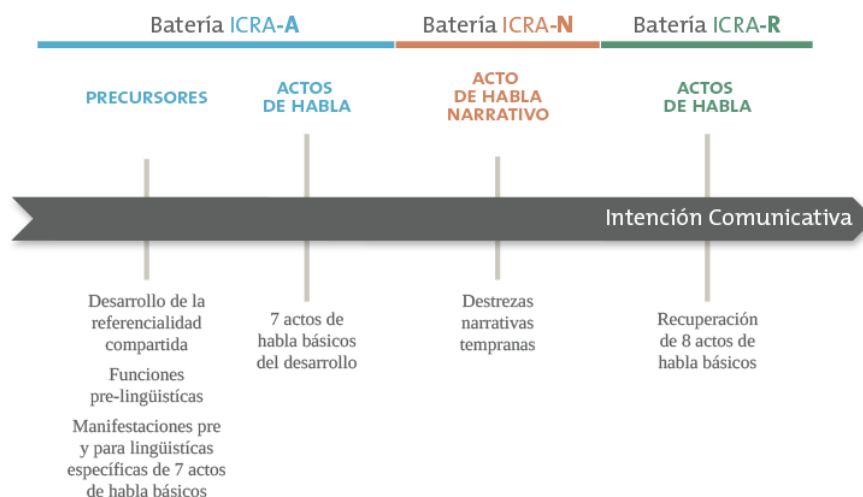
En relación al lenguaje infantil se creó y validó la (ICRA-A²) para evaluar el CMC a edades tempranas a partir de siete actos de habla básicos (AHB) y 6 dimensiones prelingüísticas. Consta de 4 instrumentos. Luego se desarrolló la **Batería ICRA-N (Abraham y Brenca 2009b; 2012 y 2016) para evaluar las destrezas discursivas descriptivas, narrativas y conversacionales básicas. Consta de 4 instrumentos. Se encuentra en proceso de validación**). Luego se desarrollaron conceptos propios del Método ICRA que permitieron implementar el abordaje terapéutico.

En relación al lenguaje adulto, se creó la Batería ICRA-R para evaluar de modo sistemático, cuanti y cualitativamente, el aspecto pragmático de paciente afásico severo de causa secuelear o degenerativa, dentro de la evaluación fonoaudiológica neurolingüística.

¹ www.metodoicra.com.ar

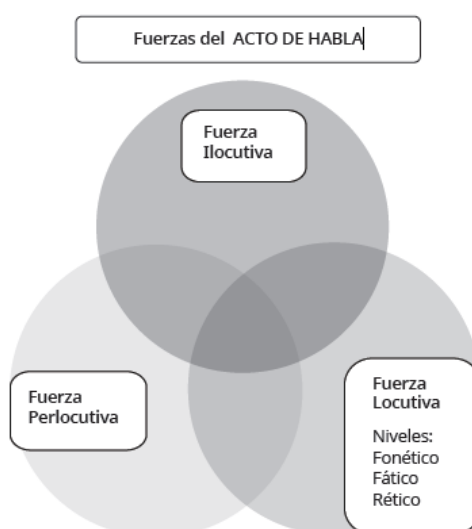
² Se obtuvieron valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos, de riesgo y también percentiles para la población control. A partir de valores de corte se determinó el nivel mínimo del desarrollo lingüístico pragmático, no verbal y verbal, esperable a los 2 años y medio. Dentro del Método ICRA, esto implica la competencia básica para interactuar de modo efectivo (Circuito Mínimo de Comunicación)

Figura 1
Baterías que conforman el Método ICRA



El aporte conceptual de Austin fue significativo para entender que cuando hacemos enunciados y comunicamos algo a un interlocutor, eso es mucho más que decir palabras y combinarlas correctamente. Estamos realizando algo. Austin destaca que “las palabras y los contextos en las que se dicen, hacen cosas. *“Hacer cosas con palabras”*”, concepto pensado por este destacado filósofo del lenguaje para analizar la comunicación en sujetos sanos tiene, a su vez, un gran valor para el análisis en pacientes con compromisos del lenguaje. Sin embargo, para su implementación clínica, nos vimos en la necesidad de hacer una adaptación. Con tal objetivo, se redefinió el *acto de habla* como “*la manifestación verbal, gramaticalmente completa, de la intención comunicativa del locutor, decodificada por el interlocutor como coherente con la situación comunicativa. Debe concordar con la expresión gestual realizada*”. Para su estudio, análisis y medición se desarrolló el concepto de *rasgo pragmático* basándonos en el concepto de rasgo fonológico. Al igual que sucede con el fonema, cada AHB tiene rasgos comunes y distintivos, los cuales, a la vez, se agrupan en paralingüísticos, lingüísticos y coherencia (Abraham y Brenca, 2013; Abraham *et al.* 2023)

Gráfico 1
Fuerzas de los actos de habla (adaptación en el Método ICRA)



Los AHB jerarquizan la producción verbal de los pacientes por su peso comunicativo más allá del vocabulario. Permite que el fonoaudiólogo no se detenga solo en la mera producción léxica de un sujeto con un compromiso del lenguaje, sino que analiza algo más importante: el impacto de funcionalidad comunicativa (Abraham y Brenca, 2013). Poder medirlo y también implementarlo en la rehabilitación permite analizar el rendimiento pragmático del paciente afásico que no tiene discurso, que perdió las habilidades conversacionales mínimas. El CMC es la competencia mínima que hay que tener previamente a conversar. Entendemos que cuando un paciente afásico pierde esa capacidad, es necesario evaluar y recuperar primero el CMC que le va a permitir activar la funcionalidad mínima comunicativa dentro de los formatos de interacción cotidianos. Le va a permitir “hacer mucho con un empleo económico de recursos fonológicos y léxico sintácticos”. Tiene alto impacto comunicativo con un uso mínimo lexical.

Los AHB son muy distintos entre sí. Lo que hace que un enunciado sea un determinado acto de habla y no otro es la conjunción de tres factores: 1) la forma lingüística con su contenido semántico y referencial, 2) el entorno o contexto y 3) la intención del emisor (Bach y Harnish 1979). Austin destaca que lo que todos los actos de habla tienen en común es la fuerza de la enunciación y hace referencia a términos como “acto ilocucionario”, “acto locucionario” o “acto locutivo” (y a la vez, dentro de estos hace una distinción entre “acto locutivo fonético, fáctico y rético”). Por otra parte, menciona la “fuerza ilocucionaria” como la doctrina de los distintos tipos de función del lenguaje (Austin, 1962). En la línea de este autor, se vio la necesidad de adaptar la forma de expresarlo para poder implementar mejor el acto de habla en la clínica fonoaudiológica. Se llevó a cabo del siguiente modo: hablar de acto de habla y de las tres fuerzas que siempre lo conforman: la *fuerza ilocutiva* (la intención comunicativa), la *fuerza locutiva* (la manifestación verbal de esa intencionalidad) y la *fuerza perlocutiva* (relacionada con lo que decodifica el interlocutor). Por otra parte, también se cambió el orden en que Austin las menciona, con el fin de enfatizar el orden en que consideramos se manifiestan las tres fuerzas en el desarrollo de la competencia comunicativa en el niño, con la siguiente progresión de aparición (Abraham *et al.* 2023). Esta adaptación permite un análisis sistemático (cuantitativo y cualitativo) en su implementación clínica, tanto para la evaluación como el tratamiento. (Abraham y Brenca (2013, 2016; Abraham *et al.* 2023)

En la literatura fonoaudiológica y neurológica se hace referencia a “pacientes afásicos severos” con un criterio amplio. Dentro de nuestra línea de trabajo, se parte de entender por fallas pragmáticas aquellas dificultades que impactan en el uso del lenguaje verbal y/o no verbal, que afectan su ajuste a la situación comunicativa (coherencia). A partir de este concepto, se considera que un paciente presenta un compromiso pragmático severo cuando no cuenta con los 8 AHB de Afirmación, negación, peticiones de objeto, acción, saludo, dar información y hacer preguntas (Abraham y Brenca, 2016). Entendemos que a los efectos de lograr más precisión en la evaluación, rehabilitación y seguimiento de los avances y retrocesos del paciente afásico es necesario determinar qué se entiende por fallas pragmáticas severas y establecer grados de severidad.

El objetivo del presente trabajo es describir el *análisispsicométrico* de la validación de los instrumentos que conforman la Batería ICRA-R, la graficación del perfil evolutivo pragmático en el paciente afásico severo y la clasificación de grados de severidad pragmática desarrollada dentro del Método ICRA a partir del concepto de CMC en la afasia.

MATERIALES, MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

La batería ICRA-R evalúa 8 AHB: afirmación, rechazo, llamado, saludo, pedido de objeto, pedido de acción, pedido de información (pregunta) y dar información. Cada AHB está conformado por tres fuerzas: ilocutiva, locutiva y perlocutiva y por sus rasgos (Abraham et al. 2013, 2023) que son sus elementos constitutivos mínimos. Está conformada por cuatro instrumentos:

Instrumento 1: Análisis y registro de los actos de habla básicos en pacientes con compromisos severos del lenguaje

Se implementa en pacientes afásicos ambulatorios que permitan ser filmados durante la evaluación, previa firma del *Consentimiento Informado*

Está conformado por una Hoja de Registro (Anexo 1) en la que se vuelca todo lo evaluado a partir de la implementación del *Guion* (Anexo 3). Consta de 55 ítems (escala Likert de tres puntos). Cada uno representa un rasgo pragmático. Cuenta con distintas categorías de respuesta (ausente, fugaz, sostenido; nunca, a veces, siempre) y 30 variables cualitativas nominales dicotómicas. Se analizan los *rasgos pragmáticos* agrupados en producción lingüística, paralingüística, la coherencia no verbal y la coherencia verbal. A partir de los resultados obtenidos se pueden determinar *Grados de Severidad Pragmática*.

Instrumento 2: Registro informal de actos de habla básicos en pacientes con compromisos severos del lenguaje (Anexo 2)

Es un registro que se implementa para el análisis de los mismos rasgos pragmáticos que conforman el Instrumento 1 a partir del uso del *Guion*, pero en pacientes cuya evaluación NO puede ser filmada. Consta de 56 ítems (escala Likert de tres puntos), con categorías de respuestas “*nunca, a veces, siempre*”; 44 variables cualitativas nominales dicotómicas”). El análisis se realiza a partir de lo grabado en audio. Se sigue una dinámica de evaluación más flexible

Guion: Dentro del Método ICRA se lo define como “*un formato semiestructurado, organizado a partir de tópicos preestablecidos, uso de sistemático de intermediarios y de estrategias dinámicas de inducción y sabotaje para la elicitación de ocho AHB: afirmación, rechazo, llamado, saludo, pedido de objeto, pedido de acción, pedido de información y dar información nueva*”. Es la definición de *Guion* dentro del evento de la instancia de evaluación clínica de variables pragmáticas. Fue sometido al proceso de validación y confiabilidad para constatar si la dinámica guionada y los recursos implementados permitían elicitar los AHB en sujetos sin patología.¹

Cuestionario CCA (Anexo 4): Sondea la *Competencia Comunicativa Actual* del paciente a partir de la percepción que tienen los cuidadores de la comunicación básica del paciente afásico severo en la etapa mórbida. Aporta información subjetiva que se va a considerar para dar pautas y modelado a los *referentes de interacción* del paciente. Consta de dos bloques temáticos: *AHB e intención comunicativa*. Está conformado por 16 ítems.

¹ Tanto para el Instrumento 1 como para el Instrumento 2 se implementa el mismo GUION. Cada uno tiene su propia Hoja de Registro

Cuestionario CCP (Anexo 5): Sondea la *Competencia Comunicativa Premórbida* del paciente afásico partir de la percepción que tienen los cuidadores de las habilidades comunicativas con la que contaba el paciente antes del compromiso del lenguaje. Está conformado por 19 preguntas.

Procedimiento para la implementación del Instrumento 1

La evaluación requiere el uso del *Guion* que tiene como objetivo organizar el proceso de elicitación de los ocho AHB en el marco de una evaluación fluida y controlada a la vez. Durante la evaluación, se propicia una interacción dinámica buscando que los participantes se involucren activamente. El *Guion* está conformado por los siguientes tópicos: saludo, llamado de un tercero (previamente informado), datos personales o autobiográficos, confort /disconfort. Está diseñado como un script de teatro para que se propicien los 8 AHB, con determinadas estrategias y recursos materiales (intermediarios). Los conceptos de *Comodidad Comunicativa*, *Referente de Interacción* y *Tiempo Protegido Pragmático* son relevantes para llevarla a cabo de un modo ecológico.

- **Comodidad Comunicativa:** *Es la condición básica para que un sujeto de cualquier edad, tenga la disposición para interactuar con un interlocutor, es decir, para manifestar de modo espontáneo su intención comunicativa de modo verbal o no verbal.* Si bien este concepto se focaliza dentro del Método ICRA para su implementación en el marco de la evaluación y abordaje terapéutico pragmático, entendemos que es una condición propia de toda interacción comunicativa espontánea efectiva. Puede verse afectada, en distintos grados, en todo sujeto que sea selectivo en el momento de comunicarse. Esta característica identificada como *Selectividad Comunicativa* puede estar presente en sujetos con o sin compromisos del lenguaje (Ej. timidez, temor a dejar de manifiesto una dificultad para hablar, etc.). Es diferente al diagnóstico de Mutismo Selectivo (Abraham y Brenca, 2016).

- **Referente de Interacción:** *Es aquella persona con la cual el paciente pudo construir un canal de comunicación afectivo-vincular que le permite estar cómodo, en situaciones de la vida diaria, para interactuar a pesar de tener dificultades para hablar.* El fonoaudiólogo no es el referente de interacción del paciente. Por otra parte, ningún vínculo, por sí mismo, instala a cualquier familiar, amigo o cuidador en ese papel. Su identificación o búsqueda es un objetivo dentro del plan de tratamiento para abrir o recuperar el CMC. Dentro del Método ICRA éste es un factor esencial para el pronóstico terapéutico y está muy vinculado con el de comodidad comunicativa, calidad comunicativa e intensidad conceptual. (Abraham y Brenca 2016).

- **Tiempo Protegido Pragmático:** La pragmática se interesa por el modo en que el contexto influye en la interpretación del significado. El contexto debe entenderse como situación, ya que puede incluir cualquier aspecto extralingüístico: situación comunicativa, conocimiento compartido por los hablantes, relaciones interpersonales, etc. El concepto de *tiempo protegido pragmático* vincula los conceptos de "contexto" de la lingüística pragmática, *Comodidad Comunicativa* y *Referente de Interacción*. Es un tiempo destinado para interactuar con un interlocutor, dentro de un espacio organizado, libre de interferencias. Implica generar una situación de comunicación con atención sostenida y disponibilidad emocional, en el marco de una dinámica que aliente el uso del lenguaje verbal y no verbal. Se elige estar con el otro con una escucha activa, libre de otros estímulos que puedan dividir la atención o interrumpir la interacción que se está construyendo. Propicia que la fuerza perlocutiva se active en los formatos de interacción a partir de la intencionalidad del otro (*fuerza ilocutiva*) expresadas desde el gesto o la palabra (*fuerza locutiva*).

La evaluación va a girar en torno a 8 AHB. La forma de elicitarlos va requerir ajustes tanto en función del contexto como de las posibilidades físicas y cognitivas del paciente: grado de movilidad; nivel de alerta; fallas auditivas y/o visuales y si cuenta con los recursos necesarios para compensarlas (ej. audífonos, anteojos, etc.); presencia de hemiparesia o hemiplejía; apraxia o dispraxia ideomotora (signo muy importante a tener en cuenta como variable pronóstico para el tratamiento, al considerar al gesto como probable precursor del acto de habla, entre otras comorbilidades). Todos estos datos son registrados como información complementaria cualitativa.

El evaluador genera las condiciones para que el paciente manifieste su intención comunicativa a partir de necesidades comunicativas que perciba como reales (Ej. que requiera *pedir un objeto o alguna acción, pedir una información* (preguntar), expresar algo que considere una información a transmitir (*dar Información*), ya sea en forma espontánea o ante una pregunta que le realice el evaluador; saludar ante situaciones naturales de inicio y conclusión de la evaluación (*Saludo*), rechazar o asentir ante algo puntual (*Negación y Afirmación*). Se emplean diferentes estrategias, pero especialmente, la de sabotaje (Ej. el evaluador finge que no sabe algo para que el paciente le dé información u oculta algo que el paciente necesita para propiciar que pregunte dónde está, induciendo a que llame a un tercero y también que responda al saludo, etc.). Siguiendo la dinámica propia de cualquier interacción, al comienzo y al final de la evaluación se intenta la elicitación del AHB de *Saludo*. Luego, se propiciará actos de habla de *Dar Información* a partir de preguntas relacionadas con datos y gustos personales del paciente. Antes del cierre de la evaluación se genera una situación en la que el cuidador o familiar participa para propiciar el AHB de *Llamado*. La parte central de la evaluación va a girar en torno al uso de “Intermediarios”: objetos específicos tales como fotos, pertenencias que suelen usar los pacientes (Ej. anteojos, bastón, etc.) y otros elementos que provee el evaluador (Ej. papel, figura geométrica). También elementos del contexto vinculadas con confort/disconfort (luz, calor, ruido del ambiente, ubicación, etc.), presentación de objetos saboteados (Ej. birome sin tinta), consignas imprecisas (Ej. Darle una figura y no decirle nada en relación a lo que tiene que hacer). Cabe destacar que la estructura conceptual a partir de los 8 AHB va a permitir al evaluador aprovechar situaciones que puedan surgir de modo espontáneo para su elicitación, más allá de las constitutivas del *Guion* (Ej. preguntarle o dejar que pregunte ante algo imprevisto o una necesidad real que pueda surgir). Siempre se realiza un registro de toda la evaluación para poder analizar las variables evaluadas. Cuando están las condiciones para poder filmar, previa firma del Consentimiento Informado, se implementará el Instrumento 1. Esto permitirá el registro y análisis sistemático de los AHB y una valoración cuantitativa¹. Todo lo evaluado se vuelca en la hoja de registro del instrumento correspondiente. Cada AHB se analiza como una dimensión conformada por rasgos pragmáticos, concepto clave para la medición sistemática y graficar su rendimiento (*Curva del Perfil de Evolutividad*). Esta medición del CMC permite analizar la evolutividad dentro de la severidad de paciente afásico. Determinar qué actos de habla están preservados y cuáles no, en la evaluación inicial. También, luego del abordaje terapéutico, analizar en las siguientes reevaluaciones si ha habido cambios y de qué tipo. Contribuye, de esta forma, para identificar cuán lejos o cerca está el paciente de recuperar o perder el CMC, es decir, establecer el *grado de severidad pragmática* (Abraham *et al.* 2019)

A partir de la evaluación sistemática se delinean objetivos focalizando en los 8 AHB para **restaurar una comunicación mínima efectiva** que le permita al paciente “con poco hacer mucho”, es decir, lograr una calidad comunicativa mínima (no verbal y/o verbal) para llevar a cabo interacciones efectivas básicas: hacer una afirmación, un rechazo, saludar, dar y pedir información, pedir objetos e información. Todos conforman la base de la dinámica comunicativa

Análisis psicométrico del Instrumento 1 Batería ICRA-R

Previamente al análisis psicométrico, se llevaron a cabo pruebas piloto para depurar los instrumentos ya desarrollados e implementados en la clínica. También para probar la aplicabilidad de los nuevos instrumentos que se iban delineando. Se testearon las fortalezas y debilidades de las estrategias, dinámicas y materiales elegidos para elicitación de los 8 AHB en un espacio clínico. Se efectuó el análisis de la validez teórica de contenido y aparente de cada instrumento, se delimitaron y operativizaron las variables para su uso clínico, destacándose la eliminación y/o discriminación de los ítems que presentaban ambigüedad y/o vaguedad lingüística y la revisión de las categorías de respuesta. El proceso total, desde la creación de todos los instrumentos, la realización de pruebas piloto hasta la conclusión de la validación transcurrió desde el año 2012 al 2023.

Población

Estuvo conformada por pacientes afásicos (grupo de patología: GP) y por sujetos con rendimiento típico (grupo control: GC). En el GP se incluyeron pacientes jóvenes o adultos (muestreo consecutivo) derivados a la Subsección Neurolingüística del Servicio de ORL y Fonoaudiología del Hospital Italiano de Buenos Aires por presentar un compromiso del lenguaje severo, de causa secular o degenerativa. A todos los pacientes se les realizó una evaluación neurolingüística dentro de la cual se implementó la Batería ICRA-R. Todos contaron con controles auditivos y con los estudios complementarios necesarios para arribar al diagnóstico del lenguaje. El GC estuvo conformado por sujetos jóvenes (a partir de 18 años) o adultos sin compromisos del lenguaje, psíquicos ni cognitivos (se les tomó el MMSE Folstein). Todos contaban con independencia en la vida diaria y con un desempeño social acorde a lo esperable para su edad. En relación a la heterogeneidad etiológica y etaria de la población de estudio, cabe destacar que no influye en el perfil pragmático de los pacientes cuando se analiza el CMC dado que se evalúan 8 actos de habla básicos que se desarrollan a edades tempranas, con poca exigencia lingüística, de alta frecuencia de uso y que no se ven afectadas por el nivel educativo ni la edad. Tanto en pacientes con etiología seculares como degenerativas impacta de modo similar y esto sucede en cualquier edad. Lo que cambia en relación a la etiología es la evolutividad de la capacidad de recuperación del CMC

Tabla 1
Caracterización de los grupos control y patológico

Grupos	n %	Femenino (n, %)	Masculino (n, %)	Edad Media +- DS (min-máx.)
GP	43; 58.9%	20; 46.5%	23; 53.5%	69.0 +-16.1 (27-94)
GC	30; 41.1%	13; 43.3%	17; 56.7%	42 +-19.2 (18-84)
TOTAL	73; 100%	33; 45.2%	40; 54.8%	57.8+-21.9 (18-94)

Todos los participantes de ambos grupos pertenecían a un nivel sociocultural medio, lo cual se estableció en función de la cantidad de años de estudio, siendo el promedio 12 años. En todos los casos se contó con la firma del Consentimiento Informado y el asentimiento del paciente. La Batería ICRA-R fue administrada por fonoaudiólogos

¹ En caso contrario, se realiza un registro sólo de audio y se efectuará un análisis cualitativo implementando el Instrumento 2.

neurolingüistas formados en los conceptos teóricos y prácticos necesarios para su aplicación. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires (CEPI) en septiembre del 2016 y la validación concluyó en septiembre del 2023¹. Criterios de exclusión: Guiones o registros incompletos.

Análisis de la validez y confiabilidad

Se llevó a cabo la validez mediante el análisis de la Validez por Expertos (GC) y el Análisis Factorial y Extracción por Componentes Principales (GP)

La Validez por Expertos tuvo como objetivo constatar si el GUIÓN permitía elicitación de los 8 AHB en los sujetos que conformaron el grupo control usando las mismas estrategias, los mismos recursos (materiales) y controlando las variables del contexto de evaluación siempre de la misma manera. Con ese objetivo se implementó en 20 sujetos sanos y se sometió a un proceso de valoración a cargo de 4 expertos. Toda la dinámica fue filmada. Los 4 expertos analizaron, registraron y cuantificaron lo observado. Todo fue volcado en el sistema estadístico SPSS.

Al realizar un primer análisis, se obtuvo un grado de acuerdo significativo excepto para el AHB de *Pedido de Acción* (48,3%) lo cual impactaba negativamente en el grado de Acuerdo Global (76,7%). Se hizo una revisión de las filmaciones de las evaluaciones realizadas. Se identificó que, si bien el GUIÓN buscaba propiciar peticiones, predominante elicitaba el AHB de *Pedido de Objeto*. Se resolvió desarrollar estrategias más precisas a partir de la selección de verbos de acción de uso posible o frecuente en la dinámica paciente-fonoaudiólogo. Se eligieron verbos como *abrir, pedir, alcanzar, sostener, traer, firmar* etc. Se introdujo un nuevo recurso: una planilla en la que el evaluador va ingresar información que le va a solicitar al paciente. Se propicia que el paciente le consulte al acompañante. Esta simulación da lugar a elicitación de una forma más natural el AHB de *Llamado* al tener el paciente que convocar al cuidador y luego los AHB de *Pedido de Acción*.

Se mejoró la forma de propiciar el AHB de *Saludo*. Se acordó que debía hacerse al comenzar y al finalizar la evaluación para poder contar con dos instancias posibles en las que el paciente lo pudiera realizar. También se determinó el modo de hacerlo (Usar “*Hola*” y no expresiones como “¿*Cómo está?*”; “*Adiós o Chau*” y no expresiones como “*Nos vemos*”)

Por otra parte, se precisaron los criterios sobre el modo de filmar destacándose que al ser una evaluación de la competencia pragmática siempre tiene que estar filmada la dinámica de interacción: diada (paciente-evaluador; paciente-cuidador) o triada: paciente-evaluador-cuidador). Es condición para llevarse a cabo la evaluación que esté presente un familiar o cuidador.

Se implementaron estas estrategias y, con los resultados de los nuevos registros realizados, se analizó la Validez por Expertos por dominio en 32 sujetos sanos. Se constató que mejoró la elicitación del AHB de *Pedido de Acción* y permitió discriminar con más claridad el AHB de *Pedido de Objeto* del AHB de *Pedido de Acción*.

A partir de este GUIÓN calibrado se continuó analizando en el GC, en esta instancia conformado por 30 sujetos, la Confiabilidad del Instrumento 1 mediante la comparación de diferencias intra sujetos para cada juez (4 jueces) por ANOVA de medidas repetidas a partir del análisis de los puntajes promedios de los distintos dominios o AHB: Anova de medidas repetidas para comparar entre grupos iguales. Es decir, el mismo sujeto analizado por cada

¹ Los resultados de la validación fueron presentados en el XV Congreso de Neuropsicología - Sonepsa. Noviembre 2023. Buenos Aires, Argentina

evaluador. El objetivo era constatar si todos los evaluadores analizando los mismos sujetos, miden y registran lo mismo en los rasgos pragmáticos de cada uno de los 8 AHB (calibración).

En cuanto al GP, estuvo conformado por 43 pacientes afásicos. Se realizó el Análisis Factorial y Extracción por Componentes Principales con rotación Oblimin con normalización de Kaiser y Extracción por Componentes Principales. También se efectuó el análisis de la Consistencia Interna (Alfa de Cronbach)

Para estudiar la Validez de Constructo, se analizó la estructura factorial mediante el procedimiento de extracción de componentes principales y aplicación sobre la estructura inicial resultante de rotación Varimax con Kaiser para detectar posibles covariaciones que den razón de la estructura dimensional de primer orden. Previamente, se constató la adecuación muestral a los procedimientos de análisis factorial utilizados a través de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y el test de esfericidad de Bartlett.

Con el objetivo de medir y graficar el rendimiento del paciente en la evaluación inicial del CMC y durante el tratamiento, se buscó obtener una curva basal y de evolutividad a partir de los puntajes obtenidos para cada AHB y el puntaje total de los 8 AHB. Por otra parte, también establecer *Grados de Severidad Pragmática* del CMC tomando GC (30 sujetos) y GP (43 afásicos severos) y estudiar la relación entre estas valoraciones obtenidas y los grados de severidad establecidos en el MMSE (Folstein *et al.* 1975).

Respecto de los instrumentos creados para obtener información sobre la percepción que tienen los cuidadores y familiares del paciente, tanto el de Competencia Comunicativa Actual (CCA) como el de Competencia Comunicativa Premórbida (CCP) se sometieron a la Validación por Expertos.

RESULTADOS

A partir de la Validación por Expertos se ajustó el *Guion* para la elicitación del acto de habla de *Pedido de Acción*, llegando a un Acuerdo Global >93,0%. El Acuerdo entre Evaluadores fue >85% para cada AHB (Kappa de Fleis) El valor Kappa para los *rasgos pragmáticos* fue >95%. Al comparar los 8 AHB los coeficientes de correlación intraclase fueron =0,900 (IC95%: 0,791-0,957) Este *Guion* corregido evidenció una optimización de la elicitación para las peticiones. Se obtuvo un acuerdo alto para el *Pedido de Acción* (97, 8%) que impactó positivamente en el grado de Acuerdo Global (93,1%)

Se realizó la evaluación de Acuerdo entre Investigadores a partir del análisis de los puntajes promedios de los distintos dominios de los AHB. Al comparar las diferencias intra sujeto para cada evaluador, en total 4 (ANOVA de medidas repetidas), resultó sin diferencias estadísticamente significativas en los 8 AHB. La consistencia interna del instrumento en GP fue de 0,966 (Alfa de Cronbach).

El analizar cada AHB por dominio permitió identificar los ítems cuya expresión verbal era poco precisa. Se procedió a modificar la estructura gramatical para la variables paralingüísticas y lingüísticas de los AHB de *Afirmación*, *Rechazo*, *Saludo* y *Llamado*. Se logró mayor claridad la cual se reflejó en la disminución de dudas en los evaluadores tanto en la instancia de evaluar como de registrar (Instrumento 1). Lo mismo sucedió con las preguntas de los Cuestionarios CCA y CCP a partir de las modificaciones sugeridas por los expertos, fortaleciendo a ambos instrumentos de sondeo de percepción de la competencia comunicativa del paciente por parte de los cuidadores.

Se obtuvieron indicadores de las fortalezas y debilidades del *Guion* (intermediarios y estrategias). En una primera instancia se obtuvo un grado de acuerdo bajo entre jueces para el AHB de *Pedido de acción* (48,3%). / Acuerdo Global =76.7%. A partir de los resultados obtenidos, se identificó que había poca diferenciación en la modalidad de elicitación de *Pedidos de Objeto* y *Pedido de Acción*. Se realizaron modificaciones en el *Guion*, optimizando la elicitación de ambos actos de habla, su identificación al analizar la filmación de la evaluación realizada y su registro. Se obtuvo un Acuerdo Global= 93,1%

En una segunda etapa, con el objetivo de calibrar la medición del instrumento a partir de la aplicación del *Guion* ajustado y del Registro (Instrumento 1), se implementa en esta misma población, se analizó la Confiabilidad midiendo el grado de acuerdo entre 4 evaluadores. El Acuerdo entre Evaluadores fue > 85% para cada AHB (Kappa de Fleis). El valor Kappa para los rasgos pragmáticos (categorías de respuesta con puntaje 1 - 2 - 3) fue > 95,0%.

Para analizar el acuerdo entre los 4 evaluadores en relación a los puntajes de cada uno de los 8 AHB y el puntaje total, se utilizó el análisis inter-observador aplicando correlaciones intraclases, que permite ver cuánto coincide el puntaje de cada AH entre los 4 evaluadores. Al comparar los 8 AHB los coeficientes de correlación intraclase fueron = 0,900 (IC95%: 0,791-0,957). Se analizó el grado de acuerdo entre evaluadores a partir de los puntajes promedios estadísticos (medias e intervalos de confianza) que se obtuvieron en cada uno de los AHB y en su comparación entre los 4 evaluadores. Se aplicó ANOVA de medidas repetida: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los 8 AHB.

La Consistencia Interna del Instrumento 1 en el GP fue de 0,966 (Alfa de Cronbach). Se analizó para cada dimensión (AHB) y para el puntaje total. Los resultados evidenciaron que las respuestas no fueron al azar, mostrando una correlación entre las respuestas de cada sujeto y dentro de cada AHB.

Tabla 2
Consistencia interna (Confiabilidad) para cada dimensión (AHB) y para el puntaje total

AHB	Alfa de Cronbach	N° de Ítems
Afirmación	0.917	7
Negativa o Rechazo	0.866	7
Llamado	0.976	7
Saludo	0.984	7
Pedido De Objeto	0.963	9
Pedido De Acción	0.986	9
Pedido De Información	0.933	9
Dar Información	0.837	7
Puntaje Total	0.966	62

Tabla 3
Análisis Factorial KMO y prueba de esfericidad de Bartlett

Medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0.879
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	239.954
	gl	28
	Sig.	<0.001

En cuanto al análisis factorial, para determinar el número de factores se han considerado autovalores > 1. La solución factorial (tablas 3, 4 y 5) reveló una dimensión principal capaz de explicar un 60,6% de la varianza. Junto a ese factor, aparece un segundo factor que explica un 13,5% de la varianza. Por lo tanto, se tomaron 2 componentes con un total de la varianza explicada del 73,94%. Los resultados obtenidos cercanos a 1 y un valor de p significativo explica que hay correlación entre los AHB que se vincularon y los agrupó en 2 componentes:

- Componente 1: AHB *Afirmación, Rechazo, Saludo, Pedido de Información y Dar información.*
- Componente 2: AHB *Llamado, Pedido de Objeto y Pedido de Acción.*
-

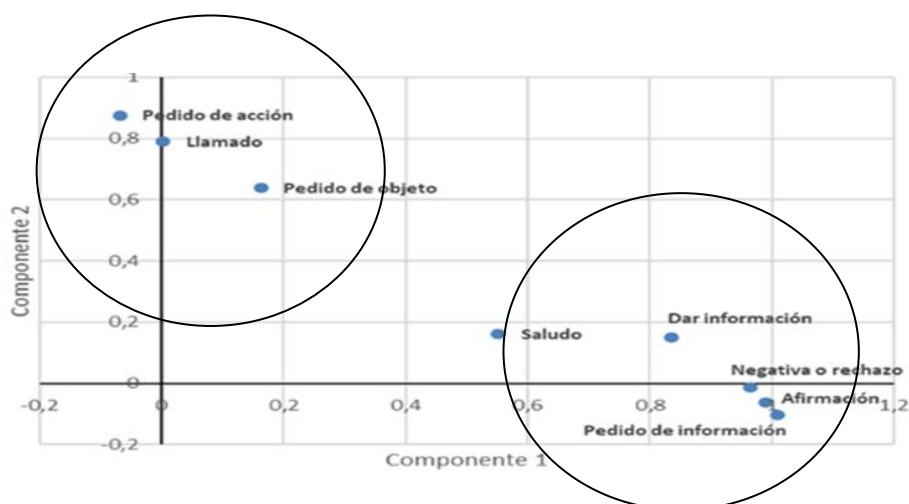
Tabla 4
Matriz o estructura de los componentes (8 AHB)

Autovalores Iniciales			
Componente	Total	% De varianza	% Acumulado
1	4.847	60.591	60.591
2	1.068	13.345	73.396

Tabla 5
Matriz o estructura de los componentes para los 8 AHB

AHB	Componente 1	Componente 2
Afirmación	0.957	-
Negativa o Rechazo	0.958	-
Llamado		0.790
Saludo	0.639	-
Pedido de Objeto	-	0.727
Pedido de Acción	-	0.839
Pedido de Información	0.954	-
Dar Información	0.917	-

Gráfico Nro. 2:
Componente en espacio rotado

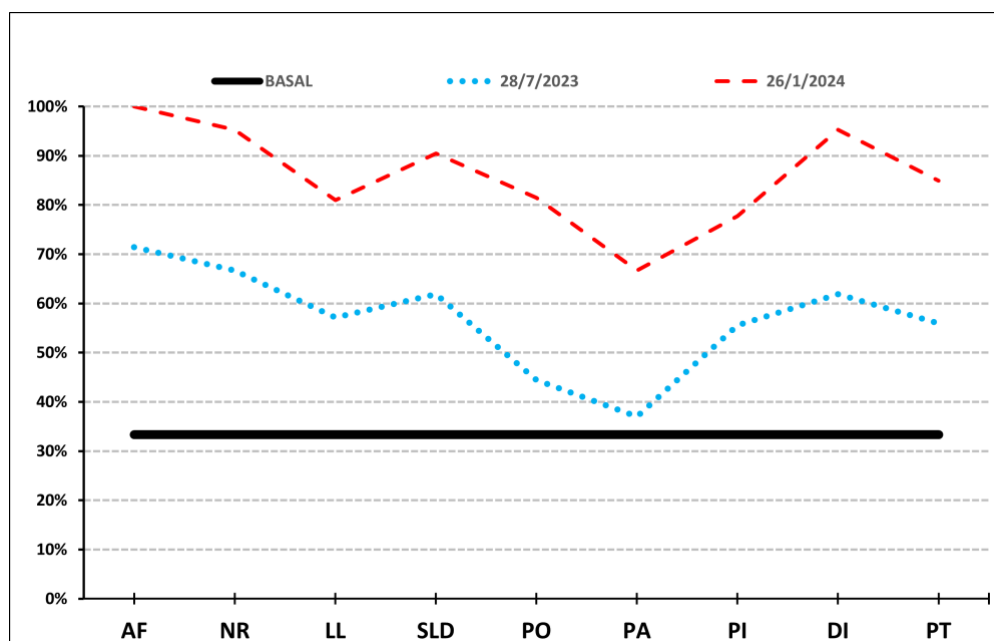


Nota: Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

La medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,879; test de Esfericidad de Barlett fue de 1140.047 ($p < 0,001$). El método Oblimin indicó 8 factores que señalan un 92,14 % de la varianza explicada, indicando que la variabilidad del constructo se explica con los 8 AHB. Estos resultados validan el análisis factorial realizado ya que logra un valor cercano a 1 y un valor de p significativo, evidenciando su fortaleza.

En el GC se constató que el *Guion* propició que los sujetos usaran los 8 AHB en reiteradas ocasiones durante la interacción generada. La elicitación en sujetos sanos resultó muy dinámica, pudiéndose completar en un tiempo significativamente más breve que en el GP. El registro (Instrumento 1) permitió cuantificar con sistematicidad los rasgos pragmáticos constitutivos y distintivos de cada AHB en ambos grupos. A partir de los puntajes de cada dominio, es decir, cada uno de los 8 AHB y el puntaje total, se determina un perfil basal y la evolutividad del seguimiento graficado en curvas.

Gráfico Nro. 3
Perfil de evolutividad del CMC (Bacteria ICRA-R)



Nota: Línea negra- Puntaje Basal (Puntaje 62) Es el mínimo que puede obtener cualquier sujeto. El instrumento está conformado por 62 rasgos pragmáticos que cuentan con categorías de respuestas cuyos puntajes son 1-2-3

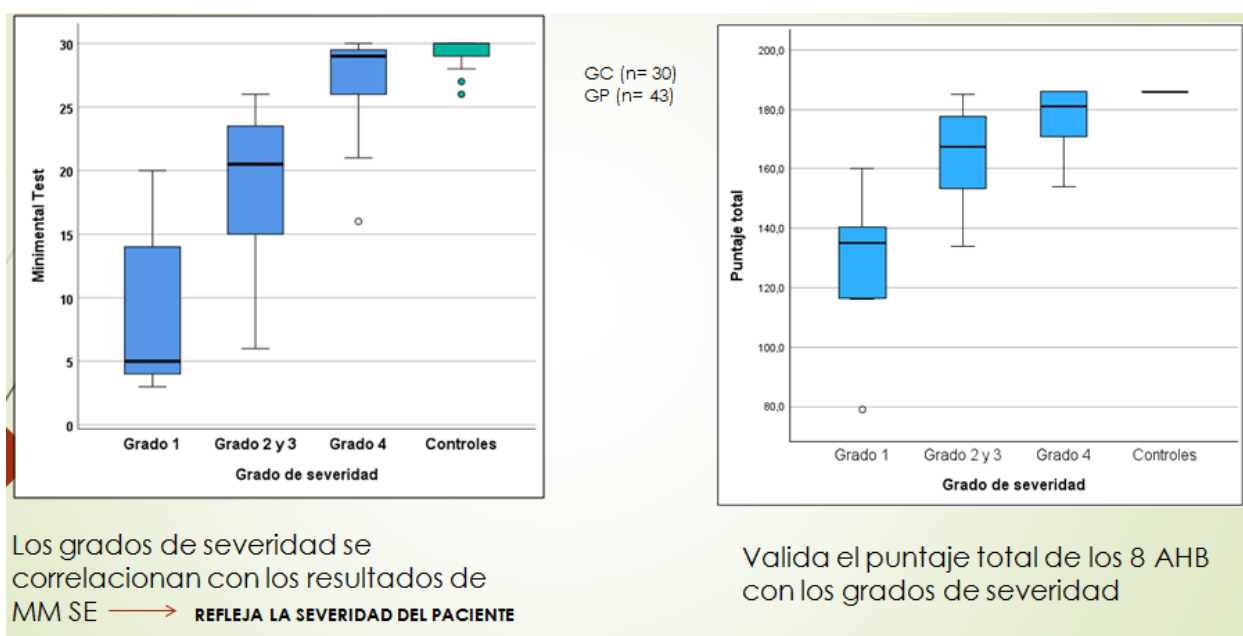
A partir del proceso de validación se llevó a cabo una revisión de los *grados de severidad pragmática* publicados en el año 2019 (Abraham *et al.* 2019). Se continúa teniendo en cuenta los rasgos pragmáticos de cada uno de 8 AHB y cuatro grados de valoración, pero fue necesario ajustar lo siguiente: detallar y precisar en la *Valoración 1* rasgos paralingüísticos para visualizarlos e identificarlos mejor dentro de la sintomatología afásica; en la *Valoración 2, subnivel C*, se sacó el AHB de *Pedido de Acción* para pasar a analizarse dentro de la *Valoración 3*, a la cual se le incorporó un tercer nivel; en la *Valoración 4*, se destacó que está conformado por los 8 AHB y la capacidad de usarlos cada vez que la situación comunicativa lo demande (Ver anexo 6)

Se sigue dentro de los grados de severidad pragmática, un criterio de progresión de complejidad (de los AHB más básicos, a los más desarrollados). Permite registrar las variaciones que se presentan dentro de la severidad debido a recuperaciones espontáneas, avances a partir del trabajo terapéutico o deterioros propios del cuadro de base. Tener en cuenta modificaciones mínimas vinculadas con el rendimiento pragmático básico no verbal y lingüístico en la etapa de severidad contribuye para delinear objetivos específicos terapéuticos más precisos e identificar con claridad los puntos de meseta, avance e involución.

A la vez, los grados de severidad pragmática obtenidos con el Instrumento 1 de la Batería ICRA-R en el GP, correlacionaron con los grados de severidad del MMSE (Folstein *et al.* 1975) obtenidos en el mismo grupo. Estos resultados podrían implicar que los niveles de severidad pragmática descriptos en el GP, se asociaría con el grado de severidad neuropsicológica cognitiva del paciente. Sabemos que este screening es un instrumento fuertemente mediado por el lenguaje expresivo y comprensivo y que, por ende, en pacientes afásicos severos secuelares es factible una puntuación baja por su déficit lingüístico y no neuropsicológico. Estos resultados los entendemos propios de un trabajo preliminar con todas las limitaciones que esto implica en esta etapa del proceso de estudio. Consideramos necesario en futuras investigaciones poder analizar los puntajes obtenidos con el MMSE asociándolos a la curva de evolutividad del CMC discriminándolos pacientes secuelares de los degenerativos.

Gráfico 4:

Relación entre grados de severidad para el MMSE y para el puntaje total del Instrumento 1



DISCUSIÓN

La aplicación de la teoría de los actos de habla en la atención clínica fonoaudiológica neurolingüística es, a nuestro entender, relevante para implementar en pacientes con compromisos severos de la comunicación. Dentro de nuestra línea de trabajo estos serían los pacientes que no cuentan con el CMC. Evaluarlos exige una dinámica distinta en la que resulta de suma utilidad el análisis de los AHB con los *rasgos pragmáticos* que lo conforman. Lo hemos constatado a partir de prácticas basadas en evidencia durante más de quince años, tanto en afásicos severos que han perdido ese CMC (Abraham y Brenca, 2016; Abraham *et al.*, 2019) como en niños que aún no lo pueden desarrollarlo (Abraham y Brenca, 2002, 2005, 2009, 2013, 2016, 2023).

Lo expresivo no se abarca como un factor gramatical sino como la expresión verbal mínima de la intención comunicativa. Al tratarse de AHB, la producción esperable es mínima (Ej. “dame agua” (*Pedido de Objeto*), “tengo frío” (*Dar Información*), “abrí la puerta” (*Pedido de Acción*), “no” / “no quiero” (*Rechazo*), “sí” (*Afirmación*), “¿Qué es esto?” “¿Dónde está Juan?” (*Pedido de Información*), “Hola” / “chau” (*Saludo*), “Vení” (*Llamado*). Si las analizamos del punto de vista meramente verbal, impresiona que es muy poca, pero esto cambia sustancialmente si vemos el inmenso impacto comunicativo que tienen esas expresiones para el paciente para interactuar. Esto es así, en gran medida, porque al poder ponerlas en uso se activa la *fuerza perlocutiva* en sus familiares y cuidadores. Las tres fuerzas del acto de habla se activan y potencia la dinámica propia de la interacción, aunque lingüísticamente la producción sea muy poca.

Los resultados del análisis psicométrico relacionados en la Batería ICRA-R en relación a la Confiabilidad (Alpha de Cronbach) del Instrumento 1 (GUIÓN y Registro) evidenciaron un índice de consistencia interna que confirma que los ítems que lo conforman son homogéneos y se correlacionan entre sí y que las respuestas no son al azar (correlación entre las respuestas de cada sujeto y dentro de cada AHB). Tanto en la Validez por Expertos realizada en el GC, como el Análisis Factorial y Extracción por Componentes Principales en el GP, se obtuvieron resultados que confirman que el instrumento mide lo que se busca medir: 8 AHB conformados por rasgos pragmáticos que los diferencian entre sí y también que están relacionados (cada AHB es una dimensión).

Con respecto a la Validez de Constructo, resultó estadísticamente significativa la Prueba de Esfericidad de Bartlett. Los resultados pusieron de manifiesto que las dimensiones están intercorrelacionadas y que se reagrupan en dos componentes. Los AHB de *Pedido de Información* conformaron el componente 1 junto con *Saludo*, *Afirmación*, *Rechazo* y *Dar información*. La agrupación de estos tres últimos es esperable dado que la Afirmación y el Rechazo también puede expresar mínima el *Dar información*. Si bien el *Saludo* se agrupó dentro de este componente, también se posiciona próximo al componente 2; se infiere que es un AHB que comparte rasgos entre una petición y dar información. Los AHB *Pedido de Objeto* y *Pedido de Acción* junto con el *Llamado*, conformaron el componente 2. Esta agrupación es esperable dado que el AHB *Llamado* es un tipo de *Pedido de Acción*.

Vemos relevante el haber podido lograr la *graficación de una curva del perfil basal y de la evolutividad del CMC en la afasia severa secular o degenerativa*, a partir de los puntajes de cada uno de los 8 AHB y el puntaje total, no de percentiles. Su aporte reside en dejar de ver a la severidad en un sentido amplio tal como sigue predominando en la literatura neuropsicolingüística dado que permitir medir y visualizar cuán lejos o cuán cerca está el paciente de recuperar o perder el CMC. Esta medición refleja si el paciente está avanzando, se está amesetando o se está deteriorando dentro de su severidad en reevaluaciones subsiguientes

Por otra parte, tal como hemos expresado anteriormente, el Método ICRA tiene como concepto central el de CMC. Entendemos relevante el que hayamos podido identificar, a partir de las validaciones de la Batería ICRA-A e ICRA-R, factores que comparten el CMC a edades tempranas con el CMC del afásico severo que nos parece relevante detallar. En la validación de la Batería ICRA-A (evalúa el CMC a edades tempranas), si bien se obtuvieron 3 componentes en vez de 2, también se agruparon los AHB de *Pedido de Objeto*, *Pedido de Acción* y el *Llamado* en un componente y en otro, se agruparon el *Pedido de Información* y *Rechazo* (Abraham y Brenca, 2013, 2014) pero en la Batería ICRA-R también se correlacionaron con estas dimensiones *Dar información*, *Afirmación* y *Saludo*.

Al llevar a cabo el análisis de la Confiabilidad mediante el Acuerdo entre Expertos, se pudo constatar que a los evaluadores les resultaba difícil diferenciar cómo elicitarse el AHB de *Pedido de Acción* sin que se solapara con el de *Pedido de Objeto*. Con adultos, sucedió lo mismo. Por ende, fue necesario en ambos procesos de validación revisar las estrategias de elicitación para hacer dinámicas distintas para elicitar de modo más preciso el AHB de

Pedido de Acción. En adultos implicó usar también la estrategia de sabotaje, pero con recursos muy distintos a los implementados a edades tempranas.

Un factor común que se observó en ambas poblaciones de GC es que, tanto los niños con desarrollo típico como los adultos mayores sanos, tienden a no querer pedir ayuda para llevar a cabo una acción. Se infiere que, en el caso de los niños pequeños, no quieren pedir que el adulto haga una acción por ellos (Ej. abrir una caja) porque quieren demostrar que *“ya pueden hacerlo solos”*. En los adultos mayores sanos, sucedería lo mismo, pero porque quieren demostrar que *“aún pueden hacerlo solos”*.

En relación a los AHB de *Afirmación* y *Rechazo* analizados en los sujetos sanos del GC se pudo identificar una diferencia llamativa vinculada con la variable de *Comodidad Comunicativa* que nos permite, de alguna manera, entender el aspecto pragmático del lenguaje en el rendimiento típico. El AHB de *Rechazar* en el adulto implica que el locutor es conciente que va a expresar algo que él piensa que es contrario a lo que el interlocutor espera escuchar. Ante esta posibilidad se genera una incomodidad que el locutor pareciera querer atenuar. Esto se vio reflejado en la gran variedad de *actos de habla indirectos* para decir “no” mientras que en relación al AHB de *Afirmación*, sucedió lo contrario. Se expresa con el adverbio de afirmación y una diversidad de expresiones verbales (Ej. bueno, ok, perfecto, muy bien, lo que digas, correcto, etc.) No se registraron actos de habla indirectos para afirmar.

Tanto la Batería ICRA-A como ICRA-R evalúan el CMC y cuentan con instrumentos creados para sondear la percepción que tienen los cuidadores o familiares del paciente respecto de la competencia comunicativa de éste. En la Batería ICRA-A son los Instrumentos 3 y 4¹ (Abraham y Brenca 2013) y en la Batería ICRA-R, son los cuestionarios CCA y CCP. Son instrumentos que permiten obtener información subjetiva valiosa para poder dar pautas y modelado a los cuidadores a los efectos de: 1) potenciar en lo cotidiano el abordaje terapéutico realizado por el fonoaudiólogo en sesión en relación a los actos de habla básicos, 2) contribuir a la disminución del estrés del cuidador². Los Cuestionarios **CCA y CCP** se desarrollaron también como: 1) un instrumento de hallazgo de un posible *Referente de Interacción* y 2) para sondear información que le permita al fonoaudiólogo modelar y brindar estrategias para que los cuidadores propicien que el paciente realice los AHB. Dentro de la línea ICRA, la falta de un *Referente de Interacción*, es decir, de una persona que interactúe con el paciente en lo cotidiano y con el que éste logre *Comodidad Comunicativa* a pesar de su dificultad en el lenguaje, no es un factor menor. Es una variable pragmática en sí misma. Está directamente vinculada con el avance, o no, de los objetivos propuestos dentro del abordaje terapéutico del paciente afásico severo. A tal punto es así, que de no identificarse ninguno dentro de los cuidadores, el fonoaudiólogo tiene que explicitar el impacto que va a tener en la proyección del tratamiento.

Los cuidadores son los que se ocupan del cuidado del paciente, pero también son los que se estresan y se desorganizan cuando la comunicación no se da dentro de lo esperable. Es importante que el fonoaudiólogo lo tenga en cuenta en la etapa de rehabilitación del paciente afásico severo para poder brindarle estrategias neurolingüísticas pragmáticas al cuidador, pero sin entrar en el terreno propio de otras disciplinas relacionadas con el vínculo afectivo o el manejo emocional.

¹ Instrumento 3 (Cuestionario para Padres) e Instrumento 4 (Guía para Padres)

² Durante la validación se implementó, en la evaluación inicial y durante el tratamiento, la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ver cita) a un grupo reducido de familiares de pacientes del GP. Los resultados de este estudio preliminar reflejaron la percepción de la disminución de la sobrecarga del cuidador, pero se continuará contrastando con un nuevo protocolo de investigación que incluya una muestra significativa.

La percepción es un proceso subjetivo, activo y creativo a través del cual se asigna significado a la información sensorial para desarrollar la autocomprensión y la comprensión de los demás. Se puede definir como el reconocimiento e interpretación de la información sensorial. También incluye el modo de responder a la información. La percepción que cada uno tiene de la realidad depende del modo y el lugar/situación desde donde se la mire, y está condicionada por factores socioculturales y vivencias personales. Sacchi y colaboradores (2007) describen el proceso de percepción como necesariamente selectivo y señalan que puede compararse con la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. Una imagen en ese espejo se aumenta, se reduce, se ilumina y se oscurece, de acuerdo con el modo en que las personas se sitúan para observarlo. Esto se vincula con percepción y con la fuerza perlocutiva de los AHB (Abraham *et al.* 2023). La percepción de cada participante (interlocutores) del intento comunicativo del otro, realimenta la interacción. Por ejemplo, si el paciente afásico hace un gesto impreciso para obtener algo y el interlocutor se anticipa, lo interpreta y actúa, el paciente pierde la posibilidad de intentar manifestarse desde lo paralingüístico. Pasa a ser asistido y se pierden las oportunidades para propiciar que pueda ir recuperando los AHB. En cambio, si el cuidador entiende que el paciente necesita manifestar su intencionalidad (fuerza ilocutiva) y usar los precursores de los AHB, no se va a anticipar y va a implementar las estrategias dadas por el fonoaudiólogo para propiciar no asistirlo.

Es necesario tener en cuenta este proceso vinculado con la percepción de los cuidadores/familiares de pacientes con dificultades en la comunicación, tanto en la instancia de evaluación como de tratamiento. Los pacientes afásicos severos suelen ser decodificados, influyendo en la dinámica comunicativa de interacción cotidiana. Esta dinámica está relacionada dentro del Método ICRA con los conceptos de *Referente de Interacción*, *Intensidad Conceptual*, *Tiempo Protegido Pragmático* y *Comodidad Comunicativa* (Abraham y Brenca 2016, 2019). De ahí la importancia de que el cuidador del paciente afásico severo pueda identificar la presencia o ausencia de los AHB a partir de responder el CCA. Por otra parte, también aporta que el familiar brinde al terapeuta información sobre cómo era el tipo de perfil comunicativo del paciente en la etapa premórbida (CCP).

CONCLUSIÓN

Cuando un sujeto que contaba con un lenguaje completamente desarrollado, de pronto, sufre la pérdida de esta competencia, tanto éste como su entorno pierde calidad comunicativa. Se requiere un abordaje que ponga foco primero en la comunicación mínima, es decir, la que con pocos recursos lingüísticos pueda lograr una interacción efectiva. Entendemos que eso implica, abordar la afasia severa, secuelar o degenerativa con el objetivo de recuperar y sostener el *Circuito Mínimo de Comunicación*, conformado por 8 actos de habla básicos y sus fuerzas. No poniendo objetivos en la conversación.

Los resultados obtenidos a partir del análisis psicométrico evidencian que el Instrumento 1 (*Guion y Registro*) de la Batería ICRA-R cuenta con valoraciones significativas de Confiabilidad y Validez del constructo para evaluar cuantitativamente y cualitativamente el CMC del paciente afásico severo de causa secuelar o degenerativa en el marco de una evaluación neurolingüística, graficar estos rendimientos (basal y los obtenidos en cada reevaluación) y determinar el grado de severidad a partir de los 8 AHB. Por otra parte, también permite delinear los objetivos del plan de tratamiento del paciente el cual se realizará brindando a los familiares y cuidadores los recursos y estrategias necesarios para potenciar en lo cotidiano que los 8 AHB se activen en formatos de interacción cotidianos, contribuyendo a disminuir el estrés del cuidador. Se pondrá el foco en “propiciar” en vez de solo asistir.

Se planifica avanzar en nuevos protocolos vinculados con medir de forma sistemática el abordaje terapéutico del CMC del paciente afásico secuelar, desarrollar un bedside para evaluar el CMC en pacientes internados y talleres para cuidadores y/o familiares teniendo en cuenta los sondeos realizados con los instrumentos de CCA y CCP.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las licenciadas Beatriz Romero, Mariela Rohde y Karina Blanco, fonoaudiólogas de la Subsección Neurolingüística del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital Italiano de Buenos Aires, por su participación en la evaluación de sujetos del grupo control y patológico y el análisis de la validez por expertos. También al metodólogo Pablo Salgado por su significativo trabajo en relación al análisis psicométrico de los datos y a la Lic. Julieta Berro por su colaboración en la carga de datos.

REFERENCIAS

- Abraham, M. y Brenca, R. 2002. El Acto de Habla en el Desarrollo Pragmático del Lenguaje Infantil. Fonoaudiológica, Tomo 48, N°2-3 (92-107).
- Abraham, M. y Brenca, R. 2005. Las funciones del lenguaje, sus manifestaciones prelingüísticas y los actos de habla en el niño: evaluación y análisis ICRA. Fonoaudiológica, Tomo 51, N°1 (38-49).
- Abraham, M. y Brenca, R. 2009. Actualización del instrumento de evaluación pragmática infantil ICRA. Fonoaudiológica Vol. 55 Tomo 2 (36-57).
- Abraham, M. y Brenca, R. 2013. Batería ICRA-A. Evaluación fonoaudiológica del aspecto pragmático del lenguaje infantil. Editorial Atlante. Buenos Aires. Argentina.
- Abraham, M. y Brenca, R. 2014. Análisis psicométrico de la evaluación del aspecto pragmático del lenguaje infantil: Batería ICRA-A. Interdisciplinaria 31:1 (39-161).
- Abraham, M. y Brenca, R. 2016. De los actos de habla a las destrezas narrativas: Método ICRA. Buenos Aires, Argentina. Editorial Akadia.
- Abraham, M., Bogliotti, E., Romero, B., Rhode, M. 2019. Evaluación Neurolingüística Pragmática para pacientes afásicos severos de causa secuelar o degenerativa: Batería-R. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology Vol. 13 N° 2, Chile
- Abraham, M. Richaud, C. y Musso, M. 2023. Descripción y análisis psicométrico del Cuestionario para padres. Fuerza perlocutiva de actos de habla básicos. Interdisciplinaria 40(3): 10-26.
<http://doi.org/10.16888/interd2023.40.3.10>
- Allan, K.1998. Speech Acts Theory: an overview. In J.L. Mey (ed.), Concise Encyclopedia of Pragmatics (pp. 927-39). Amsterdam: Elsevier.
- Ardila, A. 2006. Orígenes del lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias, Revista de Neurología, 43 (11): 690-698.
- Ardila, A. 2006. Las afasias. Recuperado de <http://www.aphasia.org/libroespanol.php>
- Ardila, A. 2014. Aphasias Handbook. Florida International University. Miami. Florida. USA Recuperado de <http://aalfredoardila.files.wordpress.com>
- Austin, J. 1962. How to do things with words. Oxford: University. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198245537.001.0001>
- Bates, E. 1976. Language and Context. The acquisition of pragmatics. London: Academic Press, Inc.
- Beukelman, D. R., & Garrett, K. L. 1988. Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Severe Communication Disorders. AAC: Augmentative and Alternative Communication, 4(2), 104-121,doi: <https://doi.org/10.1080/07434618812331274687>
- Bruner, J. 1984. Acción, pensamiento y lenguaje. Compilación de José Luis Linaza. Madrid. Alianza Editorial.
- Bruner, J. 1986. Realidad mental y mundos posibles. Parte II: Lenguaje y realidad. Barcelona: Gedisa S.A.
- Dronkers N., Ludy, C. & Redfern, B. 1998. Pragmatics in the absence of verbal language: Descriptions of a severe aphasic and a language-deprived adult. Neurolinguistics, Vol. 11, Nos 1-2, p. 179-190 Published by Elsevier Science Ltd. University of California, doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0911-6044\(98\)00012-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0911-6044(98)00012-8)
- Fernández-Urquiza M., Díaz, F., Martínez V., Moreno Campos M., Lázaro López-Villaseñor, L. y Simón López, T.2015. Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/283091651PREP-R>
- Gallardo Paúls, B. (1996). Análisis conversacional y pragmática del receptor. Valencia: Episteme.
- Gallardo Paúls, B. (2002). Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje en Hernández Sacristán, C. y Serra Alegre, E. (Coords.): Estudios de lingüística clínica. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/pragmatica_y_lenguaje_afasia.pdf

- Geis, M. L. 1995. *Speech Acts and Conversational Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511554452>
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1986). *Evaluación de la afasia y trastornos relacionados*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Trad. de Carlos Wernicke. Adaptación de J. E. García-Albea, M.L. Sánchez Bernardos y S. del Viso.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (2005). *Test de Boston para el diagnóstico de las afasias*. 3era edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Grice, H. (1975). *Logic and Conversation*. En F. Cole & L. Morgan (eds.) *Syntax and Semantics*, vol III *Speech Acts* (pp. 41-58). New York: Academic Press.
- Halliday, M & Hassan, R. 1989. *Language, context and text: aspects of language in a social-semiotic perspective*. Oxford: University Press.
- Halliday, M. 1978. *El lenguaje como semiótica social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hymes, D. 1967. Models of interaction of language and social setting. *Journal of Social Issues*, vol. 23: 2, págs. 8-28
- Ivanova, O., Machado de Souza, E., Méndez Sanz, S. y Ochoa Obeso, E. (2023). La evaluación de la competencia pragmática en las enfermedades neurodegenerativas: retos teóricos y metodológicos. *Pragmalingüística*, (31), 193–220.
<https://doi.org/10.25267/Pragmalinguistica.2023.i31.09>. Citado por Ponce Romero C.M (2025)
- Kay, J., Lesser, R., Coltheart, M., Valle, F. y Cuetos, F. (1995). *EPLA: Evaluación del Procesamiento Lingüístico en La Afasia*. Spanish Translation of PALPA. Granada: Psychology Press.
- Levinson, S. C. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511813313>.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 113-124. As cited in Chapey, R. (Ed.). (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Williams
doi:<http://dx.doi.org/10.1044/jshd.5401.113>
- Lucas, E. (1980). *Semantic and Pragmatic Language Disorders*, Londres: Aspen Systems Corporation.
- Mac-Kay, A. P. M. G., Clari, V. R., Espinosa, F., Veliz, A. M. M. y Olivares, V. S. P. (2020). Adaptación y datos psicométricos de la versión chilena del Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en Afasia (MetAphAs). *Codas*, 32(5), e20190221.
<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019221>. Citado por Ponce Romero C.M (2025)
- Miceli, G; Laudana, G. & Burani, C. (1991) *Batería para el Análisis de Déficits Afásicos*. Versión en Español de Ferreres, A. y colaboradores. Guía de Uso. (1999). Buenos Aires.
- Moreno Campos, V. (2011) *Pragmática en Afasia*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. España.
doi:<http://hdl.handle.net/10803/63176>
- Perkins, M. (2007). *Pragmatic Impairment*. Cambridge: University Press.
- Ponce Romero, C.M. (2025). Book review: Rosell Clari, V. y Hernández Sacristán, C. (2014). *MetAphAs. Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en la Afasia*. RAE: Revista Electrónica de Lingüística Aplicada, 24, 217-220.
<https://doi.org/10.58859/rael.v24i1.673>
- Putting C. & Kirchner DM. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, Volume 52, 105-119,
doi:<http://dx.doi.org/10.1044/jshd.5202.105>
- Rosell Clari, V & Hernández Sacristán, C. (2014). *MetAphAs. Protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas naturales en la afasia*. Universitat de València.
- Searle, J. (1969). *Speech Acts*. Cambridge: University Press.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9781139173438>
- Whitworth, A., Perkins, L. & Lesser, R. (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)*. London: Whurr.
- Vigotsky, L. (1934). *Thought and Language*. Cambridge, Mass.: MIT Press.