

Artículo de Revisión

Trastorno Cognitivo Comunicativo: propuesta de una clasificación clínica

Manuel Ambiado-Lillo ^{a,*} e Ivette García-Hilaja ^b

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile.

^b Hospital Regional Ernesto Torres Galdames, Iquique, Chile.

RESUMEN

Una de las áreas de acción que constantemente está presentando nuevos retos en fonoaudiología es el Trastorno Cognitivo Comunicativo (TCC). Esto se debe, en parte, a la heterogeneidad del cuadro clínico. Debido a dicha heterogeneidad, surge la necesidad de contar con subclasificaciones que den cuenta de las características distintivas de los distintos perfiles que pueden ser observados en este trastorno. Dado lo anterior, el objetivo de este trabajo fue determinar si era posible agrupar las características observadas en el TCC para crear subclasificaciones. Para ello se realizó una revisión sistemática de artículos que abordan la temática. Para efectuar la búsqueda se consultaron las bases de datos “PubMed” y “Web of Science” (WoS) incluyendo los términos (cognitive-communication disorder OR cognitive-communication impairment). Las características cognitivo-comunicativas identificadas en cada uno de los artículos se analizaron de modo categorial, permitiendo generar potenciales agrupaciones de acuerdo con el grado de convergencia que presenten los hallazgos con macro categorías a las cuales puedan subsumirse. Los resultados muestran que existen tres perfiles asociados a este trastorno, uno asociado a dificultades en las habilidades cognitivas basales, otro a dificultades en las habilidades comunicativas pragmáticas y un tercero que presenta dificultades en ambas áreas. Se concluye que la subclasificación de TCC es viable dada la convergencia de las dificultades evidenciada. Éste se puede clasificar en TCC Ejecutivo (TCCe), TCC Pragmático (TCCp) y TCC Ejecutivo-Pragmático (TCCep).

Palabras clave:

Cognición; Comunicación; Funciones Ejecutivas; Lesiones Cerebrales; Neuropsicología; Trastornos Comunicativos

Cognitive Communication Disorder: A Proposal for Clinical Classification

ABSTRACT

Cognitive Communication Disorders (CCD) represent an area of speech-language therapy that consistently poses challenges to the discipline. This is partly due to the heterogeneous nature of the clinical picture of CCD, but also to how relatively recent the approach to this disorder is. Due to this, there is a need for subclassifications that account for the distinctive characteristics of the different profiles of this disorder. The aim of this study was to determine the feasibility of establishing a clinical characterization that enables the sub-classification of CCD. To achieve this, a systematic review was carried out, analyzing articles that address the topic. The search was performed using the PubMed and Web of Science (WoS) databases, including the terms Cognitive-Communication Disorder OR Cognitive-Communication Impairment. The cognitive-communicative characteristics identified in each of the articles were analyzed by category, enabling potential groupings that are based on the degree of convergence between the findings and macro-categories to which they can be subsumed. The results show that there are three profiles associated with this disorder: one linked to difficulties in basic cognitive skills, another that presents difficulties in pragmatic communicative skills, and a third that exhibits difficulties in both areas. It is concluded that the subclassification of CCD is viable given the evident convergence of difficulties, and it can be sub-categorized into Executive CCD (ECCD), Pragmatic CCD (PCCD), and Executive-Pragmatic CCD (EPCCD).

Keywords:

Cognition; Communication; Executive Function; Brain injuries; Neuropsychology; Communication Disorder

*Autor/a correspondiente: Manuel Ambiado-Lillo
Email: mambiado@unap.cl

Recibido: 17-03-2023
Aceptado: 25-03-2024
Publicado: 02-05-2024

INTRODUCCIÓN

Una de las áreas de acción fonoaudiológica, y neuropsicológica en general, que constantemente está presentando nuevos retos, es sin duda el caso del Trastorno Cognitivo Comunicativo [TCC] (Turkstra et al., 2005). Esto se debe, en parte, a su alta prevalencia. Se estima que la prevalencia de TCC por daño vascular es entre un 39% y 49% de los casos luego del primer ACV (Hinckley, 2014), y entre un 80% y 100% posterior a un trauma craneoencefálico (Copley et al., 2015). A esto se adiciona el antecedente de ser la consecuencia más persistente que presentan las personas que sufren afecciones neurocognitivas, repercutiendo directamente en la reinserción laboral y la sociabilización (Steel et al., 2013). Por otra parte, el TCC es un cuadro con una alta heterogeneidad en su manifestación clínica, lo que conlleva una gran incidencia de alteraciones neurológicas las que repercuten en la cognición y por tanto en la comunicación. Estos antecedentes hacen que la reconceptualización del TCC sea una necesidad emergente.

En la actualidad, la definición más utilizada para este trastorno es la establecida por la ASHA en su propuesta de rol terapéutico en TCC publicada en 2005 (MacDonald & Wiseman-Hakes, 2010). Esta definición se ha replicado hasta el presente pese a que ya no se encuentra disponible en el sitio web oficial de dicha asociación. En ella se determina que: “Los trastornos cognitivo-comunicativos abarcan dificultades con cualquier aspecto de la comunicación que se vea afectada por la interrupción de la cognición. El termino comunicación abarca tanto aspectos verbales como no verbal e incluye escuchar, hablar, gesticular, leer y escribir en todos los dominios del lenguaje (fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y pragmático). Por su parte, la cognición incluye procesos y sistemas cognitivos (por ejemplo, atención, percepción, memoria, organización, función ejecutivas. Cuando hay una deficiencia cognitiva, no solo se afecta la comunicación, si no que se afectan diversas funciones las que incluyen la autorregulación conductual, la interacción social, las actividades de la vida diaria, el aprendizaje y rendimiento académico, y el rendimiento vocacional. En relación a la etiología, se reconoce que los TCC pueden tener origen congénito o adquirido. Las etiologías congénitas incluyen, entre otras, trastornos genéticos y lesiones y enfermedades neurológicas pre-, peri- y postnatales. Las etiologías adquiridas incluyen, entre otras, accidente cerebrovascular, tumor cerebral, lesión cerebral traumática, encefalopatía anóxica o tóxica y enfermedades neurológicas no degenerativas y degenerativas (incluidas las demencias)” (ASHA, citado en Kreutzer et al., 2018).

Como se puede observar, la definición de TCC no remite solo a sus características neuropsicológicas, sino también, a características etiológicas, procesos y sistemas cognitivos (Kreutzer et al., 2018), lo que sin dudas complejiza la caracterización del cuadro (Drummond & Boss, 2004; MacDonald & Wiseman-Hakes, 2010). Esto puede ser explicado por la forma en que surge dicha definición, la que en su origen pretendía realizar una diferenciación entre los trastornos primarios de la cognición, entendidos como TCC, y los trastornos primarios del lenguaje, como las afasias, posterior a un ACV (Togher et al., 2014). Esta idea se alinea con lo establecido por Behn et al. (2019), quienes proponen que los TCC se entienden desde dificultades primarias no lingüísticas como memoria de trabajo, atención y funciones ejecutivas, las que impactarán en el desempeño de las habilidades lingüísticas.

A diferencia de lo que ocurre con la afasia, que de forma clásica se ha caracterizado de modo localizacionista (Javed et al., 2024; Nasios et al., 2019; Stinnett et al., 2024), el TCC implica una mayor complejidad debido a que cualquier afección del sistema nervioso central que implique procesamiento cognitivo repercute en la comunicación, independiente de su etiología (Amiadi-Lillo, 2019). La dificultad para establecer las bases neurofisiológicas del TCC, sumada al reconocimiento relativamente reciente del Trastorno Cognitivo Comunicativo (TCC) como un cuadro clínico, lo que implica un periodo de estudio más breve que en el caso de la afasia, explica que, a pesar de que su prevalencia, el estudio de los cuadros afásicos sea considerablemente mayor (Lindsey et al., 2023).

Dada la amplitud y la heterogeneidad de este trastorno, surge la necesidad de refinar la definición de TCC con el objetivo de conocer con mayor precisión las características que constituyen el cuadro de TCC. Ello permitiría llevar a cabo mejores procesos diagnósticos y de intervención terapéutica. Una manera de poder precisar las características de este cuadro es mediante la incorporación de subclasificaciones. Estas subclasificaciones permitirían capturar los diversos perfiles que pueden encontrarse dentro del espectro del TCC.

Dado lo anteriormente expuesto y al considerar la variabilidad clínica que configuran esta entidad nosológica, emerge el cuestionamiento que fundamenta la presente investigación: ¿se puede establecer una caracterización clínica del TCC que permita subclasificarlo? Para dar una respuesta directa a la interrogante, se ha establecido como objetivo identificar las diversas características clínicas expuestas en la literatura, con la finalidad de proponer posibles subagrupaciones que plasmen las características distintivas que presenten las personas con TCC.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de los artículos que abordan las características clínicas del trastorno cognitivo comunicativo. Para ello, se utilizó la metodología expuesta por Cermak et al. (2019) estructurada por cinco pasos que se enuncian a continuación: (1) identificar la pregunta de investigación; (2) identificar los estudios relevantes; (3) seleccionar los estudios para un análisis detallado usando criterios de inclusión/exclusión; (4) agrupar los datos de acuerdo con los conceptos clave; y (5) recopilar y resumir los hallazgos de los estudios seleccionados.

Para efectuar la búsqueda, en noviembre del 2022 se consultaron las bases de datos “PubMed” y “Web of Science” (WOS), en las cuales se incluyeron los términos de búsqueda (cognitive-communication disorder) OR (cognitive-communication impairment), sin considerar restricciones en los años de publicación. Ambos términos de búsqueda consideraron la inclusión de un guion entre las palabras cognitive communication, respetando la propuesta clásica de la ASHA.

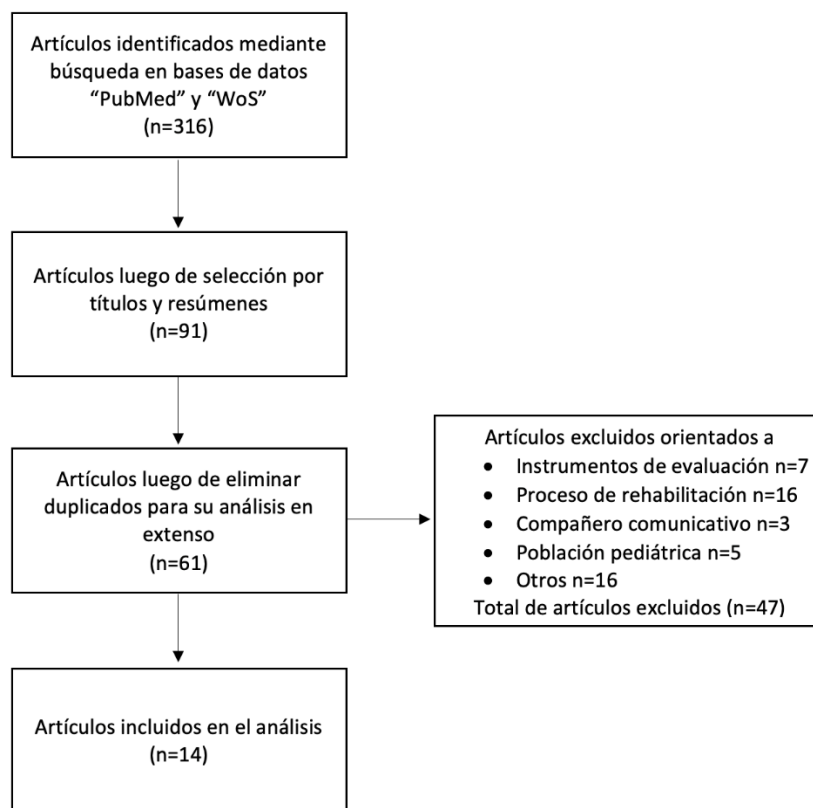


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de los artículos.

Para la selección definitiva se consideraron como criterios de inclusión: que el artículo se oriente a población adulta; y que incluya características clínicas de TCC. Además, se excluyeron: reseñas de libros; artículos que se orientan a las características de la familia o compañeros comunicativos; artículos que se orientan al desarrollo de instrumentos de evaluación; y artículos que se orientan a propuestas de rehabilitación.

Para el tratamiento de la información, los datos se agruparon en una tabla de extracción (ver tabla 1) que consideró: el año de publicación, el país de origen de la investigación, el tipo de estudio realizado, la etiología del trastorno cognitivo comunicativo y las características clínicas cognitivas comunicativas expuestas.

Finalmente, y pese a la heterogeneidad de los objetivos de las investigaciones incluidas, las características comunicativas

identificadas en cada uno de los artículos se analizaron de modo categorial, lo que permitió generar agrupaciones de acuerdo con el grado de convergencia que presentaron los hallazgos con macro categorías a las cuales fueron subsumidas.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 316 artículos, se procedió a eliminar duplicados en conjunto al análisis de títulos y resúmenes. Se consideraron únicamente artículos que hicieran referencia explícita a los conceptos “cognitive communication disorder”, y “cognitive communication impairment” en el título o en el resumen de estos generando un nuevo resultado de 61 artículos. Luego de la lectura de texto completo de los 61 artículos,

siguiendo los criterios descritos, se obtuvo un resultado final de 14 artículos como se evidencia en la figura 1.

Características de los estudios

Los 14 estudios incluidos en la revisión sistemática expuestos en la tabla 1, son artículos provenientes de cinco países, entre los que se cuenta Estados Unidos de América (n=7), Australia (n=4), Nueva Zelanda (n=1), India (n=1) y Brazil (n=1). En cuanto a la metodología utilizada cinco corresponden a artículos de revisión; tres son estudios caso-control; tres abordan el conocimiento de los especialistas sobre TCC; dos estudios son de naturaleza retrospectiva; y uno correlacional. Las etiologías abordadas incluyen: trauma craneoencefálico (n=6), lesión en hemisferio cerebral derecho (n=5), trauma por quemaduras (1), Enfermedad de Parkinson (n=1) y amnesia hipocampal (n=1).

Tabla 1. Síntesis de los estudios seleccionados.

Autores y año de publicación	Origen	Tipo de estudio	Etiología	Característica clínica cognitiva comunicativa
(Larkins, 2007)	Nueva Zelanda	Discusión	TEC*	Alteraciones ejecutivas
(Kurczek & Duff, 2011)	Estados Unidos de América	Caso control	Amnesia hipocampal	Alteraciones de cohesión y coherencia discursiva. Alteración en memoria declarativa.
(Cornis-Pop et al., 2012)	Estados Unidos de América	Revisión de literatura	TEC*	Alteraciones en memoria, atención y velocidad de procesamiento.
(Tompkins, 2012)	Estados Unidos de América	Comunicado especial	LHCD**	Alteración en atención, memoria, funciones ejecutivas y procesamiento visual. Comunicación aprosódica comprensiva y expresiva. Dificultad con inferencias y mantención de tópicos de conversación.
(Barman et al., 2016)	India	Revisión de literatura	TEC*	Alteraciones en memoria, atención y funciones ejecutivas.
(Hendricks et al., 2017)	Estados Unidos de América	Estudio retrospectivo	TPQ***	Alteración en memoria, atención y resolución de problemas.
(Hewetson et al., 2017)	Australia	Estudio retrospectivo	LHCD**	Dificultad en establecer una relación entre el lenguaje y el contexto.
(Tran et al., 2018)	Australia	Correlacional	TEC*	Dificultad en comprensión de enunciados de mayor longitud y complejidad. Dificultad para comprender el contenido implícito y abstracto. Incapacidad para facilitar nuevos aprendizajes a través del lenguaje y la comunicación.
(Swales et al., 2019)	Australia	Estudio exploratorio descriptivo	EP****	Alteraciones en memoria de trabajo, atención y funciones ejecutivas.

(Shorland et al., 2020)	Australia	Revisión exploratoria	TEC*	Alteraciones en memoria de trabajo, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y cognición social. Discurso desorganizado y fuera de tópico. Dificultad con el reconocimiento facial de emociones. Pobre discurso conversacional.
(Ramsey & Blake, 2020)	Estados Unidos de América	Estudio exploratorio descriptivo	LHCD**	Presencia de anosognosia, aprosodia y alteraciones atencionales. Déficit en pragmática, prosodia, comprensión de metáforas, sarcasmo e ironías.
(Myers et al., 2022)	Estados Unidos de América	Caso control	TEC*	Déficit en el uso de la pragmática en el lenguaje. Alteración en la coherencia discursiva global.
(Rodríguez et al., 2022)	Brasil	Caso control	LCHD**	Errores de coherencia discursiva global. Mayor cantidad de palabras en el discurso, pero menos contenido informativo.
(Sheppard et al., 2022)	Estados Unidos de América	Revisión sistemática	LCHD**	Déficit en prosodia lingüística (asociada al pragmatismo, toma de turnos) comprensiva y expresiva. Déficit en prosodia emotiva (líneas melódicas) comprensiva y expresiva. Déficit en reconocimiento facial.

* Traumatismo craneoencefálico; ** Lesión en hemisferio cerebral derecho; ***Trauma por quemadura; **** Enfermedad de Parkinson

Características clínicas evidenciadas en los estudios

Para determinar si la revisión realizada daba cuenta de posibles subclasificaciones diagnósticas se realizó un análisis categorial. Este análisis inició con la identificación de las características clínicas expuestas en la tabla de extracción. Entre ellas se establece que se presentan dificultades en 13 habilidades entre las que se cuentan: funciones ejecutivas, atención, memoria de trabajo, resolución de problemas, velocidad de procesamiento, memoria declarativa, discurso, prosodia, inferencias, tópicos conversacionales, reconocimiento facial y otras habilidades pragmáticas.

A continuación, se procedió a subsumir cada una de estas habilidades en macro categorías, inicialmente las 13 dificultades en habilidades se sintetizaron en 5, a saber, funciones ejecutivas, alteraciones pragmáticas, alteraciones prosódicas, alteraciones en el reconocimiento facial y alteraciones discursivas. En alteraciones de funciones ejecutivas se consideraron los déficits en memoria de trabajo, funciones ejecutivas, atención, resolución de problemas y velocidad de procesamiento. En alteraciones pragmáticas se incluyeron además de las alteraciones pragmáticas explicitadas en las investigaciones, alteraciones inferenciales y alteraciones en tópicos conversacionales.

En la segunda síntesis, se agruparon las alteraciones prosódicas y de reconocimiento facial bajo la categoría de alteraciones pragmáticas, dando como nuevo resultado 3 categorías, alteraciones en funciones ejecutivas, alteraciones pragmáticas y alteraciones discursivas.

Finalmente, las alteraciones discursivas, no se consideraron como una categoría independiente, dado que déficit en funciones ejecutivas pueden explicar las dificultades en estructuración sintáctica en enunciados de larga metría, limitaciones en la comprensión por la posibilidad de retención de información o mantención de la atención al interlocutor podrían explicar las dificultades. Las cuales también se podrían entender desde los déficits contextuales pragmáticos como la incapacidad de identificar información implícita, la entonación prosódica en adición a la imposibilidad de reconocer expresiones faciales. Es así como este análisis sintético categorial expone 2 agrupaciones: Agrupación ejecutiva (con base en las características reportadas en 4 de los 14 artículos revisados) y agrupación pragmática (con base en las características reportadas en 4 de los 14 artículos revisados). En adición se propone en los siguientes segmentos una forma mixta, ejecutiva-pragmática, considerando que las características clínicas evidenciadas en algunas de las

investigaciones incluyen componentes de ambas agrupaciones (reportado en 6 de los 14 artículos revisados).

Agrupación ejecutiva

Desde los resultados analizados, se puede establecer que existe cierto grado de homogeneidad en cuanto a los hallazgos clínicos ligados a las habilidades cognitivas basales que presentan las personas con TCC. Independiente de su etiología, estas características engloban déficits de memoria (Kurczek & Duff, 2011), atención y funciones ejecutivas (Barman et al., 2016; Cornis-Pop et al., 2012; Hendricks et al., 2017; Larkins, 2007; Shorland et al., 2020; Swales et al., 2019; Tompkins, 2012).

Agrupación pragmática

De forma similar ocurre con los hallazgos clínicos relacionados con habilidades comunicativas pragmáticas. En esta agrupación, independiente de su etiología, se consideran déficits prosódicos (Ramsey & Blake, 2020; Sheppard et al., 2022; Tompkins, 2012), déficits inferenciales y en abstracciones (Ramsey & Blake, 2020; Shorland et al., 2020; Tompkins, 2012; Tran et al., 2018). Además, se consideran dificultades para la mantención de tópicos conversacionales, dificultades en la coherencia discursiva y déficits en el reconocimiento de expresiones faciales (Hewetson et al., 2017; Myers et al., 2022; Rodriguez et al., 2022; Sheppard et al., 2022; Shorland et al., 2020; Tompkins, 2012).

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo determinar si las características observadas en personas con TCC podrían ser agrupadas, generando así subclasificaciones del trastorno. Para lograr este objetivo, se llevó a cabo una revisión sistemática y un análisis categorial que permitiera agrupar las distintas características clínicas y subgrupos. Los resultados de la revisión sistemática y el análisis categorial, permiten concluir que la subclasificación de TCC es viable dada la convergencia de las dificultades evidenciadas en tres posibles agrupaciones: Agrupación ejecutiva, agrupación pragmática y agrupación mixta.

La primera agrupación, se asocia principalmente al componente cognitivo del TCC. Al analizar las dificultades cognitivas presentadas en los estudios revisados, se evidencia la convergencia de tres dificultades recurrentes en las personas con TCC: memoria de trabajo, atención y funciones ejecutivas. Si bien, tanto la atención como la memoria de trabajo apuntan a funciones cognitivas diferenciadas, la evidencia indica que ambas son habilidades que se engloban en el concepto clásico de

funciones ejecutivas junto con otras habilidades como la planificación, la flexibilidad cognitiva y la inhibición (Coello-Zambrano & Ramos-Galarza, 2022; Cristofori et al., 2019; Delgado-Mejía & Etchepareborda, 2013). Estas habilidades cognitivas se reconocen como independientes, pero pertenecientes al modelo de funciones ejecutivas con base en análisis factoriales (Tirapu et al., 2017). Dado lo anterior, se decide que la mejor etiqueta para denominar el conjunto de dificultades observadas en esta agrupación de base cognitiva es el de predominancia ejecutiva.

Cabe señalar que existe amplio consenso en que las afecciones en FE pueden acarrear déficit en la comunicación. Estas dificultades se han observado en el componente léxico-semántico y en el morfosintáctico, tanto a nivel comprensivo como expresivo (de la Hoz et al., 2021). De un modo más específico, se postula que las alteraciones en memoria de trabajo repercuten en la capacidad de comprender enunciados extensos, mientras que las alteraciones atencionales conllevan dificultades en la toma de turnos conversacionales. Por su parte, los déficits en la planificación explicarían las dificultades en la producción morfosintáctica (Ambiado-Lillo et al., 2020). Es así, que las dificultades comunicativas que presentan las personas del grupo ejecutivo se entienden desde las bases cognitivas que sustentan el desempeño lingüístico, corroborando el planteamiento clásico (Behn et al., 2019).

La segunda agrupación, deriva del componente comunicativo del TCC. En esta agrupación se evidencia la convergencia de cinco dificultades recurrentes en las personas con TCC, éstas son: déficits prosódicos, limitaciones en el reconocimiento de las expresiones faciales, incoherencia discursiva, dificultad en la mantención de tópicos conversacionales, así como, dificultad en comprensión de inferencias y abstracciones. Todas estas características, de alguna u otra forma son aspectos inherentes a la pragmática, por lo que se opta por la categorización de agrupación de predominio pragmático.

De acuerdo con la teoría pragmática clásica, las características comunicativas enunciadas se pueden analizar desde tres dimensiones: locutiva, ilocutiva y perilocutiva. La dimensión locutiva implica aspectos ligados a la forma del lenguaje, mediada por la fonología y la morfosintaxis; la dimensión ilocutiva se relaciona con la intención comunicativa; y la dimensión perilocutiva implica la finalidad de lograr un efecto determinado en el interlocutor (Gallardo-Paúls, 2005). Dado lo anterior, se puede determinar que los aspectos ilocutivos y perilocutivos son los más afectados en la agrupación predominantemente pragmática.

Lo anterior, dado que todas las habilidades que se ven disminuidas en esta agrupación se consideran componentes esenciales de la comunicación pero no repercuten directamente en la estructuración lingüística (Saul et al., 2023) o función locutiva del lenguaje (Gallardo-Paúls, 2005). Más bien se orientan a la interpretación discursiva (Gibbs, 2023). Cabe señalar, que todas estas habilidades permiten la interacción fluida y contextualizada con los interlocutores que constituyen la sociedad (Martí, 2021).

Al respecto, la evidencia señala que las dificultades de abstracción de las personas con TCC (Ramsey & Blake, 2020; Swales et al., 2019; Tompkins, 2012; Tran et al., 2018) conllevan alteraciones en la deixis, función que tiene como objetivo referenciar información discursiva sin un referente determinado (Pinheiro et al., 2022). Esta dificultad, se ve potenciada por los déficits del procesamiento prosódico (Ramsey & Blake, 2020; Sheppard et al., 2022; Tompkins, 2012) y la dificultad de identificar expresiones faciales (Hewetson et al., 2017; Myers et al., 2022; Rodríguez et al., 2022; Sheppard et al., 2022), lo que explicaría las dificultades que se observan en la actuación comunicativa que requiere inferir el contenido implícito durante la comunicación.

Cabe señalar que según la literatura revisada existirían perfiles que presenten características de ambas agrupaciones conformando una tercera agrupación TCC ejecutivo-pragmático. En síntesis, nuestra propuesta para la clasificación clínica y su conceptualización es la siguiente:

El TCC es un trastorno neuropsicológico que se comprende por cualquier afección cognitiva que repercuta directamente en el proceso comunicativo de las personas, sea esta verbal o no verbal, siempre y cuando no sea un trastorno primario del lenguaje. Éste se puede clasificar en TCC Ejecutivo (TCCe), TCC Pragmático (TCCp) y TCC Ejecutivo-Pragmático (TCCep). Dentro de este, el TCCe será todo trastorno neuropsicológico que presente déficits en las funciones ejecutivas, y que como consecuencia alterarán el proceso lingüístico-comunicativo típico. Por su parte, el TCCp será todo trastorno neuropsicológico que presente déficits en las habilidades pragmáticas que permiten la contextualización de las personas en la sociedad, y que como consecuencia alterarán el proceso lingüístico-comunicativo típico. Finalmente, el TCCep será todo trastorno neuropsicológico que presente déficits tanto en las funciones ejecutivas como en las habilidades pragmáticas, y que como consecuencia alterarán el proceso lingüístico-comunicativo típico.

Creemos que la conceptualización de cada agrupación de trastornos presentada aquí es sintética, sin espacio a

ambigüedades, ni inclusión de las características etiológicas o neuroanatómicas que puedan presentar de base, dado que se orienta a las características clínicas del cuadro. Aun así, cabe señalar que existen diferentes condiciones etiológicas de base que pueden generar un TCC. Incluso se ha documentado que las personas que cursan cuadros de COVID-19 han desarrollado TCC (Ramage, 2020). Por otra parte, es importante destacar que la afección en la independencia de las personas a consecuencia del TCC, no es un criterio diagnóstico, sino que orienta el nivel de severidad que el TCC pueda ocasionar en su vida diaria. Además, se debe reconocer que la presencia del trastorno no es excluyente de otras afecciones neuropsicológicas. Finalmente, es importante explicitar que, si bien el análisis se ha orientado hacia los adultos, la clasificación propuesta, dada sus características clínicas bien vale para población infantil, considerando que el trastorno no está limitado solo a población adulta (Morrow et al., 2021).

En relación a la severidad, siguiendo los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2001), proponemos tres niveles de clasificación para la severidad del TCC: (1) Leve, características cognitivas comunicativas que presenten deficiencias, pero que pese a ello, no generen una repercusión significativa en la actividad comunicativa de las personas, (2) Moderado, características cognitivas comunicativas que generan una restricción en la actividad comunicativa de las personas, y (3) Severo, características cognitivas comunicativas que generan una restricción en la participación social de las personas.

Implicaciones fonaudiológicas

Creemos que la clasificación clínica propuesta tendrá una repercusión importante en el proceso de intervención fonaudiológica, ya que permitiría establecer lineamientos de abordaje orientado al desarrollo de estrategias específicas para cada una de las subclasificaciones. Esto facilitaría el desarrollo de nuevas propuestas de trabajo, las cuales en la actualidad se encuentran en un estado incipiente.

Limitaciones y proyecciones

Finalmente, consideramos que la mayor limitación del estudio fue no incluir la caracterización clínica de trastornos neurocognitivos mayores (TNM), dado que ningún artículo que abordara la temática cumplió con los criterios propuestos para la presente investigación. Pese a ello, futuras investigaciones orientadas a la relación de la presente propuesta de clasificación clínica y su relación con los TNM podrían subsanar esta limitación. En adición, se proyecta que la clasificación clínica expuesta servirá de orientación para el desarrollo de instrumentos de evaluación y

propuestas terapéuticas que en la actualidad son tan necesarias para la disciplina fonoaudiológica contemporánea.

CONCLUSIONES

A partir de la evidencia presentada y su vinculación con el objetivo de investigación propuesto, que busca identificar diversas características clínicas presentes en la literatura con el fin de proponer una clasificación clínica que permita subdividir el Trastorno del Control de los Tics (TCC) según las particularidades en la actuación comunicativa de las personas, se concluye que este objetivo ha sido cumplido de manera integral. La convergencia de características clínicas cognitivo-comunicativas en las agrupaciones mencionadas refleja subclasificaciones que se alinean de manera óptima con los rasgos neuropsicológicos distintivos de quienes presentan TCC.

REFERENCIAS

Ambiado-Lillo, M. M. (2019). Trastorno Cognitivo Comunicativo. *Areté*, 19(2), Article 2. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.19205>

Ambiado-Lillo, M. M., Navarro, J.-J., & Ibáñez-Alfonso, J. A. (2020). Funciones Ejecutivas en Estudiantes con Trastorno Específico del Lenguaje al Comienzo de la Escolarización Básica. *Revista Colombiana de Psicología*, 29(2), Article 2. <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.79390>

Barman, A., Chatterjee, A., & Bhide, R. (2016). Cognitive Impairment and Rehabilitation Strategies After Traumatic Brain Injury. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 172–181. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183086>

Behn, N., Marshall, J., Togher, L., & Cruice, M. (2019). Setting and achieving individualized social communication goals for people with acquired brain injury (ABI) within a group treatment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(5), 828–840. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12488>

Cermak, C. A., Scratch, S. E., Reed, N. P., Bradley, K., Quinn de Launay, K. L., & Beal, D. S. (2019). Cognitive Communication Impairments in Children With Traumatic Brain Injury: A Scoping Review. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 34(2), E13. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000419>

Coello-Zambrano, E., & Ramos-Galarza, C. (2022). Construcción teórica neuropsicológica de las funciones ejecutivas. Theoretical neuropsychological construction of executive functions. *revecuatneurol - Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(2), 74–83. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31200074>

Copley, A., Smith, K., Savill, K., & Finch, E. (2015). Does metacognitive strategy instruction improve impaired receptive cognitive-communication skills following acquired brain injury? *Brain Injury*, 29(11), 1309–1316. <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1043343>

Cornis-Pop, M., Mashima, P. A., Roth, C. R., MacLennan, D. L., Picon, L. M., Hammond, C. S., Goo-Yoshino, S., Isaki, E., Singson, M., & Frank, E. M. (2012).

Cognitive-communication rehabilitation for combat-related mild traumatic brain injury. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(7), xi. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2012.03.0048>

Cristofori, I., Cohen-Zimmerman, S., & Grafman, J. (2019). Chapter 11—Executive functions. En M. D'Esposito & J. H. Grafman (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 163, pp. 197–219). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804281-6.00011-2>

de la Hoz, M., Garrido, D., & García-Retamero, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. *Rev. neurol. (Ed. impr.)*, 67–76. <https://www.neurologia.com/articulo/2020411>

Delgado-Mejía, I., & Etchepareborda, M. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 57, 95. <https://doi.org/10.33588/rn.57S01.2013236>

Drummond, S. S., & Boss, M. R. (2004). Functional communication screening in individuals with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 18(1), 41–56. <https://doi.org/10.1080/0269905031000149461>

Gallardo-Paúl, B. (2005). Categorías inferenciales en pragmática clínica. *Revista de neurología*, 41. <https://doi.org/10.33588/rn.41S01.2005373>

Gibbs, R. W. (2023). Pragmatic complexity in metaphor interpretation. *Cognition*, 237, 105455. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2023.105455>

Hendricks, C. T., Camara, K., Violick Boole, K., Napoli, M. F., Goldstein, R., Ryan, C. M., & Schneider, J. C. (2017). Burn Injuries and Their Impact on Cognitive-Communication Skills in the Inpatient Rehabilitation Setting. *Journal of Burn Care & Research*, 38(1), e359–e369. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000388>

Hewetson, R., Cornwell, P., & Shum, D. (2017). Cognitive-communication disorder following right hemisphere stroke: Exploring rehabilitation access and outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(5), 330–336. <https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1289622>

Hinckley, J. J. (2014). A Case for the Implementation of Cognitive-Communication Screenings in Acute Stroke. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(1), 4–14. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2013/11-0064\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2013/11-0064))

Javed, K., Reddy, V., Das, J., & Wroten, M. (2024). Neuroanatomy, Wernicke Area. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533001/>

Kreutzer, J., DeLuca, J., & Caplan, B. (Eds.). (2018). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer New York.

Kurczek, J., & Duff, M. C. (2011). Cohesion, coherence, and declarative memory: Discourse patterns in individuals with hippocampal amnesia. *Aphasiology*, 25(6–7), 700–712. <https://doi.org/10.1080/02687038.2010.537345>

Larkins, B. (2007). The Application of the ICF in Cognitive-Communication Disorders following Traumatic Brain Injury. *Seminars in Speech and Language*, 28(04), 334–342. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986530>

Lindsey, A., Guernon, A., Stika, M., & Bender Pape, T. (2023). The diagnostic intersection of cognitive-communication disorders and aphasia secondary to TBI. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(1), 82–93. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12770>

- MacDonald, S., & Wiseman-Hakes, C. (2010). Knowledge translation in ABI rehabilitation: A model for consolidating and applying the evidence for cognitive-communication interventions. *Brain Injury*, 24(3), 486–508. <https://doi.org/10.3109/02699050903518118>
- Martí, M. (2021). La Pragmática en español, hoy: [Http://dx.doi.org/10.31810/RSEL.51.1.10](http://dx.doi.org/10.31810/RSEL.51.1.10). *Revista Española de Lingüística*, 51(1), Article 1. <http://revista.sel.edu.es/index.php/revista/article/view/2047>
- Morrow, E. L., Turkstra, L. S., & Duff, M. C. (2021). Confidence and Training of Speech-Language Pathologists in Cognitive-Communication Disorders: Time to Rethink Graduate Education Models? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2S), 986–992. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00073
- Myers, J. R., Solomon, N. P., Lange, R. T., French, L. M., Lippa, S. M., Brickell, T. A., Staines, S., Nelson, J., Brungart, D. S., & Coelho, C. A. (2022). Analysis of Discourse Production to Assess Cognitive Communication Deficits Following Mild Traumatic Brain Injury With and Without Posttraumatic Stress. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(1), 84–98. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00281
- Nasios, G., Dardiotis, E., & Messinis, L. (2019). From Broca and Wernicke to the Neuromodulation Era: Insights of Brain Language Networks for Neurorehabilitation. *Behavioural Neurology*, 2019, e9894571. <https://doi.org/10.1155/2019/9894571>
- Pinheiro, D., Biar, L., & Mousinho, R. (2022). Pragmática. En A. Improta França (Ed.), *Linguística para fonoaudiologia: Interdisciplinaridade aplicada*. Contexto.
- Ramage, A. (2020). Potential for Cognitive Communication Impairment in COVID-19 Survivors: A Call to Action for Speech-Language Pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(4), 1821–1832. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00147
- Ramsey, A., & Blake, M. L. (2020). Speech-Language Pathology Practices for Adults With Right Hemisphere Stroke: What Are We Missing? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 741–759. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00082
- Rodriguez, E., Belan, A. F. R., & Radanovic, M. (2022). Cognitive-communication disorder following right hemisphere damage: Narrative production. *Cerebral Circulation - Cognition and Behavior*, 3, 100147. <https://doi.org/10.1016/j.cccb.2022.100147>
- Saul, J., Griffiths, S., & Norbury, C. F. (2023). Prevalence and functional impact of social (pragmatic) communication disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(3), 376–387. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13705>
- Sheppard, S. M., Stockbridge, M. D., Keator, L. M., Murray, L. L., Blake, M. L., & Right Hemisphere Damage working group, E.-B. C. R. C. (2022). The Company Prosodic Deficits Keep Following Right Hemisphere Stroke: A Systematic Review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 28(10), 1075–1090. <https://doi.org/10.1017/S1355617721001302>
- Shorland, J., Douglas, J., & O'Halloran, R. (2020). Cognitive-communication difficulties following traumatic brain injury sustained in older adulthood: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(6), 821–836. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12560>
- Steel, J., Ferguson, A., Spencer, E., & Togher, L. (2013). Speech pathologists' current practice with cognitive-communication assessment during post-traumatic amnesia: A survey. *Brain Injury*, 27(7–8), 819–830. <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.775492>
- Stinnett, T. J., Reddy, V., & Zabel, M. K. (2024). Neuroanatomy, Broca Area. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526096/>
- Swales, M., Theodoros, D., Hill, A. J., & Russell, T. (2019). Communication service provision and access for people with Parkinson's disease in Australia: A national survey of speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(6), 572–583. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1537372>
- Tirapu, J., Cordero-Andrés, P., Luna-Lario, P., Hernaez-Goni, P., & Tirapu, J. (2017). Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Revista de neurología*, 64(2), 75–84. <https://doi.org/10.33588/rn.6402.2016227>
- Togher, L., Wiseman-Hakes, C., Douglas, J., Stergiou-Kita, M., Ponsford, J., Teasell, R., Bayley, M., & Turkstra, L. S. (2014). INCOG Recommendations for Management of Cognition Following Traumatic Brain Injury, Part IV: Cognitive Communication. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(4), 353. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000071>
- Tompkins, C. A. (2012). Rehabilitation for Cognitive-Communication Disorders in Right Hemisphere Brain Damage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S61–S69. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.10.015>
- Tran, S., Kenny, B., Power, E., Tate, R., McDonald, S., Heard, R., & Togher, L. (2018). Cognitive-communication and psychosocial functioning 12 months after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 32(13–14), 1700–1711. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1537006>
- Turkstra, L. S., Coelho, C., & Ylvisaker, M. (2005). The Use of Standardized Tests for Individuals with Cognitive-Communication Disorders. *Seminars in Speech and Language*, 26(04), 215–222. <https://doi.org/10.1055/s-2005-922101>
- World Health Organization [WHO] (Ed.). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Grafo. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf