

Diagnóstico neuropsicológico de la anomia: algo más que una prueba paramétrica

Neuropsychological diagnosis of anomia: more than a parametric test

Alejandra Arboleda Ramírez (1)

El lenguaje es una de las funciones cognitivas más sensibles al daño cerebral e impacta en la calidad de vida de una persona y su entorno. En particular en las enfermedades de aparición aguda, afasias, como de tipo neurodegenerativo: enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, entre otras, que se relacionan con alteraciones lingüísticas de diferentes tipos¹.

La anomia es la dificultad para encontrar las palabras de uso y conocimiento de una persona, es una de las representaciones más frecuentes de las alteraciones en el lenguaje. Se considera una herramienta clínica para los diagnósticos diferenciales, y para la correlación con disfunciones neurológicas específicas. En la literatura se encuentran descritas patologías neurológicas de tipo degenerativo, como la EA, en donde las anomias se han tratado de identificar como un marcador cognitivo precoz². Algunos autores han identificado diferentes formas de manifestación según la etapa de la enfermedad. De esta manera al inicio, o en fases presintomáticas se evidencia un aumento en la latencia para producir las palabras y, posteriormente, cuando la enfermedad ha avanzado, aparece el olvido de palabras de baja frecuencia de uso y luego el olvido de palabras de alta frecuencia de uso^{3,4}.

En los trastornos relacionados específicamente con el lenguaje, como los síndromes afásicos, la anomia es considerada como síntoma expresivo que hace parte de todos los tipos en diferente grado de severidad. Sin embargo, también existen pacientes con anomia sin afasia (anomia pura), en que la única alteración del lenguaje es un déficit selectivo en la denominación⁵.

La denominación es por consiguiente una de las dimensiones del lenguaje que se debe evaluar al momento de realizar una valoración neuropsicológica. La denominación por confrontación escrita, es un proceso que requiere la inte-

gridad de varios componentes, entre los que se encuentran: el reconocimiento perceptual, el conocimiento del objeto, la activación del sistema semántico, el acceso y la recuperación léxica, la codificación morfológica y fonológica, la codificación fonética y por último, la articulación final de la palabra⁶.

Cuando hay errores en la parte perceptual, se debe descartar la presencia de una agnosia visual⁷. Si el problema es por pérdida del concepto semántico es importante valorar la presencia de alteraciones en la abstracción y en la conservación del significado⁸. Si se han descartado problemas perceptuales y de procesamiento semántico y se encuentra una dificultad para denominar una lámina, se debe pensar en la falta de integridad en la programación morfológica y fonológica de la cual parte la indicación motora acerca de cómo se articula cada uno de los fonemas que conforman una palabra o nombre⁹. Cuando el problema de la anomia es una dificultad de acceso léxico, esto nos orienta hacia una lesión frontal y se relacionaría con una afasia progresiva, en el caso de las demencias; mientras que las anomias, por pérdida léxico-semántica, sugieren una disfunción en la encrucijada temporo occipito parietal, e indican el inicio de una demencia semántica.

Como se puede apreciar, la denominación no es un proceso simple, y por lo tanto requiere de estrategias de evaluación que permitan dilucidar cada una de sus partes con el fin de determinar el tipo de anomia que presenta el paciente evaluado. El test de denominación de Boston creado por Kaplan, Goodglass y Weintraub en 1983¹⁰ y publicado en 1996 versión en español¹¹, que posteriormente fue actualizado en el 2005¹², ha sido una prueba ampliamente citada por la literatura como estrategia de evaluación de la denominación por confrontación visual. Se ha utilizado en diferentes países, y ha sido adaptado tanto en su contenido como en su longitud. Existen versiones abreviadas y extensas¹³.

(1) Fonoaudióloga, Fundación Universitaria María Cano. Magister en Neuropsicología, Universidad de San Buenaventura – Medellín. Doctora en Educación, línea procesos cognitivos, U de A. Coordinadora de Neuropsicología y Docencia Instituto Neurológico de Colombia.

Además, se han realizado investigaciones con personas sanas y con diferentes patologías neurológicas. Estos estudios han permitido concluir que cualquier persona, incluso una sana, puede cometer errores de tipo visual en este tipo de tareas, sin necesidad de tener anomia, aspecto fundamental para evitar conclusiones erróneas. Además, por ser la denominación un proceso constituido por diferentes niveles ya descritos, se hace necesario que al momento de aplicar este tipo de test por presentación visual se considere los tipos de errores y se describan en los informes de evaluación neuropsicológica¹⁴.

El artículo titulado Aportes y limitaciones del Boston naming test: evidencia a partir de controles colombianos, es

de gran importancia para el conocimiento del desempeño cognitivo, específicamente en la denominación, en nuestra población, debido a que consideran la influencia de factores demográficos (edad y escolaridad), aportan puntos de corte en el desempeño de la población sana (mayor y menor a 65 años) y tienen en cuenta diferentes tipos de errores que podrían ser factores preclínicos de diversos tipos de trastornos neurológicos.

Conflictos de intereses

La autora manifiesta no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. DSM-IV. Washington; 1994.
2. Cummings JL, Benson F, Hill MA, Read S. Aphasia in dementia of the Alzheimer type. *Neurology*. 1982;35(3):394-7.
3. Lopera F. Anamnesis en el estudio del paciente con demencia. *Rev Neurol*. 2001;32(12):1187-91.
4. Rosselli M, Alfredo A. Evaluación neuropsicológica de las demencias. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 1999;1:66-75.
5. Benson DF, Ardila A. Anomia. In Benson DF, Ardila A, eds. *Aphasia, a clinical perspective*. New York: Oxford University Press.; 1996. p. 252-61.
6. Cuetos-Vega F. El sistema de procesamiento lingüístico. In Cuetos-Vega F, ed. *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*. Madrid: Panamericana; 1998. p. 19-56.
7. Warrington E, Merle J. VOSP: batería de test para percepción visual objetos y espacio. Madrid: TEA Ediciones; 1994.
8. Howard D, Patterson K. *Pyramids and palm trees: a test of semantic access from pictures and words*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test; 1992.
9. Facal-Mayo D, Juncos-Rabadán O, Álvarez M, Pereiro-Rozas AX, Díaz-Fernández F. Efectos del envejecimiento en el acceso al léxico. El fenómeno de la punta de la lengua ante los nombres propios. *Rev Neurol*. 2006;43(12):719-23.
10. Kaplan, Goodglass & Weintraub. *Boston Naming Test*. (1983) Philadelphia: Lea & Febiger).
11. Goodglass H, Kaplan E. *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996. 25.
12. Goodglass H. *Evaluación de la afasia y trastornos relacionados*. Buenos Aires: Panamericana; 2005.
13. Graves RE, Bezeau SC, Fogarty J, Blair R. Boston Naming Test short forms: a comparison of previous forms with new item response theory based forms. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2004;26(7):891-902.
14. Tirado, Muñoz, Aguirre, Pineda & Lopera. Desempeño de portadores y no portadores de la mutación E280A para la enfermedad de Alzheimer familiar en una prueba de denominación. *Rev Neurol*. 2004;39(4):322-26.