

aloquiria (alocoiria) – allocheiria (allochiria)

Authored by
memjavad

October 23, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *aloquiria (alocoiria) – allocheiria (allochiria)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1295>

Aloquiria (Allocheiria o Allochiria)

Campo(s) Disciplinario(s) Principal(es): Neurología, Neuropsicología, Neurociencia Cognitiva.

La aloquiria, también conocida por su transliteración directa del griego como allocheiria o allochiria, es un fenómeno neurológico de naturaleza sensorial caracterizado por la incapacidad del paciente para localizar correctamente la procedencia de un estímulo. Específicamente, cuando se aplica un estímulo táctil, visual o auditivo en un lado del cuerpo o del campo perceptivo, el paciente lo percibe erróneamente como si se hubiera aplicado en el punto correspondiente del lado opuesto. Este síntoma no implica una pérdida de la sensación (el paciente sabe que ha sido tocado), sino un fallo en la asignación espacial del estímulo, representando un trastorno en la representación somatotópica o espacial del cuerpo.

Aunque la aloquiria puede presentarse en diversas modalidades sensoriales, es más comúnmente estudiada y documentada en el sistema somatosensorial, afectando la percepción del tacto o el dolor. Es crucial diferenciar la aloquiria de la anestesia (pérdida de sensación) o la extinción sensorial (fallo en percibir un estímulo en el lado afectado cuando se aplica simultáneamente con uno en el lado no afectado). La aloquiria es, esencialmente, una transposición de la localización, donde la información sensorial cruza la línea media perceptiva y se proyecta al hemiespacio equivocado, reflejando una disfunción compleja en la integración de la información espacial por parte de las estructuras cerebrales superiores.

1. Definición y Fenomenología Central

La aloquiria se define como un trastorno de la localización espacial de los estímulos sensoriales. La raíz del problema reside en la interpretación errónea de la lateralidad de la entrada sensorial. Si un examinador toca el brazo derecho del paciente, este informa haber sentido el toque en el brazo izquierdo. La característica definitoria es la simetría de la transposición: el estímulo es percibido en el punto homólogo contralateral. Esta simetría sugiere un fallo en el mecanismo de etiquetado o codificación espacial que es fundamental para la construcción de un mapa corporal preciso y coherente.

Este fenómeno es particularmente relevante en el contexto de las lesiones cerebrales que afectan los circuitos de atención y procesamiento espacial, especialmente aquellas que involucran el lóbulo parietal. La manifestación de la aloquiria subraya la complejidad de cómo el cerebro mapea el mundo y el cuerpo. No es suficiente con que la señal sensorial llegue al córtex somatosensorial primario; esta señal debe ser integrada con información sobre la postura corporal y la orientación espacial, un proceso que se cree que está significativamente comprometido en los pacientes con aloquiria. La percepción se mantiene, pero su referencia espacial absoluta se invierte.

La aloquiria puede variar en su presentación. En casos leves, el error de localización puede ser

inconsistente o limitarse a áreas específicas del cuerpo. En casos severos, la transposición es sistemática y abarca grandes segmentos corporales. Es importante destacar que, a pesar de la transposición, la cualidad del estímulo (por ejemplo, si es un toque suave o un pinchazo) generalmente se percibe correctamente. Esto separa la aloquiria de otros trastornos sensoriales que afectan la discriminación de la modalidad del estímulo, enfocando el defecto únicamente en la dimensión espacial de la percepción.

2. Etimología e Historia Clínica

El término **aloquiria** deriva del griego antiguo: *állos* ("otro" o "diferente") y *cheir* ("mano" o "lado"). Literalmente, significa "otra mano" o "cambio de lado". Esta etimología capta con precisión la naturaleza del síntoma: la sensación se percibe en un lado diferente al estimulado. Aunque el término se refiere a la mano, se aplica a cualquier parte del cuerpo, reflejando la historicidad de las descripciones clínicas centradas en las extremidades.

Las primeras descripciones detalladas de este fenómeno se remontan a finales del siglo XIX. El neurólogo austriaco [Heinrich Obersteiner](#) es a menudo citado por haber acuñado o popularizado el término en 1881, documentando casos en pacientes con lesiones cerebrales. Inicialmente, la aloquiria fue vista como una curiosidad clínica o un síntoma aislado. Sin embargo, su estudio posterior, especialmente a mediados del siglo XX con el auge de la neuropsicología, reveló su profunda conexión con síndromes más amplios de déficit de atención espacial.

La aloquiria ha mantenido su relevancia clínica no solo como un síntoma somatosensorial, sino también como un indicador de disfunción hemisférica. Su estudio histórico ha ayudado a trazar la evolución de la comprensión de la lateralización cerebral y los mecanismos de atención espacial. Los investigadores han debatido si la aloquiria debe considerarse una forma de [heminegligencia](#) (negligencia unilateral) o un fenómeno distinto. La conclusión moderna tiende a integrar la aloquiria dentro del espectro de los trastornos de la atención espacial, sirviendo a menudo como un signo temprano o una manifestación específica de un déficit parietal subyacente.

3. Bases Neuroanatómicas y Mecanismos Subyacentes

La aloquiria está casi invariablemente asociada con lesiones que afectan el lóbulo parietal, particularmente el hemisferio no dominante (generalmente el derecho, responsable de la atención espacial global). Estas lesiones, a menudo causadas por accidentes cerebrovasculares (ACV), tumores o traumatismos, comprometen el funcionamiento del **córtex parietal posterior** (CPP) y sus conexiones. El CPP es fundamental para la integración de la información sensorial de múltiples modalidades (táctil, visual, auditiva) y la construcción de un mapa espacial coherente del entorno y del cuerpo (esquema corporal).

El mecanismo subyacente propuesto para la aloquiria implica un fallo en el sistema de referencia espacial. Normalmente, un estímulo sensorial que asciende a través de las vías contralaterales es etiquetado por el córtex como perteneciente al lado opuesto del cuerpo. En la aloquiria, esta señal llega al córtex, pero la capacidad del hemisferio lesionado para procesar e integrar esa información espacial está comprometida. Se postula que el hemisferio intacto, que mantiene una representación espacial más robusta, "secuestra" la señal y la reasigna a su propio mapa corporal, proyectándola erróneamente al lado opuesto (el lado ipsilesional del cuerpo, que corresponde al lado contralateral en la percepción).

Algunas teorías sugieren que la aloquiria podría ser el resultado de un defecto en la transferencia interhemisférica de información. Si las vías que conectan los dos hemisferios (como el cuerpo caloso) están dañadas, o si el hemisferio dominante para el procesamiento espacial ignora selectivamente la entrada del hemisferio lesionado, podría ocurrir una "fusión" errónea de la información sensorial. Este error de fusión resulta en la percepción de que el evento ocurrió en el espacio que el hemisferio dominante está procesando activamente, que es el lado opuesto al estímulo real. Por lo tanto, la aloquiria representa no solo un déficit sensorial, sino un colapso en la coordinación de los marcos de referencia espaciales cruzados.

4. Tipos y Clasificaciones Clínicas

La aloquiria se clasifica principalmente según la modalidad sensorial afectada, aunque la aloquiria táctil es la más frecuente y la que define históricamente el trastorno. Sin embargo, el fenómeno de la transposición espacial puede extenderse a otros dominios perceptivos, lo que subraya el carácter multimodal del déficit de procesamiento espacial.

Aloquiria Táctil o Somatosensorial: Es la forma clásica. Un toque en una extremidad es percibido en la extremidad homóloga contralateral. Es común en pacientes con accidentes cerebrovasculares que afectan el área parietal posterior derecha.

Aloquiria Visual: En este caso, un estímulo presentado en el campo visual afectado (generalmente el izquierdo, debido a una lesión parietal derecha) se percibe en el campo visual opuesto. Esto puede generar confusión significativa, especialmente en tareas que requieren el seguimiento visual rápido o la lectura.

Aloquiria Auditiva: Menos común, implica que un sonido que se presenta en un oído se localiza erróneamente en el oído opuesto. Esto sugiere un fallo en el mapeo de coordenadas auditivas espaciales, que también dependen de la integración parietal.

Aloquiria Motora (Alloquiria de Respuesta): Aunque no es una aloquiria sensorial pura, algunos autores han descrito un fenómeno motor relacionado donde se pide al paciente que mueva un miembro (ej. el derecho), y este mueve el miembro contralateral (el izquierdo). Este tipo sugiere que el error de lateralización puede ocurrir en la planificación o ejecución del comando motor, además de la percepción sensorial.

La distinción entre estas modalidades es crucial para el diagnóstico y la comprensión de la extensión del daño cerebral. Si bien la aloquiria táctil apunta a un fallo en el procesamiento somatosensorial integrado, la presencia de aloquiria en múltiples modalidades (táctil y visual, por ejemplo) indica un compromiso más global del sistema de atención espacial y la representación del espacio peripersonal.

5. Presentación Clínica y Evaluación Diagnóstica

La aloquiria es un signo neurológico que debe buscarse activamente durante el examen, ya que los pacientes rara vez se quejan espontáneamente del síntoma, especialmente si está enmascarado por déficits más graves como la parálisis o la heminegligencia. El diagnóstico se basa en la observación sistemática de la respuesta del paciente a la estimulación unilateral.

El neurólogo o neuropsicólogo evalúa la aloquiria mediante la aplicación de estímulos sensoriales simples, generalmente táctiles. El examinador toca o pincha suavemente una parte del cuerpo del paciente (ej. la mano derecha) mientras los ojos del paciente están cerrados, y luego pide al paciente que señale o describa dónde sintió el toque. Si el paciente consistentemente reporta la sensación en la mano izquierda, se confirma la aloquiria. Es fundamental repetir la prueba varias veces y en diferentes localizaciones para descartar errores aleatorios o confusiones.

La evaluación debe diferenciar claramente la aloquiria de la **extinción sensorial**. En la extinción, cuando se estimulan ambos lados simultáneamente (doble estimulación simultánea), el paciente solo percibe el estímulo en el lado no afectado (el lado ipsilesional), ignorando el estímulo en el lado contralateral a la lesión. En contraste, en la aloquiria, si se estimula solo el lado afectado, el paciente percibe el estímulo, pero lo localiza incorrectamente en el lado no afectado. Esta distinción es vital, ya que la extinción se considera un déficit atencional más puro, mientras que la aloquiria implica un fallo en el mapeo espacial.

6. Relación con Otros Síntomas Neurológicos

La aloquiria no suele presentarse de forma aislada. Es un síntoma que coexiste frecuentemente con el síndrome de [negligencia unilateral espacial](#) (heminegligencia). La heminegligencia es un trastorno más amplio donde el paciente falla en atender, responder u orientarse a estímulos presentados en el espacio contralateral a la lesión cerebral (típicamente el espacio izquierdo en lesiones derechas).

Muchos investigadores consideran que la aloquiria es una manifestación sensorial específica dentro del espectro de la negligencia. En la negligencia, el espacio del lado afectado es ignorado. En la aloquiria, la información sensorial del lado afectado no es ignorada, sino que es “repatriada” al espacio no afectado. Esta transposición podría ser un mecanismo compensatorio o un error de procesamiento que ocurre cuando el sistema atencional es incapaz

de mantener una representación precisa del espacio contralateral. La aloquiria podría representar la forma en que el hemisferio dominante intenta incorporar la información sensorial "perdida" del hemisferio lesionado, aunque de manera defectuosa.

Además de la negligencia, la aloquiria puede estar asociada con otros déficits parietales como la asomatognosia (incapacidad de reconocer una parte del cuerpo como propia) o la anosognosia (falta de conciencia de los propios déficits). Esta constelación de síntomas subraya la función crítica del lóbulo parietal en la integración de la información sensorial, la conciencia corporal y la orientación espacial. La presencia de aloquiria es un fuerte indicador de una disfunción significativa en los circuitos de la atención dirigida y la representación espacial interna.

7. Implicaciones Terapéuticas y Pronóstico

Dado que la aloquiria es un síntoma de una patología neurológica subyacente (como un accidente cerebrovascular o un tumor), el tratamiento primario debe centrarse en abordar la causa raíz. Sin embargo, la rehabilitación neuropsicológica desempeña un papel crucial en la gestión de los déficits resultantes, incluyendo la aloquiria.

El pronóstico de la aloquiria está directamente ligado a la extensión y localización de la lesión, así como a la plasticidad cerebral del individuo. En muchos casos de ACV, la aloquiria, al igual que la negligencia, puede mejorar significativamente durante las primeras semanas o meses post-lesión, aunque puede persistir en formas leves. Las estrategias de rehabilitación a menudo se superponen con las utilizadas para tratar la negligencia espacial.

Las intervenciones terapéuticas buscan reentrenar la atención y la localización espacial. Estas pueden incluir:

Estimulación Sensorial: Uso de vibración o estimulación eléctrica en el lado afectado para aumentar la conciencia sensorial.

Entrenamiento de la Exploración Visual: Técnicas para obligar al paciente a dirigir la atención al campo espacial negligido o al lado del cuerpo donde se produce el estímulo real.

Terapia de Realidad Virtual o Aumentada: Uso de entornos inmersivos para proporcionar retroalimentación inmediata sobre errores de localización espacial.

El objetivo de estas terapias no es solo eliminar la transposición, sino mejorar la capacidad general del paciente para construir y utilizar un mapa corporal y espacial confiable, facilitando así la autonomía funcional en la vida diaria.

Lecturas Adicionales

[Wikipedia: Aloquiria](#)

[ScienceDirect: Allesthesia and Allocheiria](#)

[National Library of Medicine \(NIH\): Allocheiria \(A case study\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM