

alexia – alexia

Authored by
memjavad

October 23, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *alexia – alexia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1253>

Alexia

Campo(s) Disciplinario(s) Principal(es): Neurología, Neuropsicología, Lingüística Clínica.

1. Definición Central

La alexia se define como un trastorno adquirido de la capacidad de lectura que resulta de una lesión cerebral focal en individuos que previamente poseían habilidades lectoras funcionales. Es fundamental distinguirla de la dislexia evolutiva o del retraso lector, ya que la alexia implica la pérdida de una habilidad ya establecida debido a un evento neurológico, como un accidente cerebrovascular, un trauma o una enfermedad degenerativa. Esta condición representa una disfunción en las complejas redes neurales que sustentan el procesamiento visual y lingüístico, afectando la capacidad del individuo para decodificar símbolos gráficos (grafemas) y convertirlos en significado (léxico) o sonido (fonemas). La alexia, por lo tanto, no es un déficit primario de la visión ni de la motricidad ocular, sino una desconexión o daño en los centros cerebrales superiores responsables de la interpretación del lenguaje escrito.

El proceso de lectura es un acto cognitivo sumamente elaborado que requiere la integración de múltiples áreas cerebrales, abarcando desde el reconocimiento visual básico hasta la activación de sistemas fonológicos, semánticos y sintácticos. La alexia se manifiesta cuando esta intrincada cadena de procesamiento se rompe en alguna de sus etapas. En términos clínicos, la presentación de la alexia puede variar drásticamente dependiendo de la ubicación precisa y la extensión de la lesión, lo que ha llevado a la neurología a clasificarla en subtipos distintos, cada uno con un perfil de errores y preservación de habilidades único. Por ejemplo, en algunos casos, el paciente puede ser incapaz de leer pero retener la habilidad de escribir (agrafia), mientras que en otros, la incapacidad de lectura va acompañada de la pérdida de la escritura. Esta disociación funcional es crucial para el diagnóstico diferencial y para la comprensión de la arquitectura modular del lenguaje en el cerebro.

Una característica definitoria de la alexia es su naturaleza adquirida, lo que implica que el sistema nervioso central ha sido alterado después de la adquisición completa del lenguaje. Esto contrasta con los trastornos del desarrollo, donde las dificultades de lectura se presentan desde la infancia debido a factores genéticos o de neurodesarrollo. La alexia, al ser una consecuencia de daño cerebral, ofrece a los neuropsicólogos una ventana única para investigar la organización funcional del cerebro adulto. El estudio de pacientes alécticos ha sido históricamente instrumental para mapear las áreas cerebrales específicas dedicadas al reconocimiento de palabras visuales, como el [área de la forma visual de la palabra](#) (VWFA), y sus conexiones con las áreas de Wernicke y Broca. La severidad de la alexia puede variar desde una dificultad leve para reconocer palabras complejas hasta una incapacidad total para interpretar cualquier texto escrito, impactando profundamente la autonomía y la calidad de vida del individuo.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término **alexia** proviene del griego antiguo, combinando el prefijo privativo **a-** (sin) y la palabra **lexis** (palabra o lectura). Aunque los trastornos del lenguaje escrito fueron observados en la antigüedad, su estudio sistemático y neurológico comenzó en el siglo XIX, durante el auge de la neurología de la localización. Uno de los hitos más significativos fue el trabajo del neurólogo francés Joseph Jules Dejerine. En 1892, Dejerine describió el caso de un paciente que podía escribir pero había perdido la capacidad de leer, incluso lo que él mismo había escrito, acuñando el término "ceguera verbal pura" (más tarde conocida como alexia pura o alexia sin agrafia).

El trabajo pionero de [Dejerine](#) fue fundamental para establecer la base neuroanatómica de la alexia. A través de estudios post-mortem, Dejerine postuló que la alexia sin agrafia era el resultado de una lesión que afectaba el giro angular izquierdo y la interrupción de las fibras que conectan la corteza visual con las áreas de lenguaje, específicamente el esplenio del cuerpo caloso. Este modelo de desconexión explicaba por qué la información visual de las palabras no podía alcanzar el centro de lenguaje para su interpretación, mientras que el centro de la escritura (localizado en el giro angular o áreas adyacentes) permanecía intacto. En contraste, Dejerine también describió la alexia con agrafia, asociada a lesiones más extensas que incluían el giro angular izquierdo, afectando tanto la lectura como la escritura.

El siglo XX presenció una evolución desde los modelos puramente localizacionistas hacia los modelos de procesamiento cognitivo. A partir de la década de 1970, el enfoque se centró en cómo se procesan las palabras escritas, dando lugar a la **neuropsicología cognitiva**. Este enfoque permitió clasificar la alexia no solo por la ubicación de la lesión, sino por los mecanismos cognitivos específicos que fallaban. Modelos como la teoría de la doble ruta (fonológica y léxica) revolucionaron la comprensión de los subtipos de alexia (profunda, superficial y fonológica), que se entienden como fallos selectivos en estas rutas de procesamiento. Este cambio de paradigma permitió desarrollar herramientas diagnósticas más sensibles y terapias de rehabilitación más dirigidas a los déficits funcionales específicos de cada paciente.

3. Clasificación Neurológica y Tipos Clave

La alexia se clasifica tradicionalmente en tres categorías principales basadas en la localización de la lesión y la concomitancia de otros trastornos del lenguaje, especialmente la agrafia (incapacidad para escribir) y la afasia (trastorno del habla). Esta clasificación es esencial para comprender la fisiopatología subyacente y planificar la intervención terapéutica.

La clasificación más aceptada distingue los siguientes tipos:

Alexia Pura (Alexia sin Agrafia o Ceguera Verbal Pura): Caracterizada por la incapacidad para leer mientras que la escritura (tanto espontánea como al dictado) y otras habilidades lingüísticas

(comprensión y producción oral) permanecen relativamente intactas. El paciente no puede reconocer visualmente las palabras, lo que a menudo lo obliga a leer letra por letra (lectura deletreada). Este tipo es un claro ejemplo de un **síndrome de desconexión**. La lesión típica afecta la corteza visual izquierda y el esplenio del cuerpo caloso, impidiendo que la información visual del hemisferio derecho (que ve el texto) sea transferida a las áreas de lenguaje del hemisferio izquierdo.

Alexia con Agrafia (Alexia Central o Posterior): Este subtipo es el más común e implica la pérdida simultánea de la capacidad de leer y de escribir. La lesión suele localizarse en el **giro angular** del hemisferio dominante (generalmente el izquierdo), un área crucial para la integración multisensorial necesaria para el procesamiento de la palabra escrita. Dado que el giro angular es un centro de convergencia para el procesamiento fonológico, visual y semántico, su daño resulta en una profunda alteración de ambas modalidades de lenguaje escrito. A menudo, esta alexia coexiste con una anomia (dificultad para nombrar objetos) y, en ocasiones, con el [Síndrome de Gerstmann](#) (acalculia, agnosia digital y desorientación derecha-izquierda).

Alexia Frontal (Alexia Asociada a Afasia de Broca): Este tipo se observa en pacientes con lesiones anteriores que causan **afasia de Broca**. La lectura está severamente comprometida, particularmente en la comprensión de la sintaxis (dificultad para leer palabras funcionales como preposiciones y conjunciones), mientras que la lectura de sustantivos puede estar parcialmente preservada. La dificultad de lectura se relaciona con la incapacidad para procesar la estructura gramatical de las frases, reflejando el déficit subyacente en la producción del lenguaje.

Además de la clasificación neurológica basada en la localización de la lesión, la neuropsicología cognitiva ha introducido subtipos funcionales que describen la naturaleza del error de lectura: la **alexia profunda** (errores semánticos, incapacidad para leer pseudopalabras), la **alexia superficial** (incapacidad para leer palabras irregulares, dependencia de la ruta fonológica) y la **alexia fonológica** (incapacidad para leer pseudopalabras, pero preservación de la lectura de palabras conocidas). Estos modelos duales han refinado la comprensión de cómo las distintas rutas de procesamiento (léxica directa y fonológica indirecta) pueden dañarse selectivamente.

4. Bases Neuroanatómicas y Mecanismos

Las bases neuroanatómicas de la alexia se centran predominantemente en el hemisferio cerebral izquierdo, que es dominante para el lenguaje en la gran mayoría de la población. La región crítica para el reconocimiento visual rápido de palabras es el Área de la Forma Visual de la Palabra (VWFA), ubicada en el giro fusiforme y el giro lingual del lóbulo occipitotemporal izquierdo. Esta área actúa como un "cajón de letras" especializado, activándose de manera invariante ante la presentación de palabras escritas, independientemente de su fuente o tamaño. La integridad de la VWFA y su conectividad son esenciales para la lectura fluida.

El mecanismo de la **alexia pura** es el paradigma de los síndromes de desconexión. La lesión primaria suele ser una oclusión de la arteria cerebral posterior izquierda, que daña el lóbulo occipital izquierdo (causando hemianopsia derecha) y, crucialmente, el esplenio del cuerpo caloso. El esplenio es la principal vía de transferencia de información visual entre los hemisferios. Como resultado, la información visual de la palabra, que es captada por el hemisferio derecho (capaz de ver el campo visual izquierdo), no puede ser transferida al centro de lenguaje en el hemisferio izquierdo para su decodificación. El paciente "ve" la palabra, pero el área de lenguaje no la "recibe" como tal, lo que obliga al paciente a recurrir a estrategias compensatorias, como el deletreo letra por letra, donde cada letra individual puede ser procesada a través de vías alternativas.

En la **alexia con agrafia**, la lesión típicamente abarca el giro angular izquierdo. Esta estructura se considera una zona de asociación terciaria, vital para la integración de la información auditiva, visual y táctil en el procesamiento lingüístico. El daño en el giro angular interrumpe la conexión entre el sistema visual y las representaciones fonológicas y semánticas, afectando tanto la capacidad de decodificar palabras visualmente (lectura) como la capacidad de codificar pensamientos en símbolos gráficos (escritura). La investigación moderna, utilizando resonancia magnética funcional (fMRI), ha confirmado que la lectura no es un proceso lineal sino una orquestación distribuida, donde la alexia puede surgir de fallas en la conectividad de la **vía visual ventral** que lleva la información de la VWFA a las áreas temporo-parietales del lenguaje.

5. Evaluación Diagnóstica y Manifestaciones Clínicas

El diagnóstico de la alexia requiere una evaluación neuropsicológica exhaustiva que distinga el déficit de lectura de otros trastornos sensoriales o cognitivos. La evaluación comienza con una anamnesis detallada sobre la aparición del déficit y la coexistencia de otros síntomas neurológicos (afasia, agrafia, hemianopsia). Es fundamental confirmar que la agudeza visual es suficiente y que no hay un trastorno primario de la visión que explique la incapacidad lectora.

La evaluación clínica se basa en una batería de pruebas de lectura diseñadas para identificar el tipo específico de alexia mediante el análisis de errores. Las tareas incluyen:

Lectura de palabras reales: Se utilizan palabras de diferente longitud, frecuencia y regularidad ortográfica (regulares vs. irregulares).

Lectura de pseudopalabras (no-palabras): Es crucial para evaluar la integridad de la ruta fonológica (capacidad de mapear grafemas a fonemas sin depender del léxico almacenado).

Lectura de oraciones y texto continuo: Evalúa la comprensión sintáctica y semántica en contexto.

Pruebas de escritura: Se evalúa la escritura espontánea, al dictado y la copia, para determinar si existe una agrafia concomitante.

Las manifestaciones clínicas varían según el tipo. En la alexia pura, el paciente puede tardar varios minutos en leer una sola palabra, deletreándola en voz alta o silenciosamente, un fenómeno conocido como **lectura deletreada**. A pesar de esta dificultad extrema, la comprensión oral y la capacidad de escritura suelen ser excelentes. En contraste, los pacientes con alexia profunda (un subtipo de alexia con agrafia) cometen errores que revelan un daño en la ruta léxica y fonológica, manifestándose en **errores semánticos** (leer "barco" como "bote") y una incapacidad casi total para leer pseudopalabras. El análisis cuidadoso de estos patrones de errores permite al clínico inferir qué componente del sistema de procesamiento de la lectura está comprometido y diseñar una estrategia de rehabilitación personalizada.

6. Tratamiento y Rehabilitación

El tratamiento de la alexia se enfoca en la rehabilitación neuropsicológica y logopédica, buscando tanto la restauración de las funciones perdidas como el desarrollo de estrategias compensatorias. La rehabilitación debe ser intensiva y adaptada al subtipo específico de alexia diagnosticado.

Para la **alexia pura**, donde la ruta visual de la palabra está desconectada, las estrategias se centran en el uso de vías alternativas. Una técnica efectiva es el **método de la traza** o la reintroducción de la escritura. Dado que la escritura está preservada, se anima al paciente a trazar las letras de la palabra con el dedo o a escribirla en el aire mientras la lee. Este enfoque utiliza la información kinestésica y táctil, que puede entrar en el sistema de lenguaje a través de rutas posteriores al daño visual, permitiendo el reconocimiento de la palabra. Otra técnica es la **lectura oral repetida (MOR)**, donde el paciente lee textos familiares de forma repetitiva para mejorar la fluidez y automatización del reconocimiento.

En los casos de **alexia con agrafia** o alexias cognitivas (profunda, fonológica), la rehabilitación es más compleja ya que el daño afecta los centros de procesamiento. La terapia se centra en la reconstrucción de la ruta fonológica o léxica dañada. Para la alexia fonológica, se utilizan programas de entrenamiento fonema-grafema y ejercicios de conversión letra-sonido. Para la alexia superficial, se recurre a la repetición de palabras irregulares de alta frecuencia y a la enseñanza explícita de las excepciones ortográficas. Además, el uso de tecnologías de asistencia, como los lectores de texto a voz o los dispositivos de reconocimiento óptico de caracteres (OCR), puede proporcionar soluciones compensatorias cruciales para la funcionalidad diaria del paciente.

7. Significado e Impacto

La alexia tiene un significado profundo tanto a nivel clínico-funcional como teórico-científico. Desde una perspectiva funcional, la incapacidad para leer impacta drásticamente la autonomía del

individuo en la sociedad moderna. La lectura es esencial para actividades básicas como leer etiquetas de medicamentos, instrucciones de seguridad, correspondencia bancaria, o navegar por internet. La alexia, incluso en grados moderados, puede llevar al aislamiento social, la pérdida de empleo y la dependencia, haciendo de la rehabilitación un objetivo vital para la reincorporación del paciente a la vida cotidiana.

Desde la perspectiva de la neurociencia cognitiva, el estudio de la alexia ha sido fundamental para validar y refinar los modelos de procesamiento del lenguaje. La existencia de subtipos puros, como la alexia sin agrafia, proporcionó evidencia empírica irrefutable a favor de la **modularidad** del lenguaje: la idea de que funciones cognitivas complejas están mediadas por módulos neurales específicos que pueden dañarse selectivamente. La disociación entre lectura y escritura observada en la alexia pura confirmó la existencia de vías de procesamiento separadas para la entrada visual del lenguaje escrito y su salida motora.

El impacto de la alexia se extiende al campo de la lingüística clínica, al ofrecer información detallada sobre la jerarquía del procesamiento de la información. Por ejemplo, los errores semánticos observados en la alexia profunda demuestran que, en algunos casos de daño cerebral, la palabra puede ser accedida por su significado antes de que se haya procesado completamente su forma fonológica, lo que sugiere una interacción compleja entre los sistemas léxico y semántico. El estudio continuo de la alexia sigue siendo una piedra angular en la investigación de las bases neurales de la alfabetización y la cognición humana.

8. Debates y Desafíos Actuales

A pesar de décadas de investigación, la alexia sigue siendo objeto de varios debates científicos. Uno de los principales desafíos es la variabilidad clínica. Pocos pacientes se presentan con un "cuadro puro", y la mayoría muestra una mezcla de síntomas que dificultan la clasificación estricta en los modelos de doble ruta o en las categorías neurológicas clásicas. La investigación actual se centra en utilizar técnicas avanzadas de neuroimagen, como la **imagen por tensor de difusión (DTI)**, para mapear las vías de conectividad (tractografía) con mayor precisión, buscando correlaciones entre el daño de fascículos específicos (como el fascículo longitudinal inferior) y los perfiles de alexia, lo que puede ofrecer una explicación más matizada que los modelos basados únicamente en lesiones corticales.

Otro debate significativo gira en torno a la naturaleza de la **VWFA**. Aunque su rol como área clave para el reconocimiento de palabras es incuestionable, existe discusión sobre si esta área es innata o si se "recicla" a partir de estructuras visuales preexistentes durante el proceso de aprendizaje de la lectura (la hipótesis del reciclaje neuronal). Entender si la VWFA es una estructura puramente visual o si está intrínsecamente ligada al procesamiento fonológico tiene implicaciones directas para las estrategias de rehabilitación, especialmente para la alexia pura.

Finalmente, el desafío de la rehabilitación se mantiene. Mientras que las terapias basadas en estrategias compensatorias son a menudo exitosas, la recuperación completa de la lectura fluida es rara. El desarrollo de intervenciones basadas en la neuroplasticidad, como la estimulación cerebral no invasiva (por ejemplo, la estimulación magnética transcraneal o TMS) combinada con la terapia logopédica intensiva, es una frontera activa de investigación. El objetivo es potenciar la reorganización de las redes neurales residuales o la activación de áreas del hemisferio derecho para asumir las funciones perdidas, ofreciendo esperanza para una recuperación funcional más robusta en el futuro.

Lecturas Adicionales

[Alexia - Wikipedia](#)

[Acquired Dyslexias \(Alexia\) and Agraphia: A Review of the Classic Syndromes and Implications for Clinical Practice \(Fuente académica\)](#)

[Angular Gyrus and its Role in Reading and Writing \(ScienceDirect\)](#)