
EVALUACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA PRAGMÁTICA PARA PACIENTES AFÁSICOS SEVEROS DE CAUSA SECUELAR O DEGENERATIVA: BATERÍA ICRA-R

Pragmatic Neurolinguistic Assessment for severe aphasic patients with sequelae or degenerative cause: ICRA-R Battery

Avaliação neurolinguística pragmática para pacientes afásicos graves de causa sequencial ou degenerativa: bateria ICRA-R

RECIBIDO: 28 de mayo 2019

ACEPTADO: 07 de agosto 2019

María del Valle Abraham^a, Cristina Richaud^b, Erica Bogliotti^c, Mariela Rohde^d, Beatriz Romero^e

a Hospital Italiano de Buenos Aires, Subsección Neurolingüística, Fonoaudiología, Argentina. Instituto CIIPME del Conicet (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0000-0003-3086-825X> **b** Instituto CIIPME del Conicet (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0000-0003-3086-826X> **c** Hospital Italiano de Buenos Aires, Subsección Neurolingüística, Fonoaudiología, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-4392-2633> **d** Hospital Italiano de Buenos Aires, Subsección Neurolingüística, Fonoaudiología, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-7866-9319> **e** Hospital Italiano de Buenos Aires, Subsección Neurolingüística, Fonoaudiología, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-7850-6218>

RESUMEN

Palabras claves: pragmática; afasia secuelar y degenerativa; actos de habla; rasgos pragmáticos; evaluación neurolingüística; rehabilitación

Key words: pragmatic; sequela or degenerative aphasia; act of speech; pragmatic features; neurolinguistic assessment; rehabilitation.

Palavras-chave: pragmática; afasia sequencial e degenerativa; atos de fala; características pragmáticas; avaliação neurolinguística; reabilitação

En la literatura neuropsicolingüística es basta la referencia a la necesidad de evaluar el aspecto pragmático del lenguaje en pacientes afásicos. Si bien se cuenta con instrumentos para realizarlo, aún su evaluación predomina centrada en el discurso y en la modalidad cualitativa de análisis de lo registrado. Por otra parte, son escasos los test específicos para afásicos severos y poco precisos los criterios para determinar grados de compromiso pragmático. Es necesario contar con recursos que le permitan al fonoaudiólogo evaluar, de modo cuantitativo y cualitativo, los componentes pragmáticos verbales y no verbales del lenguaje de los pacientes afásicos que tienen comprometidas las habilidades comunicativas mínimas. El objetivo de este trabajo es presentar los instrumentos que conforman la Batería ICRA-R creada para la evaluación sistemática de la competencia pragmática básica de pacientes afásicos severos siguiendo un criterio de progresión a partir del concepto de acto de habla y la definición de rasgo pragmático. Se describen las características de sus instrumentos, recursos y estrategias para su implementación clínica y se determinan criterios de grados de severidad pragmática.

Correspondencia: María del Valle Abraham Correo electrónico: maria.abraham@hospitalitaliano.org.ar • Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Otorrinolaringología, Sección Fonoaudiología, Subsección Neurolingüística. Perón 4230 C1199ABH Buenos Aires. Argentina.

ABSTRACT

There is a pressing need to assess the pragmatic aspect of language in aphasic patients, as evidenced by most of the current literature on neurolinguistics. Although the necessary tools are available, assessments are still focused on speech and its qualitative analysis. On the other hand, there are very few specific tests in place for severe aphasia and the criteria to determine the degree of pragmatic impairment are not specific enough. It is necessary to rely on resources that enable the speech therapist to assess, both qualitatively and quantitatively, the verbal and non-verbal pragmatic language components of aphasic patients whose minimal communicative skills are compromised. The purpose of this paper is to put forward the tools comprised in the ICRA-R Battery, designed for the systematic assessment of basic pragmatic competence in severe aphasic patients following a progression criterion which is based on the concept of act of speech and definition of pragmatic aspect. This paper further describes the tools, resources and strategies for its clinical implementation and outlines the various degrees of pragmatic severity.

RESUMO

Na literatura neuropsicológica, a referência à necessidade de avaliar o aspecto pragmático da linguagem em pacientes afásicos é vasta. Embora existam instrumentos para realizá-lo, sua avaliação ainda predomina no discurso e na modalidade qualitativa de análise do que foi registrado. Por outro lado, os testes específicos para afásicos graves são escassos e os critérios para determinar graus de comprometimento pragmático são escassos. É necessário ter recursos que permitam ao fonoaudiólogo avaliar, de maneira quantitativa e qualitativa, os componentes pragmáticos verbais e não verbais da linguagem de pacientes afásicos com habilidades mínimas de comunicação. O objetivo deste trabalho é apresentar os instrumentos que compõem a Bateria ICRA-R criada para a avaliação sistemática da competência pragmática básica de pacientes afásicos graves, seguindo um critério de progressão baseado no conceito de ato de fala e na definição de traço pragmático. As características de seus instrumentos, recursos e estratégias para sua implementação clínica são descritas e critérios de graus de gravidade pragmática são determinados.

Introducción

La comunicación requiere interacciones entre individuos que ponen en juego las variables pragmáticas, verbales y no verbales, del lenguaje. Estas pueden verse afectadas de modo significativo como consecuencia de una lesión cerebral adquirida o un deterioro progresivo, dando lugar a un cuadro afásico. La afasia es un fenómeno multicomponencial que implica la alteración simultánea de muchos niveles lingüísticos (Moreno Campos, 2010), siendo el uso real y contextualizado en donde más impacta el déficit.

A pesar de la indiscutida relevancia del componente pragmático de la comunicación, durante décadas, la investigación en patologías del lenguaje estuvo vinculada a modelos lingüísticos centrados en el estudio de la competencia gramatical de los sujetos. A partir de la década del 70, surgió un mayor interés por el aspecto pragmático del lenguaje, dando lugar a la incorporación de su evaluación en pos de una rehabilitación neurolingüística efectiva (Moreno Campos, 2010). Sin embargo, fue objeto de críticas por las dificultades de las categorías pragmáticas para someterse al rigor taxonómico, la consecuente poca fiabilidad de los resultados y la ausencia de datos concretos que pudieran ser contrastados posteriormente o sometidos a juicios objetivos de base estadística.

Dentro de los instrumentos de evaluación que contemplan variables pragmáticas aplicadas en pacientes afásicos, 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); Evaluación de Pacientes con Afasias Severas (EVAS) Cid, Schaller, Parra (2006); Cid. (2010); 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); En todos predomina tanto el foco de análisis en el plano discursivo como la obtención de índices comunicativos globales. La pregunta que surge es si el análisis del discurso a partir de conversaciones es apropiado para evaluar los déficits pragmáticos de los pacientes afásicos severos ya que se trata de pacientes que tienen afectada la

producción elemental y la conversación es sostenida e interpretada por el interlocutor. Cuando la alteración del lenguaje es severa, se ve afectada la dinámica básica para interactuar comprometiendo las habilidades pragmáticas mínimas, verbales y no verbales (Abraham y Brenca 2016). Por otra parte, la vulnerabilidad del paciente severo hace que la evaluación neurolingüística se vea muy influenciada por las limitaciones que genera el contexto y las comorbilidades del paciente. En coincidencia con Lyon (1995) entendemos que la inclusión de aspectos psicosociales y pragmáticos debe considerarse en cualquier cuadro de afasia pero, destacamos que en los pacientes con afasia severa, se torna imprescindible para lograr mejorías en la comunicación cotidiana. Finalmente, es necesario identificar con claridad las variables pragmáticas y lograr su valoración cuantitativa y cualitativa de modo sistemático (Abraham y Brenca, 2016).

La teoría de los actos de habla es una de las teorías pragmáticas que han podido ser implementadas en la clínica y ha sido ampliamente usada en estudios experimentales, con el objetivo de analizar la habilidad para producir o comprender tipos particulares de actos de habla (Perkins, M. 2007). La aplicación clínica de esta teoría 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). En efecto, si bien Austin, creador del concepto de acto de habla considera el contexto no verbal (interlocutores, lugar y tiempo del evento de habla), ciertamente, no tiene en cuenta el discurso. Visto de este modo, esto constituiría una dificultad insoslayable para aplicar la teoría de los actos de habla en la evaluación y tratamiento del lenguaje porque se trataría de un enfoque muy limitado al no permitir abordar la dinámica natural del lenguaje que es el plano discursivo. Pero, sin embargo, se convierte en un gran aporte para abordar la evaluación de lenguaje del paciente afásico severo que ha perdido la competencia comunicativa mínima. Recuperarla, exige una dinámica distinta en que el análisis de los actos habla aislados en su contexto situacional, resulta de suma utilidad (coherencia no verbal y verbal).

Desde comienzos del año 2000, se inició en la Sección Fonoaudiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en conjunto con el Instituto CIIPME del CONICET (Centro Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), 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 ICRA: Investigación de la Competencia Comunicativa para la Realización de Actos de Habla* (Abraham y Brenca 2016). Está conformado por tres baterías y un constructo teórico que permite realizar el análisis, evaluación y abordaje sistemático del aspecto pragmático del lenguaje, verbal y no verbal. Se sustenta en un criterio de progresión y fue ideado para implementarse en el marco del enfoque fonoaudiológico neurolingüístico. Su eje de análisis es la intención comunicativa a partir de los Actos de Habla Básicos y su objetivo central es el desarrollo y/o recuperación de "*Circuitos Mínimos de Comunicación*". El marco teórico es el de la lingüística pragmática, sustentado en los conceptos de los trabajos sociolingüísticos de Dell Hymes (1967) y Halliday (1978, 1989), así como en los de la filosofía del lenguaje de Austin (1962), creador del concepto de "actos de habla", los estudios psicolingüísticos de Vigotsky (1934), Bates (1976), Bruner (1984, 1986) y de la terapéutica del lenguaje de Lucas (1980).

Dentro del Método ICRA¹ se destaca que el pragmático es un aspecto relevante del lenguaje, tal como lo es el fonológico, el léxico semántico o el morfosintáctico y que, por ende, requiere la misma rigurosidad de análisis. Puede verse afectado en pacientes de cualquier edad, con compromisos del lenguaje de distintos tipos y grados. El concepto de acto de habla, del filósofo John Austin, fue esencial para llevar a cabo el trabajo inicial que consistió en el desarrollo de la Batería ICRA-A², conformada por cuatro instrumentos para implementar a edades tempranas (entre 2 y 4 años).

El valioso aporte de los actos de habla y sus fuerzas, tanto para la jerarquización de la funcionalidad del lenguaje como para abrir el *Circuito Mínimo de Comunicación* en la primera infancia, impulsó la creación de instrumentos que permitieran evaluarlo en pacientes afásicos y, posteriormente, delinear el abordaje terapéutico para la recuperación de ese circuito mínimo.

¹ www.metodoicra.com.ar

² Batería validada (Abraham y Brenca, 2013). 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)

Su importancia reside en que estos actos de habla básicos ponen en acción la intención comunicativa mínima indispensable para interactuar y los identificamos como un punto común en estas dos instancias tan distintas del desempeño lingüístico humano. En efecto, pedir un objeto o una acción a otro, llamar a alguien, hacer una pregunta, rechazar, dar una información nueva mínima, así como saludar o afirmar, se ubican siempre en la base de la dinámica comunicativa.

El objetivo del presente trabajo es presentar los instrumentos que conforman la Batería ICRA-R; especificar los conceptos del Método ICRA en los que se sustenta, tales como, "circuito mínimo comunicativo", "rasgos pragmáticos", "comodidad comunicativa", "referente de interacción"; definir *Grados de Severidad Pragmática* en afasia y desarrollar el concepto de *Guiones* como recurso de evaluación del aspecto pragmático.

Materiales y métodos

A partir de la aplicación del concepto de acto de habla a edades tempranas en niños con dificultades para desarrollar la competencia comunicativa, surgió un nuevo proyecto: adaptar los instrumentos de la Batería ICRA-A para su implementación en pacientes que, habiendo desarrollado el lenguaje, presenten un compromiso severo, causado por patologías secuelas o degenerativas que afectan la dinámica de comunicación básica para interactuar. Surge así, la Batería ICRA-R (*Investigación de la Competencia Comunicativa para la Recuperación de Actos de Habla*) (Abraham y Brenca 2016)

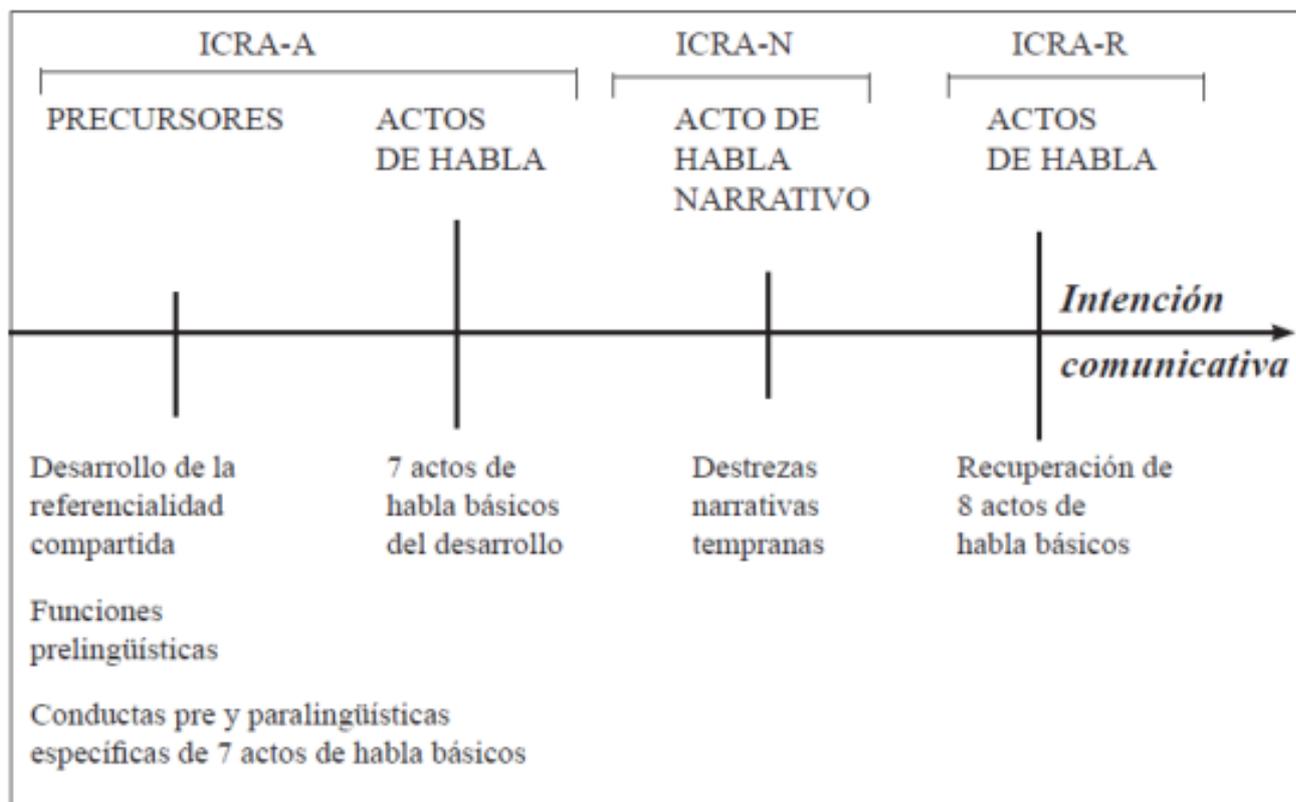


Figura 1: Baterías que conforman el Método ICRA

La Batería ICRA-R se aplica tanto en pacientes ambulatorios como internados, con instrumentos específicos para cada instancia e instrumentos comunes a ambas. Se sustenta en los conceptos que fundamentan el Método ICRA, a partir del cual también se delinear los objetivos terapéuticos pragmáticos el cual aspira a mejorar la calidad de vida diaria tanto del paciente como de quienes conforman su entorno a partir de la recuperación de una comunicación mínima (ocho actos de habla) pero con alto impacto comunicativo. Los objetivos pragmático verbales (fuerza locutiva del acto de habla) se

focalizan en que le permita al paciente afásico severo accionar también una producción verbal económica, tanto desde lo fonológico como desde lo léxico-semántico y sintático (frases nominales y verbales).

Se evalúa de modo directo si el paciente cuenta con ocho actos de habla básicos, y en forma indirecta, se sondea las características de su competencia comunicativa premórbida y actual percibida por sus familiares y/o cuidadores. A partir de los resultados obtenidos, se analiza si hay que afianzar, sostener o recuperar los componentes paralingüísticos, lingüísticos y/o la coherencia de estos actos de habla.

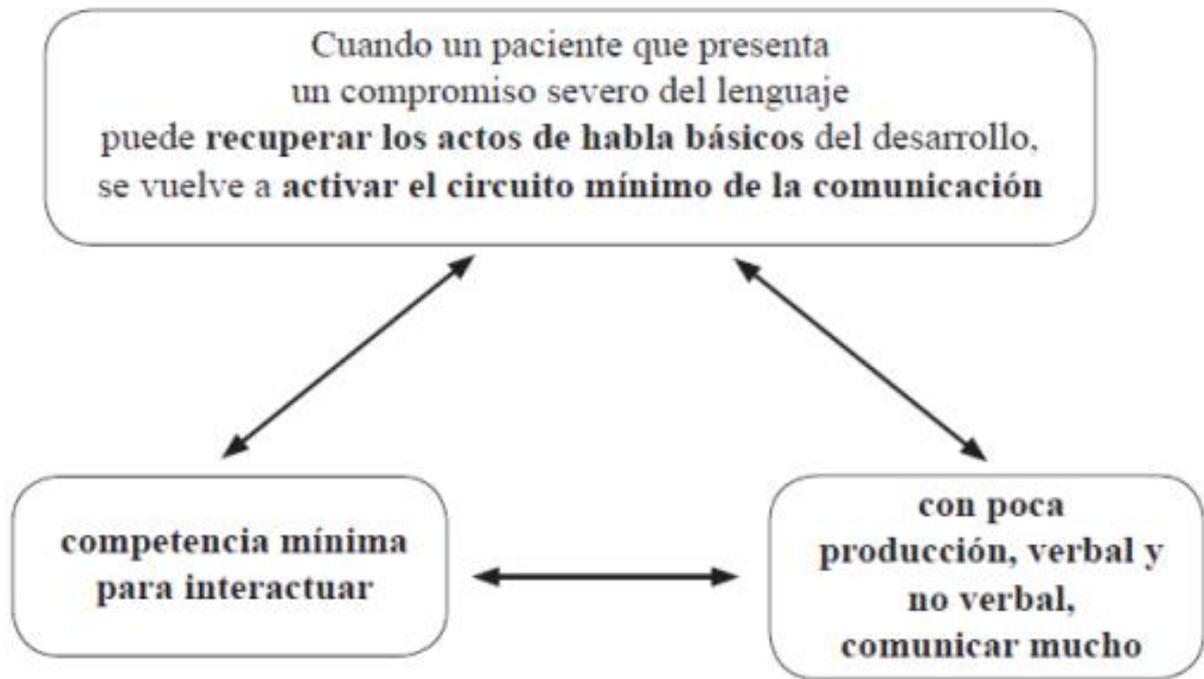


Figura 2: El acto de habla jerarquiza la funcionalidad del lenguaje

Conceptos del Método ICRA que sustentan la Batería ICRA-R

- **Circuito mínimo comunicativo:** Es la competencia comunicativa elemental que desarrolla un sujeto a partir del uso de los actos de habla básicos, los cuales encarnan la intención comunicativa mínima indispensable para interactuar. Se implementa los instrumentos de la Batería ICRA-R con el objetivo es identificar en qué medida el paciente afásico severo preserva el circuito mínimo y, a partir, de ahí establecer los objetivos para restaurar una comunicación efectiva que le permita al paciente “con poco hacer mucho”, es decir, lograr una calidad comunicativa mínima (no verbal y/o verbal) que le permita interactuar (Abraham y Brenca 2013)

- **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. La *comodidad comunicativa* puede verse afectada, en distintos grados, en todo sujeto que sea selectivo en el momento de comunicarse. Esta característica identificada como Selectividad Comunicativa¹ puede

¹ Damiani, A., Calabrini, M., Cassiraga, V. y Abraham, M.. 2016. Selectividad Comunicativa: Estrategias para llevar a cabo la evaluación neurolingüística. XVIII Congreso Argentino de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica. Buenos Aires, Argentina.

estar presente en sujetos con o sin compromisos del lenguaje (Ej. timidez, temor a dejar de manifiesto una dificultad para hablar, etc.). No es exclusivo del mutismo selectivo.

• **Rasgos pragmáticos:** Son los elementos constitutivos mínimos de cada acto de habla. Determinan que cada acto de habla sea ese y no otro (Ej. Rechazo ≠ Pedido de objeto ≠ Llamado, etc.). Al igual que sucede con el fonema, cada acto de habla tiene rasgos comunes y distintivos: 1) rasgos comunes a todos los actos de habla (Ej.: rasgos de coherencia verbal y gestual) y 2) rasgos que son constitutivos de un tipo de acto de habla y no de otro (Ej. Acto de habla de Rechazo: rasgo lingüístico (Ej. adverbio de negación) y el rasgo paralingüístico de entonación enfática. A la vez, se agrupan dentro de cada acto de habla en paralingüísticos, prelingüísticos, lingüísticos y coherencia. Este concepto es fundamental para poder obtener mediciones cuantitativas (Abraham y Brenca, 2013, 2016).

		Puntaje		
■ NEGATIVA O RECHAZO	Producción paralingüística			
	Orientación del cuerpo hacia I (ausente / fugaz / sostenida) _____	1	2	3
	Actitud corporal general de rechazo _____	Sí / No		
	Producción gestual de negación (manos / cabeza) _____	Sí / No		
	El contacto visual se dirige hacia I (ausente / fugaz / sostenido) _____	1	2	3
	Volumen de voz (inaudible / apenas o excesivamente audible / audible) _____	1	2	3
	Entonación enfática (nunca / a veces / siempre) _____	1	2	3
	Producción de emisión sonora _____	Sí / No		
	Producción lingüística	1	2	3
	Utiliza adverbio de negación _____	Sí / No		
	Empleo de frase verbal negativa _____	Sí / No		
	Empleo del acto de habla indirecto (bizar): _____			
	Coherencia			
	El contenido de lo enunciado es coherente con la situación comunicativa (nunca / a veces / siempre)	1	2	3
La expresión gestual es coherente con la situación comunicativa (nunca / a veces / siempre)	1	2	3	

Figura 3: Rasgos pragmáticos que conforman el acto de habla de Rechazo

• **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 *Circuito Mínimo de Comunicación*. 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*.

• **Guiones para la elicitación de actos de habla básicos** (Anexo 1): Dentro de la línea de investigación ICRA los *Guiones* conforman un recurso relevante para la elicitación de los ocho actos de habla básicos en los contextos de evaluación del paciente afásico severo de causa secular o degenerativa. Se lo define como formatos semiestructurados, organizados a partir de tópicos preestablecidos y uso de intermediarios relacionados con el contexto en el que se encuentra el paciente (ambulatorio, internación domiciliaria y hospitalaria). Requiere implementar estrategias dinámicas de inducción y sabotaje en un formato sistemático pero no rígido, sustentado en el concepto de *Comodidad Comunicativa*.

- **Grados de severidad pragmática (Anexo 2):** En la literatura fonoaudiológica y neurológica se hace referencia a “pacientes severos” con un criterio amplio. Entendemos que a los efectos de lograr más precisión en la evaluación, rehabilitación y seguimiento de los avances y retrocesos del paciente afásico severo es necesario determinar qué se entiende por fallas pragmáticas severas y establecer grados de severidad.

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 ocho actos de habla básicos de aserción, negación, peticiones de objeto, acción, saludo, dar información y hacer preguntas (Abraham y Brenca, 2016). A la vez, teniendo en cuenta los rasgos pragmáticos de cada uno de estos actos de habla básicos, se establecieron tres grados de severidad especificando niveles dentro de cada uno. Se sigue un criterio de progresión de complejidad (de los 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 más precisos e identificar con claridad los puntos de meseta, avance e involución.

Instrumentos que conforman la Batería ICRA-R

Cuestionario CCA: Competencia Comunicativa Actual (Anexo 3)

Este instrumento se entrega sólo a los familiares y/o cuidadores de pacientes con diagnóstico de afasia severa. Sondea la percepción que tienen estos sobre la comunicación no verbal y verbal mínima que emplea el paciente actualmente. Permite obtener, a partir de preguntas relacionadas con actos de habla, información sobre la competencia comunicativa básica del paciente afásico severo en la etapa mórbida. Aporta información subjetiva.

Por otra parte, guía a los familiares, amigos y/o cuidadores para identificar los actos de habla básicos, tanto en sus componentes verbales como no verbales. El objetivo es brindarles estrategias, desde el comienzo de la evaluación, para que comprendan cómo propiciar la recuperación de los actos de habla básicos del paciente en cada situación cotidiana en la que el paciente demande algo a un interlocutor. Es un recurso que contribuye para activar la recuperación de un *Circuito Mínimo Comunicativo* a partir de una dinámica de interacción básica y desalentar la actitud de asistencia permanente de los cuidadores hacia el paciente.

Está organizado en dos bloques temáticos: actos de habla e intención comunicativa. El primero, está conformado por 35 ítems distribuidos en 8 grupos que se corresponden con los ocho actos de habla básicos que se evalúan con la Batería ICRA-R: afirmación, rechazo, llamado, saludo, pedido de objeto, pedido de acción, pedido de información y dar información nueva. El segundo, está conformado por ocho preguntas cuyas respuestas aportan datos sobre la manifestación de la intencionalidad comunicativa general del paciente en lo cotidiano.

Cuestionario CCP: Competencia Comunicativa Premórbida (Anexo 4)

Este instrumento se entrega a los familiares de pacientes con diagnóstico de afasia severa pero también puede entregarse a los de cualquier tipo de afasia y severidad.

Fue diseñado para sondear la percepción que tienen los familiares y cuidadores acerca de la competencia comunicativa con la que contaba el paciente antes del compromiso del lenguaje. Al fonoaudiólogo le aporta información relevante en relación con el estilo comunicativo que siempre tuvo el paciente. Por otra parte, le permite discriminar las características comunicativas actuales, debidas al compromiso del lenguaje, de aquellas que siempre formaron parte de su perfil comunicativo.

Si no se cuenta con estos datos, se corre el riesgo de que, tanto el profesional como familiares y/o cuidadores le atribuyan a la morbilidad todas las dificultades que se observen en la comunicación del paciente y de desconocer cuánto realmente la afasia afectó su capacidad comunicativa.

Está conformado por 19 preguntas. Debe ser respondido por familiares, amigos y/o cuidadores, en forma individual. Hacen referencia a aspectos tales como, el grado de interés que solía tener el paciente por comunicarse cotidianamente o en participar de situaciones sociales, modalidades de interacción, sus temas de preferencia, características preponderantes de su temperamento (Ej. si era tímido, extrovertido, agresivo, apático, etc.). El cuestionario CCP también está conformado por ítems que contribuyen para que el evaluador identifique posibles “*referentes de interacción*”.

- En la instancia de internación, el fonoaudiólogo le realiza verbalmente las preguntas de los cuestionarios CCA y CCP a los familiares y/o cuidadores y también registra por escrito las respuestas. Se optó por esta dinámica debido a que el formato de diálogo evidenció ser la mejor modalidad de implementación en internación hospitalaria. Disminuyeron significativamente las conductas de resistencia y la manifestación de sentimientos de angustia que se observaban cuando se planteaba hacerlo de modo autoadministrado.

Instrumento 1: Análisis y registro de los actos de habla básicos en pacientes con compromisos severos del lenguaje (Anexo 5)

Se realiza en pacientes cuya evaluación puede ser filmada, previa firma del consentimiento informado.

El fonoaudiólogo realiza la evaluación en un formato prefijado, con un principio y un fin estipulado, a los efectos de que los actos de habla puedan ser elicitados semejándose al orden natural de una interacción. Se hace participar al acompañante y se sigue lo pautado en el Guión para elicitar actos de habla.

La hoja de registro del Instrumento 1 consta de 65 ítems (escala Likert de tres puntos), con distintas categorías de respuesta (ausente, fugaz, sostenido; nunca, a veces, siempre) y 30 ítems cualitativos con respuestas Sí / No. Se analiza los rasgos pragmáticos agrupados en producción lingüística, paralingüística, la coherencia no verbal y la coherencia verbal.

Instrumento 2: Registro informal de actos de habla básicos en pacientes con compromisos severos del lenguaje (Anexo 6)

Se aplica en pacientes afásicos severos, ambulatorios o internados, a los que no se les puede realizar una evaluación filmada y, por ende, tampoco registros que permitan valoraciones cuantitativas de la competencia pragmática básica evaluada. Se hace participar a un tercero (familiar, enfermero, etc) y se sigue una dinámica de evaluación flexible pero siguiendo también lo pautado en el Guión para elicitar actos de habla. Todo lo evaluado se registra en audio¹.

La hoja de registro del *Instrumento 2* consta de 100 ítems (56 ítems con categorías de respuestas “nunca, a veces, siempre”; 44 con respuestas “Sí/No”).

Se analizan, al igual que en el Instrumento 1, los mismos rasgos pragmáticos agrupados en producción lingüística, paralingüística y la coherencia no verbal y verbal pero, en el Registro Informal de Actos de Habla (Instrumento 2), estos rasgos están organizados de modo diferente. Cuenta con un ítem final para registrar la actitud del paciente durante la evaluación (Ej. agresivo/alegre/tranquilo/ pasivo/ apático/ triste, irritable, etc.).

Dinámica y conceptos que sustentan la evaluación

La evaluación requiere el uso del *Guión* (Anexo 1) que tiene como objetivo ordenar el proceso de elicitación de los ocho actos de habla básicos en el marco de una evaluación fluida y controlada a la vez. Durante la evaluación, se propicia una interacción dinámica en la que los participantes se involucren activamente. El *Guión* está conformado por los siguientes tópicos: saludo, llamado de un tercero (previamente informado), datos demográficos /personales o autobiográficos, confort /disconfort. Los conceptos de *Comodidad Comunicativa* y de *Referente de Interacción* son relevantes para llevarla a cabo de un modo ecológico.

La evaluación va a girar en torno al eje conceptual de los actos de habla y, específicamente, de los ocho básicos seleccionados. La forma de elicitarlos va requerir ajustes tanto en función del *contexto*² 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

¹ La filmación en sala de los pacientes afásicos severos afecta la comodidad comunicativa mínima indispensable para llevar a cabo la evaluación pragmática. Por ende, en internación sólo se lleva a cabo un registro informal respetando las categorías de respuesta pero sin cuantificación.

² 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.

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, preguntar, expresar algo que considere una información a transmitir, 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, rechazar o asentir ante algo puntual. 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 acto de habla de *Saludo*. Luego del *saludo* inicial se propiciará actos de habla de *Dar Información* a partir de preguntas relacionadas con datos y gustos personales del paciente. Antes del cierre la sesión de evaluación se genera una situación en la que el cuidador o familiar participa para propiciar el acto de habla 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. lápices sin punta, papel, figura geométrica). También elementos del contexto vinculadas con confort/disconfort (luz, calor, ruido del ambiente, ubicación, etc.), presentación de objetos saboteados (Ej. Lápices sin punta), consignas poco claras (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 actos de habla básicos va a permitir al evaluador aprovechar situaciones que puedan surgir de modo espontáneo para su elicitación, más allá de las constitutivas del Guión (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 y volcarlas en las hojas de registro. Cuando están las condiciones para poder filmar, previa firma del Consentimiento Informado, se implementará el Instrumento 1. Esto permitirá el registro y análisis sistemático y una valoración cuantitativa. En caso contrario, se realiza un registro sólo de audio y se efectuará un análisis cualitativo implementando el Instrumento 2.

Todo lo evaluado se vuelca en la hoja de registro del instrumento correspondiente. Cada acto de habla se analiza como una dimensión conformada por rasgos pragmáticos, concepto clave para la medición¹. Contribuye para identificar cuán lejos o cerca está el paciente de recuperar el *Circuito Mínimo de Comunicación*, establecer el grado de severidad pragmática verbal y no verbal y delinear los objetivos del plan de tratamiento.

Discusión

Los seres humanos sabemos que tenemos la vital necesidad de la comunicación. Los profesionales que trabajamos en temas relacionado con lenguaje sabemos que esto es mucho más que contar con recursos fonológicos, léxico-semánticos y sintácticos. También que la puesta en acción efectiva implica emplearlos de forma dinámica y coherente con la situación comunicativa en la que se lleva a cabo una interacción con un interlocutor.

La Lingüística Pragmática y la Filosofía del Lenguaje se han interesado desde hace décadas en discernir y profundizar en qué consiste esta dinámica esencial y efectiva de recursos comunicativos verbales y no verbales. Para un terapeuta del lenguaje, al interés se suma la necesidad clínica. La patología del lenguaje deja expuesta la relevancia de los recursos pragmáticos y la necesidad de poder ser evaluados, medidos y analizados para contribuir tanto a los diagnósticos diferenciales como a los abordajes terapéuticos.

Actualmente, contamos con valiosos instrumentos desarrollados para la evaluación clínica del aspecto pragmático del lenguaje, con los cuales nuestro trabajo tiene puntos en común y diferencias. El Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R.) de Fernández-Urquiza y col. (2015) aporta un screening pragmático y/o gramatical. Toman

¹ La validación de los instrumentos que conforman la Batería ICRA-R se está llevando a cabo, en trabajo conjunto, entre la subsección Neurolingüística de la Sección Fonoaudiología del Servicio de ORL y el Departamento de Investigación, ambos del Hospital Italiano de Buenos Aires, y el Instituto CIIPME del CONICET. Proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires (CEPI), Nro. 2562.

conceptos de la Teoría de Actos de Habla de Austin (1962) y Searle (1969) y analizan actos de habla enunciativos, proposicionales, e ilocutivos. Con respecto a los actos de habla, evalúan la articulación, gramaticalidad, pausas y silencios de la producción verbal y, por otra parte, la intencionalidad de los actos de habla (ilocutividad) focalizada en la comprensión y/o producción de actos de habla directos e indirectos. Evalúan conductas compensatorias analizando “actos verbales y/o paraverbales compensatorios (actos locutivos), “actos borrador” que definen como estrategias verbales para ganar tiempo extra para la construcción de sus emisiones y “gestualidad compensatoria”. Si bien dentro de nuestro trabajo también se toma el concepto de acto de habla, se busca hacer una evaluación no tan amplia. Se consideró más útil para la clínica no hablar, como hace Austin, de actos de habla locutivos e ilocutivos, sino de actos de habla conformados por tres fuerzas: ilocutiva (intencionalidad), locutiva (producción verbal) y perlocutiva (lo que provoca en el interlocutor). La evaluación está centrada en los actos de habla directos. Los indirectos sólo se registran como producción incidental y siempre de modo cualitativo.

Dado que el objetivo de la Batería ICRA-R es evaluar los componentes mínimos pragmáticos de la comunicación, sólo evalúa ocho actos de habla considerados básicos, esto es, los primeros en desarrollarse y de gran impacto en la comunicación temprana, no verbal y verbal, en un formato básico de interacción. A la vez, se analiza cada acto de habla como una dimensión, conformada por un concepto intrínseco al método ICRA que es el de rasgos pragmáticos. Estos se agrupan, a la vez, en lingüísticos, paralingüísticos y coherencia. Tienen características constitutivas y distintivas. La definición e identificación de rasgos pragmáticos fue fundamental para hacer mediciones cuantitativas y cualitativas sistemáticas y con criterio de progresión. Cabe destacar que el PREP-R se interesa por otros factores pragmáticos, tales como la competencia del paciente para comprender y transmitir significados implícitos (Grice, 1975), la capacidad de rectificación (conciencia metapragmática, y elementos de la gramática textual (superestructura textual, capacidad de tematización y cohesión). Coincidimos en que se trata de habilidades pragmáticas de gran valor de análisis clínico pero, en nuestra opinión, cuentan con una complejidad que se aleja de lo que es necesario evaluar en afásicos severos.

Por otra parte, el Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner (1987) también aporta otra manera de evaluar habilidades pragmáticas en la clínica a partir del análisis conversacional. Evalúan el plano verbal (tópico, turnos de habla, devolución del hablante, selección lexical) centrando el análisis en la cohesión discursiva del paciente, sin foco en ningún acto de habla específico; también analizan el plano paralingüístico y comunicación no verbal (inteligibilidad, intensidad, prosodia y fluencia y en los aspectos no verbales, la postura, lo gestual del paciente). En la Batería ICRA-R se tiene en cuenta factores que evalúan este protocolo pragmático pero de manera diferente. En la prueba de Prutting se puntúa a nivel global lo que se observa en diferentes actos de habla que van registrando, mientras que en la Batería ICRA-R se registra cada uno de los 8 actos de habla básicos evaluados. Si bien la mirada de análisis es similar, estos autores lo realizan de modo más general. Por otro lado, fue pensado para ser tomado tanto en niños, como adolescentes y adultos, con diferentes cuadros y grados de severidad, No es un protocolo específico para pacientes afásicos. Por el contrario, en la batería ICRA-R se especifica que es para aplicar únicamente en pacientes afásicos severos y se define severidad pragmática. Con respecto a la modalidad de obtención de registros, las muestras no se obtienen a partir de la conversación sino de *Guiones* en formatos de interacción sustentados en tópicos y estrategias de elicitación. Lo expresivo no se abarca como un factor gramatical sino como rasgos pragmáticos dentro de *Producción Lingüística*. Al tratarse de actos de habla básicos, la producción esperable es mínima (Ej. *Dame agua* (pedido de objeto), *tengo frío* (dar información), *abrí la caja* (pedido de acción), *no/ no quiero* (Rechazo), *sí* (Afirmación), *¿Qué es esto? ¿Quién es?* (pedido de información), *Hola/chau* (saludo), *vení* (llamado)). Si las analizamos del punto de vista meramente verbal, impresiona que es muy poco 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.

En cuanto a evaluaciones pensadas para pacientes afásicos severos, contamos con el protocolo EVAS (Evaluación para Pacientes con Afasia Severa) de Cid, Schaller y Parra, (2006); Cid, 2010. Consiste en una selección de subtests de baterías cognitivas estandarizadas: Boston (Goodglass y Kaplan, 2005), BADA (Miceli, Laudanna y Baruni, 1991), PALPA (Coltheart M., Kay, J. y R. Lesser, 1995). También incluyen cuestionarios diseñados a partir de los modelos de participación y de necesidades comunicativas que utiliza el enfoque funcional de la comunicación aumentativa y alternativa (Beukelman y Garret, 1988). Evalúa perfil cognitivo, conversación y estrategias de comunicación. Se realiza tomando una muestra conversacional entre el afásico y el fonoaudiólogo y el afásico y un interlocutor. Se debe realizar una transcripción de los

datos y luego se analiza la estructura de la conversación. Permite determinar en conjunto con el paciente y el interlocutor cuáles son las conductas que permiten el avance o provocan la ruptura de las secuencias conversacionales exitosas. Si bien ambas baterías, EVAS e ICRA-R, están dirigidas a pacientes severos, el concepto de severidad es distinto. En el EVAS, los autores refieren que no se aplica en pacientes afásicos graves, a los que definen como 1) los que no permitan el mantenimiento de una comunicación funcional y 2) los que coexistan con déficit o trastornos que podrían afectar el estado verbal, como la presencia de demencia. En cambio, la Batería ICRA-R se implementa en pacientes que han perdido el lenguaje (no verbal y/o verbal) causado por patologías secuelas o degenerativas que afectan la dinámica básica de comunicación. Estos pacientes no cuentan con producción conversacional. Se va a evaluar si el paciente cuenta con los ocho actos de habla básicos a partir de su elicitación mediante la implementación de Guiones. Se analizan sus rasgos pragmáticos a partir de la producción paralingüística (orientación corporal, contacto visual, prosodia, gestos específicos de cada acto de habla evaluado, volumen de la voz), lingüística (mínima) y la coherencia (no verbal y verbal). Con respecto a la severidad, en nuestro trabajo determinamos grados de severidad pragmática, entendiendo niveles y subniveles en cada uno (ver Anexo 2). Recuperar los 8 actos de habla básicos de modo coherente con la situación comunicativa es sinónimo de poder poner en acción un *Circuito Mínimo de Comunicación*. Al llegar a esta instancia, si bien consideramos que el paciente sigue con un compromiso severo del lenguaje, ahora la severidad pragmática se focalizará en la producción lingüístico-discursiva y exigirá implementar otros instrumentos de evaluación. Determinar grados de severidad es relevante para poder delinear objetivos terapéuticos pragmáticos precisos, con grados de progresión y, especialmente, para medir avances y retrocesos.

Coincidimos con el planteo de las autoras del protocolo EVAS cuando destacan que “en los pacientes con afasias severas la participación del interlocutor no es sólo informarlo acerca de la afasia sino entrenarlo en modalidades de comunicación más exitosas y que es imprescindible el trabajo con los familiares y/o cuidadores para acceder a nuevas estrategias, aceptar el déficit y conocer las formas más o menos útiles de comunicación”. En cuanto a lo terapéutico, ambos trabajos tienen en común la búsqueda de pruebas más ecológicas y que contribuyan para delinear el tratamiento fonoaudiológico. Dentro del Método ICRA se sigue la línea de progresión de lograr el desarrollo de un circuito mínimo comunicativo a partir de los actos de habla básicos pero luego se aspira a que recupere un circuito mínimo narrativo. Entendemos que el EVAS se complementaría muy bien con nuestro trabajo una vez lograda esta etapa de recuperación del paciente afásico severo dado que entendemos, recién en esta etapa, el paciente ha recuperado estrategias conversacionales mínimas.

Finalmente, en coincidencia con los trabajos realizados por Cid y col. (2016); Cid, (2010); Lomas et. al. (1989); Whitworth et al. (1997), vemos relevante desarrollar instrumentos específicos que permitan al fonoaudiólogo obtener información sobre la competencia comunicativa del paciente a partir de reportes obtenidos en forma indirecta. En la Batería ICRA-R, se sondea la competencia comunicativa actual y premórbida del paciente a partir de información aportada por sus familiares y/o cuidadores. El cuestionario que indaga la *Competencia Comunicativa Actual* (CCA) se sustenta y delinea a partir del concepto de acto de habla. Se desarrolló como un instrumento de sondeo pero también de modelado para cuidadores del paciente. Por otra parte, el cuestionario de *Competencia Comunicativa Premórbida* (CCP) busca obtener información sobre los recursos comunicativos que empleaba el paciente antes de su enfermedad. Estos datos son significativos para que, tanto los familiares como el terapeuta del lenguaje, ajusten los objetivos y expectativas a un sujeto real y no ideal dentro del marco de la rehabilitación. También para brindar estrategias y recursos a los familiares y cuidadores con el fin de potenciar la comodidad comunicativa y el uso de recursos pragmáticos básicos a partir de los actos de habla.

Conclusión

Cuando la comunicación de un paciente afásico se encuentra comprometida de modo severo, es relevante definir con claridad de qué hablamos cuando hablamos de severidad y contar con recursos para su análisis, que sean propios de la clínica fonoaudiológica.

Para llevarlo a cabo, es fundamental partir de la evaluación cuantitativa y cualitativa de cada uno de los aspectos del lenguaje. En relación al uso del lenguaje en contextos de comunicación, el estudio sistemático de los actos de habla permite obtener precisión en la evaluación y análisis del aspecto pragmático del lenguaje en pacientes afásicos severos con un compromiso de la competencia comunicativa mínima. Tener en cuenta los actos de habla básicos y su conformación en "rasgos pragmáticos", brinda una guía sistemática para su implementación clínica.

Si bien, desde mediados del siglo pasado, tanto en la literatura lingüística como vinculada con la terapéutica del lenguaje, se destaca lo valioso que es analizar el aspecto pragmático del lenguaje, también sigue el consenso en relación a la dificultad para poder lograr su medición. Creemos que el concepto de acto de habla y su análisis en rasgos habilita su realización en pacientes que tienen comprometida la competencia comunicativa mínima para interactuar. Con la batería ICRA-R, se busca aportar instrumentos y lineamientos conceptuales que permitan identificar con precisión tanto las dificultades y fortalezas pragmáticas en pacientes afásicos como el grado de severidad, a partir de los cuales delinear los objetivos pragmáticos dentro del plan de tratamiento del lenguaje.

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.
- 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.
- Cid, Claudia.(2016). Análisis Conversacional en la rehabilitación de personas con afasia. Recuperado de <https://afasiaycomunicacion.wordpress.com/2016/04/22/analisis-conversacional-en-la-rehabilitacion-de-personas-con-afasia/>
- Cid, Claudia.(2016). Evaluación de pacientes con afasia severa. Protocolo EVAS. Recuperado de <https://afasiaycomunicacion.wordpress.com/2016/06/21/evaluacion-de-pacientes-con-afasia-severa-protocolo-evas/>
- Hymes, D. 1967. Models of interaction of language and social setting. Journal of Social Issues, vol. 23: 2, págs. 8-28
- 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.
- Dronkers N., Ludy, C. & Redfern, B. (1998). Pragmatics in the absence of verbal language: Descriptions of a severe aphasic and a language-deprived adult. Neurolingüistics, 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/283091651_PREP-R_Protocolo_Rápido_de_Evaluación_Pragmática_Revisado
- 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.

- 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*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/pragmatica_y_lenguaje_afasia.pdf
- Grice, H.P. (1975). *Logic and Conversation*. En F. Cole & L. Morgan (eds.) *Syntax and Semantics, vol III Speech Acts* (pp. 41-58). New York: Academic Press.
- 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. doi:<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.
- 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.
- Prutting 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>
- 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.