

autopagnosia – autopagnosia

Authored by
memjavad

November 3, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *autopagnosia – autopagnosia*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2608>

Autopagnosia

Primary Disciplinary Field(s): Neuropsicología, Neurología Clínica, Ciencias Cognitivas

1. Definición Central

La autopagnosia se define como una forma específica de agnosia somática, caracterizada por la incapacidad del individuo para identificar, localizar o nombrar las partes de su propio cuerpo, o las de otra persona, de forma voluntaria. Esta dificultad ocurre a pesar de que las funciones sensoriales primarias (táctil, propioceptiva y visual) y las capacidades intelectuales generales se mantienen intactas. Es crucial entender que la autopagnosia no es un déficit motor ni una dificultad de comprensión lingüística general, sino un fallo en la representación mental o el mapa cognitivo del esquema corporal. El término proviene del griego *autos* (propio), *pagos* (fijación o localización) y *agnosia* (falta de conocimiento), encapsulando la esencia de un trastorno en el reconocimiento espacial del yo físico. Este padecimiento subraya la complejidad de cómo el cerebro construye y mantiene una representación coherente y utilizable de la propia estructura física para interactuar con el entorno.

A diferencia de otras agnosias, donde el fallo reside en el reconocimiento de objetos externos (agnosia visual) o sonidos (agnosia auditiva), la **autopagnosia** representa un quiebre en la somatognosia, el conocimiento del cuerpo. El paciente con esta condición puede ser incapaz de señalar su rodilla o su codo cuando se le pide, aunque puede moverlos perfectamente y sentir el tacto. La dificultad se manifiesta típicamente en tareas que requieren la manipulación o identificación verbal de partes del cuerpo, tanto en sí mismo como en dibujos o modelos. Este fenómeno neuropsicológico es de gran valor para la investigación, ya que permite disociar la función sensorial de la capacidad de representación espacial interna, demostrando que la conciencia del cuerpo es un proceso cognitivo de alto nivel que depende de estructuras cerebrales específicas, más allá de la mera recepción de estímulos periféricos.

El impacto funcional de la **autopagnosia** varía, pero generalmente interfiere con tareas diarias que requieren conciencia espacial precisa del cuerpo, como vestirse o realizar movimientos complejos que dependen de la coordinación intersegmentaria. Aunque es un síntoma raro en su forma pura, su presencia es altamente indicativa de una disfunción cortical focal. La manifestación más común de la autopagnosia suele ser la agnosia digital (incapacidad para reconocer los dedos), que a menudo se presenta como parte de un síndrome más amplio, lo que dificulta su estudio aislado. La comprensión de la autopagnosia requiere una inmersión profunda en los mecanismos neurales que sustentan el esquema corporal, el cual integra información propioceptiva, vestibular y visual para crear un modelo dinámico y tridimensional del cuerpo en el espacio.

2. Clasificación y Contexto Neurocientífico

La **autopagnosia** se clasifica dentro de las somatognosias, que son los trastornos del reconocimiento del cuerpo. Dentro de este grupo, existen subdivisiones importantes que ayudan a contextualizar el déficit. Por ejemplo, se distingue de la asomatognosia (la pérdida total o parcial del reconocimiento de una parte del cuerpo, que el paciente puede percibir como ajena o inexistente) y de la anosognosia (la falta de conciencia de un déficit neurológico o médico). Mientras que la asomatognosia implica una alteración en la sensación de pertenencia del miembro, la autopagnosia es un fallo en la cartografía espacial y nominativa del cuerpo. Esta diferenciación es vital en el diagnóstico clínico, ya que apunta a redes neurales ligeramente distintas, aunque a menudo superpuestas en la corteza parietal.

Neuroanatómicamente, la **autopagnosia** se asocia casi invariablemente con lesiones en el [lóbulo parietal](#) dominante (generalmente el izquierdo, en individuos diestros), particularmente en la región de la circunvolución angular y la circunvolución supramarginal. Estas áreas son fundamentales para la integración multisensorial y la construcción del esquema corporal. La corteza parietal posterior actúa como un centro de procesamiento de la información espacial, integrando la posición de las extremidades y el tronco en relación con el entorno. Una lesión en esta región interrumpe las conexiones necesarias para acceder al mapa corporal almacenado, resultando en la incapacidad de localizar o etiquetar correctamente las partes del cuerpo a pesar de que el sistema motor sigue siendo capaz de ejecutar órdenes.

El estudio de la autopagnosia ha contribuido significativamente a la comprensión de la lateralización cerebral y la especialización hemisférica. El hemisferio dominante (izquierdo) parece ser crucial no solo para el lenguaje, sino también para la representación simbólica y secuencial de la estructura corporal. Cuando la lesión afecta el hemisferio no dominante (derecho), los trastornos somatognósicos que suelen observarse son diferentes, como la negligencia hemiespacial o la asomatognosia, que implican una perturbación en la conciencia de la mitad izquierda del espacio y del cuerpo. Esta distinción refuerza la idea de que el esquema corporal está representado de manera asimétrica en el cerebro, con el hemisferio izquierdo manejando la organización conceptual y verbal, y el derecho, la conciencia espacial y emocional del cuerpo.

3. Etiología y Bases Neurológicas

La causa principal de la **autopagnosia** es el daño cerebral focal, siendo el [accidente cerebrovascular](#) (ictus) isquémico o hemorrágico la etiología más frecuente. Otras causas incluyen tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, procesos infecciosos o inflamatorios localizados (como encefalitis), y enfermedades neurodegenerativas que afectan específicamente la corteza parietal posterior. La localización precisa de la lesión, típicamente en la arteria cerebral media o sus ramas que irrigan el área parietal posterior izquierda, es determinante para la

aparición del síntoma. La autopagnosia rara vez se presenta como un síntoma aislado; de hecho, su aparición es un marcador cardinal de un síndrome neuropsicológico más conocido: el [Síndrome de Gerstmann](#).

El Síndrome de Gerstmann se caracteriza por la tetra-síntoma: agnosia digital (incapacidad para nombrar o reconocer los dedos), desorientación derecha-izquierda, acalculia (dificultad para realizar operaciones matemáticas) y agrafia (dificultad para escribir). La **autopagnosia**, en el sentido amplio de la incapacidad de localizar cualquier parte del cuerpo, está íntimamente ligada a la agnosia digital, que es su manifestación más localizada. La coexistencia de estos cuatro déficits sugiere una interrupción funcional en una región altamente especializada del cerebro, el giro angular del lóbulo parietal dominante, un área crítica para la integración de la información espacial, numérica y lingüística necesaria para etiquetar y manipular conceptos abstractos, incluyendo el propio cuerpo.

A nivel de procesamiento neural, se teoriza que la autopagnosia surge de la desconexión entre el sistema de representación somatosensorial primario (que registra la sensación) y las áreas asociativas que asignan etiquetas verbales y coordenadas espaciales a esas sensaciones. El cerebro necesita un "diccionario" interno que asocie la palabra "hombro" con la ubicación espacial y la sensación propioceptiva del hombro. En la autopagnosia, este diccionario se vuelve inaccesible o está dañado. Las complejas interconexiones entre el lóbulo parietal (esquema corporal), el lóbulo temporal (memoria y lenguaje) y el lóbulo frontal (ejecución motora) deben funcionar sincrónicamente para permitir el reconocimiento corporal consciente y voluntario. La disrupción de las fibras de asociación, como el fascículo longitudinal superior que conecta estas regiones, puede ser la base neuroanatómica de este déficit.

4. Manifestaciones Clínicas Clave

Las manifestaciones clínicas de la **autopagnosia** son específicas y se revelan mediante pruebas estandarizadas. El síntoma cardinal es la incapacidad para señalar o tocar partes del cuerpo, ya sean propias o del examinador, bajo instrucción verbal. Por ejemplo, si se le pide al paciente que "toque su oreja izquierda", puede señalar su nariz o fallar completamente en la tarea. Es importante destacar que el paciente no tiene parálisis y su audición es normal; el fallo es de mapeo cognitivo. Esta dificultad se extiende a tareas de imitación; si el examinador toca su propia rodilla, el paciente puede tener problemas para replicar esa acción, dependiendo de si la tarea requiere una representación espacial interna explícita.

Una manifestación particularmente estudiada es la agnosia digital (dactiloscopia), que se considera una forma focal de autopagnosia. El paciente es incapaz de identificar o nombrar sus dedos, o los de otra persona, y a menudo tiene dificultades para distinguir entre los dedos de su propia mano. Esta agnosia no se limita a la identificación verbal; los pacientes también fallan en

tareas no verbales, como tocar un dedo específico del examinador. El patrón de déficit a menudo muestra que los dedos centrales (índice, medio, anular) son más difíciles de identificar que los extremos (pulgar y meñique), lo que sugiere una organización jerárquica o radial del mapa digital en la corteza.

Además de la identificación directa, la autopagnosia puede manifestarse en el contexto de tareas más complejas que requieren la manipulación o el posicionamiento de partes del cuerpo. Por ejemplo, en el dibujo de la figura humana, los pacientes pueden omitir o colocar incorrectamente ciertas partes del cuerpo, reflejando su representación interna distorsionada. Asimismo, pueden exhibir dificultades en la orientación derecha-izquierda, otro componente del Síndrome de Gerstmann, que es una manifestación de la dificultad para aplicar coordenadas espaciales a los objetos, incluido el propio cuerpo. La presencia de estos déficits combinados refuerza la idea de un fallo en los mecanismos de orientación espacial y codificación simbólica gestionados por el lóbulo parietal dominante.

5. Diferenciación de Trastornos Relacionados

Es fundamental diferenciar la **autopagnosia** de otros trastornos neuropsicológicos que pueden presentar síntomas superficialmente similares. La distinción más importante debe hacerse con la [apraxia](#). La apraxia es un déficit en la ejecución de movimientos aprendidos (praxis) que no se debe a debilidad motora o falta de comprensión. Aunque un paciente con autopagnosia puede fallar en señalar una parte del cuerpo, esto se debe a que no puede localizarla cognitivamente, no a que haya perdido la capacidad de realizar el gesto de señalar. En contraste, un paciente con apraxia ideomotora puede saber dónde está su nariz, pero ser incapaz de ejecutar el movimiento de tocarla bajo instrucción. La clave diagnóstica es que el paciente con autopagnosia puede realizar movimientos espontáneos, pero falla en la localización intencional.

Otra diferenciación crucial es con la [afasia](#). Si un paciente no puede nombrar una parte del cuerpo, podría tratarse de una afasia anómica (dificultad para recuperar palabras). Sin embargo, en la autopagnosia, el déficit persiste incluso en tareas no verbales. Si se le pide al paciente que toque la parte del cuerpo que el examinador toca, o si se le pide que imite una postura, la falla en la autopagnosia se mantendrá, mientras que un paciente con afasia anómica pura podría tener éxito en las tareas no verbales. Por lo tanto, el diagnóstico de autopagnosia requiere descartar déficits primarios en el lenguaje, la atención, o la función motora o sensorial.

Finalmente, debe distinguirse de la negligencia espacial unilateral. Los pacientes con negligencia (generalmente debida a daño en el lóbulo parietal derecho) ignoran la mitad de su espacio y, a menudo, la mitad de su cuerpo (asomatognosia). En la negligencia, el paciente simplemente no presta atención a la mitad del cuerpo. En la **autopagnosia**, el paciente es consciente de todo su cuerpo, pero el mapa interno que permite la identificación específica de sus partes está dañado.

Aunque la autopagnosia y la negligencia pueden coexistir, representan mecanismos de disfunción espacial distintos: uno relacionado con la atención y el otro con la representación simbólica y conceptual del esquema corporal.

6. Evaluación Diagnóstica

La evaluación de la **autopagnosia** se realiza mediante una serie de pruebas neuropsicológicas diseñadas para aislar la función de reconocimiento corporal de otras funciones cognitivas. El primer paso es descartar déficits sensoriales o motores primarios que podrían explicar la incapacidad de la tarea. Esto incluye la evaluación de la sensibilidad táctil, la propiocepción y la fuerza motora. Una vez descartados estos factores, la evaluación se centra en tareas de identificación y localización.

Las pruebas clave incluyen: 1) Tareas de Nombramiento: Se le pide al paciente que nombre las partes de su cuerpo o las de un muñeco. 2) Tareas de Localización por Orden Verbal: Se le pide al paciente que señale una parte de su cuerpo o la del examinador bajo instrucción. 3) Tareas de Localización por Imitación: El examinador toca o mueve una parte de su cuerpo, y se le pide al paciente que haga lo mismo. 4) Tareas de Discriminación Derecha-Izquierda: Se pide al paciente que identifique el lado derecho o izquierdo de su cuerpo o del examinador. Los fallos consistentes en estas tareas, especialmente cuando están asociados a la agnosia digital y la desorientación derecha-izquierda, son altamente sugerentes de **autopagnosia** y, por extensión, de una lesión parietal izquierda.

El uso de neuroimagen (resonancia magnética, tomografía computarizada) es esencial para confirmar la ubicación de la lesión y correlacionarla con los hallazgos clínicos. La identificación de un daño focal en el giro angular o supramarginal del hemisferio dominante proporciona la confirmación anatómica de la etiología del síndrome. Además, las pruebas deben ser lo suficientemente sensibles para distinguir entre una autopagnosia pura y una manifestación de apraxia o afasia concomitante. Un neuropsicólogo debe analizar cuidadosamente el patrón de errores, ya que, en la autopagnosia, el error no es aleatorio, sino que refleja un colapso del mapa corporal específico.

7. Historia y Desarrollo Conceptual

Aunque el término **autopagnosia** se utiliza para describir un déficit específico en el reconocimiento corporal, el interés por los trastornos del esquema corporal tiene raíces profundas en la neurología del siglo XIX. La noción de que el cerebro mantiene un "mapa" interno del cuerpo fue explorada por neurólogos como Henry Head y Gordon Holmes a principios del siglo XX, quienes acuñaron el término "esquema postural" o "esquema corporal" para describir esta representación dinámica. Sin embargo, el reconocimiento formal de la autopagnosia como un

síntoma distinto y localizable está inextricablemente ligado al trabajo de Josef Gerstmann.

En la década de 1920 y 1930, Gerstmann describió una constelación de síntomas que aparecían juntos tras lesiones parietales, denominando al conjunto [Síndrome de Gerstmann](#). Aunque Gerstmann se centró principalmente en la agnosia digital, la desorientación derecha-izquierda, la acalculia y la agrafia, la agnosia digital es la manifestación más focal de la autopagnosia. La inclusión de la agnosia digital en este síndrome elevó la conciencia sobre la importancia de la representación corporal en las funciones cognitivas superiores. El trabajo de Gerstmann consolidó la idea de que la capacidad de localizar y nombrar las partes del cuerpo compartía sustratos neurales con el cálculo y la orientación espacial, todos localizados en el área de asociación parietal.

A lo largo de las décadas posteriores, el concepto de **autopagnosia** se ha refinado, distinguiéndose de otros trastornos somatognósicos. Los avances en neuroimagen han permitido a los investigadores confirmar la correlación clínico-anatómica postulada por Gerstmann, reforzando la asociación de la autopagnosia con el giro angular izquierdo. Hoy en día, la autopagnosia es un concepto clave para entender la disociación entre la sensación física y la representación conceptual del yo, sirviendo como prueba de que el esquema corporal es una construcción cognitiva compleja y vulnerable a daños focales.

8. Importancia e Implicaciones

La **autopagnosia** es de gran importancia teórica y clínica. Desde una perspectiva teórica, su existencia demuestra la modularidad de la cognición corporal. El hecho de que un paciente pueda sentir y mover su cuerpo, pero no pueda localizar conceptualmente sus partes, indica que el sistema de representación corporal no es unitario, sino que se compone de varios módulos (sensorial, motor, espacial y lingüístico) que pueden fallar independientemente. Este conocimiento ha sido crucial para el desarrollo de modelos neuropsicológicos que describen cómo el cerebro mantiene la identidad y la coherencia del yo físico.

Clínicamente, la identificación de la autopagnosia, especialmente en el contexto del Síndrome de Gerstmann, es un poderoso indicador diagnóstico. Su presencia apunta de manera inequívoca a una lesión focal en el lóbulo parietal dominante, lo que ayuda a los neurólogos a localizar con precisión el daño cerebral subyacente. Aunque la autopagnosia en sí misma no tiene un tratamiento farmacológico directo, su reconocimiento es vital para establecer estrategias de rehabilitación neuropsicológica que se centren en la reeducación del esquema corporal y en el uso de estrategias compensatorias para mejorar la conciencia espacial del paciente.

Además, la investigación sobre la **autopagnosia** tiene implicaciones en campos más amplios, como la robótica y la realidad virtual. Comprender cómo el cerebro humano mapea el cuerpo es esencial para diseñar interfaces hombre-máquina más intuitivas y para desarrollar prótesis que

puedan ser integradas de manera más natural en el esquema corporal del usuario. La autopagnosia nos recuerda que la representación del "yo" no es innata ni monolítica, sino una función continuamente construida y susceptible a la interrupción por daño cerebral.

9. Investigaciones Actuales y Debates

Las investigaciones actuales sobre la **autopagnosia** se centran en refinar su localización anatómica precisa y en explorar la plasticidad cerebral asociada a este déficit. Utilizando técnicas avanzadas de neuroimagen funcional (fMRI) y estimulación magnética transcraneal (TMS), los investigadores buscan identificar las redes neurales exactas que se desconectan cuando ocurre la autopagnosia, a menudo encontrando patrones de conectividad alterada entre la corteza parietal, prefrontal y premotora. Existe un debate continuo sobre si la autopagnosia es fundamentalmente un déficit espacial (una dificultad para asignar coordenadas a las partes del cuerpo) o un déficit lingüístico-simbólico (una dificultad para acceder a las etiquetas verbales asociadas al mapa corporal).

Un área de investigación activa es la rehabilitación. Dada la naturaleza de la autopagnosia, los enfoques de rehabilitación a menudo implican el uso de retroalimentación visual y táctil intensiva para reconstruir el esquema corporal. Por ejemplo, el uso de espejos o realidad virtual puede forzar al paciente a reinterpretar la relación espacial de sus miembros. La investigación explora la eficacia de estas intervenciones para promover la reorganización cortical en las áreas perilesionales. El debate se mantiene sobre si la recuperación observada es el resultado de la recuperación de la función dañada o de la compensación por parte de áreas cerebrales intactas.

Finalmente, la relación entre **autopagnosia** y otras funciones cognitivas, como el cálculo (acalculia), sigue siendo un foco de investigación. La superposición de estos déficits en el Síndrome de Gerstmann sugiere que el lóbulo parietal puede albergar un mecanismo cognitivo unitario para el procesamiento espacial y secuencial, aplicable tanto al cuerpo como a los números. Entender esta interconexión podría desvelar principios fundamentales sobre la organización del conocimiento abstracto en el cerebro humano.

Lecturas Adicionales

[Síndrome de Gerstmann \(Wikipedia en español\)](#)

[Lóbulo Parietal \(Wikipedia en español\)](#)

[Autopagnosia: A Review of the Literature \(NCBI - Academic Source\)](#)

[Somatognosia and Body Schema Disorders \(ScienceDirect\)](#)