

Trabajo Fin de Grado

Aproximación a la anomia léxica: análisis teórico, evaluación y rehabilitación

Autor/es

Patricia González Méndez

Director/es

José Luis Mendívil Giró

Filología Hispánica

Facultad de Filosofía y Letras

2023

Resumen

Se entiende por anomia al trastorno por el cual un paciente encuentra dificultades para recuperar las palabras en el momento de habla por diversos factores o motivos. En concreto, la anomia léxica hace referencia a la imposibilidad o dificultad de acceso al almacén léxico, provocando así fallos en la selección de palabras.

En este trabajo trataremos algunos de los aspectos fundamentales de la anomia léxica a través de una revisión bibliográfica, tales como su análisis teórico, pruebas clínicas para su evaluación y algunos ejercicios para su rehabilitación. Todo ello se realizará argumentando la necesidad de un trabajo interdisciplinar entre los ámbitos del conocimiento de la medicina y de la lingüística.

Abstract

Anomia is defined as a disorder in which a patient finds it difficult to retrieve words in speech for a variety of factors or reasons. Specifically, lexical anomia refers to the impossibility or difficulty of accessing the lexical store, thus causing failures in word selection.

In this paper we will discuss some of the fundamental aspects of lexical anomia through a literature review, such as its theoretical analysis, clinical tests for its assessment and exercises for its rehabilitation. All this will be done in order to argue the need for interdisciplinary work between the fields of medicine and linguistics.

Palabras clave: neurolingüística, anomia, anomia léxica, afasias, tareas de evaluación, tareas de rehabilitación.

Keywords: neurolinguistics, anomia, lexical anomia, aphasia, clinical assessment tasks, rehabilitation tasks.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. LA ANOMIA	5
1.1. El concepto de afasias.....	5
1.2. El concepto de anomia.....	6
1.3. Tipos de anomia	8
1.3.1. Índices diferenciadores de los tres tipos de anomia	11
2. LA ANOMIA LÉXICA.....	15
2.1. Definición de anomia léxica.....	15
2.2. Modelos de acceso al léxico.....	16
3. EJERCICIOS DE EVALUACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA ANOMIA LÉXICA	20
3.1. Pruebas clínicas de evaluación	20
3.2. Ejercicios de rehabilitación	22
4. CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26

INTRODUCCIÓN

El concepto de afasia, en su más amplio sentido, se caracteriza por la incapacidad o dificultad de un paciente a la hora de comunicarse debido a una gran cantidad de posibles causas. Por ello, son muchas los ámbitos del conocimiento que se ven incluidos en su estudio: desde neurólogos interesados en los aspectos más puramente médicos, hasta lingüistas fascinados por la posibilidad de entender un poco mejor cómo funciona el lenguaje. Bien es cierto que esta inclusión de lingüistas en el campo medicinal responde a un corto periodo de tiempo, pues hasta recientemente el estudio de los trastornos del lenguaje ha sido muy limitado.

Dado que este concepto de “afasia” es muy amplio, resulta imposible abarcar la totalidad de sus posibilidades y tipologías. Como consecuencia, voy a centrarme en una de las posibles manifestaciones de esta afección: la anomia, esto es, la incapacidad de nombrar un referente —tanto de naturaleza concreta como abstracta—, ya sea por motivos semánticos, (anomia semántica), por motivos de acceso al léxico (anomia léxica) o por motivos fonéticos (anomia fonética). Dentro del concepto de anomia, nos vamos a centrar de manera aún más concreta en la anomia léxica, es decir, aquella en la que el paciente, aparentemente, no tiene acceso al lexicón mental, al inventario de palabras que todos nosotros tenemos y, por tanto, no es capaz de seleccionar los términos exactos que quiere utilizar. Concretando todavía más, en la última parte del trabajo vamos a tratar de esbozar una serie de ejercicios de rehabilitación orientados a la anomia léxica.

El principal motivo de esta elección de la anomia léxica como objeto de estudio viene dado por tratar de argumentar la importancia de la lingüística en este ámbito, asumiendo así que hay un área cerebral dedicada al almacenamiento del léxico dentro de la hipótesis general de que hay zonas concretas en el cerebro estrechamente vinculadas con el lenguaje. De ser así, sería evidente la importancia de lingüistas para la detección y posible recuperación de estos trastornos, pues un conocimiento profundo de cómo funciona el lenguaje podría conseguir una mayor eficacia y rapidez en la creación de pruebas de detección o ejercicios de recuperación.

Una vez presentada la hipótesis de trabajo y los objetivos del mismo, vamos a indicar cuál será su estructura.

La primera parte (punto 1) estaría dedicada a la aclaración de algunos de los términos más importantes (y a su vez generales) y cuenta con tres apartados principales: uno para definición de “afasia” (1.1.); otro para la definición de “anomia” (1.2.) y el último para los tipos de anomia existentes (1.3.). La segunda parte del trabajo estará destinada al estudio concreto del concepto de la “anomia léxica” (2), en el que se incluirán dos subapartados: la definición del concepto (2.1.) y los modelos de acceso al léxico (2.2.), para ver de manera más minuciosa qué sistema es el que se ve dañado con la anomia léxica, esto es, en el acceso al léxico.

Seguidamente, hemos dedicado un apartado a las pruebas de diagnóstico y de rehabilitación de la anomia léxica (3), que consiste en la enumeración y explicación de toda una serie de actividades que se han aplicado tanto para la evaluación (3.1.) como para la recuperación (3.2) de los pacientes con anomia léxica.

El trabajo finaliza, como cabe esperar, con la conclusión, esto es, una síntesis en la que se recogen las principales conclusiones extraídas del estudio. Finalmente, se añaden todas referencias bibliográficas (tanto primarias como secundarias) consultadas a lo largo de la elaboración de este trabajo.

1. LA ANOMIA

1.1. El concepto de afasias

Si tuviéramos que definir una característica como propia y diferenciadora del ser humano, desde luego habríamos de acudir a la capacidad del lenguaje. Solo los seres humanos somos capaces de generar infinitas posibilidades a través de un número finito de elementos para crear mensajes completamente nuevos que abarcan todo tipo de realidades. Además, el habla es una actividad que realizamos constantemente, cada día, durante largos periodos de tiempo con una rapidez y fluidez que se podrían definir como asombrosas.

Sin embargo, este proceso que realizamos a diario sin ni siquiera ser conscientes no es tan sencillo como puede parecer en un primer momento, pues, por ejemplo, debemos de ser capaces de seleccionar dentro de un enorme almacén de léxico la palabra concreta que necesitamos en un contexto comunicativo determinado para referirnos a una realidad específica. Por tanto, queda claro que una actividad tan diaria como hablar, como comunicarnos tanto de manera verbal como multimodal, esconde todo un entresijo neuronal de extrema minuciosidad y complejidad.

Como cualquier otra maquinaria, nuestro cerebro puede verse alterado por algún tipo de lesión que provoque una dificultad o, incluso, la imposibilidad de activar ese hemisferio izquierdo que, según algunos autores como Pinker, alberga lo que podríamos llamar el «órgano del lenguaje». Consideremos o no que hay un órgano específico del lenguaje, no hay duda de que el hemisferio izquierdo de nuestro cerebro es el lugar (en la inmensa mayoría de las personas) donde se establecen las conexiones neuronales propias para que un individuo pueda comunicarse, pueda desarrollar y ejercitar su capacidad del lenguaje. Por tanto, si este hemisferio izquierdo se ve afectado por cualquier tipo de lesión cerebral, la conducta verbal del paciente se verá alterada. Ante esta situación, la afasiología sería la encargada de posibilitar una rehabilitación concreta a esta conducta o patología.

De este modo, surge una clara necesidad de interdisciplinariedad entre varios campos del conocimiento para tratar de desentrañar todos los entresijos que se esconden en el procesamiento del lenguaje. Roman Jakobson, a mediados del siglo XX, fue de los primeros lingüistas que pusieron de manifiesto esta necesidad de aunar varias disciplinas dentro del paradigma de las ciencias cognitivas. En este sentido, la vinculación entre la

lingüística, la psicología y la neurología es clave para el estudio del lenguaje y, más en concreto por lo que incumbe a este trabajo, para el estudio de las afasias.

Así pues, según González Lázaro y González Ortuño en su manual *Afasia. De la teoría a la práctica*, la interdisciplinariedad sería un pilar fundamental, dando así una clara definición para el propio término de *afasia*:

La pérdida del lenguaje se ha estudiado desde diferentes puntos de vista [...]. Actualmente se recalca la importancia de una definición que incluya tanto el enfoque lingüístico como el neurológico, ya que la afasia es un problema que debe ser abordado interdisciplinarmente. En este contexto, la *afasia* se define como una alteración del lenguaje ocasionado por un daño cerebral. (GONZÁLEZ LÁZARO, GONZÁLEZ ORTUÑO, 2012: 1)

Bien es cierto que, tal y como explica Cuetos en su manual *Anomia, la dificultad para recordar palabras*, no se debe considerar que los trastornos afásicos son desviaciones totalmente alejadas de la conducta lingüística de las personas neurológicamente sanas, pues, en realidad, el sistema lingüístico es el mismo, es completamente normal, pero con alguno de sus componentes dañado. Es decir, el funcionamiento del sistema lingüístico de estos pacientes es el mismo que el de una persona completamente sana; sin embargo, su sistema ha sido lastimado en algún aspecto concreto que le impide un desarrollo habitual de su capacidad de habla. En palabras del propio autor, este sería el funcionamiento lingüístico de un paciente afásico:

Algunos de los componentes del sistema lingüístico del paciente afásico no funcionan o funcionan parcialmente y por lo tanto su lenguaje es el resultado de la actividad de los restantes componentes. (CUETOS, 2003: 9)

1.2. El concepto de anomia

Atendiendo a esta definición, y como ya hemos comentado en el apartado introductorio de este trabajo, resulta imposible abarcar el concepto de afasia en su totalidad, por lo que a continuación vamos a centrarnos de manera más específica en el concepto de anomia. Se entiende por anomia al trastorno por el cual un paciente encuentra dificultades para recuperar las palabras en el momento de habla por diversos factores o motivos. Retomando la idea de Cuetos mencionada unas líneas más arriba, los pacientes con dicha patología siguen los mismos procesos que nosotros, los hablantes neuronalmente sanos, cuando queremos seleccionar una palabra, pero, sin embargo, lo

que para nosotros es un proceso rápido y sencillo, para ellos se convierte en un ejercicio lento y laborioso.

Según el manual de González Lázaro y de González Ortuño, la anomia se establecería tanto como un tipo independiente de afasia (según la clasificación neoconexionista), como uno de los síntomas derivados del resto de los tipos de afasias: la afasia global, la afasia de Broca, la afasia motora transcortical, la afasia mixta transcortical, la afasia de Wernicke, la afasia sensorial transcortical y la afasia de conducción. Todas estas patologías tienen un síntoma común, y es que todas tienen la capacidad de denominación alterada en mayor o menor medida, esto es, todas ellas provocan un estado anómico del paciente, como se representa en la siguiente tabla extraída de dicho manual:

Cuadro 2.1. Tipos de afasia según la clasificación neoconexionista				
<i>Tipo de afasia</i>	<i>Fluidez</i>	<i>Repetición</i>	<i>Comprensión</i>	<i>Denominación</i>
Global	-	-	-	-
Broca	-	-	+	-
Motora transcortical	-	+	+	-
Mixta transcortical	-	+	-	-
Wernicke	+	-	-	-
Sensorial transcortical	+	+	-	-
Conducción	+	-	+	-
Anómica	+	+	+	-
Los signos + y - indican que la habilidad está mayormente preservada o alterada				

Tabla 1. Reproducido de GONZÁLEZ LÁZARO, P. Y GONZÁLEZ ORTUÑO B. (2012:22)

Así, siguiendo a estas autoras, la afasia anómica estaría caracterizada, principalmente, por un problema de acceso al léxico, por un problema de denominación que no presenta otras alteraciones mayores:

Cuadro 3.7. Características de la afasia anómica	
Lenguaje espontáneo	Fluido. Búsqueda constante de palabras de clase abierta. Circunloquios adecuados.
Fonética y fonología	Normales.
Morfosintaxis	Normal.
Discurso	Normal
Prosodia	Normal, con pausas para buscar las palabras.

Comprensión	Normal.
Denominación	Anomia de moderada a severa. Problema de acceso al léxico. Mayor dificultad con palabras abstractas y baja frecuencia. Circunloquios adecuados.
Repetición	Normal.
Lectura	Normal. Alexia si se lesiona la circunvolución angular.
Escritura	Normal con anomia. Agrafia si se lesiona la circunvolución angular.
Trastornos asociados	Ninguno característico.

Tabla 2. Reproducido de GONZÁLEZ LÁZARO, P. Y GONZÁLEZ ORTUÑO, B. (2012:42)

1.3. Tipos de anomia

Sin embargo, estudiando a Cuetos, podemos vislumbrar que el estudio de la anomia de una manera tan general queda insuficiente. Esto es, en realidad deberíamos de hablar de anomias en plural y diferenciar tres tipos diferentes, por lo que el estudio de cada uno debería de ir específicamente orientado a sus características concretas. En palabras del propio autor:

la descripción de los tipos de anomia que aquí haremos no será a partir de los síndromes afásicos, pues esa descripción proporciona poca información sobre la naturaleza del trastorno, aparte de los problemas que tiene agrupar a los pacientes por síndromes. (CUETOS, 2003: 51)

De este modo, hemos de atender a los procesos de producción oral para entender la clasificación que vamos a tomar para los tipos de anomia. Como hemos esbozado en líneas anteriores, producir una palabra entraña un complejo proceso en el que se activan tres sistemas diferentes: en primer lugar, hemos de ser competentes para acomodar el significado que se quiere reproducir, a continuación hemos de seleccionar la palabra concreta de nuestro lexicón que se ajusta a ese significado inicial, y, por últimos, hemos de ser capaces de reproducir todos y cada uno de los fonemas que componen la palabra de manera correcta.

Tal y como vamos a ver en la siguiente *Ilustración*, lo primero que tiene que pasar es que se activen los significados, esto es, los rasgos semánticos, para que así podamos seleccionar la palabra que más se ajuste al conjunto de estos conceptos. Bien es cierto que se activan otras representaciones léxicas relacionadas con los significados, por lo que, en

caso de error, lo más común es que emitamos alguna palabra relacionada con la que buscamos. Por último, hemos de activar los fonemas correspondientes para esta representación léxica.

Así pues, el esquema propuesto por Cuetos Vega sería el siguiente:

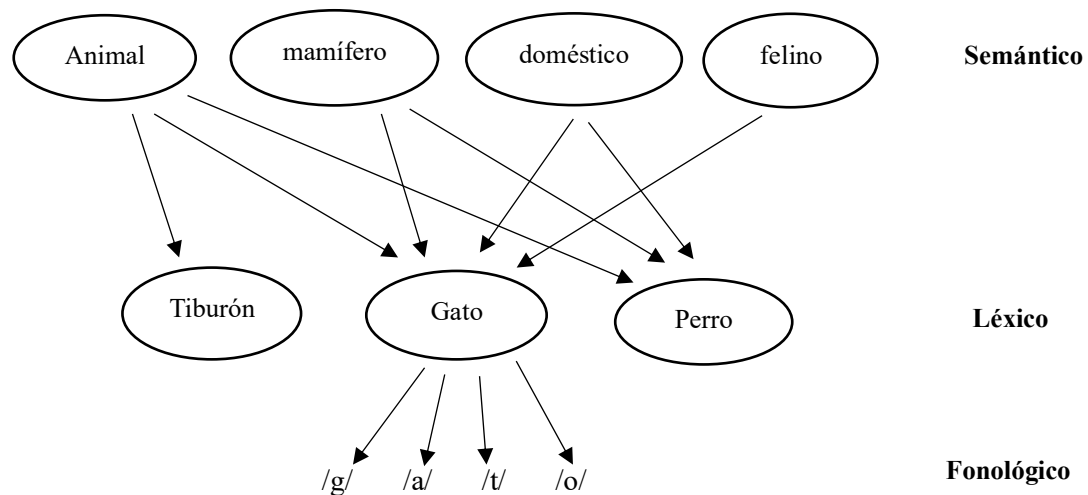


Ilustración 1. Modelo con los tres niveles que intervienen en la producción de palabras. Reproducción de CUETOS VEGA (2003:14)

No obstante, otros autores como Levelt, Roelofs y Meyers presentan otro posible modelo para la producción oral, en el que se añade un estado intermedio entre el estadio semántico y léxico, que sería el «lema». La expresión *lema* haría referencia a la categorización del significado que se ha presentado, es decir, respondería a categorías sintácticas y morfológicas como la de “sustantivo femenino” o “modo indicativo” refiriéndonos a un verbo, esto es, la clase gramatical de la palabra en cuestión. Por tanto, la ilustración anterior se vería modificada de la siguiente manera:

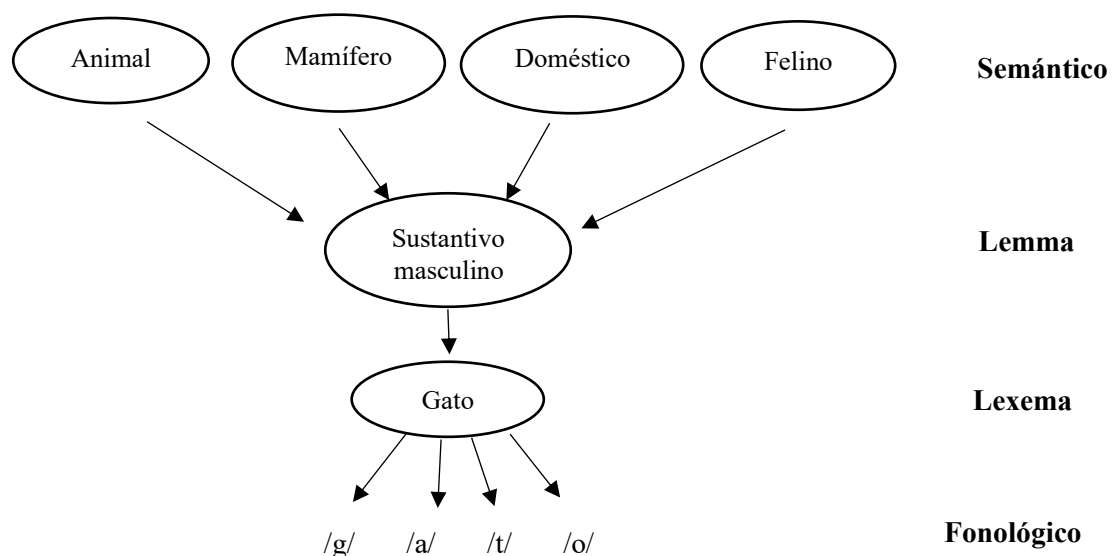


Ilustración 2. Modelo que incorpora el nivel gramatical o lema. Reproducido de CUETOS VEGA (2003: 15)

Puede interpretarse que el nivel léxico de Cuetos incorpora el nivel de “lema” y de “lexema” de la segunda propuesta, por lo que, atendiendo a los tres estadios de la producción oral definidos por este autor en la *Ilustración 1*, se pueden establecer tres tipos de anomias diferenciadas. Cada una de ellas afectaría, por tanto, a uno de los tres niveles establecidos. De esta manera, los tres tipos serían: la anomia semántica —hay un problema en la actividad de activación conceptual—, la anomia léxica o también llamada pura —hay un problema en la actividad de acceso al lexicón— y la anomia fonológica —hay un problema en la recuperación de los fonemas—. Así pues, vamos a esbozar de manera general algunos de los casos más representativos de cada tipo de anomia para así entender mejor cómo funcionan y a qué aspectos de la comunicación afectan.

Uno de los casos más conocidos de anomia semántica es el de JCU, una paciente diagnosticada de afasia global y, por tanto, con dificultades tanto en la comprensión como en la producción del lenguaje. Tal y como hemos visto en la *Tabla 1*, esta paciente presentaba grandes errores a la hora de denominar ciertos objetos, pero sobre todo desde el punto de vista semántico, pues no era capaz de discernir entre palabras relacionadas e incluso pensaba que la respuesta que había proporcionado era la correcta. Por ejemplo, ante una fotografía de un tigre, su respuesta podía ser león si se le proporcionaba el fonema /l/ y la paciente pensaba que la respuesta era la correcta. Por tanto, no era capaz de agrupar esas categorías semánticas que se han presentado en la *Ilustración 1*. (CUETOS, 2003: 53)

Por el contrario, un paciente con anomia léxica no presenta dificultades semánticas o conceptuales, pero sí que encuentra problemas a la hora de recuperar las palabras. Este es el caso de RGB que, ante la imposibilidad de recuperar la palabra que encajara con un determinado significado, responde en numerosas ocasiones con errores semánticos o circunloquios (en todo caso, siempre gramaticales). Sin embargo, las tareas de comprensión no le suponían ninguna dificultad e incluso era capaz de definir a la perfección el término que no estaba siendo capaz de encontrar en su lexicón. Lo mismo le sucedía a AA, de 53 años, que trataba de explicar una ilustración de las que componen el test de denominación de Boston¹, de la siguiente manera:

¹ Se trata de una batería de ejercicios que proporciona toda una serie de láminas para su denominación. De este modo, se podrá evaluar si el paciente tiene dañada (o no) esta capacidad al no ser capaz de nombrar los dibujos que se le muestran.

Esa es una niña que quiere coger un... que quiere coger un ... esto ¿cómo se llama?... un ... una mujer tiene que leer ... en casa ... tiene el perro ... un ... este es el... tiene que mirar ... está fuera ... pero la hija tiene que coger eso ... ¿cómo se llama?... pera llevarlo ... caer ... escribir ... y fue a tirar ... a ver si tira abajo... y este (señalando al ratón) ¿cómo se llama? lo tengo en el diente (ELLIS, YOUNG, 1988: 119)

Por último, los pacientes con anomia en el nivel fonológico, no solo comenten errores a la hora de seleccionar fonemas en la producción oral y espontánea, sino que también presentan dificultades en las actividades de lectura o de repetición de palabras. Este es el caso del paciente RD que, debido a un infarto cerebral, tornó su lenguaje en una concatenación de intnetos de emitir de manera correcta las palabras. Por otra parte, el lenguaje escrito no había sufrido grandes daños pero, por el contrario, en la lectura de textos producía gran cantidad de neologismos como resultados de los errores en la selección de fonemas. De nuevo, vamos a ver un ejemplo de cómo es el habla espontánea de este paciente con anomia fonológica:

Un poro, poro (TORO)... un poco (TORO) está preligando (PERSIGUIENDO) a un niño o un scurt (SCOUT). Un sk... niño scut (SCOUT) está junto a un pote, ponte (POSTE) de madera. Un ... poste... ponte (POSTE). (CUETOS, 2003: 56)

1.3.1. Índices diferenciadores de los tres tipos de anomia

Una vez presentados los tres tipos de anomia existentes, vamos a tratar de delimitar los rasgos característicos de cada una de ellas, para así conseguir diferenciar las unas de las otras. De este modo, vamos a comenzar por la reproducción del esquema elaborado por María González Nosti y Elena Herrera Gómez en su manual *Evaluación neuropsicológica del lenguaje*, para después ir desarrollándolo con mayor profundidad:

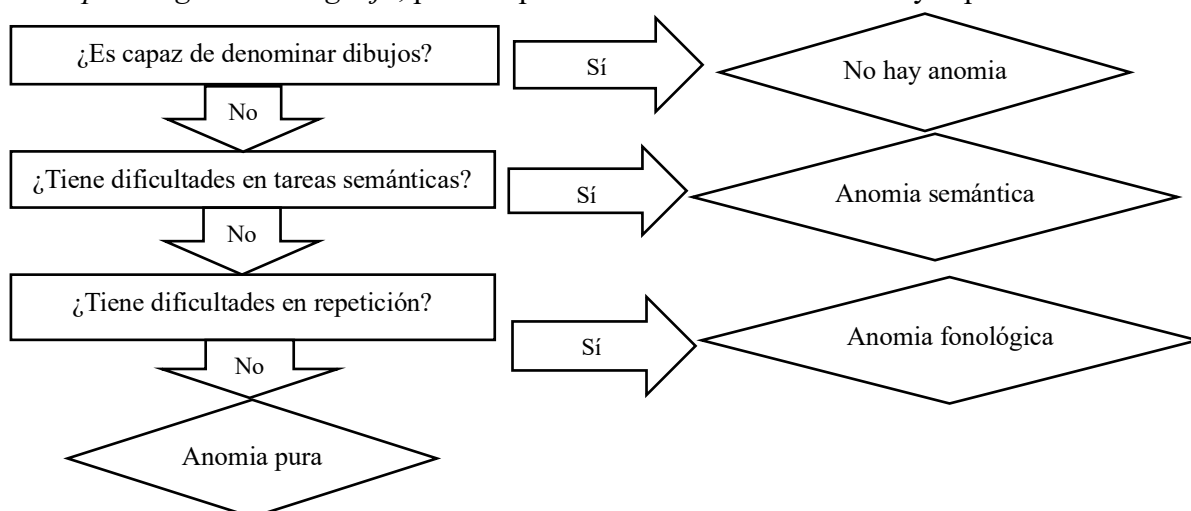


Ilustración 3. Algoritmo de decisión para la evaluación de anomias. Reproducido de González Nosti y Herrera Gómez (2019:91)

De acuerdo con esta propuesta, podemos llegar a la conclusión de que hay tres índices fundamentales para tratar de discernir entre los tres tipos de anomia. Por un lado, el primer índice diferenciador que hemos de tener en cuenta es el resultado que se obtenga en pruebas de tipo léxico-semántico. En segundo lugar, en palabras del propio Cuetos, habría que valorar «las variables de los estímulos que determinan sus aciertos» (CUETOS, 2003: 56). Y, por último, el tercer índice diferenciador dependería del tipo de fallos que los pacientes cometen cuando no son capaces de denominar los estímulos presentados.

Comenzando por el primer índice, podríamos llegar a pensar que, al tratarse de pacientes anómicos, todos ellos van a presentar dificultades a la hora de la denominación. Efectivamente, así es, pero hay otras tareas que nos van a permitir diferenciar entre unas y otras. De manera resumida, si el paciente no presenta problemas en ejercicios de comprensión y de repetición o lectura, pero no es capaz de nombrar los objetos que se le presentan a través de una fotografía o una ilustración, tendremos que hablar de anomia léxica. Sin embargo, si a esta incapacidad de denominación se le suman problemas de comprensión o de asociación de conceptos, habríamos de pensar en la anomia semántica. Por último, en la anomia fonológica el paciente presentará problemas en la repetición de palabras o en la lectura de textos, aunque no lo haría en los ejercicios conceptuales.

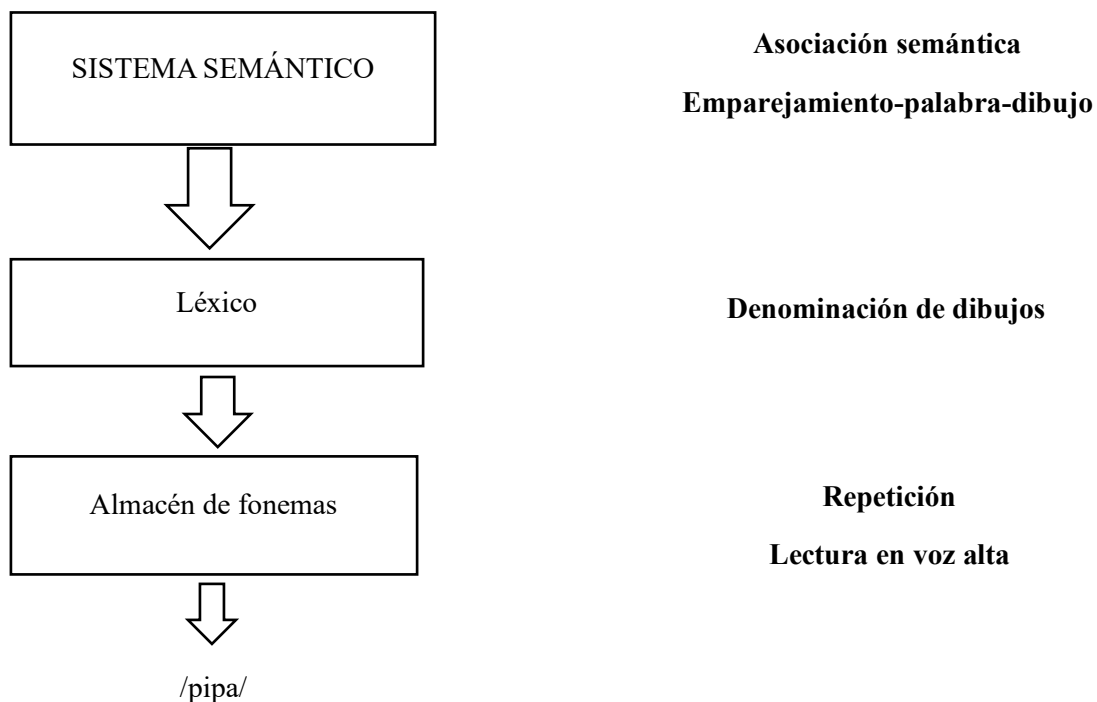


Ilustración 4. Tareas útiles para medir cada proceso. Reproducido de Cuetos (2003:58)

El segundo índice que hemos comentado que debemos tener en cuenta es el de las variables que afectan a cada proceso. Es decir, el estudio de aquellas pruebas que el paciente falla o acierta para tratar de buscar rasgos comunes entre ellas y, así, determinar que rasgos suponen un esfuerzo mayor o menor para el paciente.

En el nivel semántico, van a influir de manera determinante dos conceptos: (I) la imaginabilidad de las palabras, esto es, ser capaz de elaborar una representación mental del concepto o palabra, por ejemplo, ser capaz de imaginar una “mesa” y (II) la familiaridad, es decir, cuanto más cercano le resulte un concepto a un paciente, más fácil le resultará imaginarlo, por ejemplo, para un pescador será más sencillo elaborar una representación mental de una caña de pescar, porque está más familiarizado con ese concepto. En lo relacionado con lo léxico, las dos variables más relevantes van a ser la frecuencia de uso de dicha palabra y la edad de adquisición de la misma. Es decir, a mayor uso de una palabra y anterior adquisición, más fácil será que el paciente sea capaz de nombrarla en un ejercicio de denominación. Por último, hemos de comentar otras variables como la longitud o la complejidad articulatoria, que afectaría a la reproducción de las palabras.

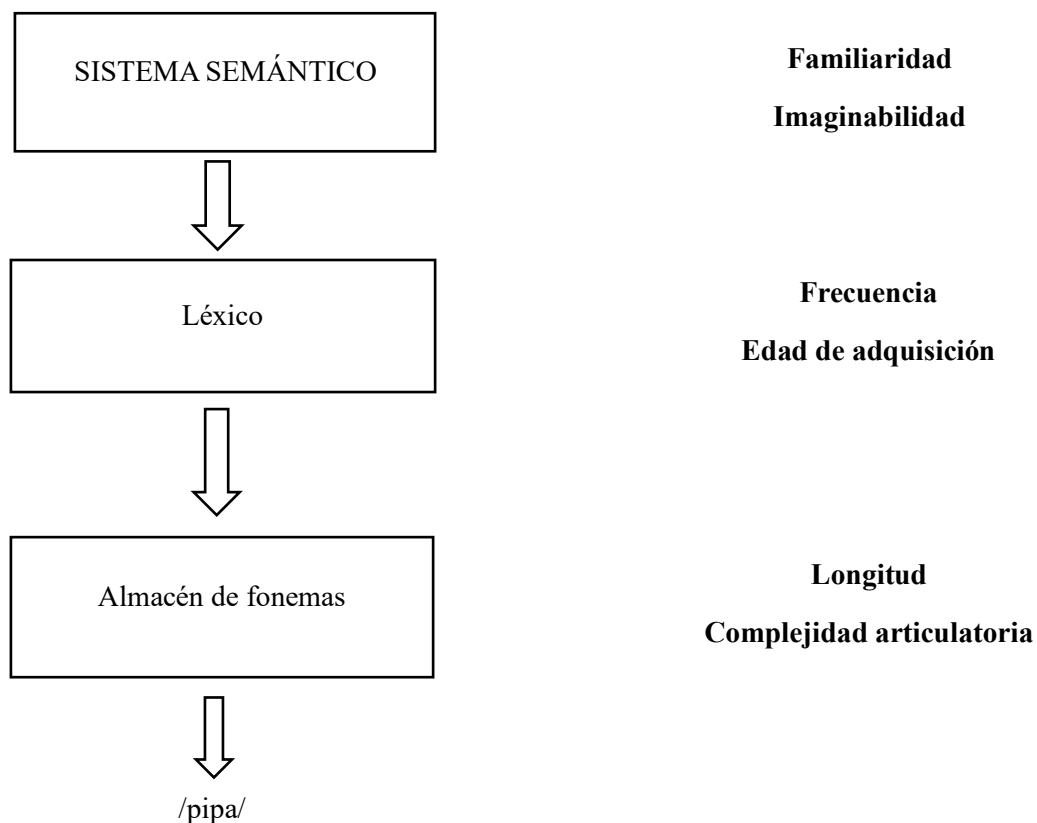


Ilustración 5. Variables que influyen en cada proceso. Reproducido de Cuetos (2003: 62)

Otros autores, como Dieguez Vide y Peña Casanova (2011) proponen otro tipo de clasificación de las variables que influyen en estos procesos anómicos. Así, distinguen primero dos categorías que corresponderían, por un lado, a variables personales y, por otro, a variables psicolingüísticas. Dentro de las variables personales se incluirían la edad del paciente, la edad de adquisición, la escolaridad y los años de escolarización, así como su lengua materna o el dominio de otras. Por otro lado, dentro de las variables psicolingüísticas habríamos de incluir la frecuencia de las palabras, la familiaridad, la clase gramatical, la Imaginabilidad, la categoría semántica o semanticidad, la disponibilidad contextual, la complejidad visual y el acuerdo en el nombre. Como vemos, las variables establecidas por Cuetos y por ambos autores presentados no son tan distantes; sin embargo, la organización y la caracterización de estas sí que es ligeramente notable, sobre todo en lo relacionado con las variables personales, que en la clasificación presentada anteriormente no se consideraban como un grupo independiente, incluso muchas de ellas ni siquiera aparecían.

Por último, el tercer índice correspondería al análisis o estudio de los errores cometidos por los pacientes con el fin de determinar qué sistema es el que está dañado. Además, los errores no son aleatorios, por lo que se podrían buscar las conexiones entre ellos para así tratar de desentrañar el entramado del sistema de producción del paciente para ver, de este modo, cuál es el sistema dañado, si es que es solo uno. De esta manera, se pueden extraer cinco tipos de errores recurrentes en pacientes anómicos: los errores semánticos, los errores fonológicos, los circunloquios, los neologismos y las no respuestas. Cada uno de ellos podría servir como índice de un fallo determinado en uno de los sistemas.

Así pues, el sistema semántico originaría errores semánticos —denominación de un elemento con el nombre de otro elemento parecido o relacionado desde el punto de vista asociativo— y provocaría también silencios, esto es, no respuestas. La respuesta más común ante una alternación de tipo léxico serían los circunloquios, pero también se podrían añadir los errores semánticos y fonológicos, ya que al no encontrar la palabra concreta en el lexicon, el paciente puede recurrir a otras palabras relacionadas ya sea semántica o fonológicamente. Por su parte, los errores fonológicos y los neologismos son los fallos más comunes en el nivel fonológico.

No obstante, la aplicación de estos tres índices podría tener un mejor resultado si se trabajaran de manera conjunta y no de manera independiente. Esto es, los resultados podrían ser más detallados si se combinaran al menos dos de ellos que si se hiciera de manera individual.

Tras una caracterización general de la patología de anomia, a continuación nos vamos a centrar en el desarrollo de la anomia léxica, pues tratar de definir de manera meticulosa los tres tipos resulta inabarcable en un trabajo de estas dimensiones.

2. LA ANOMIA LÉXICA

2.1. Definición de anomia léxica

A modo de recapitulación de lo que hemos ido explicando anteriormente, la anomia léxica o anomia pura es aquella en la que los pacientes no padecen trastornos semánticos y tampoco tienen dificultades fonológicas, pues tienen la capacidad de repetir palabras sin ningún tipo de problema. Sin embargo, estos pacientes sienten de manera constante el fenómeno de «tenerlo en la punta de la lengua», pues las tareas de denominación suponen un gran esfuerzo y dificultad para ellos. Esto es, el nivel que tienen dañado estos pacientes es el del acceso a ese lexicón mental del que hablan muchos autores, a ese depósito de palabras que todos y cada uno de nosotros tenemos en nuestro cerebro.

Tal y como hemos comentado en los apartados anteriores, las personas que padecen anomia léxica suelen utilizar como recurso los circunloquios o, aunque sea menos común, también es probable que utilicen una palabras relacionadas semánticamente con la que están buscando. No obstante, esto no quiere decir que tengan problemas en el sistema semántico, simplemente tratan de buscar una palabra similar a la que no son capaces de producir, un recurso también usado por personas sanas que, por cualquier razón, no encuentran en un momento dado la palabra que buscan. Por ejemplo, tienden a usar sinónimos con mayor frecuencia léxica, como por ejemplo “fuerte” para “recio” y también abundan en su discurso las palabras comodín del tipo “cosa”, “objeto”, etc. (GONZÁLEZ NOSTI, HERRERA GÓMEZ, 2019: 79).

Con el fin de ejemplificar lo dicho, reproducimos a continuación un ejemplo de una conversación dirigida con un paciente real de anomia léxica (GONZÁLEZ NOSTI, HERRERA GÓMEZ, 2019: 80):

PACIENTE: En la cama hay... pues muchas cosas
TERAPEUTA: ¿Dónde apoyas la cabeza en la cama?
P.: Pues... en la cabecera, en la chisma que hay detrás
T.: ¿Con qué te tapas en la cama?
P.: Con esto, es de tela... y con algo más, ¿cómo se llama?... También hay algo por encima para cuando hace más frío...
T.: ¿Qué más cosas hay por la habitación?
P.: Tengo... dos cuadros pequeños que me regalaron

Como vemos, hay claras dificultades en la denominación de ciertos términos como *manta*, *sábana* o *almohada*. Ante ello, el paciente tiene diferentes respuestas: los circunloquios (“es de tela” o “hay algo por encima para cuando hace más frío”), el uso de palabras relacionadas semánticamente (“cabecera”), palabras comodín (“algo” o “chisma”) o incluso preguntar al terapeuta por la palabra que está tratando de decir (“¿cómo se llama?”).

Otro ejemplo de paciente con anomia léxica es EST, que sirvió a Kay y Ellis (1987) para desentrañar de manera minuciosa en qué consistía la anomia léxica. El diagnóstico de este paciente vino dado por los resultados que consiguieron estos investigadores con las 260 ilustraciones de Snodgrass y Vanderwart (1980). De estas 260 imágenes, el paciente fue capaz de nombrar sin dificultades 97 de ellas, en el resto de imágenes o bien necesitó ayuda de algún tipo (113) o bien no fue capaz de nombrarlas aun con ayuda (50). Estos autores llegaron a la conclusión de que había una variable fundamental que afectaba de manera clara a las respuestas: la frecuencia de uso, ya que las 97 ilustraciones que fue capaz de nombrar sin ayuda de los terapeutas correspondían a palabras con un alto uso, mientras que las 50 imágenes que no fue capaz de denominar responden a palabras con una frecuencia de uso muy inferior. Así pues, Marshall (1977) llega incluso a afirmar que se podría elaborar un modelo del léxico de un paciente con anomia léxica utilizando únicamente las 100 palabras más comunes en concreto en la lengua inglesa, aunque lo podríamos aplicar a cualquier otra lengua.

2.2. Modelos de acceso al léxico

Sin embargo, es imposible explicar en qué consiste la anomia léxica si no entendemos cuáles son los modelos de acceso al léxico de una persona sana, esto es, cómo recuperamos esas palabras y cómo están organizadas en nuestro cerebro, para así tratar de dilucidar cuál es el elemento concreto que se ve dañado en este proceso. Así pues, hemos de comenzar matizando que tendríamos que hablar en realidad de dos procesos

diferentes: por un lado, la percepción del habla y, por otro lado, la producción oral. Esto es, en primer lugar vamos a ver cómo accedemos al léxico para interpretar lo que otra persona nos dice y, en segundo lugar, vamos a tratar de esbozar cómo seleccionamos las palabras que nosotros mismos queremos utilizar en un acto comunicativo.

Lo primero que hemos de señalar para ambos procesos (tanto interpretación como producción) es que, tal y como hemos explicado en el apartado anterior del trabajo, intervienen tres procesos diferentes: el conceptual o semántico, el léxico y el fonológico. No obstante, en este apartado nos vamos a centrar en el nivel léxico, pues es el fundamental para profundizar en el estudio de la anomia léxica, en concreto en las diferencias existentes entre el proceso de interpretación y el de producción en este nivel.

El primer proceso de la recepción es el análisis auditivo, que correspondería a la determinación de los fonemas escuchados en la cadena sonora, para así llegar al siguiente estadio: los procesos léxicos, es decir, atribuir un significado a esa secuencia de sonidos que hemos obtenido del procesamiento acústico. Para poder hacerlo, es necesario que haya una especie de “depósito” en el que se encuentren todas los términos que conocemos de manera oral, a lo que vamos a denominar *léxico auditivo*. Cabe destacar que este proceso de reconocimiento se empieza a desarrollar en el mismo momento en el que escuchamos los primeros sonidos, por lo que se trata de un proceso instantáneo. Esta rapidez en la selección de la palabra correcta dependerá tanto del contexto comunicativo en el que se enmarque como de su *punto de unicidad*, esto es, el «fonema a partir del cual la palabra es única» (CUETOS, 1998: 26), esto es, el fonema que posea los rasgos distintivos de esa palabra (por ejemplo, los rasgos que distinguen /p/ y /t/ en la oposición léxica *capa/cata* es español). También influiría, por otro lado, la frecuencia de uso de las palabras o el patrón de acentuación, así como la complejidad morfológica, la categoría gramatical o la composición silábica.

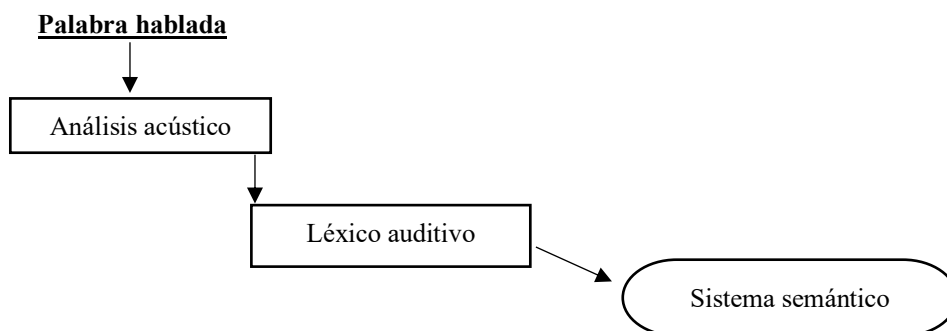


Ilustración 6. Modelo de reconocimiento y comprensión oral de palabras. Reproducido de CUETOS (1998: 30)

En el caso de la producción oral el proceso es precisamente el inverso, pues comenzaríamos entonces con la conceptualización, esto es, con el sistema semántico para después pasar a la lexicalización. Tal y como expresa Cuetos (1998: 32) «la forma verbal de los conceptos se encuentra representada en lo que llamamos el léxico fonológico». Por tanto, tendríamos dos tipos de almacén léxico diferentes: para la recepción sería el léxico auditivo y para la producción, el léxico fonológico. De este modo, ambos tipos de almacenes presentan similitudes y diferencias. Por un lado, ambos tienen una organización y funcionamiento similares pues, por ejemplo, en ambos la organización se basa en buena medida en la frecuencia de uso de la palabra que se quiera seleccionar, que va a determinar de una manera clara la posibilidad de recuperar una palabra en los pacientes anómicos. Por el contrario, en el léxico fonológico tendrán más valor otros valores como la categoría gramatical, la imaginabilidad o la complejidad morfológica. Por último, este proceso de lexicalización termina con la selección de los fonemas necesarios², que, a su vez, finalizaría con los procesos articulatorios, con los procesos motores que nos permiten emitir sonidos.

Una vez explicados estos dos procesos fundamentales para la comunicación, tenemos que fijarnos en los modelos de acceso al léxico, que han supuesto una gran controversia entre diferentes autores con opiniones enfrentadas. Tradicionalmente, el léxico mental se ha entendido de dos maneras diferentes: según la *Full-listing Hypothesis* y según la *Decomposition Hypothesis*. La primera de ellas consiste en la interpretación de que hay un lexicón, una especie de disco duro en el que se almacenan las palabras de manera individual. Es decir, el cerebro sería un sistema de memoria, similar al del disco duro de un ordenador. Dentro de esta propia teoría hay dos posibles interpretaciones, pues algunos autores consideran que las palabras de este lexicón se almacenan de manera independiente, sin establecer relaciones entre ellas, como por ejemplo Butterworth (1983) o Manelis y Tharp (1977); sin embargo, otros autores consideran que, en realidad, pueden existir relaciones morfológicas entre estas palabras siempre y cuando estas establezcan relaciones paradigmáticas entre sí.

Por otro lado, los partidarios de la *Decomposition Hypothesis* consideran que el léxico mental sería una especie de red conformada por elementos unidos, que establecen diferentes relaciones. Esta hipótesis parte del estudio de las palabras prefijadas o

² Aunque como hemos visto en el apartado anterior, para otros autores como Levelt y Bock (1992) habría un estadio intermedio llamado “lemma”, entendiendo las palabras como entidades sintácticas.

compuestas, por el cual estos autores llegaron a la conclusión de que el acceso al léxico en este tipo de palabras se hace a través de dos unidades diferentes, que serían, por un lado el prefijo y, por otro, la raíz. Así pues, autores como Taft y Foster (1975) afirman que las palabras se almacenan entorno a las relaciones morfológicas que establecen, esto es, las palabras con una raíz común estarían agrupadas. Estos modelos no hacen otra cosa que incorporar los descubrimientos de los lingüísticos, que desde siempre han considerado que las palabras con estructura morfológica similar (como *destrucción* / *construcción* / *devastación*, etc.) tienen relaciones paradigmáticas que deberían contribuir a su conocimiento por parte de los hablantes, esto es, que los hablantes no solo conocen las palabras, sino las reglas que las vinculan entre sí.

En relación con esta teoría, Pinker afirma lo siguiente en su manual *El instinto del lenguaje*, que parecería corroborar el hecho de que las palabras establecen relaciones morfológicas entre sí dentro de ese archivo mental al que hace referencia:

Las palabras no son mecánicamente recuperadas de un archivo mental. Es preciso tener una regla mental para poder generar nuevas palabras a partir de otras antiguas una regla que diga algo así como «Para formar el plural de una palabra, se debe añadir el sufijo -s».

(PINKER, 2001: 117)

Como posible solución a este debate se elabora una solución intermedia, las teorías de la doble ruta. De manera muy resumida, esta consistiría en que hay dos vías de acceso al léxico, pues algunas palabras podrán tomar una ruta directa (sin la descomposición morfemática), pero otras sí que necesitaran de una segmentación de sus morfemas. Por tanto, algunas palabras sí que estarían agrupadas por razones morfológicas pero otras no responderían a este modelo organizativo. Por ejemplo, las palabras con mayor frecuencia de uso propiciarán que el acceso al léxico de manera unitaria de esa palabra sea mucho más rápido y sencillo. Por el contrario, cuanto menos uso tenga una palabra, más difícil será acceder a ella de manera unitaria y, por tanto, nos facilitaría la labor descomponer en morfemas la propia palabra, para ver con qué otros términos establece relaciones morfológicas.

Así pues, sea cual sea el modelo teórico que se prefiera, este sería el proceso de acceso al léxico de una persona sana y, por tanto, ya sabemos qué es lo que se ve dañado en los pacientes con anomia léxica, pues no son capaces de seleccionar esas palabras que ya hemos explicado que se agrupan en una especie de almacén mental. Por tanto, el sistema de un paciente anómico es el mismo que el de una persona completamente sana,

lo que pasa es que éste se ha visto dañado, por lo que el paciente trata de buscar soluciones posibles ante esta dificultad. Esta es la explicación, pues, de porqué utilizan circunloquios o palabras relacionadas semánticamente cuando no consiguen encontrar la palabra que buscan, pues, siguiendo el tercer modelo, en el momento en el que no se ven capaces de producir dicha palabra, acuden de manera instintiva a palabras relacionadas. El estudio de las respuestas, quizás, nos podría dar una pista más detallada de cuáles son las relaciones exactas que establecen las palabras en este almacén.

Por tanto, una vez que comprendemos mejor qué es la anomia léxica y cuáles son los fallos del sistema que la producen, podemos continuar explicando cómo diagnosticarla y cómo intentar una recuperación del paciente.

3. EJERCICIOS DE EVALUACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA ANOMIA LÉXICA

3.1. Pruebas clínicas de evaluación

Para valorar o evaluar la anomia léxica, lo más común es utilizar ejercicios relacionados con la denominación de dibujos. Sin embargo, en primer lugar, habría que descartar que se tratara de un problema de tipo semántico, por lo que tendríamos que comenzar realizando tareas relacionadas con el nivel semántico. Por ejemplo, proporcionarle una categoría (animales terrestres, animales marinos, aves, utensilios de la casa, vehículos e instrumentos musicales) y que el paciente tenga que decir todas las palabras relacionadas con estas categorías que sea capaz. También serían útiles en este sentido las tareas de clasificación —clasificar los dibujos en diferentes categorías— o los ejercicios de identificación —se le define un objeto y tiene que seleccionarlo— y de definición —ha de definir las palabras que se le van diciendo con la mayor precisión posible—.

Una vez que hemos elaborado estas pruebas y hemos visto que el sistema semántico no se ve dañado, continuaríamos con los ejercicios relacionados puramente con la anomia léxica. Las actividades más frecuentes son las de denominación, como vimos con el paciente EST anteriormente. Estos ejercicios consisten en la presentación de diferentes láminas para que el paciente los nombre. En este sentido, es importante el trabajo de Snodgrass y Vanderwart (1980), que elaboraron 260 dibujos para poder medir con mayor minuciosidad las diferentes variables psicolingüísticas que intervienen en el fallo o acierto del paciente, como la familiaridad o la complejidad visual.

Así pues, presentamos algunos ejemplos de estos dibujos que el paciente habría de nombrar:



Ilustración 7. Algunos ejemplos de los 260 dibujos de Snodgrass y Vanderwart (1980)

De manera similar a estos 260 dibujos para la denominación de objetos de ambos autores, el BCBL (Basque Center on Cognition, Brain and Language) ha creado toda una lista de dibujos referentes a objetos concretos que se pueden descargar de manera libre y gratuita. En total, la suma de imágenes asciende a 750, de las que vamos a tomar cuatro ejemplos:

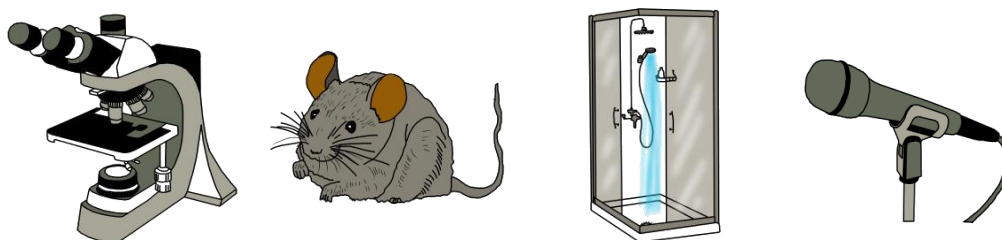


Ilustración 8. Ejemplos de dibujos para la denominación de objetos concretos. Extraídos de MultiPic (2017)

Otro ejemplo es el de la batería EPLA (*Evaluación del procesamiento lingüístico en la afasia*), que en su tarea número 52 presenta una serie de dibujos para su denominación pero agrupándolas según su frecuencia de uso, diferenciando tres grupos: alta frecuencia, frecuencia media y frecuencia baja.

Existen otras baterías que presentan láminas para que el paciente las describa, consiguiendo así un discurso más fluido y espontáneo, con una narración más completa. Por tanto, estaríamos hablando ya de otro tipo de ejercicios de denominación, pues nos referiríamos ya a la denominación de acciones. Un ejemplo de este tipo de láminas es la del “Robo de las galletas” del test de Boston o la escena en la granja de la batería BETA:

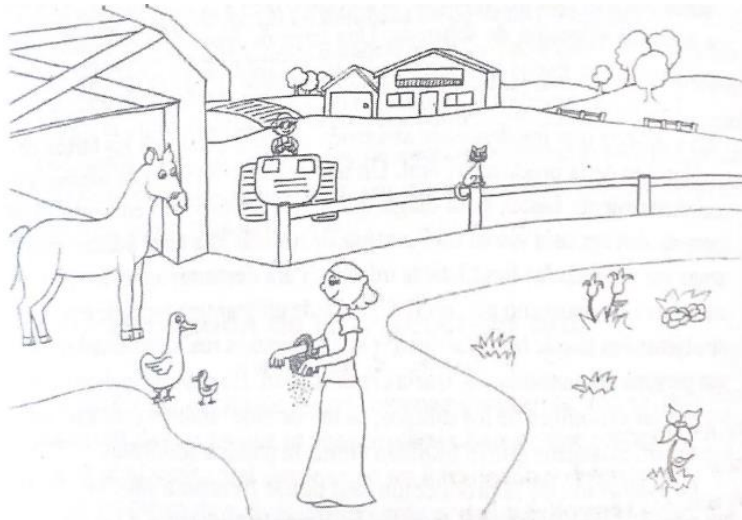


Ilustración 9. Lámina para descripción. extraída de CUETOS VEGA y GONZÁLEZ NOSTI, batería BETA (2009)

Por último, otra técnica para evaluar la anomia léxica sería facilitar al paciente ciertas definiciones de las cuales tiene que revelar el término indicado. Lo más oportuno sería combinar ambos tipos de ejercicios (denominación de dibujos y de definiciones) para así, tomando los mismo parámetros en ambos, poder comparar los resultados obtenidos.

Por tanto, estas serían las principales pruebas de diagnóstico o evaluaciones clínicas que se practican para la anomia léxica. A continuación vamos a presentar nuevas tareas, pero en este caso de rehabilitación, que han sido diseñadas con el fin de que la vida de los paciente anómicos se vea lo menos afectada posible y pueda volver, dentro de unos límites, a la normalidad.

3.2. Ejercicios de rehabilitación

Hemos de tener en cuenta que cada tipo de anomia requiere una rehabilitación diferente, aunque durante muchos años se hayan tratado de manera conjunta. En concreto, para el caso de la anomia léxica, habría que pensar en el reaprendizaje, esto es, en intentar que el paciente vuelva a aprender o interiorizar algunas de esas palabras que ha perdido. Teniendo en cuenta la plasticidad del cerebro, con ayuda de profesionales y mucho trabajo, un paciente puede ser capaz de reordenar este almacén léxico y, así, volver a incluir términos que había perdido. Por tanto, tendríamos que comenzar por el reaprendizaje de las palabras más comunes, con mayor frecuencia de uso, así como las

que sean más útiles por el contexto concreto del paciente (por ejemplo, palabras relacionadas con la construcción si es albañil).

No obstante, en ocasiones, cuando el daño no es muy severo, será más adecuado aplicar tareas de facilitación, para conseguir que el paciente sea capaz de retomar las activaciones que había perdido, reforzando así las correlaciones entre el contenido semántico y las representaciones léxicas. Por tanto, tendríamos que diferenciar en primer lugar si se trata de una pérdida de información o de una falta de activación.

En este sentido, Pease y Goodglass (1978), tras diferentes ensayos, llegaron a la conclusión de que había dos tareas fundamentales que ayudaban a la mejora de los pacientes anómicos: la clave fonológica —proporcionarle el primer fonema de la palabra— y la de completar una oración, como por ejemplo «en otoño se caen las hojas de los _____» (GONZÁLEZ LÁZARO, GONZÁLEZ ORTUÑO, 2012: 130) «voy a mirar la hora en el _____» (CUETOS, 2003: 140).

Otro ejercicio interesante sería el llamado *priming* de repetición. Esta técnica consiste en mostrarle un dibujo al paciente mientras el terapeuta lo nombra, para que así el paciente lo repita. Unas sesiones más tarde, se le proporciona el mismo dibujo pero, en esta ocasión, se le pide que lo nombre él mismo. Otra técnica estrechamente relacionado con esta es la del *priming* enmascarado, que consiste en mostrar una palabra durante milisegundos para después, mostrar el dibujo correspondiente y que el paciente lo nombre. Lo interesante es que el tiempo de exposición del término es tan corto, que el paciente ni siquiera es consciente de haber visto esa palabra. Sin embargo, esto lo ayuda en gran medida, pues, tomando como ejemplo al paciente FR, este fue capaz de nombrar 191 imágenes con este procedimiento, frente a las 169 que había logrado nombrar sin él.

También pueden ser interesantes otros métodos como la corrección de fallos en oraciones, como por ejemplo “usamos la sartén para planchar” o presentar analogías a través de sinónimos y antónimos: “el té se bebe caliente, pero el granizado se toma _____”. Otro ejemplo de actividad podría ser la división de palabras en dos partes, para que el paciente tenga que unir las partes correspondientes para conformar la palabra, tal y como vemos en el siguiente ejemplo³:

³ Las palabras que pueden formarse son: intensidad, creativo, diferente, agradable y tranquilo

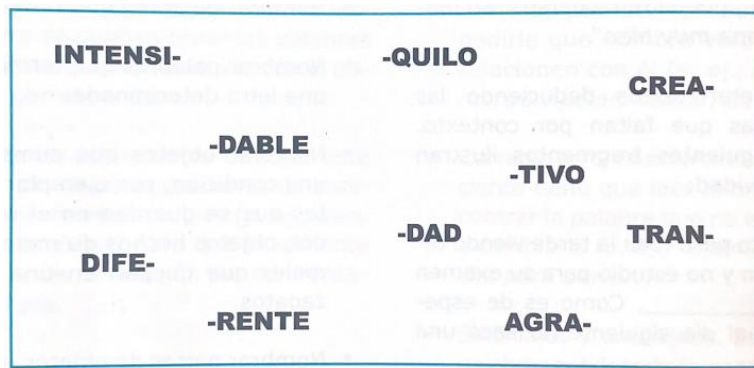


Ilustración 10. Ejemplo de ejercicio de rehabilitación para la anomia léxica. Extraído de GONZÁLEZ LÁZARO, GONZÁLEZ ORTUÑO, 2012: 132)

Así pues, es importante remarcar que cada tipo de anomia tendrá un tratamiento específico, pues se ha demostrado que los tratamientos que resultan útiles para una, pueden resultar completamente inútiles para otra. Quedan así presentadas las principales tareas de rehabilitación que se han considerado como más afectivas para el tratamiento de la anomia léxica.

4. CONCLUSIONES

El objetivo principal del trabajo, tal y como presentábamos en la parte introductoria del mismo, era ilustrar la importancia de los conocimientos lingüísticos en el estudio de la anomia, en general, y de la anomia léxica, en particular. Para ello, hemos comenzado con la caracterización de un marco teórico entorno al concepto de anomia léxica, tratando términos tan importantes como el de afasia o la propia definición de anomia, observando también cuáles son los tres tipos de anomia.

Una vez presentado este marco teórico, nos hemos centrado en el estudio y el análisis de la anomia léxica. En primer lugar, hemos tratado de definirla de la manera más minuciosa posible para, después, explicar los modelos de acceso al léxico de un paciente neurológicamente sano y ver qué mecanismo de este proceso es el que se ve alterado en un paciente anómico.

Una vez que hemos comprendido adecuadamente todos los procesos que se activan en nuestro cerebro para seleccionar una palabra, hemos continuado revisando los ejercicios de evaluación y recuperación de la anomia léxica. Es decir, hemos tratado de contestar a dos preguntas que nos formulamos al inicio del trabajo: ¿cómo sabemos que un paciente sufre anomia léxica? y ¿cómo podemos mejorar la vida de dicho paciente una vez que sabemos cuál es su padecimiento? Atendiendo a ambas cuestiones, hemos tratado de presentar los principales ejercicios que se han registrado hasta el momento, haciendo un seguimiento de diversos manuales en los que se detallaban casos reales de pacientes.

Después de todo este análisis, llegamos a la conclusión de que, efectivamente, tal y como habíamos planteado en los objetivos iniciales del trabajo, el trabajo colaborativo para el estudio de la anomia en general y de la anomia léxica en concreto es fundamental. Por ello, los conocimientos lingüísticos se convierten en esenciales, junto con los conocimientos de otras disciplinas como la psicología, la neurología o la sociología. Justificamos la necesidad de que se tenga en cuenta la teoría lingüística mostrando que las pruebas de diagnóstico y recuperación necesitan de saberes lingüísticos, pues es obvio que el padecimiento del paciente reside en la incapacidad de comunicarse, de utilizar el lenguaje. Por ello, sugerimos que la inclusión de lingüistas en los equipos médicos podría ser relevante para que la recuperación de los pacientes sea lo más efectiva y eficiente posible.

BIBLIOGRAFÍA

- ALIJA M., CUETOS F., (2006). Efectos de las variables léxico-semánticas en el reconocimiento visual de palabras. *Psicothema*, 18 (3), 485-491.
- BUTTERWORTH, B. (1983): "Lexical Representation". En *Language Production*, Volume 2: Development, Writing and Other Language Processes. Londres, Academic Press, págs. 257-294.
- CUETOS, F. (1998), *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*. Editorial médica panamericana, Madrid.
- CUETOS, F. (2003). *Anomia. La dificultad para recordar palabras*. TEA Ediciones.
- CUETOS, F. Y GONZÁLEZ NOSTI, M. (2009). *BETA: Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos: manual*. EOS.
- CUETOS, F., GONZÁLEZ-NOSTI, M., SÁNCHEZ-CORTÉS, N., GRIFFITH, H., CABEZAS, C., GARCÍA, P., Y SÁNCHEZ-ALEMANY, N. (2010). Tipos de trastornos anómicos en las afasias. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 30(1), 16- 22. Extraído de: [Tipos de trastornos anómicos en las afasias - ScienceDirect](#)
- DÍAZ MARDOMINGO, M., CHACÓN, J., MARTÍNEZ ARIAS, M. R., PERAITA, H. (2012). Estabilidad de las dimensiones cognitivas de una batería de test 37 neuropsicológicos. *Psicothema*, 24(4), 587-593. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72723959013.pdf>
- DIÉGUEZ-VIDE, F., PEÑA-CASANOVA, J. (2011). *Cerebro y Lenguaje. Sintomatología neurolingüística*. Editorial médica panamericana.
- DUÑABEITA (2017), *MultiPic. A standardized set of 750 drawings with multilingual norms*. [Extraído de: <https://www.bcbl.eu/bcbl-corporativa/databases/multipic/?lang=es>]
- ELLIS, A. W., YOUNG, A. W. (1988), *Human cognitive neuropsychology*, Hove: LEA [Versión castellana: *Neuropsicología cognitiva humana*. Barcelona: Masson, 1992]

- FERNÁNDEZ, M. A., Y CUETOS, F. (2006). Efectos de las variables léxico-semánticas en el reconocimiento visual de las palabras. *Psicotherma*, 18(3), 485- 491. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718324.pdf>
- GONZÁLEZ LÁZARO, P., GONZÁLEZ ORTUÑO, B. (2012). *Afasia. De la teoría a la práctica*. Editorial médica panamericana.
- GONZÁLEZ NOSTI, M., HERRERA GÓMEZ, E., (2019). *Evaluación neuropsicológica del lenguaje*. Editorial Síntesis.
- GOODGLASS, H., Y KAPLAN, E. (1986). *La evaluación de la afasia y de los trastornos relacionados. Test de Boston*. Editorial Médica Panamericana.
- GUTIÉRREZ PALMA, N. (2004), Modelos de acceso al léxico y aprendizaje de la lectura. *Seminarium Médico*, 56(2), 95-110.
- IRAGORRI CUCALÓN, A. M. (2007). Demencia frontotemporal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 139-156. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615418012.pdf>
- MANELIS, L. Y D. THARP (1977): “The Processing of Affixed Words”, *Memory & Cognition*, 5, págs. 690-695.
- MARSHALL, J. C., (1997). Disorders in the expression of language, en J. Morton y J. C. Marshall (Eds.), *Psycholinguistic series*. 1, 125-160
- MARTÍN-SÁNCHEZ, F., DÍAZ, S. R., Y GREGORIO, P. G. (2003). Las enfermedades neurodegenerativas vistas desde la geriatría. Demencias: concepto, clasificación, valoración, clinicodiagnóstica y tratamiento. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(108), 5786-5794. Extraído de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541203710695>
- PERAITA, H., A. (2006). Batería de evaluación de la memoria semántica en demencia tipo Alzheimer (EMSDA; Peralta, González-Labra, Sánchez Bernardos y Galeote, 2000 y 2001): algunos aspectos aclaratorios y complementarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 1125-122. Extraído de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-1000/Documento.pdf>
- PINKER, S. (2001). *El instinto del lenguaje: cómo crea el lenguaje la mente*. Penguin UK.

- SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, C. (2012), ¿Cómo se da la descomposición morfológica en el procesamiento léxico? Una cuestión de etapas. *ELUA*, 26, 289-318.
- SNODGRASS, J. G., VANDERWART, M. (1980), A standardise set of 260 pictures: norms for name agreement, image agreement, familiarity and visual complexity, *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 6, 174-215.
- TAFT, M. Y K. FORSTER (1975): “Lexical Storage and Retrieval of Prefixed Words”, *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 14, págs. 638-647.
- VALLE, F. Y CUETOS, F. (1995). *EPLA: Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia*. Lawrence Erlbaum Associates, Londres.