

afasia anómica – anomic aphasia

Authored by
memjavad

October 26, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *afasia anómica – anomic aphasia*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1731>

Afasia Anómica

Primary Disciplinary Field(s): Neurología, Neuropsicología, Lingüística Clínica

1. Definición y Clasificación Central

La afasia anómica, también conocida como afasia amnésica, constituye una de las formas más comunes y persistentes de los trastornos afásicos. Se define primariamente por una incapacidad o dificultad severa para recuperar palabras (un fenómeno conocido como **anomia**), a pesar de que la comprensión auditiva y la producción de habla fluida, gramaticalmente correcta y bien articulada suelen estar relativamente preservadas. Esta condición contrasta marcadamente con otras afasias, como la de [Broca](#) (no fluente) o la de [Wernicke](#) (con graves déficits de comprensión), posicionándola típicamente como una afasia fluente.

El núcleo del déficit en la afasia anómica reside en la etapa de acceso léxico. Los pacientes experimentan un constante fenómeno de "punta de la lengua" (tip-of-the-tongue phenomenon), lo que resulta en un habla plagada de pausas, circunloquios (dar vueltas al concepto sin nombrarlo directamente), y el uso excesivo de palabras vacías o genéricas (como "cosa", "esto", "él"). Aunque la estructura sintáctica de las oraciones se mantiene intacta y la intención comunicativa es clara, la dificultad para nombrar sustantivos y, en menor medida, verbos, interrumpe significativamente el flujo informativo del discurso. Esta preservación de la estructura superficial del lenguaje, mientras que el contenido semántico se ve mermado por la falta de nombres específicos, es el sello distintivo de esta patología.

Desde la perspectiva de la clasificación neuropsicológica clásica, la afasia anómica puede considerarse como una afasia cortical posterior o subcortical, a menudo el resultado de la recuperación de una afasia más severa. Es importante destacar que la anomia es un síntoma presente en prácticamente todas las formas de afasia; sin embargo, en la afasia anómica, es el síntoma dominante y casi exclusivo, sin los déficits concomitantes de repetición, comprensión o articulación que caracterizan a los otros síndromes afásicos. Por lo tanto, su diagnóstico requiere una cuidadosa exclusión de otros trastornos del lenguaje y una confirmación de la integridad relativa de las otras funciones lingüísticas.

2. Etiología y Bases Neuroanatómicas

La causa más frecuente de la afasia anómica es un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico o hemorrágico que afecta regiones cerebrales cruciales para el procesamiento léxico y semántico. No obstante, dada su naturaleza como un síndrome de déficit predominante de acceso a palabras, puede ser causada por una variedad de lesiones focales y difusas, incluyendo traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, procesos infecciosos (como la encefalitis) o enfermedades neurodegenerativas, siendo esta última una causa cada vez más reconocida, especialmente en el

contexto de la afasia progresiva primaria (APP).

A diferencia de la afasia de Broca, que se localiza claramente en el giro frontal inferior (área 44 y 45), o la de Wernicke, ubicada en el giro temporal superior posterior, la afasia anómica no tiene una localización lesional única y estricta. Las lesiones asociadas suelen ser más posteriores y variadas, involucrando típicamente el lóbulo temporal inferior, el giro angular (área 39 de Brodmann), y el lóbulo parietal inferior. Estas áreas son críticas para el almacenamiento y la recuperación de la información semántica y fonológica. Una lesión en el giro angular, por ejemplo, puede desconectar los centros de procesamiento visual y auditivo de las áreas del lenguaje, dificultando la denominación de objetos presentados visualmente.

Modelos más recientes sugieren que la anomia resulta de una disfunción en la red neuronal distribuida responsable del mapeo entre el significado (semántico) y el sonido (fonológico). Específicamente, las lesiones que interrumpen las conexiones del **fascículo arqueado** en su parte posterior o que dañan la corteza temporal izquierda, que almacena representaciones léxicas, son altamente predictivas de anomia crónica. La variabilidad en la localización lesional se relaciona con los diferentes subtipos de anomia, ya que el daño a la corteza temporal anterior puede provocar anomia para nombres propios, mientras que el daño a estructuras más posteriores puede afectar la recuperación de sustantivos comunes.

3. Características Lingüísticas Distintivas

La manifestación clínica de la afasia anómica es sutil pero persistente. El rasgo definitorio es la dificultad extrema en la tarea de denominación (nombrar objetos, personas o conceptos). Durante la conversación espontánea, el paciente intenta compensar su déficit utilizando estrategias de evitación léxica. Esto se traduce en una alta tasa de circunloquios, donde el paciente describe la función o la apariencia del objeto deseado en lugar de nombrarlo ("esa cosa que usas para cortar el pan"). Las pausas de búsqueda de palabras son frecuentes y pueden dar la impresión de que el paciente está pensando profundamente o es indeciso, aunque su velocidad de articulación y prosodia suelen ser normales una vez que la palabra es recuperada o evitada.

A pesar de la fluidez general, el habla anómica presenta una densidad informativa baja debido a la omisión de los sustantivos clave. Si bien la gramática (morfosintaxis) está bien conservada, el discurso puede sonar vacío o genérico. En contraste con la afasia de conducción, la repetición de frases y oraciones suele estar preservada en la afasia anómica pura. Asimismo, la comprensión del lenguaje oral y escrito se mantiene en un nivel funcional, aunque tareas complejas que dependen fuertemente de la recuperación rápida de vocabulario específico pueden revelar déficits sutiles.

Otro aspecto crucial es la presencia de parafasias. En la afasia anómica, las parafasias suelen ser predominantemente semánticas, es decir, el paciente sustituye la palabra objetivo por otra palabra

relacionada en significado (ejemplo: decir "cuchillo" en lugar de "tenedor"). Las parafasias fonémicas (sustitución de sonidos, ejemplo: decir "pelota" en lugar de "paleta") y neologismos (palabras inventadas) son mucho menos comunes que en la afasia de Wernicke o la de conducción, lo que ayuda en el diagnóstico diferencial. La relativa ausencia de parafasias fonémicas sugiere que el nivel de representación fonológica de la palabra está intacto, y que el problema reside en el acceso desde el significado (semántica) al sonido (fonología).

4. Subtipos y Modelos Cognitivos

La investigación neuropsicológica ha revelado que la anomia no es un fenómeno unitario, sino que se manifiesta en varios subtipos, dependiendo de la etapa del procesamiento léxico que esté afectada. Los dos subtipos principales son la **anomia de acceso semántico** y la **anomia de acceso fonológico (o léxico-fonológico)**. La anomia semántica se caracteriza por un fallo en la activación del concepto o significado de la palabra, afectando no solo la producción sino también tareas de comprensión que requieren la manipulación de información semántica, como la categorización. Esta forma se asocia frecuentemente con lesiones en el lóbulo temporal anterior.

Por otro lado, la anomia de acceso fonológico implica que el significado del concepto está intacto, pero el paciente falla al acceder a la forma sonora de la palabra. Estos pacientes a menudo pueden describir el objeto, señalarlo y, a veces, incluso reconocer la palabra si se les proporciona la primera sílaba (facilitación fonológica). Este subtipo se relaciona con interrupciones entre el centro semántico y el almacén fonológico, a menudo involucrando el giro angular o el fascículo arqueado. El estudio de estos subtipos es fundamental para el diseño de terapias dirigidas, ya que la intervención debe enfocarse en el nivel de procesamiento específico que está fallando.

Desde la perspectiva de los modelos de procesamiento del lenguaje, como el Modelo de Producción de Palabras de Levelt, la afasia anómica puede interpretarse como un fallo en el componente de Lematización (selección del significado abstracto de la palabra) o en el componente de Lexema (selección de la forma fonológica). Un fallo en la Lematización resultaría en anomia semántica, mientras que un fallo en la recuperación del Lexema, a pesar de la activación semántica exitosa, se manifestaría como anomia fonológica. La investigación actual también explora la afasia anómica específica para categorías (ej. dificultad para nombrar animales pero no herramientas), lo que sugiere que el léxico mental está organizado de forma categórica y distribuida.

5. Diagnóstico Diferencial y Evaluación

El diagnóstico de la afasia anómica requiere una evaluación lingüística exhaustiva para diferenciarla de otros tipos de afasia y de trastornos cognitivos que puedan simular una dificultad en la recuperación de palabras (ej., demencia, confusión). La evaluación se basa en pruebas

estandarizadas que miden la fluidez, la comprensión, la repetición y, crucialmente, la denominación. La preservación de la repetición y la comprensión de frases complejas, junto con una alta fluidez (tasa de palabras por minuto normal o alta) son claves para el diagnóstico diferencial.

Las tareas de denominación son el pilar de la evaluación. Se utilizan pruebas como el Test de Denominación de Boston (Boston Naming Test - BNT), que mide la capacidad de nombrar objetos presentados visualmente. La afasia anómica se caracteriza por un bajo rendimiento en estas pruebas, con un alto número de omisiones o sustituciones circunloquiales. Es vital complementar estas pruebas con tareas que evalúen el acceso léxico en diferentes modalidades: denominación por confrontación visual, denominación por descripción (definición), y fluidez verbal categórica (ej. nombrar tantos animales como sea posible en un minuto).

El diagnóstico debe incluir una evaluación de la naturaleza de los errores. Si predominan los errores semánticos, se apunta a un déficit en el acceso al concepto o en la representación semántica. Si el paciente se beneficia significativamente de claves fonológicas (darle la primera letra o sílaba), se sugiere un fallo en el acceso fonológico. Además de la evaluación lingüística, las imágenes cerebrales (resonancia magnética o tomografía computarizada) son esenciales para determinar la etiología y la localización de la lesión, confirmando la naturaleza neurológica del trastorno.

6. Tratamiento e Intervención Terapéutica

El tratamiento de la afasia anómica se centra en la rehabilitación del acceso léxico y la implementación de estrategias compensatorias para mejorar la comunicación funcional. Las intervenciones se dividen generalmente en dos categorías: enfoques de restauración y enfoques compensatorios.

Los enfoques de restauración buscan mejorar el acceso directo a la palabra. Una técnica común es la Terapia de Restricción e Inducción de la Palabra (Constraint-Induced Aphasia Therapy - CIAT), que obliga al paciente a usar la producción verbal en lugar de gestos o escritura. Otra estrategia altamente utilizada es la Terapia de Denominación basada en Claves Semánticas y Fonológicas (Semantic and Phonological Cueing), donde el terapeuta proporciona pistas progresivas (primero la categoría, luego la función, y finalmente la primera sílaba) para facilitar la recuperación de la palabra. La repetición intensiva y el entrenamiento de palabras específicas, a menudo de alta frecuencia o relevancia personal para el paciente, son componentes esenciales de estos programas.

Los enfoques compensatorios se centran en enseñar al paciente estrategias alternativas para evitar la anomia en la vida diaria. Esto incluye el entrenamiento en el uso efectivo de circunloquios, la utilización de gestos, la escritura de la palabra (si la agrafia no está presente), o

el uso de dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (CAA). La Terapia de Comunicación Funcional busca mejorar la capacidad del paciente para transmitir mensajes de manera efectiva, incluso si no puede nombrar la palabra exacta. El éxito terapéutico en la afasia anómica está fuertemente correlacionado con la intensidad del tratamiento y la capacidad del paciente para generalizar las palabras aprendidas a contextos conversacionales espontáneos.

7. Pronóstico y Consecuencias Funcionales

El pronóstico para la recuperación de la afasia anómica es generalmente mejor que para las formas más graves de afasia, como la global o la de Wernicke. Dado que la comprensión y la fluidez están relativamente intactas, muchos pacientes pueden recuperar un alto nivel de comunicación funcional. Sin embargo, la anomia, o la dificultad residual para nombrar, es a menudo el síntoma más resistente y puede persistir indefinidamente, incluso después de que otros déficits afásicos hayan remitido.

A pesar de la fluidez superficial, las consecuencias funcionales de la anomia crónica pueden ser significativas. Los pacientes a menudo experimentan frustración, ansiedad y aislamiento social debido a la constante lucha por encontrar las palabras. La necesidad de circunloquios y pausas ralentiza el ritmo de la conversación, afectando la participación en entornos sociales y profesionales que requieren comunicación rápida y precisa. En el ámbito profesional, la afasia anómica puede impedir el retorno al trabajo si este dependía fuertemente de la expresión verbal detallada y rápida.

El pronóstico a largo plazo depende de factores como la etiología (las lesiones traumáticas o tumorales suelen tener un pronóstico más variable que el ACV), el tamaño y la localización exacta de la lesión, la edad del paciente y la intensidad de la terapia recibida. La afasia anómica que se desarrolla como parte de un proceso neurodegenerativo (como la APP logopélica) tiene un pronóstico menos favorable, ya que la condición es progresiva y no estática.

8. Debates Teóricos y Perspectivas Futuras

Uno de los principales debates teóricos en el estudio de la afasia anómica gira en torno a la naturaleza de la anomia: ¿es un fallo en el almacenamiento de la palabra o un fallo en el acceso a la palabra? La evidencia clínica sugiere que, en la mayoría de los casos, la información léxica no se ha perdido (almacenamiento intacto), sino que el mecanismo de recuperación se ha dañado (fallo de acceso). Sin embargo, la anomia semántica grave puede apuntar a un deterioro de las representaciones semánticas mismas, lo que tiene profundas implicaciones para la organización del léxico mental.

Otro debate importante concierne a la especificidad de la anomia por clase gramatical. Tradicionalmente, se ha observado que la anomia afecta más a los sustantivos que a los verbos,

lo que ha llevado a modelos que proponen una segregación anatómica y funcional entre el procesamiento de sustantivos (asociado a áreas temporales) y el procesamiento de verbos (asociado a áreas frontales). No obstante, la evidencia no es totalmente consistente, y muchos casos de anomia afectan ambas clases gramaticales, sugiriendo un solapamiento en las redes neuronales.

Las perspectivas futuras en el tratamiento de la afasia anómica incluyen el uso de técnicas de neuromodulación, como la estimulación magnética transcraneal (TMS) o la estimulación transcraneal con corriente directa (tDCS), aplicadas sobre las áreas del lenguaje para mejorar la excitabilidad cortical y potenciar los efectos de la terapia del lenguaje. Estas técnicas, combinadas con una rehabilitación intensiva y personalizada basada en los subtipos de anomia (semántica vs. fonológica), prometen optimizar la recuperación del acceso léxico en los pacientes crónicos.

Further Reading

[Afasia Anómica \(Wikipedia\)](#)

[Clasificación de las Afasias](#)

[Giro Angular](#)

[National Aphasia Association \(Recursos en inglés sobre afasia\)](#)