

anosognosia (anosagnosia) – anosognosia (anosagnosia)

Authored by
memjavad

October 26, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *anosognosia (anosagnosia) – anosognosia (anosagnosia)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1745>

Anosognosia (Anosagnosia)

Primary Disciplinary Field(s): Neuropsicología, Neurología, Psiquiatría

1. Definición Central

La anosognosia, término derivado del griego que significa 'sin conocimiento de la enfermedad', se define en el ámbito clínico como la falta de conciencia o el desconocimiento de un déficit, enfermedad o discapacidad que es claramente evidente para el observador externo. Es fundamentalmente un fallo en los mecanismos de autoevaluación y monitorización interna del cerebro, y no debe ser confundida con la negación psicológica o la simulación. El paciente con anosognosia genuina no miente ni intenta ocultar su condición; simplemente, carece de la introspección neurológica necesaria para percibir su propia limitación.

Este concepto reviste una complejidad particular dado que la falta de conciencia no se limita a la condición global, sino que a menudo es específica de un dominio funcional particular. Por ejemplo, un paciente puede ser plenamente consciente de que ha sufrido un accidente cerebrovascular (ACV), pero simultáneamente negar la existencia de su parálisis resultante (hemiplejía). Esta disociación entre la conciencia de la enfermedad general y la conciencia del déficit específico subraya que la anosognosia es un síntoma neurológico primario, resultado directo de la lesión cerebral, y no una respuesta emocional o conductual aprendida.

La anosognosia plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos significativos. Debido a que el paciente no reconoce la necesidad de rehabilitación o adaptación, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las medidas de seguridad se ven drásticamente comprometidos. La comprensión de este fenómeno es crucial para la neuropsicología, ya que ofrece una ventana a los mecanismos neurales subyacentes que permiten la construcción del modelo corporal y la autoconciencia en tiempo real. La incapacidad de actualizar este modelo interno, incluso frente a la evidencia sensorial contradictoria, es la característica definitoria de la anosognosia.

2. Etimología y Contexto Histórico

El término **anosognosia** fue acuñado formalmente por el neurólogo francés [Joseph Babinski](#) en 1914. Babinski empleó este neologismo para describir la sorprendente falta de conciencia de la parálisis (hemiplejía) en pacientes que habían sufrido lesiones cerebrales, generalmente en el hemisferio derecho. Observó que estos pacientes, a pesar de no poder mover la mitad de su cuerpo, afirmaban con convicción que podían hacerlo, o justificaban su inmovilidad con excusas absurdas o confabulaciones. Este hallazgo inicial sentó las bases para el estudio sistemático de la falta de conciencia de los déficits neurológicos.

Antes de Babinski, fenómenos relacionados ya habían sido descritos, aunque sin una terminología

específica. Por ejemplo, la anosognosia para la ceguera cortical, conocida como [Síndrome de Anton-Babinski](#) (o Síndrome de Anton), fue descrita previamente por el neurólogo checo Gabriel Anton. En este síndrome, el paciente con ceguera cortical (causada por daño en el lóbulo occipital) niega vehementemente su incapacidad visual, llegando incluso a confabular descripciones de objetos que no puede ver. Sin embargo, fue la precisión conceptual de Babinski la que estableció la anosognosia como una entidad clínica diferenciada e independiente de otros síntomas neurológicos.

A lo largo del siglo XX, la aplicación del concepto se expandió más allá de los déficits motores y sensoriales. Investigadores posteriores reconocieron la anosognosia en contextos de deterioro cognitivo, como en la enfermedad de Alzheimer (donde los pacientes pueden no ser conscientes de su pérdida de memoria) o en la afasia (donde el paciente no reconoce su dificultad para comunicarse). Esta expansión disciplinaria consolidó la anosognosia como un componente crucial en la evaluación de diversas patologías cerebrales, destacando que la autoconciencia no es un proceso unitario, sino un conjunto de funciones modulares que pueden verse afectadas selectivamente por el daño focal.

3. Bases Neuroanatómicas y Etiología

La anosognosia se asocia de manera preponderante con lesiones en el hemisferio cerebral no dominante, que en la mayoría de los individuos diestros es el hemisferio derecho. Específicamente, el daño en el lóbulo parietal derecho, particularmente en las regiones posteriores e inferiores, incluyendo la corteza de asociación parietal, se considera el sustrato anatómico más crítico. Esta región está implicada en la integración de información sensorial, espacial y motora, esencial para generar un mapa corporal actualizado y monitorizar las intenciones y acciones motoras. Cuando esta área se lesiona, el sistema de monitorización deja de recibir retroalimentación precisa sobre el estado del hemicuerpo izquierdo, resultando en la anosognosia para la hemiplejía izquierda.

No obstante, la anosognosia es un fenómeno complejo que probablemente involucra una red distribuida. Investigaciones modernas han destacado el papel del lóbulo frontal, especialmente la corteza prefrontal dorsolateral y la corteza cingulada anterior. Estas áreas son fundamentales para las funciones ejecutivas, el [pensamiento metacognitivo](#) y la monitorización de errores. Se postula que el lóbulo parietal gestiona el "mapa de estado" del cuerpo, mientras que las áreas frontales son responsables de la comparación entre el estado actual percibido y los objetivos o expectativas. El daño en estas vías frontales puede contribuir a la anosognosia al impedir que el paciente corrija su modelo interno obsoleto.

Las principales causas etiológicas de la anosognosia son las lesiones vasculares agudas, siendo el [accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico](#) la causa más frecuente, especialmente

aquellos que afectan la arteria cerebral media derecha. Otras etiologías incluyen el trauma craneoencefálico, tumores cerebrales que comprimen o destruyen las estructuras parietales o frontales, y enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal (DFT) y la enfermedad de Parkinson, donde la anosognosia suele aparecer de forma progresiva y generalizada, afectando la conciencia de los déficits cognitivos más que los motores iniciales.

4. Clasificación y Tipos Clínicos

Aunque la anosognosia es un concepto unitario en su definición básica (falta de conciencia), se manifiesta de manera heterogénea dependiendo del dominio funcional afectado y la localización de la lesión, lo que permite una clasificación clínica útil. La distinción entre los tipos es crucial para la planificación terapéutica y la comprensión de los mecanismos neurales involucrados en la autoconciencia de diferentes sistemas.

Los principales tipos clínicos de anosognosia incluyen:

Anosognosia para la Hemiplejia (AHP): Es el tipo clásico descrito por Babinski. El paciente niega la parálisis o debilidad de un lado del cuerpo, a menudo confabulando excusas o atribuyendo la incapacidad a causas externas. Esta condición está fuertemente correlacionada con lesiones en la corteza parietal derecha.

Anosognosia para la Ceguera (Síndrome de Anton): El paciente con ceguera cortical (daño occipital bilateral) insiste en que puede ver. Este fenómeno es particularmente notorio porque los pacientes a menudo intentan navegar o describir objetos, resultando en colisiones o confabulaciones visuales vívidas.

Anosognosia para el Síndrome de Negligencia Espacial (Neglect): El paciente es consciente de su parálisis, pero ignora o descuida sistemáticamente el espacio contralateral a la lesión (generalmente el lado izquierdo). La anosognosia en este contexto se refiere a la falta de conciencia de su negligencia espacial, no de la parálisis en sí.

Anosognosia para la Memoria (Amnesia): Común en la enfermedad de Alzheimer, el paciente no es consciente de su severo deterioro mnemónico. Esta falta de conciencia se correlaciona con la extensión de la patología en las áreas frontales y temporales mediales, afectando la metacognición sobre la propia capacidad de recuerdo.

Anosognosia para la Afasia: El paciente con graves déficits de producción o comprensión del lenguaje no es consciente de la magnitud de su dificultad comunicativa. Esta forma es más frecuente en afasias motoras graves (tipo Broca) que en las afasias sensoriales (tipo Wernicke).

Es importante destacar la diferencia entre la anosognosia específica de dominio (p. ej., solo para el movimiento) y la anosognosia generalizada, que afecta la conciencia de múltiples déficits o del deterioro cognitivo global. Esta última es más característica de las demencias progresivas,

mientras que la primera suele ser resultado de lesiones focales agudas.

5. Manifestaciones Clínicas Específicas

Las manifestaciones de la anosognosia van más allá de la simple declaración de 'estar bien'. El comportamiento del paciente a menudo revela la profundidad de su falta de conciencia. Una de las manifestaciones más estudiadas es la **reacción de indiferencia** (*indifference reaction*), donde el paciente muestra una notable falta de preocupación o angustia ante la revelación de su déficit, incluso si este es potencialmente mortal. Esta reacción contrasta fuertemente con la respuesta emocional esperada en alguien que acaba de descubrir una parálisis o ceguera.

Otra manifestación clave es la **confabulación**. Cuando se les presiona para que expliquen por qué no pueden realizar una acción (como levantar un brazo), los pacientes anosagnósicos a menudo inventan historias o excusas complejas, aunque ilógicas, en lugar de reconocer la parálisis. Por ejemplo, podrían afirmar que "simplemente no quieren" mover el brazo, o que "está dormido" o que "es el brazo de otra persona". Esta confabulación no es un intento deliberado de engaño, sino un mecanismo cognitivo para llenar el vacío de información creado por el fallo en la monitorización neurológica.

En el contexto de la anosognosia motora, la **negación de la propiedad del miembro** (asomatognosia parcial) es frecuente. El paciente puede reconocer el miembro paralizado, pero negar que le pertenezca. En casos extremos, pueden intentar deshacerse del miembro o mostrar hostilidad hacia él. Esta manifestación subraya que la anosognosia afecta la integración del esquema corporal y la identidad física. En el ámbito cognitivo, las manifestaciones se centran en la minimización del riesgo y la sobreestimación de las propias capacidades, lo que lleva a intentos de realizar tareas peligrosas (como conducir o manejar finanzas complejas) a pesar de la incapacidad funcional evidente.

6. Evaluación Diagnóstica

El diagnóstico de la anosognosia representa un desafío metodológico, ya que no existe una prueba de neuroimagen que la detecte directamente. El diagnóstico se basa en la identificación de una discrepancia significativa entre la evaluación objetiva del déficit (realizada por el clínico) y la percepción subjetiva de ese déficit por parte del paciente. Es esencial diferenciar la anosognosia verdadera de la negación psicológica, la depresión o el bajo nivel de educación, aunque estos factores pueden coexistir.

La evaluación diagnóstica se realiza típicamente a través de métodos de discrepancia. El más común es la comparación de las puntuaciones: primero, se evalúa el rendimiento objetivo del paciente en una tarea específica (p. ej., una prueba de memoria o una prueba motora); segundo, se pide al paciente que autoevalúe su rendimiento o su capacidad en esa misma área; y tercero,

se utiliza el informe de un informante fiable (cónyuge, familiar o cuidador) sobre la capacidad funcional del paciente en la vida diaria. Una gran diferencia entre el rendimiento objetivo/informante y el autoinforme del paciente es indicativa de anosognosia.

Se utilizan herramientas estandarizadas como el **Cuestionario de Anosognosia** (Anosognosia Questionnaire - AQ) o escalas específicas para demencia, como el Índice de Conciencia de la Enfermedad (IEC). Además de las escalas, las **entrevistas estructuradas** son vitales. Durante estas entrevistas, el clínico puede plantear escenarios que obliguen al paciente a confrontar su déficit de manera indirecta, observando su respuesta emocional y racional. Por ejemplo, pedirle al paciente con hemiplejía que realice una tarea bimanual puede exponer su falta de conciencia motora de forma ineludible. Sin embargo, incluso en estas situaciones, los pacientes anosognósicos a menudo mantienen su convicción a través de la confabulación o el cambio de tema, lo que confirma la naturaleza neurológica del síntoma.

7. Implicaciones Clínicas y Tratamiento

Las implicaciones clínicas de la anosognosia son profundas, afectando la seguridad del paciente, la planificación de la atención y el resultado de la rehabilitación. El paciente anosognósico tiene un riesgo significativamente mayor de caídas, accidentes domésticos y errores médicos, ya que no toma precauciones adecuadas para su limitación. Además, la falta de conciencia del déficit es la principal barrera para la participación activa en los programas de rehabilitación. Si el paciente cree que su brazo funciona perfectamente, no verá razón para someterse a fisioterapia intensiva.

El tratamiento de la anosognosia es complejo y multidisciplinario, centrándose principalmente en la **rehabilitación neuropsicológica**. A diferencia de la psicoterapia tradicional, que puede ser ineficaz o incluso contraproducente (ya que la anosognosia no es un mecanismo de defensa), la intervención se enfoca en técnicas que facilitan la toma de conciencia de manera segura y gradual. Estas estrategias incluyen:

Retroalimentación por Video: Mostrar al paciente grabaciones de sí mismo intentando realizar tareas fallidas. La evidencia visual externa puede eludir los mecanismos de monitorización dañados, aunque la efectividad varía.

Entrenamiento en Detección de Errores: Utilizar tareas estructuradas que obliguen al paciente a predecir su rendimiento y luego confrontar el resultado real, ayudando a recalibrar su sistema de autoevaluación.

Aprendizaje sin Errores (Errorless Learning): Para evitar la frustración y la resistencia, se estructuran las tareas de tal manera que el paciente tenga éxito inicialmente, y luego se introducen gradualmente desafíos que exponen el déficit, pero en un entorno de apoyo.

Técnicas de Concienciación Específica: En el caso de anosognosia motora, el uso de estimulación multisensorial o realidad virtual puede ayudar a integrar la información sensorial

faltante sobre el estado del miembro.

En el contexto de enfermedades neurodegenerativas, el manejo se enfoca menos en la "curación" de la anosognosia y más en la adaptación ambiental y el apoyo al cuidador, asegurando que las decisiones de seguridad y cuidado sean tomadas por terceros responsables, ya que la conciencia del paciente probablemente no mejorará.

8. Debates Teóricos y Críticas

A pesar de un siglo de estudio, la anosognosia sigue siendo objeto de intensos debates teóricos. La principal controversia gira en torno a si la anosognosia es un fenómeno unitario o si representa múltiples fallos modulares. La hipótesis modular sugiere que la conciencia de cada déficit (motor, visual, mnésico) surge de mecanismos de monitorización específicos, y que la anosognosia es simplemente el fallo de uno de esos módulos debido al daño cerebral focal.

Una línea de debate crucial es la distinción entre la anosognosia puramente neurológica y la **negación psicológica**. Algunos investigadores argumentan que, aunque el origen es neurológico, los factores emocionales y la necesidad de mantener una imagen coherente de sí mismo (la teoría del "modelo de sí mismo") pueden influir en la expresión de la anosognosia. Esta perspectiva sugiere que, en algunos casos, la anosognosia podría ser un continuo donde el déficit neurológico predispone a la falta de conciencia, la cual es luego reforzada por mecanismos de afrontamiento psicológicos.

Teóricamente, dos modelos principales intentan explicar el mecanismo subyacente. El **modelo de fallo de monitorización** postula que el daño cerebral interrumpe el flujo de información de retroalimentación sensorial o motora que es necesaria para actualizar el modelo corporal. El individuo se queda con un modelo corporal obsoleto (previo a la lesión). El **modelo del comparador** (o de la predicción) sugiere que la anosognosia surge de un fallo en la comparación entre la intención motora (lo que el paciente quiere hacer) y la acción real (lo que el cuerpo puede hacer). Si el sistema de comparación está dañado (a menudo en el lóbulo frontal), la intención nunca se corrige con la realidad, y el paciente asume falsamente que la acción fue ejecutada con éxito.

9. Lecturas Adicionales

[Marcel, A. J., Tegnér, R., & Nimmo-Smith, I. \(2004\). Anosognosia for hemiplegia: current theories and future directions.](#)

[Wikipedia: Anosognosia](#)

[Elsevier ScienceDirect: Anosognosia Overview](#)