

ORIGINAL

## Jergafasia: caso clínico

Laura Martín Barragán\* y Natalia Ordóñez del Río

Departamento de Logopedia, Centro Sociosanitario Ecoplar Mirasierra, Madrid, España

Recibido el 4 de abril de 2009; aceptado el 30 de noviembre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Afasia de Wernicke;  
Jergafasia;  
Elementos de la  
comunicación

### KEYWORDS

Wernicke's aphasia;  
Aphasic jargon;  
Communication  
elements

### Resumen

En este artículo pretendemos hacer una breve revisión de los principales aspectos que tener en cuenta en la valoración y el tratamiento de los pacientes con afasia de Wernicke, centrándonos especialmente en la jergafasia como síntoma peculiar de este tipo de afasia. Las tres principales cuestiones que resaltar son, en primer lugar, la escasa validez de las pruebas estandarizadas que obligan al profesional a adaptar la mayoría de ellas a cada caso específico, impidiendo en gran parte de las ocasiones realizar un estudio cuantitativo y objetivo de la evolución; por otra parte, la importancia de considerar la comunicación como un acto complejo formado por diferentes elementos sobre los que hay que intervenir, ya que son numerosas las ocasiones en las que el tratamiento queda centrado e individualizado sobre el emisor (el paciente afásico), olvidando el resto de los elementos que pueden ayudar a favorecer el proceso comunicativo entre el paciente y el medio, y por último, la necesidad de considerar al paciente afásico como un sujeto en el que interactúan trastornos emocionales, físicos y neuropsicológicos, y no únicamente lingüísticos; el tratamiento logopédico aislado no es capaz de lograr los avances de un tratamiento integrado dentro de un plan terapéutico interdisciplinario completo. © 2009 AELFA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Jergafasia: clinical case

#### Abstract

This article makes a brief review of the main questions to be considered in the evaluation and treatment of patients suffering from Wernicke aphasia, specially focused on aphasic jargon as a particular symptom of this type of aphasia. Three main questions to be highlighted refer to, first, the reduced effectiveness of standard tests and the need for them to be adapted on a case by case basis, making it difficult to conduct objective quantitative studies of patients evolution. Secondly, it's important to consider communication as a complex act comprising different elements which have to be managed, as

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lmartin@ecoplar.com, logopedia.mirasierra@ecoplar.com (L. Martín Barragán).

there are many cases in which the treatment is focused and isolated on the sender—the aphasic patient—ignoring the rest of elements which can help to improve the communication process between patient and his/ her environment. Third, it is necessary to consider the aphasic patient as subject affected not only by language disorders, but also emotional, physical and neuropsychological: isolated logopedic treatment is not achieving the same results as a treatment integrated into an interdisciplinary therapeutical plan.

© 2009 AELFA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Entre los múltiples pacientes que tratamos a diario en el Centro, hemos seleccionado un caso clínico de afasia de Wernicke. Lo hemos elegido tanto para mostrar la espectacular complejidad del cuadro afásico como para servirnos de él a la hora de abordar tres cuestiones que consideramos de suma importancia y a las que, día tras día, nos enfrentamos los profesionales dedicados a la Logopedia.

La primera de las cuestiones que resaltar sería la escasa validez de las pruebas estandarizadas a la hora no sólo de valorar al paciente afásico, sino de interpretar los resultados y utilizarlos como guía de tratamiento, especialmente en aquellos casos como el que nos ocupa en este artículo, es decir, en sujetos con cuadros que interrelacionan déficits claramente lingüísticos, con alteraciones neuropsicológicas, emocionales y/ o físicas. Dado que estos casos son más frecuentes de lo que cabría desear, el profesional tiene que adaptar continuamente cada prueba al perfil del paciente, de modo que los resultados, sesgados por la modificación, ya no son comparables a los de la población que sirvió para realizar el análisis estadístico de la prueba, población que, por otra parte, en muchas ocasiones no es representativa de la población actual real. Como veremos en el caso que a continuación expondremos, se utiliza el Test de Boston en la valoración inicial del paciente y en su posterior reevaluación. La interpretación objetiva de los resultados obtenidos en ningún caso nos llevaría a relacionar el perfil reflejado en ellos con la paciente que nos ocupa. Los resultados obtenidos en ésta y otras pruebas estandarizadas aplicadas no han sido de utilidad alguna, ni en la planificación de objetivos ni en el tratamiento de los déficits comunicativos.

Por todo ello, concluiríamos que, a la enorme complejidad de muchos de los cuadros afásicos a los que los profesionales nos enfrentamos cada día, debemos unir la necesidad de contar con una espectacular capacidad de imaginación y creación que nos permita idear material de valoración y tratamiento adaptado a cada paciente.

La segunda de las cuestiones que nos gustaría destacar es la enorme frecuencia con que el profesional “olvida” que la comunicación es un acto complejo en el que intervienen diferentes elementos; el paciente afásico es sólo uno de ellos y, aunque resulte curiosa la afirmación, en ocasiones no el más importante. El emisor sólo es una parte del proceso, es imprescindible considerar que el código, el canal, el mensaje, el receptor, el contexto y la situación son elementos sobre los que siempre tenemos que intervenir si deseamos que nuestro tratamiento obtenga los resultados deseados, especialmente en casos que presentan déficits

lingüísticos y comprensivos tan severos como los de nuestra paciente. En numerosas ocasiones, el fracaso del tratamiento se debe en parte a que obviamos la intervención sobre el receptor, a que erramos en la elección del canal que utilizar en el intercambio comunicativo, a que no estudiamos los diferentes contextos comunicativos en los que el paciente va a tener que desenvolverse en su vida diaria o a que no prestamos la atención suficiente al trabajo sobre las situaciones extralingüísticas de la comunicación (imprescindibles para los pacientes con importantes déficits comunicativos). Evidentemente, no siempre es posible poder tener acceso a todos estos elementos y el profesional ha de valerse de todos los medios con los que cuenta para realizar una “intervención de despacho” sobre el residente, representando diferentes roles, ideando situaciones y recreando diferentes contextos. La situación ideal de intervención sobre el paciente afásico es aquella que nos permite:

1. Desarrollar al máximo la capacidad expresiva y la comprensión lingüística del paciente.
2. Buscar sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (si fuera posible adaptarlos).
3. Intervenir sobre los interlocutores, instruyéndolos acerca del tipo de información que transmitir y del código y el canal que utilizar. Dicho de modo sencillo, enseñar al interlocutor “a hablar” con el paciente afásico y a reaccionar ante su déficit comunicativo y/ o comprensivo.
4. Estudiar los diferentes contextos más habituales en la vida rutinaria de nuestro paciente, adaptándolos a las necesidades de éste y facilitando así el intercambio comunicativo.
5. Maximizar las situaciones extralingüísticas, del paciente al dirigirse al interlocutor y viceversa.

Para poder llevar a cabo todo ello necesitamos condiciones que, en la mayoría de las ocasiones, es imposible que se cumplan: tratamiento diario en sala unido a tratamiento diario del paciente en su contexto habitual y con los interlocutores más frecuentes en su vida cotidiana. Todo esto quizás no implicaría lograr avances espectaculares en la expresión oral o en la comprensión, pero sí se obtendría una mejor adaptación del entorno al paciente y de éste a su déficit, lo cual se traduciría en una mayor eficacia del intercambio comunicativo del paciente afásico.

Por último, la tercera de las cuestiones hace referencia a la necesidad de considerar los múltiples factores que pueden influir sobre la recuperación, tales como las comorbilidades emocionales, neuropsicológicas y físicas. Muchos de los casos que llegan a la consulta de Logopedia no son derivados a departamentos de psicología o neuropsicología, con

lo que el tratamiento logopédico se ve severamente frenado por trastornos emocionales que impiden el avance de las terapias y por déficits cognitivos que limitan, y en ocasiones impiden, la intervención del logopeda. Debe buscarse la intervención interdisciplinaria completa, siendo imprescindible que en ésta se otorgue la misma relevancia a cada una de los distintos profesionales, pues únicamente el éxito conjunto y coordinado de todos ellos se traducirá en una mejora de la calidad de vida del paciente.

Tras exponer y analizar el caso clínico elegido, volveremos a retomar de nuevo brevemente estas cuestiones relacionándolas directamente con la intervención llevada a cabo y extrayendo de ella las conclusiones oportunas.

## Material y método

Tras el ingreso nuestra residente es valorada por el Médico Rehabilitador y la deriva al resto de los profesionales del Equipo Multidisciplinario: Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Neuropsicólogo y Logopeda. Cada uno de ellos planifica su intervención según los resultados obtenidos tras la aplicación de pruebas y exámenes específicos, siendo el objetivo logopédico la mejora de la eficacia comunicativa.

Tras la valoración multidisciplinaria se establece lo que denominamos Plan Terapéutico Interdisciplinario. Este Plan Terapéutico se revisa periódicamente en función de los cambios y las necesidades detectadas. De estas revisiones surgen nuevas estrategias de tratamiento y cada profesional tiene oportunidad de mostrar al resto sus avances o plantear sus dificultades. Se aprovechan además estas reuniones para que cada profesional proporcione pautas al resto a la hora de actuar con el residente (cómo dirigirse a ella, cómo ayudarlo a caminar, cómo supervisar las actividades básicas de la vida diaria, cómo reaccionar ante una situación emocional determinada, etc.).

## Exploración inicial

### Anamnesis y motivo de consulta

R.R. es una mujer de 42 años de edad, fumadora y con dislipemia, que en febrero de 2007 sufre un ACV por infarto de la Arteria Cerebral Media izquierda en toda su extensión, preservando áreas corticales. Como consecuencia, presenta diagnóstico de "hemiplejía derecha y afasia mixta". Tras el ictus recibió atención en fase aguda durante un mes, siguiendo un periodo rehabilitador hospitalario de siete meses. En septiembre de 2007 es trasladada a nuestro centro para continuar dicho tratamiento. Presenta una minusvalía del 83% (escaso apoyo social).

### Valoración logopédica inicial

La evaluación se realiza a finales de septiembre de 2007. Se utilizan para la exploración el "Protocolo de valoración logopédica" del Centro Sociosanitario Ecoplar Mirasierra y la prueba estandarizada Test de Boston 2.ª edición.

**Exploración física:** Paciente con hemiparesia facial derecha leve. No se evidencia sialorrea ni pérdida de contenido oral en la ingesta, presentando un adecuado sello labial. El movimiento del velo del paladar es correcto, así como la aduc-

ción de los pliegues vocales. Lengua ligeramente hipotónica con dificultad leve para afilar el ápice lingual. Presenta descoordinación de órganos fonarticulatorios y confusión derecha-izquierda, siendo incapaz de realizar praxias orofaciales bajo orden verbal (únicamente puede realizarlas por imitación y acompañadas siempre de producción oral). No presenta disfagia.

**Exploración de la función respiratoria:** Patrón respiratorio costoclavicular. Incapaz de realizar respiración nasal/ bucal. La respiración es bucal y el volumen de inspiración/ espiración es deficitario, presentando por tanto dificultad para realizar ejercicios que requieren fuerza espiratoria. Incapaz de realizar soplo bajo orden ni imitación. Incapaz de mantenerse en apnea. No controla, en resumen, la mecánica respiratoria.

## Áreas del lenguaje:

- **Expresión oral y comunicación:** valorada mediante entrevista inicial en la que se entabló una conversación para poder examinar el discurso oral de una forma contextualizada y en situación natural. Esta entrevista se completó con la observación de la paciente en diferentes contextos de su vida diaria, en interacción con diversos interlocutores. De todo ello se pudo concluir que la residente presenta un habla fluida ininteligible, con numerosas parafasias neológicas que conforman una *jergafasia* caracterizada por la combinación arbitraria de los fonemas /a/, /e/, /o/, /u/, /p/, /m/ y /n/, que conforman secuencias silábicas conservando una adecuada prosodia y controlando las pausas que separan lo que serían palabras en la cadena hablada, formando de este modo lo que vendría a ser oraciones. Es capaz de realizar intencionalmente un uso adecuado de las inflexiones de la voz y un correcto manejo de la intensidad de la misma para transmitir información.

No respeta los turnos conversacionales, siendo mayor su papel como emisor que como receptor (logorrea). Acompaña sus emisiones con un amplio repertorio de gestos que implementan el mensaje que intenta transmitir. En ocasiones, aparecen claros signos de frustración por no hacerse entender. Parece no ser completamente consciente de su déficit aunque sí antepone, sobre el resto de las terapias, la asistencia a Logopedia, y es evidente su altísima motivación en las sesiones, lo cual nos podría indicar ausencia de anosognosia.

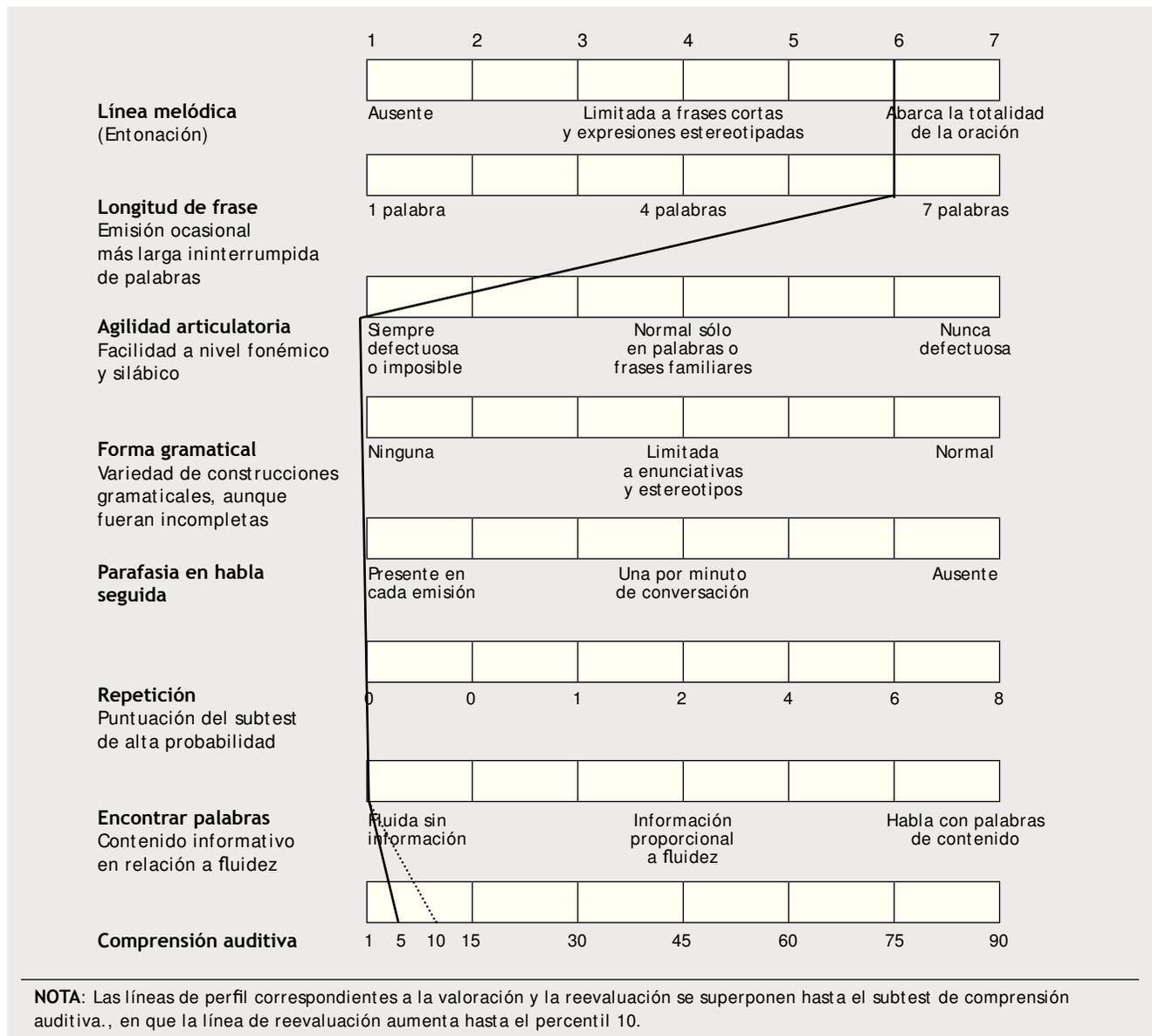
La respuesta gestual SÍ/ NO ante preguntas cerradas no es consistente.

La escala de severidad de la afasia del Test de Boston nos ofrece un resultado final de 0 con un perfil de características del habla como el que observamos en la figura 1.

- **Comprensión auditiva:** capaz de seguir algunas órdenes muy sencillas y contextualizadas, pero fracasa en el seguimiento de órdenes complejas.

Puede realizar asociaciones semánticas muy básicas.

En el subtest de comprensión auditiva del Test de Boston fue capaz de discriminar 5 palabras. No identificó ninguna



**Figura 1** Perfil de características del habla. Test de Boston. Las líneas de perfil correspondientes a la valoración y la reevaluación se superponen hasta el subtest de comprensión auditiva, en que la línea de reevaluación aumenta hasta el percentil 10.

parte del cuerpo, no siguió ninguna orden ni pudo contestar mediante gestos ninguna pregunta del subtest de material ideativo complejo (adaptando la respuesta a un barrido auditivo).

- **Denominación:** capacidad evaluada mediante la aplicación del Test de Boston. No consigue puntuar en ningún subtest.
- **Repetición:** puede repetir los fonemas / a/ , / o/ y / u/ , y la consonante / m/ . Se le aplicaron los subtest de repetición del Test de Boston y las puntuaciones fueron de 0. No es capaz de repetir ninguna palabra, aunque realiza esfuerzos para articularlas.
- **Habla automatizada:** no conserva lenguaje automático. Nuevamente en el Test de Boston puntuó 0 en habla automatizada y recitado.

- **Lectura y comprensión del lenguaje escrito:** alexia, incapaz de leer grafemas, palabras u oraciones. Puntuación de 0 en el subtest de lectura del Test de Boston.

No discrimina grafemas, palabras, pseudopalabras ni oraciones. No realiza lectura global de palabras (valorado por denominación deíctica). No hace emparejamiento de palabra-imagen. Únicamente discrimina su nombre.

- **Escritura:** agrafía: incapaz de realizar escritura espontánea ni dictado. La copia se encuentra levemente conservada, siendo ésta defectuosa.

Durante toda la exploración, se aprecia impulsividad y perseveraciones, con elevado nivel de ansiedad al intentar hablar.

Para finalizar, cabe citar, como ya se hizo en la introducción de este artículo, que, dada la severidad del cuadro de la paciente y la coexistencia de déficits neuropsicológicos y emocionales, el Test de Boston únicamente es útil para diseñar un perfil de tipología de la afasia, pero carece de valor cualitativo para el tratamiento rehabilitador, ya que no da cuenta de pequeños progresos que son necesarios para la mejoría en la competencia lingüística y comunicativa.

## Resultados

### Diagnóstico

Tras la exploración logopédica, según el importante déficit en comprensión auditiva, la jerga fluida y la afectación en el proceso lectoescritor, se puede considerar a nuestra residente como un cuadro severo de afasia de Wernicke.

### Planteamiento terapéutico

#### Tipo de terapia

Para establecer el tratamiento, hemos tenido en cuenta, fundamentalmente, los resultados de la exploración logopédica y neuropsicológica, ya que de ellos dependerá el éxito de la intervención. La relevancia de las capacidades cognitivas es subrayada por numerosos autores.

Desde el punto de vista logopédico hemos considerado tanto las limitaciones debidas al trastorno como las necesidades comunicativas del paciente, estableciendo conexiones entre ellas para así poder instaurar unos objetivos realistas y conseguir una terapia lo más completa posible.

Dentro del tratamiento vamos a diferenciar dos estrategias: el tratamiento directo sobre los déficits, estimulando y mejorando las áreas más afectadas, y por otro lado, el trabajo continuo sobre las capacidades preservadas, centrándonos en optimizarlas (es lo que algunos autores denominan "enfoque del déficit" y "enfoque positivo").

#### Duración y frecuencia de las sesiones

Nuestra residente comenzó su tratamiento con 2 sesiones semanales, que, a la vista de su evolución, se han convertido en tratamiento diario. En un principio, los días sin tratamiento logopédico también se le facilitaban actividades, con carácter algo más lúdico, para que trabajase individualmente aquellos aspectos que nos interesaba reforzar en cada momento (dibujo, copia, lectoescritura, etc.). Actualmente, a pesar de contar con tratamiento diario, la residente demanda continuar con estas actividades que realiza ella sola, pues ha comprobado la eficacia de las mismas en su uso posterior durante las sesiones.

En cuanto a la duración, hemos comprobado que el intervalo de 30 minutos es el adecuado para asegurar la concentración de la paciente y evitar la fatiga.

### Programa de intervención

#### Objetivos

El objetivo principal de la rehabilitación de cualquier paciente afásico consiste en mejorar la capacidad comuni-

cativa del paciente un nivel por encima de lo que puede conseguirse sólo por medio de la recuperación espontánea.

Tras la evaluación inicial de R.R. se establecieron los siguientes objetivos generales (los objetivos específicos pueden observarse en la tabla 1):

1. Colaboración en sesión.
2. Control de la jergafasia.
3. Restauración de la capacidad de discriminación de los significantes sonoros.
4. Aumento de la comprensión auditiva (desarrollo de representaciones semánticas de las palabras).

#### Descripción de la metodología

Son varios los autores que, al hablar del tratamiento de la jerga en afásicos, proponen que en las sesiones se anule la comunicación oral para usar sólo los gestos y partir desde ese punto el tratamiento. En el caso clínico que nos ocupa, no estamos de acuerdo con ese planteamiento. Si bien la residente presenta una jerga logorreica incomprensible desde el punto de vista morfológico y gramatical, ésta es la base de la que parte para lograr un intercambio comunicativo a base de elementos paragramaticales que, incluso a nosotras, llega a sorprendernos. Es tal el control de aspectos paralingüísticos que utiliza para paliar la incorrecta producción del léxico que consigue que mantener una conversación con ella no sea tan difícil como podría parecer a la vista de los resultados obtenidos en la exploración. La entonación de la jerga nos permite deducir su intención comunicativa (preguntar, exhortar, etc.). Gestualmente es capaz de integrarse en la conversación, jugando siempre nosotros el papel de guía de la misma.

Nuestra paciente es consciente de su problema, sabe que no habla como antes. Por ello durante la conversación hay momentos que se lleva la mano a la boca dando a entender que quiere, pero no puede hablar bien. Éste es un aspecto importante para el tratamiento.

En la terapia usamos la asociación de diferentes estímulos para facilitar la asimilación de conceptos. Las sesiones tienen una estructura que será similar todos los días de tratamiento para que la asociación de los aspectos que se intentan instaurar sea más fácil, centrándonos en determinadas conductas y en estímulos y así consolidar los aprendizajes.

Llevamos a cabo otro tipo de sesiones fuera del despacho, son intervenciones en contextos rutinarios con interlocutores clave dentro del Centro. En estas sesiones instruimos a los diferentes profesionales (e incluso residentes) en el modo de guiar una conversación con la residente, trabajando sobre ésta en el control de turnos conversacionales, la respuesta sí/no y el autofreno de su logorreia. Estas situaciones son difíciles de manejar pues aparecen numerosos distractores, pero sus efectos posteriores sobre la vida cotidiana de la residente son muy beneficiosos.

En la actualidad llevamos a cabo sesiones de aprendizaje y consolidación de palabras aisladas (sí, no, hola, etc.). En ellas se trabaja primeramente en despacho para pasar, cuando la articulación está adquirida, a una segunda parte de generalización en diferentes contextos. Se pide al resto de los profesionales que trabaje con la residente cada nue-

**Tabla 1** Objetivos del programa de intervención. Evaluación inicial y control de evaluación

	Evaluación inicial	Control de evolución
1. Aumento de la atención sostenida en sesión	Atención sostenida de 10 min. Después de este tiempo, muestra clara intención de irse de la terapia	Atención sostenida de la totalidad de la sesión (30 min). Colabora activamente y demanda más tratamiento
2. Toma de turnos conversacionales	No es capaz de mantener una conversación por el empleo masivo del papel de emisor (logorrea)	Mantiene una conversación con la correcta toma de turnos. Emplea adecuadamente el papel de emisor y receptor
2. Respuesta gestual SÍ/ NO	No responde gestualmente. Utiliza su jergafasia	Empleo del gesto. Necesita mayor consistencia
3. Producción de sonidos con el propio cuerpo: beso sonoro	Articula / m/	Adquisición del beso sonoro
3. Producción de sonidos con el propio cuerpo: chascar la lengua	No es capaz de imitarlo. Realiza fonación al intentarlo	Adquisición del chasquido de la lengua
3. Patrón respiratorio nasal/ bucal. Soplo de molinillo	Respiración bucal. Realiza fonación al intentar soplar	Adquisición del patrón respiratorio nasal/ bucal. Capaz de realizar soplo
3. Mejora de la coordinación de praxias orofaciales	Praxias descoordinados y confusión derecha/ izquierda	Adecuada coordinación y discriminación derecha/ izquierda
3. Repetición de vocales	Intentos de aproximación. No es capaz	Correcta con apoyo visual
3. Articulación de / l/	Articula / a/	Adquirido el patrón articulatorio
3. Articulación de / s/	Articula / m/	Adquirido el patrón articulatorio
3. Articulación de / m/	Adquirido el patrón articulatorio	Consolidado el patrón articulatorio
3. Discriminación auditiva-visual de vocales	No discrimina ninguna vocal	Todas, pero necesita ganar consistencia con / e/
3. Lectura oral de las vocales	Ninguna	Lectura de / a, / o/ y / u/
3. Articulación de / l/ más vocales	Articula / a/	Articulación de / l/ con / a/ y / o/
3. Articulación de / s/ más vocales	Articula / m/	Articulación de / s/ con / a/ y / o/
3. Articulación de / m/ más vocales	Articula / m/ con / a/	Articulación de / m/ con / a/ y / o/
4. Mejora de la denominación déictica de elementos básicos para la vida diaria	Numerosas vacilaciones y errores. No discrimina elementos básicos de categorías elementales	Capaz de discriminar alimentos básicos, prendas de vestir y algunos animales
4. Aumento de asociaciones semánticas	Relaciona algunos sustantivos según la función	Capaz de categorizar elementos y comienza relacionando verbo-objeto

va palabra asimilada durante todo el día y en contextos cotidianos: levantarse, asearse, comidas, curas de enfermería, sesiones de fisioterapia, etc.

### Materiales

Se utilizan tantos materiales como el profesional sea capaz de idear para cada sesión.

Entre los materiales más frecuentes cabe citar: materiales de soplo, fichas de imágenes con/ sin palabra impresa, espejo, láminas de posiciones fonoarticulatorias asociadas al grafema correspondiente, láminas con escenas temporales...

### Revisión del programa de intervención

La evaluación es continua y flexible a lo largo del tratamiento. Las revisiones se efectúan al menos de manera cuatrimestral.

Gracias a las revisiones comprobamos la eficacia del tratamiento y la adecuación de los objetivos a la realidad del avance, así como la necesidad de replantearnos el plan inicial, modificar los objetivos y/o cambiar la estrategia de tratamiento.

En el caso que nos ocupa, describiremos los avances logrados por R.R. durante los primeros 4 meses de tratamiento en el centro:

- La colaboración en la terapia ha ido aumentando llegando a alcanzar un interés máximo y demandando constantemente recibir más terapia (consciente del déficit).
- A nivel de *expresión oral*, se aprecia un mayor control de la jergafasia, respetando los turnos conversacionales, adecuando aún más las inflexiones de la voz y la intensidad de la misma a la conversación. Aumenta el número de veces en que adopta el papel de receptor. Ha mejorado aún más la capacidad pragmática y el empleo de gestos comunicativos, siendo capaz de transmitir información compleja a través de ellos en la conversación guiada. Utiliza la exhortación, la interrogación, la petición y el susurro en su jerga, lo cual facilita deducir el contenido intencional de la misma.
- También se aprecia mejoría en la *función respiratoria*. Consigue soplar ante molinillos, velas..., realizando la respiración nasal-bucal y logrando un aumento subjetivo del volumen vital y de la fuerza espiratoria.

- En *comprensión auditiva* ha avanzado, llegando a aumentar en 5 ítems las palabras discriminadas en el subtest de comprensión auditiva del Test de Boston. En el resto de las pruebas del subtest no se aprecian cambios significativos. No obstante, es capaz de seguir alguna orden descontextualizada y la respuesta gestual SÍ/ NO gana en consistencia. Emplea de forma espontánea el gesto afirmativo/ negativo en su conversación.
- En la *mecánica de la escritura*, avanza notablemente, pudiendo realizar de manera casi perfecta la copia de dibujos, palabras y oraciones (con omisión ocasional de grafemas). Aumenta la puntuación obtenida en la tarea de mecánica de la escritura del Test de Boston. En el resto de las tareas del subtest no se evidencian cambios.

En lectura y en habla automatizada no se aprecia ningún cambio.

- Ha comenzado a articular correctamente y generalizar palabras sencillas (sí, no, mamá y hola). Se continúa trabajando la consistencia de la respuesta sí/ no.

A tenor de los resultados obtenidos en los controles de evolución, se estima que el tratamiento llevado a cabo es satisfactorio. Mantendremos como objetivo el control de la jergafasia para que, a medida que aumente la comprensión auditiva y la producción oral intencional en el discurso hablado, aquélla disminuya. Se continuará estimulando y optimizando el empleo de gestos como apoyo durante el intercambio comunicativo y, aunque su respuesta gestual de afirmación/ negación es adecuada, requiere mayor consistencia. Se trabajará para mejorar comprensión auditiva del discurso y de palabras aisladas. También es importante continuar el trabajo progresivo de fonemas consonánticos y su inclusión en el discurso; reconocimiento de grafemas (y articulación de los mismos) y palabras como un todo (se continuará el entrenamiento en la copia de palabras para reforzar la asociación de la palabra escrita, a modo global, con la imagen, y así favorecer la discriminación de palabras de alta frecuencia y funcionales para ella).

Continuaremos trabajando en la aceptación de sistemas alternativos de comunicación para poder hacer uso de ellos en caso de no evolucionar suficientemente la expresión oral.

Debido a la evolución lograda con el resto de los profesionales, tan dispar a la obtenida en el departamento de logopedia, se hace de vital importancia conceder una atención especial a la intervención sobre interlocutores clave para conseguir una mayor eficacia comunicativa y lograr que éstos puedan ejercer su papel fundamental en la rehabilitación.

Por consiguiente, se formará a las personas más próximas en el centro: coordinadores de planta, enfermería, médicos, familiares, compañeros de mesa.

## Conclusiones

Queremos finalizar resaltando únicamente, como ya dijimos al principio, que la principal clave del éxito reside en la globalidad y la multidisciplinariedad. Globalidad en la valoración al considerar las peculiaridades de la residente y al evaluar con todo el material que tengamos a nuestra disposición (creándolo o adaptándolo nosotros mismos al perfil del paciente); en la intervención, al abarcar tanto la estimulación del déficit como la optimización de las capacidades preservadas, así como al intervenir no sólo sobre el paciente afásico, sino sobre aquellas personas que con mayor frecuencia tengan que protagonizar intercambios comunicativos con él y, por último, globalidad en la reevaluación, al considerar cualquier elemento (lingüístico, cognitivo, social, emocional o físico) que pueda ser causa de un estancamiento del avance de nuestro paciente, tratando de adaptar nuestros objetivos e intervención para superar ese freno.

## Bibliografía

1. Aguilar Alonso A. Psicopatología del lenguaje: variables de intervención. Barcelona: PPU; 2003.
2. Borregón Sanz S, González Calvo A. La afasia: exploración, diagnóstico y tratamiento. 2.ª ed. Madrid: CEPE; 2000.
3. Cuetos Vega F. Evaluación y rehabilitación de las afasias. Madrid: Médica Panamericana, S.A.; 2004.
4. Fernández Guinea S, López Higes R. Guía de intervención logopédica en las afasias. Madrid: Síntesis; 2005.
5. Gallardo Paúls B, San Martín Sáez J. Afasia fluente vol. I del Corpus PerLA. Materiales para su estudio. Valencia: Universidad de Valencia; 2005.
6. Gallardo Paúls B. La investigación de los déficits pragmáticos. En: Nuevas tendencias en la investigación lingüística. Granada: Método; 2001. p. 525-38. Disponible en: <http://uv.es/pauls/>
7. Helm-Estabrooks N, Martín LA. Manual de la afasia y de terapia de la afasia. 2.ª ed. Madrid: Médica Panamericana, S.A.; 2005.
8. Junqué i Plaja C, Bruna i Fabassa O, Mataró i Serrat M. Neuropsicología del lenguaje: funcionamiento normal y patológico, rehabilitación. Barcelona: Masson, S.A.; 2003.
9. Vendrell JM. Las afasias: semiología y reorganización funcional. First International Congress on Neuropsychology in internet. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congress/confslang/03Vendrell.html>
10. Peña-Casanova J, Pérez Palies M. Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1995.