

agnosia visual aperceptiva – apperceptive visual agnosia

Authored by
memjavad

October 28, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *agnosia visual aperceptiva – apperceptive visual agnosia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1948>

Agnosia Visual Aperceptiva

Primary Disciplinary Field(s): Neuropsicología, Neurología Cognitiva

1. Definición Central

La agnosia visual aperceptiva constituye un síndrome neurológico altamente específico caracterizado por la incapacidad del paciente para reconocer o identificar objetos visualmente, a pesar de que sus funciones visuales primarias, tales como la agudeza visual, la sensibilidad al contraste y los campos visuales, se encuentran intactas o mínimamente comprometidas. Este tipo de agnosia representa un fallo fundamental en las etapas iniciales del procesamiento visual, específicamente en la fase de construcción o síntesis de una representación perceptiva coherente y estable del estímulo. En esencia, el individuo con esta condición puede ver los componentes elementales de un objeto (líneas, colores, texturas), pero no logra integrarlos en un todo significativo o en un percepto unificado, lo que impide la formación de una imagen visual que pueda ser comparada con los recuerdos almacenados.

La esencia de la agnosia aperceptiva radica en la disociación entre la sensación visual y la percepción. Mientras que los receptores sensoriales (ojos y retina) funcionan correctamente y transmiten la información al córtex visual primario (V1), el procesamiento subsiguiente en las áreas de asociación visual está gravemente afectado. El paciente, al mirar un objeto complejo como un reloj, podría informar ver "círculos, líneas y puntos negros", pero es incapaz de decir que está viendo un reloj. Su experiencia visual se describe a menudo como fragmentada o caótica, similar a intentar ensamblar un rompecabezas cuyas piezas no encajan o no se pueden ubicar espacialmente de manera correcta. Esta dificultad para establecer las relaciones espaciales y estructurales de los componentes visuales es la firma clínica definitoria del trastorno.

Es crucial entender que este déficit no es atribuible a problemas de memoria semántica o de denominación. Si el paciente logra acceder a la identidad del objeto a través de otra modalidad sensorial--por ejemplo, si lo toca (estereognosia) o lo escucha--, su capacidad para nombrarlo y describir su función permanece intacta. El fallo es estrictamente visual y ocurre en el nivel pre-semántico; es decir, la incapacidad de formar la representación visual impide la activación de la información conceptual o asociativa correspondiente. Esta distinción subraya que la agnosia aperceptiva es un trastorno de la percepción visual en sí misma, y no un trastorno de la memoria o del lenguaje.

2. Etiología y Desarrollo Histórico

El concepto de agnosia visual, y la distinción entre sus formas, se remonta al trabajo pionero del neurólogo austriaco [Heinrich Lissauer](#), quien en 1890 propuso una división dicotómica entre la agnosia aperceptiva y la agnosia asociativa. Lissauer teorizó que el reconocimiento visual requiere

dos etapas secuenciales: la primera, la apercepción, implica la construcción de una representación visual (el percepto); la segunda, la asociación, implica la conexión de esa representación con el significado o el conocimiento almacenado en la memoria. La agnosia aperceptiva, según este modelo, representa un fallo en la primera etapa, el paso estructural.

En términos de etiología neurológica, la agnosia visual aperceptiva está típicamente asociada con lesiones cerebrales extensas y bilaterales que afectan las áreas de asociación visual posteriores del cerebro, particularmente la corteza occipital y las regiones que alimentan la [vía ventral](#) (la vía 'del qué'). Dado que la integración de características visuales y la construcción del percepto requieren la colaboración de amplias zonas corticales, las causas más comunes de este daño son eventos que provocan una necrosis cortical difusa, como la encefalopatía anóxica (privación de oxígeno al cerebro, a menudo por paro cardíaco o intoxicación por monóxido de carbono) o infartos bilaterales masivos en el territorio de las arterias cerebrales posteriores. La necesidad de daño bilateral explica por qué es un síndrome relativamente raro en comparación con otros déficits focales.

El desarrollo histórico y la comprensión moderna de esta condición se vieron profundamente influenciados por el estudio de casos clínicos detallados. Uno de los más influyentes fue el de la paciente D.F., estudiada por Milner y Goodale. D.F. padecía una agnosia aperceptiva severa causada por intoxicación por monóxido de carbono. Aunque era incapaz de describir la orientación de una ranura o de identificar objetos, paradójicamente, podía realizar acciones visualmente guiadas con precisión, como orientar su mano correctamente para introducir un objeto en la ranura. Este caso proporcionó una prueba empírica crucial para la teoría de las [dos vías visuales](#) (la vía ventral para la percepción y la vía dorsal para la acción), consolidando la agnosia aperceptiva como la manifestación clínica de una disfunción selectiva y profunda de la vía ventral.

3. Características Clínicas Detalladas

La presentación clínica de la agnosia visual aperceptiva es dramática y se manifiesta en una serie de déficits que demuestran la incapacidad de procesar la información espacial y estructural. Una de las características más notables es la incapacidad para copiar dibujos o figuras geométricas simples. A diferencia de un paciente con agnosia asociativa, que puede copiar la figura aunque no sepa lo que está dibujando, el paciente aperceptivo no puede reproducir la estructura general. Sus intentos de copia suelen resultar en una colección desorganizada de trazos o fragmentos que no logran capturar la configuración espacial o las relaciones entre las partes, reflejando su percepción fragmentada del estímulo original.

Otra manifestación clave es el fallo en las tareas de discriminación visual. Los pacientes tienen serias dificultades para igualar o emparejar objetos idénticos o figuras similares. Por ejemplo, si se les pide que emparejen un cuadrado con otro cuadrado de una serie de formas, fracasan

consistentemente porque no pueden analizar y comparar las propiedades globales de las formas. Esta dificultad se exagera cuando los objetos se presentan desde ángulos inusuales o no canónicos, una tarea que requiere la capacidad de realizar una "rotación mental" o de lograr la [invarianza de la perspectiva](#), un proceso que depende de la correcta construcción del percepto tridimensional.

Además, muchos pacientes con agnosia aperceptiva también exhiben síntomas asociados que reflejan el alcance del daño cortical posterior. Es frecuente la coexistencia de ****simultanagnosia****, la incapacidad de percibir más de un objeto a la vez, incluso cuando los objetos están en el campo visual. Si se les presenta una escena compleja (por ejemplo, una mesa con varios utensilios), el paciente solo puede enfocarse en un elemento individual, perdiendo la visión de conjunto. También puede presentarse el fenómeno conocido como ****agnosia de integración****, donde el paciente puede identificar las partes, pero no logra integrarlas en un objeto completo (por ejemplo, identificar un mango y una hoja de metal, pero no reconocer que es un cuchillo). Estas características subrayan que el problema no es solo la detección de características, sino la incapacidad de unificar esas características en una representación perceptiva coherente y holística.

4. Mecanismos Neurocognitivos Subyacentes

La agnosia visual aperceptiva es considerada un paradigma dentro de la neuropsicología para ilustrar la arquitectura modular del sistema visual humano. El modelo de las dos vías visuales postula que, después de V1, la información se bifurca: la vía dorsal (occipital-parietal) procesa la información espacial y de movimiento ("dónde" o "cómo"), mientras que la vía ventral (occipital-temporal) procesa la identidad del objeto ("qué"). La agnosia aperceptiva representa una interrupción crítica en el procesamiento temprano de la ****vía ventral****, impidiendo que la información visual ascienda de las características básicas a la representación estructural compleja.

El mecanismo subyacente implica un fallo en las áreas V2, V3 y V4, las cuales son esenciales para el procesamiento de la forma, el color y la integración de características. En el caso de la agnosia aperceptiva, la corteza no logra realizar el "binding" o la unión de las características elementales. En condiciones normales, el cerebro debe ligar el color, la forma y la textura de un objeto en un único percepto unificado. Cuando este proceso falla, el resultado es una visión desintegrada. Esta interrupción ocurre antes de que la representación visual pueda ser enviada a las regiones temporales inferiores, donde se almacena la memoria de los objetos y se accede al significado.

La disociación entre percepción y acción observada en pacientes como D.F. es fundamental para comprender estos mecanismos. Aunque el paciente no puede reconocer conscientemente la

forma o la orientación (fallo ventral), su sistema motor visuo-guiado (vía dorsal) puede seguir utilizando la información visual para ejecutar movimientos precisos. Por ejemplo, aunque el paciente no pueda decir si un objeto es grande o pequeño, si se le pide que lo agarre, su mano se abrirá al tamaño correcto. Este fenómeno demuestra que la información visual necesaria para el control motor y la interacción física está siendo procesada de manera inconsciente y efectiva por la vía dorsal, mientras que la información necesaria para la conciencia y el reconocimiento explícito está bloqueada en la vía ventral dañada. Esta evidencia apoya fuertemente la idea de que la percepción consciente de los objetos es una función específica y vulnerable de la vía ventral.

5. Diferenciación de la Agnosia Asociativa

La distinción entre la agnosia aperceptiva y la agnosia asociativa es la piedra angular del diagnóstico diferencial en la neuropsicología de la visión, y se basa en determinar en qué punto de la cadena de procesamiento visual ocurre la interrupción. Mientras que la agnosia aperceptiva implica un fallo en la construcción de la forma o el percepto, la **agnosia asociativa** implica un fallo en la conexión de un percepto intacto con su significado semántico o conceptual.

El criterio diagnóstico más robusto es la capacidad de copia y el desempeño en tareas de discriminación perceptiva. Un paciente con agnosia asociativa puede dibujar o copiar una figura compleja con precisión, demostrando que su sistema perceptivo ha construido una representación visual correcta. El problema surge cuando se le pide que nombre la figura o que describa su uso. En contraste, el paciente aperceptivo no puede realizar la copia de manera coherente, indicando que la estructura visual de la forma nunca se ha establecido de manera estable. La agnosia aperceptiva es, por lo tanto, un déficit 'de entrada' o estructural, mientras que la asociativa es un déficit 'de salida' o de acceso a la memoria.

Desde una perspectiva neuroanatómica, las lesiones asociadas a la agnosia asociativa suelen ser más focales y localizadas en las regiones temporales inferiores o en el giro fusiforme, a menudo en el hemisferio izquierdo, que son cruciales para el almacenamiento y acceso a la información semántica visual. El daño en estos casos interrumpe las conexiones entre el percepto visual bien formado y las redes de memoria conceptual. Por el contrario, la agnosia aperceptiva requiere un daño más extenso y típicamente bilateral en las áreas de asociación visual tempranas, lo que subraya la diferencia en la localización y la naturaleza del fallo funcional.

6. Evaluación Diagnóstica

El diagnóstico de la agnosia visual aperceptiva requiere una evaluación neuropsicológica exhaustiva diseñada para disociar los déficits perceptivos de los déficits de memoria, lenguaje y función visual básica. La primera etapa consiste en descartar problemas de baja visión, ceguera

cortical, o defectos del campo visual que podrían explicar la falta de reconocimiento. Una vez confirmada la integridad de las vías visuales primarias, se procede a la evaluación de la percepción.

Las pruebas clave se centran en la capacidad de análisis estructural y espacial. Se utilizan tareas como la **Copia de Figuras Complejas** (por ejemplo, la Figura Compleja de Rey-Osterrieth) y la **Prueba de Reproducción de Figuras de Poppelreuter**, donde el paciente debe demostrar si puede ensamblar las partes en un todo. El fracaso en estas pruebas, caracterizado por dibujos fragmentados o incompletos, es altamente indicativo de un déficit aperceptivo. Adicionalmente, se emplean tareas de emparejamiento visual, como la identificación de objetos presentados desde ángulos inusuales, o el **Test de Percepción Visual de Benton** (Benton Visual Retention Test), que mide la capacidad de percibir y retener formas visuales.

Finalmente, para confirmar que el problema es puramente visual, se realiza la evaluación de la capacidad de reconocimiento a través de otras modalidades. Si el paciente no puede identificar visualmente una llave, pero la reconoce inmediatamente al tocarla (estereognosia) o al escuchar su sonido (reconocimiento auditivo), se establece el diagnóstico de agnosia visual pura. Esta metodología de doble disociación es esencial para confirmar la naturaleza específica y modal de la agnosia aperceptiva, diferenciándola de trastornos más globales como la demencia o la afasia anómica.

7. Tratamiento y Pronóstico

El tratamiento de la agnosia visual aperceptiva no se centra en la restauración de la función cortical dañada, dado que el déficit suele ser resultado de lesiones estructurales permanentes. En cambio, las intervenciones se enfocan en estrategias de rehabilitación neuropsicológica y compensación funcional, buscando maximizar la independencia del paciente a través del uso de las habilidades cognitivas y sensoriales intactas.

Las estrategias de rehabilitación se basan principalmente en el entrenamiento de modalidades alternativas y la mediación verbal. Se enseña a los pacientes a utilizar el tacto y el oído de manera prioritaria para identificar objetos. En el ámbito visual, se promueve la **exploración visual sistemática** y la **verbalización de características**. Por ejemplo, el paciente puede ser instruido a analizar un objeto siguiendo sus contornos con la mirada de manera lenta y a verbalizar las características que detecta ("largo, oscuro, con punta") para luego vincularlas a su memoria semántica. Este proceso compensatorio utiliza la vía dorsal o el lenguaje para "etiquetar" los fragmentos que el sistema aperceptivo falló en integrar automáticamente.

El pronóstico de la agnosia aperceptiva es generalmente reservado, especialmente si el daño es extenso y bilateral, como es común en casos de anoxia. Si bien la neuroplasticidad puede permitir cierta reorganización y una leve mejoría en el reconocimiento de objetos familiares después de la

fase aguda, la severidad del déficit en la integración visual a menudo resulta en una limitación funcional significativa y duradera. Los pacientes deben depender en gran medida de su memoria espacial, claves contextuales y de la ayuda de otros para navegar e interactuar con su entorno, lo que subraya la importancia crítica de la función aperceptiva en la vida diaria.

8. Implicaciones Teóricas

La agnosia visual aperceptiva ha tenido un impacto profundo en la neurociencia cognitiva, proporcionando evidencia clínica irrefutable sobre la organización jerárquica y modular del sistema visual. La existencia de un trastorno que afecta selectivamente la construcción de la forma, manteniendo intactas las etapas sensoriales básicas y las etapas semánticas posteriores, valida los modelos de procesamiento visual por etapas, que van desde el análisis de características hasta la identificación del objeto.

Este síndrome es fundamental para el debate sobre la naturaleza de la conciencia visual. El hecho de que un paciente pueda tener información visual suficiente para guiar la acción (vía dorsal) pero carecer de la representación estructurada necesaria para el reconocimiento consciente (vía ventral) sugiere que la conciencia de los objetos no es un fenómeno unitario, sino que depende de la finalización exitosa del procesamiento en áreas específicas del cerebro. La agnosia aperceptiva, por lo tanto, ilustra la diferencia entre el procesamiento visual implícito (para la acción) y el procesamiento visual explícito (para la identificación y la conciencia).

Finalmente, la agnosia aperceptiva ayuda a definir los límites entre la percepción y la memoria. Al demostrar que un fallo en la síntesis perceptiva precluye el acceso a la memoria semántica visual, el síndrome refuerza el argumento de que la representación visual es un requisito previo necesario para el reconocimiento. Los estudios de pacientes aperceptivos continúan siendo cruciales para mapear las funciones de la vía ventral y para desarrollar modelos computacionales que simulen cómo el cerebro humano logra la compleja tarea de transformar la luz en una imagen coherente y significativa del mundo.

Further Reading

[Agnosia](#)

[Corriente ventral \(Vía del 'qué'\)](#)

[Doble vía visual \(Milner y Goodale\)](#)

[Heinrich Lissauer](#)

[Invarianza de la Perspectiva \(Viewpoint Invariance\)](#)