

BATERÍA ICRA-A: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO PARA PADRES. FUERZA PERLOCUTIVA DE ACTOS DE HABLA BÁSICOS

ICRA-A BATTERY: DESCRIPTION AND PSYCHOMETRIC ANALYSIS OF QUESTIONNAIRE FOR PARENTS. PERLOCUTIONARY FORCE OF BASIC SPEECH ACTS

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

E-mail:

maria.abraham@hospitalitaliano.org.ar

²Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-6408-4897>.

E-mail:

richaudmc@gmail.com

³Hospital Italiano de Buenos Aires, Subsección Neurolingüística, Fonoaudiología, Argentina. <https://orcid.org/0009-0000-8868-7094>.

E.mail:

marcela.musso@hospitalitaliano.org.ar

María del Valle Abraham¹, María Cristina Richaud² y Marcela Musso³

RESUMEN

El desarrollo del lenguaje demanda la presencia de un interlocutor y genera interacciones a edades tempranas en las que cada cuidador del niño tiene su percepción del mismo evento de comunicación. Esto genera una dinámica que contiene información subjetiva valiosa de registrar vinculada con la fuerza perlocutiva de los actos de habla básicos, especialmente cuando la competencia comunicativa no sigue el desarrollo típico.

Con el objetivo de sondearla en la clínica fonoaudiológica, se diseñó el Instrumento 3 de la Batería ICRA-A, Cuestionario para padres. Integra el método ICRA (Investigación de la Competencia Comunicativa para la realización de Actos de Habla) desarrollado para la evaluación y terapéutica de los Circuitos Mínimos de Comunicación.

El objetivo del presente trabajo es analizar las percepciones de los padres de las variables pragmáticas de sus hijos a edades tempranas, describir el instrumento que los sondea, la modalidad de implementación y su análisis psicométrico (validez y confiabilidad).

Se constató su capacidad para discriminar entre las percepciones de padres de niños con y sin patología en relación con indicadores de comunicación temprana en cinco de las seis dimensiones que lo conforman.

Los resultados arrojaron correlación moderada entre las respuestas de madres y padres de cada grupo, fortaleciendo la hipótesis inicial de que cada cuidador responda el cuestionario en forma independiente.

Se destaca la relevancia de que los fonoaudiólogos puedan sondear la percepción parental a partir de la cual dar pautas y modelado a cada cuidador del paciente, teniendo en cuenta variables comunicativas pragmáticas para potenciar un Circuito Mínimo de Comunicación en niños con compromisos de lenguaje, no verbal y verbal, a edades tempranas.

Palabras clave: pragmática, evaluación percepción parental, comunicación prelingüística, patología del lenguaje.

ABSTRACT

The development of language requires, from scratch, the presence of a listener and the construction of interaction formats between the child and the adult. On the other hand, caregivers have their own perception of this same communication event constructed by both parties (child and adult) and implements verbal and non-verbal resources which communicative impact is variable, especially when language is not typically developed. All these dynamics provides valuable subjective information that must be recorded, analyzed and considered in the speech-language pathology clinic from the concepts of pragmatic linguistics and, especially, of speech acts and their forces. Based on this, it will be possible to outline initial guidelines, strategies and modeling for parents to incorporate in their daily lives, with an impact on the way they interact with their families. In our research line, we distinguish three forces of speech acts: the locutionary force related to the emission of words to produce a certain meaning, the illocutionary force related to the intention of the speaker, and the perlocutionary force related to the effect that the sender's speech acts produce on the receiver. This paper highlights the relevance of the latter, and the importance for speech-language pathologists to have specific instruments to assess it by analyzing how each caregiver perceives the child's communicative dynamics. The ICRA-A Battery is part of the pragmatic research line of ICRA (Investigation of Communicative Competence for the Performance of Speech Acts, for its acronym in Spanish) focused on the evaluation and therapeutics of the Minimal Communication Circuits based on the concept of speech act. It is made up of four instruments: Analysis and Recording of Speech Acts, Pragmatic Observation of Play, Parent Questionnaire and Parents' Guide. The first two were administered directly by the speech therapist and the last two were completed by the caregivers. The objective of this paper is to present Instrument 3 of the ICRA-A Battery, the Parent Questionnaire, designed from the perspective of prelinguistic dimensions and precursors to basic speech acts. The record allows gathering information on the perception each parent has regarding their child's communicative competence by complementing the more objective results obtained from the administration of Instruments 1 and 2 of ICRA-A Battery. This paper also aims to analyze the perceptions of the parents of the pragmatic variables of their children at an early age, describe the instrument as well as its constitutive concepts, the implementation modality in the speech and language pathology clinic, and the validity and reliability psychometric analysis. In five out of the six dimensions comprising such instrument, capability of discriminating perceptions of parents of children with and without a pathology related to early communication indicators were verified.

Results showed a moderate correlation between responses from mothers and fathers in each group, strengthening the initial hypothesis that each caregiver answers the questionnaire independently.

From the analysis carried out, it was possible to establish the strengths and weaknesses of the variables that make up the instrument and to enhance the form of recording by grouping those strengths and weaknesses into prelinguistic dimensions. It is important for speech-language pathologists to be able to sound out parental perception from which they provide guidelines and modeling to each patient's caregiver, taking into account pragmatic communicative variables to promote a Minimum Communication Circuit in children with nonverbal and verbal language compromises at an early age.

Key words: pragmatics, parental perception evaluation, prelinguistic communication, language pathology.

INTRODUCCIÓN

En el marco de los estudios realizados por el lingüista Michael Halliday (1978) en relación con el desarrollo del lenguaje infantil, el autor destaca que el niño encuentra en el lenguaje un medio para alcanzar fines sociales, motivándolo para aprenderlo. Esta mirada funcional del desarrollo de la lengua lo condujo a identificar las funciones iniciales del lenguaje, mucho antes de que se adquieran las primeras palabras. Naturalmente, las funciones iniciales aparecen de modo progresivo y se mantienen a lo largo de la vida de las personas siendo, gradualmente, cada vez más complejas al tiempo que surgen otras nuevas. Estas funciones solo se pueden desplegar porque el niño se desarrolla al relacionarse con interlocutores, en el marco de contextos de comunicación. Todo lo mencionado conduce a dos conceptos relevantes: el de formato, del psicolingüista Jerome Bruner (1983/1995), y el de actos de habla, del filósofo del lenguaje John Austin (1962). Bruner entiende el formato como una interacción repetida en el marco de rutinas diarias, dentro de las cuales se hacen cosas entre sí y respecto del otro. En sintonía con este concepto, Austin refiere que las personas se comunican mediante actos de habla, lo cual implica mucho más que la emisión verbal: permiten hacer cosas con palabras (Austin, 1962).

El concepto de acto de habla conduce a la esencia del lenguaje humano. Al pensar específicamente en el lenguaje infantil, ante algo que el niño tenga intención de comunicar (fuerza ilocutiva), es relevante la actitud de sus cuidadores (fuerza perlocutiva). Cuando los niños tienen dificultades para comunicarse, la situación se torna más compleja.

Baña Castro (2015) refiere que cuando un niño presenta alguna dificultad, es importante conocer cómo lo perciben sus padres, dado que de eso dependerá su comportamiento para con el niño. Aquí entra en juego el concepto de percepción y su peso en relación a la patología del lenguaje infantil. El comportamiento de las personas se basa, en gran medida, en sus percepciones de lo que es la realidad, no sólo en la realidad misma. 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. Tanto en la literatura pediátrica médica como en la vinculada con la psicología infantil se sugiere tener en cuenta este factor en el área de la salud (Barbero et al., 2013; de la Iglesia et al., 2011; Merino Soto et al., 2003; Richaud de Minzi, 2002).

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.

Dentro de la teoría de los actos de habla, la percepción se vincula con la fuerza perlocutiva, la cual se activa ya desde el primer día de vida del niño. La percepción de cada participante (niño y adulto) del intento comunicativo del otro, realimenta la interacción. Por ejemplo, si el niño no mira al adulto, este podría decodificar tal conducta de dos maneras: como desinterés e incluso desamor, o como una dificultad que debe ser atendida. En el primer caso, es posible que el adulto se desanime y no tienda a buscar la mirada del niño, contribuyendo así, involuntariamente, a que la interacción decaiga, en perjuicio del desarrollo de la comunicación de su hijo. En el segundo caso, seguramente, se preocupará por estimular la función comprometida y/o pedir ayuda profesional (Abraham y Brenca, 2013, 2016).

Es necesario tener en cuenta este proceso vinculado con la percepción parental, en el momento de analizar el aspecto pragmático del lenguaje en pacientes con dificultades en la comunicación, tanto en la instancia de evaluación como de tratamiento. Estos niños llegan a la consulta de la mano de padres que decodifican, desde su percepción, el lenguaje verbal y no verbal de los mismos, influyendo en la dinámica comunicativa de interacción cotidiana. Los padres y/o cuidadores son los que organizan el mundo del niño, pero también los que se desorganizan cuando el desarrollo no se da dentro de lo esperable, lo cual es relevante en relación con el desarrollo del lenguaje y requiere ser analizado sin entrar en el terreno propio de otras disciplinas más vinculadas con el apego o el manejo emocional. El sondeo de la fuerza perlocutiva de los actos de habla le brinda al fonoaudiólogo esa posibilidad.

Los objetivos del presente trabajo son: 1) describir las variables verbales y no verbales pragmáticas del lenguaje

a edades tempranas, organizadas teóricamente en seis dimensiones que conforman el Instrumento 3 de la Batería ICRA-A, sustentado en el concepto de fuerza perlocutiva del acto de habla, 2) describir los criterios para su implementación y análisis, 3) determinar, a partir del análisis psicométrico, su capacidad para sondear y discriminar la percepción de padres de niños con y sin patología en relación con indicadores de comunicación temprana.

Fuerza perlocutiva y desarrollo del lenguaje

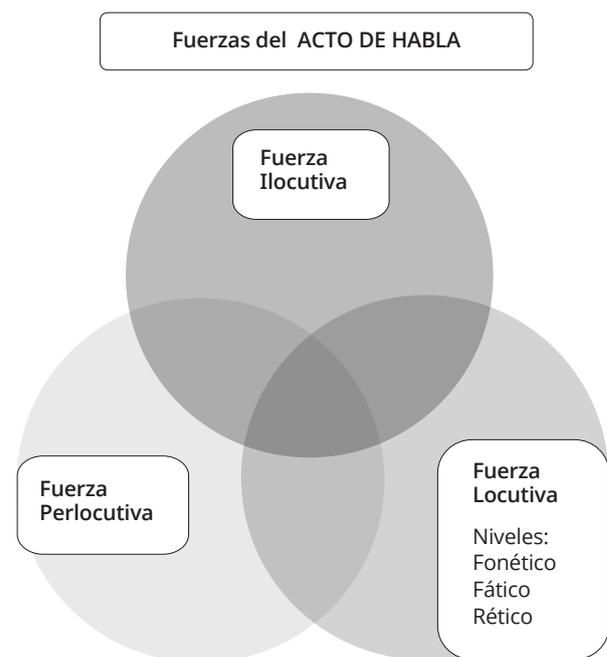
El concepto de acto de habla es un aporte significativo para el trabajo clínico fonoaudiológico en tanto permite jerarquizar la producción verbal infantil por su peso comunicativo más allá del vocabulario: cuando un niño realiza una verbalización, lo importante es el impacto de funcionalidad comunicativa y no la mera producción léxica (Abraham y Brenca, 2013). Los actos de habla 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 todos los actos de habla tienen en común la fuerza de la enunciación. Hace referencia a términos como acto ilocucionario, acto locucionario o acto locutivo, y dentro de ellos distingue 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, surgió la necesidad de adaptar la forma de expresarlo para implementar mejor el acto de habla en la clínica fonoaudiológica. De esta manera, se hace mención del acto de habla y de las tres fuerzas que siempre lo conforman (Abraham y Brenca, 2013, 2016): 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, en el presente trabajo se modifica el orden en que Austin las menciona, con el fin de enfatizar el orden en que se manifiestan las tres fuerzas en el desarrollo de la competencia comunicativa en el niño, con la siguiente progresión de aparición:

1. Fuerzas de la enunciación en la comunicación pre-verbal: las primeras fuerzas que aparecen en el desarrollo del lenguaje son la ilocutiva y la perlocutiva. La fuer-

za ilocutiva vinculada con la intención comunicativa, la cual se expresa ya desde los primeros meses de vida, y constituirá el hilo conductor del desarrollo de la habilidad para comunicar. En esta etapa inicial, sin producción verbal, la fuerza ilocutiva se manifiesta en la orientación corporal, el contacto visual, el volumen de la voz, el uso de gestos y la coherencia gestual con la situación comunicativa. Se incorporó este último rasgo de modo explícito dentro de los instrumentos del método ICRA (2017, Investigación de la Competencia Comunicativa para la Realización de Actos de Habla; Abraham y Brenca 2002, 2005, 2007, 2009, 2013, 2016) debido a que la coherencia tiene valor tanto en la comunicación verbal como en la no verbal, discriminación que se mantiene en la evaluación y en el tratamiento. La fuerza perlocutiva se refiere al efecto que produce la conducta del niño en sus padres y/o cuidadores y viceversa. Se vincula con decodificar y percibir la intención comunicativa del interlocutor.

2. Fuerzas de los actos de habla en la comunicación verbal: Cuando aparece la palabra, a las fuerzas ilocutiva y perlocutiva se suma la fuerza locutiva y se produce el acto de habla. La capacidad de comunicar verbalmente está condicionada al desarrollo de las fuerzas ilocutiva, perlocutiva y locutiva que lo conforman.

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



MÉTODO

Instrumentos

Instrumento 3 de la Batería ICRA-A Cuestionario para padres

Forma parte de la batería ICRA-A (Abraham y Brenca, 2013), conformada por cuatro instrumentos: 1) Análisis y registro de actos de habla, 2) Observación pragmática del juego, 3) Cuestionario para padres y 4) Guía para padres. Los dos primeros fueron diseñados y validados para evaluar de modo sistemático, cualitativa y cuantitativamente y con criterio de progresión, el aspecto pragmático del lenguaje infantil a edades tempranas, en el marco de la evaluación neurolingüística. Permiten establecer el nivel mínimo de desarrollo lingüístico pragmático esperable a los dos años y medio y se analiza la dinámica de las tres fuerzas. A partir de las respuestas obtenidas de los instrumentos 3 y 4 se obtiene, fundamentalmente, información sobre la fuerza perlocutiva.

El instrumento 3 está conformado por dos componentes: 1) Cuestionario y 2) Registro de las respuestas de los padres.

Cuestionario para padres (ver Anexo 1)

Está conformado por 20 preguntas que expresan las funciones prelingüísticas y precursores de actos de habla básicos, agrupados desde el punto de vista teórico en seis dimensiones pragmáticas: Referencialidad compartida, Instrumental, Heurística, Reguladora y personal, Interactiva e Interacción lúdica. Contiene las mismas variables que evalúa el terapeuta de modo objetivo con el instrumento 2, con la única diferencia de que se excluyen dos ítems. La decisión se basó en que se trata de información que sólo el fonoaudiólogo puede valorar en la evaluación mediante la implementación del Instrumento 2, no así los padres.

El cuestionario es completado en forma independiente por el padre y la madre y es entregado al fonoaudiólogo antes de iniciar la evaluación con los instrumentos 1 y 2.

A continuación, se detallan los grupos de variables sobre los que cada cuidador deberá centrar la atención para responder las preguntas pertenecientes a las seis dimensiones descriptas anteriormente. Las mismas los guiarán para observar las siguientes conductas comunicativas de su hijo:

Preguntas 2, 3 y 7: Si el niño dirige la atención y la sostiene hacia algo que le muestran, como así también si utiliza el gesto de señalamiento (Dimensión de referencialidad compartida).

- Preguntas 5, 13 y 15: Si el niño reclama objetos y convoca al adulto cuando desea conseguir algo. Si manifiesta gestual y/o verbalmente una acción específica que espera que el adulto lleve a cabo (abrir, mirar) (Dimensión instrumental).
- Preguntas 9, 16, 18 y 20: Si el niño explora diferentes objetos que se le presentan o están a su alrededor, mostrando interés por ellos en su totalidad, y si realiza preguntas ya sea gestual y/o verbalmente (Dimensión heurística).
- Preguntas 10 y 14: Si el niño expresa con claridad el rechazo ante algo que no desea, y si intenta imponer su voluntad al interactuar con otros, pudiendo aceptar también las propuestas del adulto (Dimensión reguladora y personal).
- Preguntas 1, 4, 6 y 12: Si el niño llama la atención de las personas de su entorno y responde a sus miradas y gestos, empleando vocalizaciones, sonrisas, etc. También si brinda información nueva, que supone que su interlocutor desconoce (Dimensión interactiva).
- Preguntas 8, 11, 17 y 19: Si el niño participa de juegos con otros e intenta imitar las acciones que se le proponen, respondiendo a órdenes simples, y si los movimientos que hace con su cuerpo son adecuados al contexto comunicativo (Dimensión interacción lúdica).

Este cuestionario es una primera oportunidad para que los padres puedan focalizar su atención en el tipo de comunicación que está desplegando su hijo/a y, de este modo, generar un espacio para involucrarlos en el abordaje terapéutico. Al fonoaudiólogo le permite contar con un parámetro de las diferencias de percepción de los cuidadores entre sí y con respecto a la evaluación objetiva de las mismas variables, hecha por él. Por otra parte, le brinda elementos para sondear la fuerza perlocutiva que se pone en juego en la interacción, y darles pautas y modelado.

A los padres se les da la consigna de responder el cuestionario por separado, sin consultarse entre ellos. Luego de completar los formularios, se les permite, si lo desean, conversar acerca de sus respectivas respuestas y de las coincidencias y/o diferencias entre ambos, pero sin modificar lo escrito.

El cuestionario tiene tres categorías de respuesta: nunca (1), a veces (2) y siempre (3). Nunca: si la conducta no se observa en la situación comunicativa que así lo requiera. A veces: cuando aparece ocasionalmente. Siempre: cuando aparece en la gran mayoría de los casos en que correspondería su aparición.

1- Su hijo/a ¿mira a las personas que hablan con él/ella? **nunca / a veces / siempre = 2**

2- ¿Usted nota que su hijo/a sigue con la mirada lo que le señalan? **nunca / a veces / siempre = 3**

3- ¿Mantiene su hijo/a la atención en el objeto que se le muestra? **nunca / a veces / siempre = 1**

En la pregunta 10 (¿Intenta imponer su voluntad cuando interactúa con otros?), si bien se mantienen las mismas categorías de respuesta, se invierte el valor de los puntajes: 2 (siempre), 3 (a veces). Esto se debe a que en este ítem se sondea la percepción de los padres sobre la flexibilidad comunicativa de su hijo, correspondiendo el máximo puntaje a la capacidad negociadora, en una interacción que le permite ceder en algunas ocasiones, sin caer en la pasividad ni en la rigidez. Ejemplo:

10- ¿Intenta imponer su voluntad cuando interactúa con otros? **nunca / a veces / siempre = 3**

Registro de la información dada por los padres (ver Anexo 2)

Se diseñó para registrar las respuestas dadas por cada cuidador, organizadas por dimensiones, con el objetivo de identificar con mayor facilidad las que los padres perciben como menos y más desarrolladas. El especialista puede visualizar de un modo más ordenado la percepción de cada cuidador y, por otra parte, establecer un parámetro en relación a los resultados obtenidos mediante el Instrumento 2.

Población de estudio

Con el fin de determinar la validez del instrumento para diferenciar la percepción de los padres y madres de hijos con dificultades en la comunicación, de las percepciones de padres y madres de hijos con desarrollo típico (DT), se seleccionaron dos muestras: una compuesta por padres y madres de niños con patología del lenguaje (Grupo 1, n= 90) y otra por padres y madres de niños con desarrollo típico del lenguaje (Grupo 2, n= 51). En todos los casos se contó con la autorización de los padres mediante la firma del consentimiento informado. Se siguieron los lineamientos del Convenio de Helsinki. No se ofreció retribución monetaria por participar en la investigación.

Grupo 1 (Patología): Se realizó un muestreo consecutivo con el propósito de incluir en la muestra niños con diversos perfiles de alteraciones del lenguaje infantil, dejando al azar tanto el género como el porcentaje de cada tipo de diagnóstico fonoaudiológico y médico que conformarían la muestra de estudio. Se incluyeron pacientes del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires, que eran derivados a la Subsección Neurolingüística para realizar una evaluación del lenguaje por presentar retrasos o alteraciones de la competencia comunicativa no verbal y/o verbal en edades tempranas. El grupo inicial quedó conformado por 100 sujetos, de ambos sexos. Luego, se eliminaron diez casos en los que no se contó con la respuesta de ambos padres al cuestionario correspondiente, de modo que la muestra definitiva quedó conformada por 90 pacientes. Todos pertenecían a un nivel sociocultural medio, el cual se determinó en base al nivel educativo de ambos padres, que contaban con una media de 14 años de estudio (Madre: DE = 2.6; Padre: DE = 3). La edad de los niños era de 27 a 52 meses, con una media de 36 meses (DE = 5.9). La media de semanas de gestación fue 38 (DE = 2.5) y la media del peso al nacer 3171 gr (DE = 667 gr).

Todos los niños con diagnósticos médicos de Trastorno del Espectro Autista (TEA) habían sido evaluados por profesionales del área de Salud Mental y/o Neuropediatría con instrumentos específicos para este perfil de pacientes. Todos contaban con algún tipo de estudio auditivo, cuya cantidad y especificidad varió en función del perfil comunicativo del paciente: Otoemisiones Acústicas (OEA), Audiometría Tonal (AT) y/o Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEAT). También contaron con los estudios indicados por los profesionales tratantes de las especialidades de salud mental y neurología infantil (polisomnografía, estudios por imágenes, evaluación psicopedagógica, etc.) para arribar al diagnóstico diferencial.

Grupo 2 (Control): Este grupo estaba conformado por los padres de 55 niños que concurrían a un colegio privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a quienes se les realizó una evaluación del lenguaje. Todos pertenecían al nivel sociocultural medio, el cual estuvo determinado por el nivel educativo de ambos padres con una media de 15 años de estudio (Madre: DE = 2.2; Padre: DE = 3.1). Se llevaron a cabo reuniones informativas con los padres para explicarles en qué consistía la investigación, como así también las características de las evaluaciones a realizar. También se organizaron encuentros con las autoridades y maestros del establecimiento educativo y se les proporcionó información específica sobre el desarrollo del lenguaje infantil y signos de alerta. Se convocó a participar a todos los niños de sala de 3 años y se incluyeron sólo aquellos cuyos padres lo autorizaron.

La muestra del Instrumento 3 quedó conformada por los padres de 51 niños (56.4 % varones y 43.6 % niñas), debido a que en cuatro casos el cuestionario de padres sólo fue completado por uno de ellos. La edad oscilaba entre 30 y 48 meses, con una media de 38 (DE = 4.5). La media de semanas de gestación fue igual a 38 semanas (DE = 1.8) y la media del peso al nacer, 3.313 gramos (DE = 477 gr).

A los niños de ambos grupos se les realizó una evaluación neurolingüística para establecer el diagnóstico diferencial de su perfil comunicativo. Se les administró la Escala Preeschool III (Zimmerman et al., 1992) adaptada al español para establecer los niveles comprensivo y expresivo (Tabla 1) y la Batería ICRA-A, implementada por profesionales formados en los conceptos teóricos y prácticos necesarios para su aplicación.

Tabla 1. Niveles comprensivos y expresivos registrados en ambos grupos a partir de la aplicación de la escala PLS-III

		<i>M</i>	DE	Mediana	Mín	Máx	<i>p</i>
Producción Verbal - Score (meses)	Patología	17	11,3	19.000	0	46	.001
	Control	40	7,6	41.000	25	61	
Comprensión Score (meses)	Patología	20	13,4	21.000	0	44	.001
	Control	41	6,5	41.000	27	59	

Por otra parte, se obtuvo información sobre el desempeño comunicativo de los niños en situaciones de interacción en actividades que se desarrollaban dentro de la sala de jardín y se pidió información con respecto al cumplimiento de los objetivos esperables en la sala de 3 años. Todos los niños contaban con algún tipo de estudio auditivo y controles pediátricos periódicos. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: prematuridad (menos de 30 semanas), bajo peso al nacer

(menos de 1500 gramos), estar recibiendo o haber recibido tratamientos y/o controles por alteraciones neurológicas, sensoriales, psiquiátricas, psicológicas, psicopedagógicas y/o fonoaudiológicas. Por otra parte, también se consideró el informe de jardín sobre el cumplimiento de los objetivos en la sala de 3 años. El 83.6 % del grupo control contó con estudio de OEA, el 32.7 % con AT y el 5.5 % con PEAT. Fueron excluidos cuatro niños por presentar trastornos del lenguaje.

Procedimiento estadístico

Con el fin de determinar la validez del cuestionario para sondear la percepción de los cuidadores sobre las conductas comunicativas de sus hijos, se realizaron MANOVAs para comparar las respuestas de los padres de niños con patología del lenguaje y los padres de niños con desarrollo típico. Se agruparon los ítems por dimensión teórica, es decir, tomando como variable independiente padres de niños con y

sin patología y como variables dependientes los ítems (más de uno) de cada una de las seis dimensiones, en total seis MANOVAs. Para determinar la confiabilidad de la prueba se correlacionaron, por un lado, las percepciones de padres y madres de niños con patología y, por el otro, de padres y madres de niños sin patología (confiabilidad entre jueces).

RESULTADOS

En las Tablas 2 y 3 se presentan las medias, desviaciones estándar, valores F y p de los ítems correspondientes a los padres/madres de niños con trastornos de lenguaje y a los padres/madres de niños con desarrollo típico. Permite discriminar las percepciones entre cuidadores de niños con y sin patología en 5 de las 6 dimensiones analizadas.

Tabla 2. Medias, desvíos estándar, valores de análisis de variancia y de significación de los ítems del Instrumento 3 a partir de respuestas de padres de niños con trastornos de lenguaje y padres de niños con desarrollo típico.

Ítems		Patología		Control		F (1,145)	p
		M Padre	DE Padre	M Padre	DE Padre		
RC (Referencia Compartida)	2	2.43	.05	2.87	.07	23.43	.000
	3	2.39	.05	2.74	.07	14.13	.000
	7	2.40	.06	2.08	.08	9.48	.002
FI (Función Instrumental)	5	2.36	.50	2.19	.40	4.53	.039
	13	2.73	.53	2.92	.27	5.73	.018
	15	2.56	.52	2.65	.48	1.05	.305
FH (Función Heurística)	9	2.72	.50	2.77	.42	.43	.513
	16	1.99	.79	2.55	.57	20.42	.000
	18	2.69	.51	2.79	.41	1.62	.205
	20	2.45	.58	2.57	.50	1.44	.231
FRyP (Función Reguladora y Personal)	10	2.63	.60	2.54	.54	.90	.343
	14	2.88	.39	2.96	.19	1.94	16.5
Flnt (Función Interactiva)	1	2.32	.05	2.75	.07	25.57	.000
	4	2.56	.05	2.85	.07	11.66	.001
	6	2.35	.06	2.42	.08	.41	.522
	12	2.53	.06	2.89	.08	12.59	.001
IL (Interacción Lúdica)	8	2.41	.54	2.26	.52	2.62	.107
	11	2.23	.52	2.53	.54	10.98	.001
	17	2.40	.59	2.60	.49	4.36	.039
	19	2.71	.52	2.96	.19	11.65	.001

Nota:
En negrita, $p \leq .05$.

RC $F_{\text{hotelling}}(3,143) = 17.074, p = .000$
FI $F_{\text{hotelling}}(3,143) = 4.26, p = .006$
FH $F_{\text{hotelling}}(4,141) = 5.44, p = .000$

FRyP $F_{\text{hotelling}}(2,142) = 1.252, p = .289$
Flnt $F_{\text{hotelling}}(4,140) = 9.086, p = .000$
IL $F_{\text{hotelling}}(4,140) = 6.042, p = .000$

Tabla 3. Medias, desvíos estándar, valores de análisis de variancia y de significación de los ítems del Instrumento 3 a partir de respuestas de madres de niños con trastornos de lenguaje y madres de niños con desarrollo típico.

Ítems		Patología		Control		F (1,152)	p
		M Madre	DE Madre	M Madre	DE Madre		
RC (Referencia Compartida)	2	2.47	.56	2.91	.29	28.77	.000
	3	2.39	.53	2.72	.45	15.23	.000
	7	2.37	.69	1.93	.61	15.68	.000
FI (Función Instrumental)	5	2.33	.50	2.15	.36	6.15	.014
	13	2.66	.56	2.84	.37	4.59	.034
	15	2.61	.51	2.65	.48	.33	.565
FH (Función Heurística)	9	2.75	.46	2.94	.23	.43	.513
	16	1.93	.75	2.80	.45	20.42	.000
	18	2.73	.49	2.81	.39	1.62	.205
	20	2.48	.56	2.63	.52	1.44	.231
FRyP (Función Reguladora y Personal)	10	2.49	.68	2.29	.66	3.10	.080
	14	2.94	.28	2.96	.19	.34	.558
Flnt (Función Interactiva)	1	2.41	.51	2.82	.39	26.32	.000
	4	2.73	.47	2.89	.31	5.20	.024
	6	2.36	.66	2.42	.57	.30	.582
	12	2.58	.64	2.93	.26	14.86	.000
IL (Interacción Lúdica)	8	2.43	.57	2.52	.50	.82	.368
	11	2.38	.57	2.50	.50	1.58	.210
	17	2.54	.58	2.54	.50	.00	.986
	19	2.65	.50	2.93	.26	14.54	.000

Nota:
En negrita, $p \leq .05$.

RC $F_{\text{hotelling}}(3,150) = 18.677, p = .000$
 FI $F_{\text{hotelling}}(3,150) = 4.481, p = .005$
 FH $F_{\text{hotelling}}(4,148) = 15.902, p = .000$

FRyP $F_{\text{hotelling}}(2,150) = 1.779, p = .172$
 Flnt $F_{\text{hotelling}}(4,150) = 8.273, p = .000$
 IL $F_{\text{hotelling}}(4,148) = 4.241, p = .003$

Como se puede observar en las Tablas 2 y 3, en la mayoría de los ítems existen diferencias significativas entre los dos grupos (control y patológico), y el grupo de padres/madres de hijos con desarrollo típico presentan un predominio de valores más altos. Sin embargo, a nivel de los ítems 5 y 7, si bien logran discriminación entre ambos grupos, el valor de la media

se invierte, es decir, es más alta en los padres/madres de hijos con dificultades.

Tabla 4. Correlaciones entre los valores de padres y madres de los grupos Patología y Control.

Ítem	<i>r</i>	
	G1 (n = 90) (Patología)	G2 (n = 51) (Control)
1. ¿Mira a las personas que hablan con él/ella?	.47	.48
2. ¿Usted nota que su hijo/a sigue con la mirada lo que le señalan?	.52	.52
3. ¿Mantiene su hijo/a la atención en el objeto que se le muestra?	.47	.49
4. ¿Responde a la mirada y/o gestos del adulto, con vocalizaciones, sonrisas y/o gestos?	.22	.26
5. Cuando quiere conseguir algo ¿recurre al adulto?	.27	.21
6. ¿Trata de llamar la atención de las personas de su entorno?	.54	.45
7. ¿Observa que su hijo/a señala con el dedo?	.51	.47
8. ¿Imita lo que usted realiza cuando juega con él/ella?	.29	.19
9. Su hijo/a ¿explora lo que hay a su alrededor?	.28	.24
10. ¿Intenta imponer su voluntad cuando interactúa con otros?	.23	.26
11. ¿Intenta jugar con otros?	.34	.36
12. Cuando se lastima ¿muestra en qué parte del cuerpo se lastimó?	.65	.61
13. ¿Su hijo/a los llama cuando los necesita?	.38	.38
14. Cuando no quiere algo ¿expresa claramente su rechazo?	.05	.10
15. Cuando quiere algo ¿lo pide?	.25	.30
16. ¿Observa que su hijo intenta preguntar?	.46	.52
17. Si le piden que haga algo simple (Ej. "traé la pelota", etc.) ¿lo hace?	.67	.58
18. ¿Le atraen distintos tipos de juguetes?	.23	.27
19. ¿Le parece que tienen sentido todos los movimientos que hace con las manos u otras partes del cuerpo?	.55	.57
20. ¿Muestra interés por cada objeto o juguete en su totalidad?	.41	.43

En la Tabla 4 se observa que las correlaciones de las respuestas entre padres y madres de ambos grupos resultaron en su mayoría entre moderadas bajas y moderadas altas, mostrando un grado de acuerdo básico que respondería a la validez del ítem para describir la

situación comunicativa y un grado de desacuerdo que indicaría la particularidad de la percepción por parte de cada uno de los padres.

DISCUSIÓN

En el campo de los trastornos de la comunicación y el lenguaje, los cuestionarios respondidos por los padres son predominantemente instrumentos seleccionados con el objetivo de obtener información en relación al desarrollo temprano. Diversos trabajos proporcionan evidencia de una mayor precisión en la evaluación clínica cuando la información brindada por los padres o cuidadores a partir de cuestionarios se suma a la evaluación directa por parte de un terapeuta especializado (Gray et al., 2008; Vanegas et al., 2016).

Un ejemplo clínico de lo mencionado se refleja en relación a los instrumentos ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) y ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), implementados en pacientes con posibilidad de padecer algún trastorno del espectro autista (TEA). El ADI-R (Lord et al., 1994; Rutter et al., 2003) consiste en una entrevista estandarizada y semiestructurada diagnóstica realizada por el profesional (psicólogo, neurólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra, etcétera) a ambos padres en forma simultánea. En la bibliografía se describe un grado de acuerdo moderado entre el ADI-R y el diagnóstico clínico a edades tempranas (Gray et al., 2008; Vanegas et al., 2016). A diferencia de la prueba anterior, el ADOS (Lord et al., 2000, 2001) es una evaluación observacional semiestructurada y estandarizada de la comunicación, la interacción social y el juego del niño, realizada por un terapeuta. Al administrar ambas pruebas en forma conjunta, los resultados que se obtienen son más consistentes que al implementar sólo el ADI-R. Si bien los autores destacan que además es necesario realizar otras evaluaciones para llegar al diagnóstico de autismo, en la práctica clínica pueden encontrarse pacientes con ese diagnóstico realizado sólo a partir de la implementación del ADI-R y/o ADOS. Consideramos que los cuestionarios sólo brindan información subjetiva y, por ende, no tienen criterio diagnóstico, sino complementario.

En la práctica clínica, el Cuestionario para padres ICRA (Instrumento 3) sólo puede ser implementado en el marco de una evaluación neurolingüística realizada por un fonoaudiólogo y no es una herramienta diagnóstica. Brinda información complementaria para dar pautas y modelado a cada cuidador a partir del sondeo de cómo perciben ellos la comunicación temprana del niño que se está evaluando. Fortalece la información obtenida por el profesional en forma directa mediante la aplicación del Instrumento 2 de la Batería ICRA-A, Observación Pragmática del Juego, conformada por las mismas variables

que se sondean con el cuestionario.

Por otra parte, es necesario someter los cuestionarios a análisis psicométricos de confiabilidad y validez para determinar sus fortalezas y limitaciones en su aplicación clínica.

En relación al análisis psicométrico de la confiabilidad del Instrumento 3, los resultados arrojaron correlación moderada baja a moderada alta entre las respuestas de madres y padres de cada grupo, fortaleciendo la hipótesis inicial de que cada cuidador tiene su propia percepción en relación a la comunicación temprana de su hijo, razón por la cual es relevante que cada uno responda el cuestionario en forma separada.

Con respecto a la validez del instrumento, se observan diferencias significativas entre ambos grupos de padres (control y patológico). Se pueden discriminar las percepciones entre cuidadores de niños con y sin patología en cinco de las seis dimensiones analizadas. Los ítems que más discriminan son: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 16, 17 y 19.

Se identificó que la dimensión Reguladora y Personal, conformada por los ítems 10 y 14, tiene menor poder discriminativo entre las respuestas de padres y madres de niños con y sin patología. En el ítem 10 (¿Intenta imponer su voluntad cuando interactúa con el otro?) se sondea si el niño puede ajustarse en las distintas situaciones comunicativas o predominan conductas rígidas. Se busca observar cómo perciben los cuidadores el grado de flexibilidad que sus hijos tienen en las distintas situaciones comunicativas. Tanto los padres como las madres de los niños con y sin patología tienden a percibir que sus hijos intentan imponer más su voluntad cuando están con otros. Las diferencias entre ambos grupos no son significativas. Sólo se observa una leve tendencia en las madres de niños con patología a percibir que sus hijos intentan imponer más su voluntad. Esto se debe a que no se operacionalizó adecuadamente la construcción de este ítem ya que imponer su voluntad e interactuar son conceptos contrapuestos que generan confusión al estar conformando la misma pregunta. Dentro del método ICRA, este ítem es relevante porque tiene vinculación con ajustes en la interacción: si es pasivo, flexible o rígido en las distintas situaciones comunicativas. Para compensar esta dificultad es necesario hacer preguntas complementarias para sondear estas variables y graficarlas con ejemplos concretos: “Cuando le propone cambiar el juguete que está usando, ¿es indiferente, lo acepta o se enoja?”, “Al introducir un cambio en algo que se había planeado, ¿es indiferente, lo

acepta o se enoja?” “Cuando se le dice “no” a algo que desea, ¿es indiferente, lo acepta o se enoja?”

El ítem 14 (Cuando no quiere algo, ¿expresa claramente su rechazo?) indaga sobre el uso del acto de habla de rechazo, es decir, la posibilidad de expresar su negativa ante algo. Se identificaron desvíos estándar mayores en los padres del grupo de niños con patología.

Esto indica mayor variabilidad en las respuestas de estos padres, es decir, una percepción más variada de la forma en que manifiestan el rechazo sus hijos.

Por otro lado, a diferencia de lo que se hipotetizó cuando se construyó el ítem, tanto las madres como los padres de ambos grupos perciben que sus hijos expresan el rechazo con la misma intensidad. Esto podría deberse a que este ítem sondea los rasgos prelingüísticos del uso del “no”, que está muy vinculado a edades tempranas con lo conductual, que se encuentra en proceso de organización.

Asimismo, el concepto rechazo es muy amplio. Desde la observación clínica, se considera que puede manifestarse en una actitud corporal global (expresión más primitiva), en un gesto específico con el dedo/cabeza o en el uso del adverbio de negación. También hay que considerar que el paciente puede presentar estereotipias con movimiento de la cabeza que podrían ser decodificadas por los cuidadores como un gesto específico de rechazo, sin serlo. El “No” es un acto de habla de muy temprano desarrollo, muy relevante como organizador cognitivo y por el impacto que genera para abrir el circuito mínimo de comunicación. Resulta necesario hacer preguntas complementarias concretas a los cuidadores luego de la devolución de los cuestionarios; por ejemplo: “¿Hace el gesto de negar con la cabeza, con la mano?”, “Si le quieren ofrecer algo a su hijo/a y no lo acepta ¿cómo les expresa que no lo quiere?”. A su vez, es relevante solicitarles ejemplos concretos que le permitan al fonoaudiólogo saber a qué conductas específicas se refieren cuando mencionan que su hijo puede expresar la negativa ante algo.

También se observaron ciertas particularidades con respecto a los ítems 5 y 7. Cabe destacar que, si bien los dos ítems discriminan entre las percepciones de ambos grupos de padres, se obtiene un valor invertido: los padres y madres de niños con patología son quienes registran más conductas sondeadas. En relación al ítem 5 (Cuando quiere conseguir algo ¿recurre al adulto?), que sondea el uso de conductas protoimperativas, tanto las madres como los padres de niños del grupo patológico indicaron que sus hijos se dirigían a ellos con frecuencia para solicitarles algo, mientras que esta conducta sería

menos percibida por los cuidadores de niños con desarrollo típico. La explicación podría ser evolutiva. A medida que avanza el desarrollo verbal y de las funciones ejecutivas básicas, los niños con desarrollo típico tratan de hacer más acciones por sí mismos, se muestran más independientes en lo cotidiano e incorporan progresivamente nuevas estrategias que les permiten cumplir ese objetivo. Por otra parte, los niños con patología del lenguaje suelen tener más conductas protoimperativas y esto aumenta al no contar con los recursos suficientes para resolver las situaciones conflictivas. En el desarrollo típico, ante situaciones similares los niños se dirigen lingüísticamente a los adultos, ya no usan protoimperativos y, por ende, son menos percibidos. Una conducta que los padres de niños con patología suelen referir, por ejemplo, es que sus hijos manifiestan el pedido tomándoles la mano.

En el ítem 7 (¿Observa que su hijo señala con el dedo?), se guía a los padres en la observación del uso del gesto deíctico para marcar referencialidad. Tanto las madres como los padres de niños del grupo patológico refieren ver más el gesto deíctico en sus hijos que los cuidadores de niños con desarrollo típico. Teniendo en cuenta la experiencia clínica, se sabe que en ocasiones no diferencian señalar con el dedo (gesto deíctico específico de referencialidad) de extender la mano hacia algo cuando se le hace esta pregunta. Sería conveniente complementar la respuesta consultando qué conducta gestual específica realiza el niño: si señala o si extiende la mano. Por otra parte, en relación a los padres de niños con desarrollo típico, esto podría deberse también a un proceso evolutivo. A medida que avanza el desarrollo verbal, la palabra es utilizada en forma predominante por los niños, y no requieren del gesto para manifestar la referencia. Pasa a ser un componente paralingüístico que no necesariamente tiene que estar presente para decodificar lo que el niño quiere referir; como lo utiliza cada vez menos, es lógico que sea menos percibido por los padres de niños con desarrollo típico. Tanto en el ítem 5 como en el 7 se sondean conductas que se observan con más claridad y frecuencia en niños con más recursos prelingüísticos que verbales.

A partir del análisis realizado, se encontraron limitaciones y fortalezas del instrumento. Con respecto a las primeras mencionadas, se identificaron dos ítems que cuentan con poca capacidad de discriminación, pudiéndose visualizar cuáles serían las posibles causas de su limitación y plantear estrategias para que las dificultades

de operacionalización de estas variables no sean un obstáculo para su aplicación clínica.

Por otra parte, en el presente trabajo se han incluido sólo padres y madres de clase media. A los fines de aumentar la generalización de los resultados, sería interesante administrar el cuestionario a cuidadores de otras clases sociales y de diferentes instituciones de salud y lugares del país. En el caso de tratarse de una población perteneciente a un nivel sociocultural bajo, sería necesario leer las preguntas con cada cuidador.

En cuanto a sus fortalezas, se destacan las siguientes: 1) El Cuestionario para padres es un instrumento de la Batería ICRA-A que se desarrolló dentro del método ICRA (2017) a partir de una necesidad clínica real: contar con una guía de preguntas que permitiera sondear y analizar la percepción en padres de niños pequeños para aplicar en la clínica fonoaudiológica. 2) El sondeo de la fuerza perlocutiva de los actos de habla básicos y

sus precursores son el eje de sustentación conceptual. Aporta información que permite potenciar el abordaje terapéutico fonoaudiológico a partir de pautas y modelado a cada cuidador, teniendo en cuenta las variables comunicativas pragmáticas analizadas y cómo las perciben. 3) Es información que el fonoaudiólogo necesita registrar sin entrar en el terreno de otras disciplinas. Lo hace a partir de variables que están bien diferenciadas de las relacionadas con el apego, las emociones y el vínculo filial parental, todo esto objeto de análisis de disciplinas que también trabajan con niños pequeños con compromisos del lenguaje. 4) Constituye un aporte al trabajo interdisciplinario. Para llevar a cabo una tarea de calidad dentro de un equipo interdisciplinario, cada disciplina debe estar fortalecida en sus propios instrumentos de evaluación y objetivos a trabajar en el plan terapéutico. 5) Es una guía breve, que no consume mucho tiempo para responderla.

CONCLUSIÓN

Cuando un niño no puede comunicarse del modo esperable para su edad, tanto en forma gestual como lingüística, llevar a cabo un abordaje neurolingüístico de su competencia comunicativa se torna central y en este proceso, los padres y/o cuidadores son actores esenciales.

Desde el momento en que se entrega el Cuestionario para padres de la batería ICRA-A, se pone el foco en cómo cada cuidador percibe los recursos que tiene, o no, el niño en relación con la competencia comunicativa básica. Estos instrumentos facilitan, desde la primera sesión, el sondeo de información relacionada con la fuerza perlocutiva de los actos de habla básicos en interacciones cotidianas y, a partir de ello, dar a los padres pautas mínimas iniciales y modelado. Estos lineamientos implican conceptos que se transmiten con el objetivo de que generen modificaciones en el modo de interactuar cotidiano y que puedan expresarse desde la instancia de evaluación. Todo apunta a que el fonoaudiólogo pueda identificar si se manifiesta en el niño lo que dentro del método ICRA (2017) se denomina potencialidad de cambio inicial: la movilidad en el despliegue de conductas comunicativas del paciente, de una sesión a otra durante la evaluación, a partir de las pautas dadas. Se analiza si hay o no indicadores de cambio en el modo de interactuar entre el niño y cada uno de sus padres, y si los hubiera, cuál es el tipo y grado. Las pautas y el modelado tienden a organizar la forma de interactuar y el contexto

en los encuadres cotidianos para que las fuerzas de los actos de habla de ambas partes puedan ser generadoras de cambios, especialmente la fuerza perlocutiva, en una retroalimentación comunicativa positiva. Durante todo el tratamiento se implementa esta modalidad.

Dentro del método ICRA (2017), se incluye a los padres, tanto en la instancia de evaluación como en la de tratamiento, entendiendo por incluir el involucrar a alguien en un asunto, comprometiéndolo. Teniendo en cuenta que los actos de habla y sus precursores se desarrollan en contextos interactivos y que a edades tempranas son casi exclusivamente los cuidadores quienes con sus actitudes y respuestas (fuerza perlocutiva) influyen en las conductas comunicativas de los niños, se torna central contar con instrumentos que permitan al fonoaudiólogo sondear la percepción de los padres en relación a esa comunicación.

Se intenta aportar al fonoaudiólogo un instrumento creado y validado en población hablante del español para sondear información subjetiva parental a partir de la cual dar pautas y modelado teniendo en cuenta variables comunicativas pragmáticas. Se busca hacerlo respetando el modo en que cada uno las percibe para potenciar en las interacciones cotidianas las fuerzas de los actos de habla básicos del paciente y desde ahí lograr un Circuito Mínimo de Comunicación en niños con compromisos del lenguaje y de la comunicación.

REFERENCIAS

- Abraham, M. V. y Brenca, R. M. (2002). El acto de habla en el desarrollo pragmático del lenguaje infantil. *Fonoaudiológica*, 48 (2-3), 92-107.
- Abraham, M. V. y Brenca, R. M. (2005). Las funciones del lenguaje, sus manifestaciones pre lingüísticas y los actos de habla en el niño: Evaluación y análisis ICRA. *Fonoaudiológica*, 51(1), 38-49.
- Abraham, M. V. y Brenca, R. M. (2007). El juego en el ICRA. *Fonoaudiológica*, 52(1-2), 21-31.
- Abraham, M. V. y Brenca, R. M. (2009). Actualización del instrumento de evaluación pragmática infantil ICRA. *Fonoaudiológica*, 55(2), 36-57.
- Abraham, M. V. y Brenca, R. M. (2013). Bateria ICRA-A: Evaluación fonoaudiológica del aspecto pragmático del lenguaje infantil. Buenos Aires, Argentina: Atlante.
- Abraham, M. V. y Brenca, R. M. (2016). De los actos de habla a las destrezas narrativas: Método ICRA. Akadia.
- Austin, J. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198245537.001.0001>
- Bach, K. y Harnish, R. (1979). *Linguistic communication and speech acts*. Cambridge, and London, England: The MIT Press.
- Baña Castro, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastornos del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Barbero, A. H., Reyes López, M. y Azcona San Julián, C. (2013). Percepción de padres e hijos de la calidad de vida relacionada con la salud de niños según el estado ponderal en Navarra, España. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 111(6), 508-515.
- Bruner, J. (1995). *El habla del niño*. (R. Premat, Trad.). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1983). <http://doi.org/10.1177/026565908500100113>
- de La Iglesia, G., Ongarato, P. y Fernández Liporace, M. (2011). Evaluación de estilos parentales percibidos: un breve recorrido histórico. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Gray, K., Tonge, B. y Sweeney, D. (2008). Using the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule with Young Children with Developmental Delay: Evaluating Diagnostic Validity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 657-667. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0432-y>.
- Halliday, M. (1978). *El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y del significado*. London: Edward Arnold. <https://doi.org/10.1017/S004740450000782X>
- Lord, C., Rutter, M. y LeCouteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659-685. <https://doi.org/10.1007/BF02172145>
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E., Leventhal, B., Di Lavore, P., Pickles, A. y Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-223. <https://doi.org/10.1023/A:1005592401947>
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. y Risi, S. (2001). *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) Manual*. Los Ángeles, CA: Western Psychological Services.
- Merino Soto, C., Díaz Casapía, M. y Cohen, B. (2003). De los niños a los padres: el inventario de percepción de conductas parentales. *Persona*, 6, 135-149. <https://doi.org/10.26439/persona2003.n006.883>
- Método ICRA. (2017). www.metodoicra.com.ar
- Richaud de Minzi, M. C. (2002). *Inventario acerca de*

la percepción que tienen los Niños y las Niñas de las Relaciones con sus Padres y Madres. Versión para 4 a 6 años. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1 y 2), 149-165. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v36i120&202.411>

Rutter, M., LeCouteur, A. y Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised*. Los Ángeles, CA: Western Psychological Services.

Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.147>

Vanegas, S., Magaña, S., Morales, M. y McNamara, E. (2016). Clinical Validity of the ADI-R in a US-Based Latino Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1623–1635. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2690-4>

Zimmerman I., Steiner, V. y Pond, R. (1992). *Preschool Language Scale-3*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Recibido: 29 de diciembre de 2021

Aceptado: 11 de agosto de 2022

ANEXO 1



BATERÍA ICRA-A: EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA
DEL ASPECTO PRAGMÁTICO DEL LENGUAJE INFANTIL
M.V.Abraham-R.M.Brenca

INSTRUMENTO 3: CUESTIONARIO PARA PADRES

Nombre del niño: **Edad:**
Nombre madre/ padre (sólo del que llena el cuestionario):

Tachar lo que no corresponda. También ayudaría mucho que dieran ejemplos puntuales cuando lo consideren de utilidad

1. ¿Mira a las personas que hablan con él/ella? nunca / a veces / siempre _____
2. ¿Usted nota que su hijo/a sigue con la mirada lo que le señalan? nunca / a veces / siempre _____
3. ¿Mantiene su hijo/a la atención en el objeto que se le muestra? nunca / a veces / siempre _____
4. ¿Responde a la mirada y/o gestos del adulto, con vocalizaciones, sonrisas y/o gestos? nunca / a veces / siempre _____
5. Cuando quiere conseguir algo ¿recurre al adulto? nunca / a veces / siempre _____
6. ¿Trata de llamar la atención de las personas de su entorno? nunca / a veces / siempre _____
7. ¿Observa que su hijo/a señala con el dedo ? nunca / a veces / siempre _____
8. ¿Imita lo que usted realiza cuando juega con él/ella? nunca / a veces / siempre _____
9. Su hijo/a ¿explora lo que hay a su alrededor? nunca / a veces / siempre _____
10. ¿Intenta imponer su voluntad cuando interactúa con otros? nunca / a veces / siempre _____
11. ¿Intenta jugar con otros? nunca / a veces / siempre _____
12. Cuando se lastima ¿muestra en qué parte del cuerpo se lastimó? nunca / a veces / siempre _____
13. ¿Su hijo/a los llama cuando los necesita? nunca / a veces / siempre _____
14. Cuando no quiere algo ¿expresa claramente su rechazo? nunca / a veces / siempre _____
15. Cuando quiere algo ¿lo pide? nunca / a veces / siempre _____
16. ¿Observa que su hijo intenta preguntar? nunca / a veces / siempre _____
17. Si le piden que haga algo simple (Ej. "traé la pelota", etc) ¿lo hace? nunca / a veces / siempre _____
18. ¿Le atraen distintos tipos de juguetes? nunca / a veces / siempre _____
19. ¿ Le parece que tienen sentido todos los movimientos que hace con las manos u otras partes del cuerpo? nunca / a veces / siempre _____
20. ¿Muestra interés por cada objeto o juguete en su totalidad? nunca / a veces / siempre _____

© 2013. M. V. Abraham y R. M. Brenca. Todos los derechos reservados. ISBN 978-987-28712-0-8

ANEXO 2



BATERÍA ICRA-A: EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA
DEL ASPECTO PRAGMÁTICO DEL LENGUAJE INFANTIL
M.V.Abraham-R.M.Brenca

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PROVENIENTE DE LOS PADRES

Nombre del niño:

Edad: Fecha de nacimiento: / / Fecha de evaluación: / /

INSTRUMENTO 3: CUESTIONARIO PADRES

		Madre			Padre		
RC	2. Atención conjunta	1	2	3	1	2	3
	3. Atención conjunta sostenida	1	2	3	1	2	3
	7. Gesto déictico	1	2	3	1	2	3
FI	5. Acción protoimperativa	1	2	3	1	2	3
	13. Pedidos de acción	1	2	3	1	2	3
	15. Pedido de objeto	1	2	3	1	2	3
FH	9. Capacidad exploratoria	1	2	3	1	2	3
	16. Pedido de información	1	2	3	1	2	3
	18. Amplitud de intereses	1	2	3	1	2	3
	20. Percepción integral del material presentado	1	2	3	1	2	3
FRyP	10. Flexibilidad en la interacción	1	2	3	1	2	3
	14. Rechazo	1	2	3	1	2	3
Flnt	1. Contacto ocular	1	2	3	1	2	3
	4. Protoconversaciones	1	2	3	1	2	3
	6. Acción protodeclarativa	1	2	3	1	2	3
	12. Dar información nueva	1	2	3	1	2	3
IL	8. Imitación lúdica	1	2	3	1	2	3
	11. Intención lúdica	1	2	3	1	2	3
	17. Comprensión de órdenes	1	2	3	1	2	3
	19. Coherencia gestual corporal con la situación comunicativa	1	2	3	1	2	3

INSTRUMENTO 4: GUÍA PARA PADRES

	Comida	Baño	Juego
a. Es indiferente al cambio			
b. Se enoja			
c. Va a buscar el objeto que falta			
d. Lo pide gestualmente			
e. Lo pide verbalmente			
f. Se conforma con otra cosa			

Otras reacciones: