

apractagnosia – apractagnosia

Authored by
memjavad

October 28, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *apractagnosia – apractagnosia*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1991>

Apractagnosia

Primary Disciplinary Field(s): Neuropsicología, Neurología Cognitiva

1. Definición Nuclear y Síntomas Centrales

La apractagnosia constituye un complejo síndrome neuropsicológico caracterizado por la coexistencia o interdependencia de déficits apraxia y agnosia, manifestándose primariamente como una severa incapacidad para ejecutar tareas motoras complejas que requieren una planificación espacial adecuada, a pesar de que las funciones motoras primarias, la comprensión del lenguaje y la percepción sensorial básica permanezcan intactas. Este concepto subraya una disfunción en la integración de la información visual y espacial necesaria para la acción propositiva. El término mismo sugiere una doble afectación: la incapacidad para actuar (apraxia) y la incapacidad para reconocer o interpretar el espacio o la relación entre objetos (agnosia espacial o constructiva). Es crucial entender que la apractagnosia no es simplemente la suma de dos déficits aislados, sino que representa una falla en los sistemas cerebrales superiores que orquestan la acción en el contexto del espacio percibido, dificultando la manipulación de objetos y la realización de tareas constructivas.

El núcleo de la apractagnosia reside en la alteración de las habilidades visoespaciales necesarias para generar un plan de acción coherente. El paciente puede saber qué quiere hacer (la meta conceptual), y sus músculos pueden estar perfectamente capacitados para realizar el movimiento, pero falla en la etapa intermedia de traducción de la intención a una secuencia espacial y temporalmente organizada de movimientos. Por ejemplo, al intentar copiar un dibujo o ensamblar un modelo, el individuo con apractagnosia mostrará errores fundamentales en la orientación, la relación de las partes y la perspectiva. Esta dificultad se hace evidente en tareas que exigen la manipulación de elementos tridimensionales, donde la [coordinación viso-motora](#) y el juicio espacial son indispensables.

A diferencia de otras formas de apraxia, donde el fallo puede ser conceptual (saber qué herramienta usar) o ideomotor (ejecutar la secuencia de movimientos), la apractagnosia se centra en el componente [espacial](#) de la acción. La agnosia que la acompaña suele ser de tipo espacial o topográfica, lo que impide al individuo orientarse en su entorno o comprender las relaciones espaciales entre los objetos, exacerbando la incapacidad práctica. En última instancia, el síndrome refleja una desconexión crítica entre los mapas neuronales que representan el entorno y los sistemas motores que utilizan dichos mapas para guiar la conducta dirigida a un objetivo.

2. Etimología y Contexto Histórico

El término apractagnosia, aunque no tan universalmente aceptado o estandarizado como los términos puros apraxia o agnosia, surgió en la literatura neurológica para describir aquellos casos

en los que la incapacidad práctica estaba inextricablemente ligada a una disfunción en el reconocimiento o la conciencia espacial. La raíz griega *a-* (negación), *praktos* (acción o hecho) y *gnosis* (conocimiento o reconocimiento) define perfectamente la naturaleza del déficit: la pérdida del conocimiento necesario para la acción. Históricamente, la investigación sobre los trastornos de la acción y el reconocimiento comenzó a florecer a finales del siglo XIX y principios del XX, con figuras como [Hugo Liepmann](#), quien realizó la distinción fundamental de las apraxias.

Sin embargo, el reconocimiento de la apractagnosia como una entidad clínica diferenciada se consolidó cuando los neurólogos empezaron a estudiar las lesiones del hemisferio derecho, particularmente aquellas que producían déficits constructivos severos. Mientras que las apraxias "clásicas" (ideomotora, ideacional) se asociaban a menudo con lesiones del hemisferio izquierdo y problemas en la secuenciación o la memoria de acción, los trastornos que combinaban la incapacidad para dibujar o construir con la desorientación espacial se mapearon consistentemente al hemisferio derecho. Autores como [Heinrich Kleist](#) (quien describió la apraxia constructiva en 1907) y más tarde Arthur Benton, ayudaron a establecer el marco clínico para entender la naturaleza visoespacial de estos déficits, aunque el término compuesto "apractagnosia" se usó para enfatizar la naturaleza dual del fallo.

El debate histórico se ha centrado en si la apractagnosia es una categoría diagnóstica válida o si simplemente es un descriptor para la manifestación conjunta de [apraxia constructiva](#) y agnosia topográfica o espacial. La tendencia actual en la neuropsicología es analizar los componentes específicos del déficit (perceptivo, conceptual, motor) en lugar de depender de términos globales. No obstante, la utilidad del concepto persiste para describir la presentación clínica holística, donde la incapacidad de actuar es el resultado directo de la incapacidad de procesar el espacio en el que se debe actuar. La apractagnosia, por lo tanto, sirve como un recordatorio de que la cognición espacial y la ejecución motora están íntimamente entrelazadas en el cerebro.

3. Bases Neuroanatómicas y Etiología

La apractagnosia está casi invariablemente asociada con lesiones en el [lóbulo parietal](#), especialmente el lóbulo parietal posterior (LPP) del hemisferio no dominante, que en la mayoría de los individuos diestros es el hemisferio derecho. Esta región cortical es fundamental para el procesamiento visoespacial, la atención dirigida al espacio extrapersonal y la integración sensoriomotora. El LPP alberga los mapas espaciales necesarios para guiar los movimientos, funcionando como una interfaz crítica entre la percepción sensorial y la planificación motora. La lesión en esta área interrumpe la capacidad de crear y manipular representaciones internas del espacio, lo que resulta en la dificultad para realizar tareas constructivas y la desorientación.

La etiología de la apractagnosia es variada, pero las causas más comunes incluyen accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos o hemorrágicos que afectan la arteria cerebral media (ACM)

en su territorio posterior, tumores cerebrales que invaden el lóbulo parietal, traumatismos craneoencefálicos y procesos neurodegenerativos que afectan selectivamente esta región, como la [Atrofia Cortical Posterior](#) (ACP). La lateralización del daño es clave; mientras que las lesiones del hemisferio izquierdo pueden causar apraxia ideomotora o ideacional, las lesiones del hemisferio derecho son las que típicamente producen la combinación devastadora de déficits visoespaciales y constructivos que definen la apractagnosia.

Específicamente, el fallo en la apractagnosia se relaciona con la afectación de las vías dorsales de procesamiento visual, conocidas como la "vía del dónde" (o vía de acción). Esta vía se extiende desde la corteza visual hasta el lóbulo parietal y se encarga de procesar la información espacial y de movimiento, crucial para guiar la mano hacia un objeto o para manipular herramientas. Cuando esta vía se daña, la información espacial se disocia del sistema motor, impidiendo que el individuo utilice su percepción espacial para modular sus acciones. La integridad de las conexiones entre el LPP y la corteza premotora es, por lo tanto, esencial para prevenir este síndrome.

4. Distinción de Conceptos Relacionados: Apraxia y Agnosia

Para comprender plenamente la apractagnosia, es imperativo diferenciarla de sus componentes puros. La [Apraxia](#) se define como un trastorno adquirido del movimiento propositivo no atribuible a debilidad motora, falta de coordinación, déficits sensoriales o falta de comprensión. Existen múltiples tipos de apraxia, como la apraxia ideacional (pérdida del concepto de la acción) y la apraxia ideomotora (incapacidad para ejecutar la acción, aunque el concepto se mantenga). En la apraxia pura, el paciente puede tener una percepción espacial intacta, pero falla en la secuencia o la ejecución motora del gesto aprendido.

La [Agnosia](#), por otro lado, es un trastorno del reconocimiento, donde la capacidad de percibir un estímulo está intacta, pero la capacidad de interpretarlo o darle significado está perdida. Esto puede manifestarse como agnosia visual (incapacidad para reconocer objetos), prosopagnosia (incapacidad para reconocer caras) o, crucialmente para este síndrome, agnosia espacial o topográfica (incapacidad para reconocer lugares o rutas). En la agnosia pura, el paciente puede tener la capacidad motora para actuar, pero no puede identificar o reconocer el objeto que debe manipular o el espacio en el que se encuentra.

La **apractagnosia** es el punto de convergencia donde la disfunción visoespacial (agnósica) y la disfunción de la acción orientada al espacio (práxica) se combinan. El paciente con apractagnosia no solo no puede ejecutar la acción de construir, sino que su incapacidad surge de una representación interna defectuosa del espacio. Por ejemplo, en la apraxia constructiva pura, el error puede ser la mala secuenciación de los bloques; en la agnosia espacial, el error es la pérdida del "mapa" mental. En la apractagnosia, el fallo es la incapacidad de usar la información perceptiva espacial para guiar y organizar la acción de manera constructiva, evidenciando que el

problema reside en la interfaz de la percepción y la acción, no en los módulos puros de reconocimiento o movimiento.

5. Tipologías y Manifestaciones Clínicas

Aunque la apractagnosia no tiene tipologías formalmente codificadas como subcategorías de un trastorno único, sus manifestaciones clínicas se centran en déficits específicos que involucran la interacción espacial y constructiva. La manifestación más común y estudiada es la **apractagnosia constructiva**, también conocida simplemente como apraxia constructiva cuando se enfatiza el componente motor. Este déficit se caracteriza por la incapacidad de dibujar, copiar o construir formas bidimensionales o tridimensionales, a pesar de que la visión y la motricidad fina están conservadas. Los pacientes suelen omitir detalles, rotar elementos o fallar en la integración de las partes en un todo coherente, reflejando una desorganización espacial severa.

Otra manifestación relevante es la **apractagnosia del vestir** (o apraxia del vestir), que es un subtipo específico de apraxia que a menudo se acompaña de desorientación espacial. Los pacientes tienen una dificultad extrema para orientar correctamente la ropa en relación con su propio cuerpo. Por ejemplo, pueden intentar ponerse una manga de la camisa en la pierna, o colocar la ropa al revés o invertida. Este fallo no se debe a la incapacidad de realizar los movimientos de abrochar o desabrochar (que sería una apraxia motora), sino a la incapacidad de comprender las relaciones espaciales entre la prenda (objeto) y el cuerpo (espacio de acción).

Además, la apractagnosia puede manifestarse en la vida diaria a través de la **desorientación topográfica** o la dificultad para manejar el espacio peripersonal. Los pacientes pueden tener problemas para navegar por entornos conocidos, localizar objetos en una habitación o estimar distancias y tamaños, lo que impacta directamente en la ejecución de tareas cotidianas. Estas manifestaciones subrayan la naturaleza integral del síndrome, demostrando que la falla no se limita a tareas de lápiz y papel, sino que impregna todas las acciones que requieren un mapa espacial interno preciso. La severidad de estas manifestaciones a menudo se correlaciona con la extensión del daño en el lóbulo parietal derecho.

6. Evaluación Diagnóstica y Herramientas Clínicas

El diagnóstico de la apractagnosia requiere una evaluación neuropsicológica exhaustiva diseñada para aislar los componentes motores, perceptivos y espaciales del déficit. El primer paso implica descartar déficits primarios que podrían simular el cuadro, como la debilidad motora (paresia), la ataxia cerebelosa, los déficits visuales o la confusión mental severa. Una vez descartadas estas causas, la evaluación se centra en la capacidad del paciente para manipular y representar el espacio.

Las herramientas clínicas se dividen generalmente en tests de construcción y tests de orientación

espacial. Los tests de construcción son fundamentales y a menudo incluyen: el **Test de Copia de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth**, donde el paciente debe reproducir una figura geométrica compleja; el **Test de Diseño con Cubos de Wechsler** (Block Design), que requiere ensamblar bloques para igualar un patrón bidimensional; y pruebas simples de dibujo (copia de un cubo, una casa o un reloj). En estos tests, los errores típicos de la apractagnosia incluyen la fragmentación del dibujo, la incapacidad para mantener la proporción o la rotación de los elementos espaciales.

Para evaluar el componente agnóstico espacial, se utilizan pruebas de orientación topográfica y juicio espacial. Esto puede incluir pedir al paciente que dibuje un mapa de un entorno familiar, que siga una ruta simple en un plano o que realice juicios de línea y orientación. La combinación de resultados que muestren una ejecución motora adecuada en tareas simples (como señalar o agarrar) pero un fracaso catastrófico en tareas que requieren la integración espacial compleja, es altamente indicativa de apractagnosia. La evaluación debe ser cuidadosa para distinguir la apractagnosia de otros síndromes parietales derechos, como la **heminegligencia**, que a menudo coexiste con ella, aunque representan fallos atencionales y no puramente constructivos.

7. Implicaciones Funcionales y Tratamiento

Las implicaciones funcionales de la apractagnosia son profundas, afectando gravemente la autonomía y la calidad de vida del paciente. La incapacidad para realizar tareas constructivas y la desorientación espacial impiden actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que requieren planificación y manipulación precisa, tales como cocinar, usar herramientas, conducir o, en casos severos, incluso vestirse o asearse sin ayuda. El entorno del paciente, que antes era familiar, se convierte en un desafío constante, lo que puede llevar a la frustración, el aislamiento y, en ocasiones, a síndromes afectivos secundarios.

El tratamiento de la apractagnosia se centra principalmente en la rehabilitación neuropsicológica, con un enfoque en estrategias compensatorias y el entrenamiento específico de habilidades. Dado que la lesión cerebral subyacente generalmente es permanente (por ejemplo, después de un ACV), el objetivo no es siempre la recuperación total de la función, sino la adaptación al déficit. Las estrategias compensatorias incluyen el uso de ayudas visuales, la simplificación del entorno y el uso de técnicas de **aprendizaje sin errores** para automatizar secuencias de acción que ya no pueden ser guiadas por el juicio espacial.

La terapia ocupacional juega un papel vital, ayudando al paciente a reestructurar su entorno para minimizar la necesidad de complejos juicios espaciales. Esto puede implicar etiquetar cajones, mantener los objetos siempre en el mismo lugar y utilizar dispositivos de asistencia para tareas que requieren precisión constructiva. La rehabilitación también puede incluir entrenamiento en la conciencia del déficit, ya que muchos pacientes con lesiones del lóbulo parietal derecho presentan anosognosia (falta de conciencia de su enfermedad), lo que dificulta la adherencia a las

estrategias compensatorias. El pronóstico varía ampliamente, dependiendo de la etiología, la extensión de la lesión y la capacidad del individuo para adaptarse a las nuevas limitaciones funcionales impuestas por la pérdida de la integración visoespacial y motora.

8. Lecturas Adicionales

[Coordinación viso-motora \(Wikipedia\)](#)

[Lóbulo parietal \(Wikipedia\)](#)

[Apraxia constructiva \(Wikipedia\)](#)

[Apraxia \(Wikipedia\)](#)

[Agnosia \(Wikipedia\)](#)

[Atrofia Cortical Posterior \(Wikipedia\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM