

# autotopagnosia – autotopagnosia

Authored by  
**memjavad**

November 3, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *autotopagnosia – autotopagnosia*. Spanish Psychological Databases.  
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2637>

## Autotopagnosia

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

### 1. Definición Central y Clasificación

La autotopagnosia (del griego *autos*, sí mismo; *topos*, lugar; y *agnosia*, falta de conocimiento) es un déficit neuropsicológico específico caracterizado por la incapacidad del paciente para localizar, nombrar o señalar partes de su propio cuerpo, o el cuerpo de otros, a pesar de que sus funciones sensoriales, motoras y lingüísticas primarias permanezcan intactas. Este trastorno se enmarca dentro de las [agnosias somáticas](#), un grupo de afecciones en las que la percepción sensorial es normal, pero la capacidad de reconocer o interpretar la información sensorial está alterada. Es fundamental entender que el paciente con autotopagnosia puede ver y sentir la parte del cuerpo en cuestión, e incluso puede nombrar correctamente partes del cuerpo ajenas o de un dibujo, pero falla catastróficamente al intentar localizarlas en sí mismo o en otra persona mediante una orden verbal o imitación. Esta disociación subraya que el problema reside en la alteración de la representación interna, o mapa mental, del esquema corporal.

Este concepto no debe confundirse con la [apraxia](#), que es la incapacidad de realizar movimientos intencionados a pesar de la ausencia de parálisis o debilidad muscular, ni tampoco con la afasia, que implica problemas en la comprensión o producción del lenguaje. En la autotopagnosia, la orden verbal ("señale su nariz") es comprendida, y el paciente tiene la capacidad motora para mover el brazo, pero la conexión entre el concepto de la parte del cuerpo y su ubicación espacial precisa dentro de la representación somática está rota. Clásicamente, la autotopagnosia se ha considerado una manifestación de daño en las regiones parietales del hemisferio dominante, usualmente el izquierdo, y a menudo coexiste con otros déficits que componen el [Síndrome de Gerstmann](#), aunque puede presentarse de forma aislada, lo cual es crucial para su clasificación diagnóstica precisa dentro de la neurología cognitiva.

La manifestación de la autotopagnosia puede variar en severidad y extensión. Algunos pacientes muestran una afectación generalizada de la capacidad de localización de cualquier parte del cuerpo, mientras que otros pueden presentar déficits más focales, como la incapacidad de señalar partes específicas del rostro o de las extremidades. Esta variabilidad clínica sugiere que la representación cortical del esquema corporal no es unitaria, sino que se organiza en módulos o subcomponentes que pueden verse afectados de manera diferencial según la localización exacta y la extensión de la lesión cerebral. El estudio de estos casos disociados ha proporcionado información invaluable sobre la arquitectura funcional del [esquema corporal](#), diferenciándolo de la imagen corporal y de las funciones práxicas.

## 2. Etimología y Desarrollo Histórico del Concepto

El concepto de autotopagnosia tiene raíces profundas en la neurología de finales del siglo XIX y principios del XX, coincidiendo con el auge del estudio de las localizaciones cerebrales y los síndromes de desconexión. Aunque la palabra en sí es descriptiva y se deriva directamente de sus componentes griegos (auto-topo-agnosia), la descripción de los síntomas que ahora abarca se remonta a los primeros estudios sistemáticos de las lesiones cerebrales posteriores a traumas o accidentes cerebrovasculares. El reconocimiento de que los pacientes podían tener una percepción normal del entorno pero una representación distorsionada o inaccesible de su propio cuerpo fue un hito en la comprensión de la conciencia somática.

El término y la descripción clínica se consolidaron firmemente en el contexto de las investigaciones sobre el [lóbulo parietal](#). Fue el trabajo de neurólogos como Josef Gerstmann, a principios del siglo XX, lo que asoció déficits específicos en la orientación corporal con lesiones en el giro angular del hemisferio dominante. Si bien Gerstmann se centró primariamente en la [agnosia digital](#) (incapacidad de reconocer los propios dedos), la autotopagnosia representa un concepto más amplio de desorientación corporal que a menudo coexiste con la agnosia digital, la agrafia y la acalculia, conformando el síndrome epónimo. La distinción entre los déficits puramente lingüísticos (afasia) y los déficits de localización espacial (autotopagnosia) fue crucial para establecer la existencia de representaciones neurales dedicadas a la organización espacial del cuerpo, independientes del lenguaje.

A lo largo de las décadas, la comprensión de la autotopagnosia ha evolucionado más allá de ser simplemente un componente del Síndrome de Gerstmann. Investigaciones posteriores, utilizando técnicas de neuroimagen y estudios de casos únicos, han demostrado que la autotopagnosia puede ser una entidad clínica pura, separada de otros componentes del síndrome. Este desarrollo histórico ha permitido a los investigadores diferenciar entre los trastornos que afectan la conciencia de la presencia de las partes del cuerpo (como la [anosognosia](#) o la asomatognosia) y aquellos que afectan la capacidad de localizar o usar las coordenadas espaciales de esas partes, como es el caso de la **autotopagnosia**. La historia de este concepto es, por lo tanto, una historia de refinamiento diagnóstico y de profundización en la comprensión de la neurobiología del esquema corporal.

## 3. Bases Neuroanatómicas y Etiología

La etiología de la **autotopagnosia** está casi invariablemente ligada a lesiones cerebrales adquiridas que afectan las áreas corticales responsables del procesamiento visoespacial y somatosensorial integrado. La localización más consistentemente implicada es la corteza parietal posterior del hemisferio dominante, típicamente el izquierdo en personas diestras. Dentro de esta región, el [giro angular](#) (Brodmann 39) y el giro supramarginal (Brodmann 40) son las estructuras

clave, ya que actúan como centros de convergencia de información sensorial, visual y propioceptiva, esenciales para construir y mantener el mapa corporal interno.

Las principales causas de las lesiones que conducen a la autotopagnosia incluyen los accidentes cerebrovasculares isquémicos o hemorrágicos (especialmente aquellos que afectan el territorio de la Arteria Cerebral Media), tumores cerebrales que infiltran el lóbulo parietal, traumatismos craneoencefálicos severos y enfermedades neurodegenerativas focales. La función del giro angular es crucial porque se cree que alberga la representación semántica y espacial de las partes del cuerpo. Una lesión en esta área interrumpe las vías que conectan la información sensorial sobre la posición corporal con la representación conceptual y la capacidad de planificar un movimiento dirigido a esa ubicación. Es decir, aunque el sistema somatosensorial primario (táctil y propioceptivo) y el sistema motor están operativos, el "puente" de localización espacial se colapsa.

Es importante destacar la naturaleza de la conectividad neural. El esquema corporal no es una entidad estática, sino una representación dinámica que se actualiza constantemente. Las lesiones que causan autotopagnosia a menudo implican la interrupción de las fibras de asociación que conectan la corteza parietal con las áreas premotoras y prefrontales. Esta desconexión explica por qué el déficit es primariamente de localización y no de movimiento o sensación. La investigación ha sugerido que el hemisferio dominante se encarga de la representación detallada y simbólica de las partes del cuerpo, mientras que el hemisferio no dominante contribuye más a la orientación espacial general del cuerpo en el entorno. Por lo tanto, el daño en el hemisferio izquierdo resulta en el déficit de localización específica que define la **autotopagnosia**.

#### 4. Manifestaciones Clínicas y Síntomas Clave

La presentación clínica de la autotopagnosia se centra en una incapacidad persistente y específica para realizar tareas que requieren una referencia precisa al mapa corporal interno. El síntoma cardinal es la dificultad para señalar, nombrar o tocar, a petición verbal, partes del propio cuerpo o del cuerpo de otra persona. Cuando se le pide al paciente que señale una parte de su cuerpo, puede responder con gestos irrelevantes, señalar una parte incorrecta, o simplemente fallar en iniciar la respuesta, a pesar de demostrar que ha comprendido la instrucción.

Los síntomas clave se manifiestan en pruebas estandarizadas que exigen la manipulación o la identificación de las coordenadas corporales. Por ejemplo, si se le pide al paciente que toque su oreja derecha, puede tocar su hombro izquierdo o realizar un movimiento vago en la dirección general de la cabeza sin precisión. Crucialmente, esta incapacidad se mantiene incluso cuando se permite la retroalimentación visual, lo que distingue la **autotopagnosia** de los déficits puramente visuoespaciales. Además de la dificultad de localización, los pacientes pueden experimentar problemas relacionados, aunque no idénticos, como:

**Dificultad para imitar posturas:** El paciente puede tener problemas para replicar una postura corporal si esta requiere el conocimiento espacial de la relación entre sus propias partes corporales.

**Errores de lateralidad:** Confusión frecuente entre derecha e izquierda, un síntoma que a menudo coexiste con la autotopagnosia y es un componente clásico del Síndrome de Gerstmann.

**Transferencia del déficit:** La dificultad para localizar partes del cuerpo puede extenderse al cuerpo de un examinador, a un muñeco o a un dibujo, lo que sugiere que el déficit afecta la representación abstracta del cuerpo humano, no solo la auto-percepción.

Es vital que el examinador descarte que la falla se deba a una afasia receptiva (incapacidad para comprender la palabra "nariz") o a una apraxia ideomotora (incapacidad para planificar el movimiento). La autotopagnosia pura se diagnostica cuando el paciente puede nombrar la parte del cuerpo si se le muestra, puede mover el brazo sin dificultad, y puede demostrar una comprensión general de las instrucciones, pero falla únicamente en la tarea de localización somática. Este patrón de rendimiento disociado es la firma clínica de la alteración en el esquema corporal.

## 5. Evaluación Diagnóstica y Herramientas Específicas

El diagnóstico de la **autotopagnosia** se basa en la evaluación neuropsicológica detallada, diseñada para aislar el déficit de localización corporal de otras disfunciones cognitivas o motoras. La evaluación comienza con la exclusión de déficits sensoriales y motores primarios que podrían explicar la incapacidad de señalar o moverse. Luego, se emplean una serie de tareas específicas que prueban la integridad del esquema corporal.

Las herramientas de evaluación típicamente incluyen baterías de pruebas que comparan el rendimiento del paciente en diferentes modalidades:

**Localización por Comando Verbal:** Se pide al paciente que señale partes específicas de su propio cuerpo (ej. "Toque su rodilla"). Se registran los errores de proximidad y los errores de sustitución (señalar una parte diferente).

**Localización por Imitación:** El examinador toca una parte del cuerpo del paciente o de un maniquí, y se pide al paciente que toque la misma parte en sí mismo.

**Denominación de Partes del Cuerpo:** Se pide al paciente que nombre las partes del cuerpo que el examinador toca o señala (para descartar afasia expresiva).

**Pruebas de Discriminación Derecha/Izquierda:** Aunque es un síntoma relacionado (Gerstmann), su presencia apoya el diagnóstico parietal.

**Comparación Intra e Inter-Corporal:** Se compara la capacidad del paciente para localizar partes en sí mismo versus en el examinador o en una figura esquemática. La autotopagnosia clásica afecta ambas modalidades.

Un hallazgo diagnóstico clave es la [doble disociación](#). Por ejemplo, un paciente con **autotopagnosia** puede fallar en señalar su codo, pero tener éxito en señalar un objeto externo que se encuentra adyacente a su codo. Por el contrario, un paciente con un déficit puramente espacial (agnosia espacial) podría fallar en señalar el objeto externo, pero aún podría localizar su propio codo. Este patrón de disociación funcional confirma que el sistema de coordenadas corporales está específicamente comprometido, independientemente de la navegación espacial general. La neuroimagen (resonancia magnética o tomografía computarizada) es esencial para confirmar la presencia y la localización de la lesión en el lóbulo parietal dominante.

## 6. Modelos Teóricos de Procesamiento del Esquema Corporal

La **autotopagnosia** es un fenómeno crucial para la neuropsicología porque obliga a diferenciar y modelar las representaciones internas del cuerpo. La teoría más aceptada distingue entre el [esquema corporal](#) y la imagen corporal. El esquema corporal es una representación sensoriomotora inconsciente y dinámica, utilizada para controlar la postura y planificar movimientos en el espacio. Es una red de coordenadas espaciales que se actualiza constantemente a través de la propiocepción, la visión y el tacto. La imagen corporal, en contraste, es la representación consciente, emocional y cognitiva de la apariencia y la forma del cuerpo, influenciada por factores culturales y psicológicos.

Los modelos teóricos sugieren que la **autotopagnosia** es principalmente un trastorno del **esquema corporal**, específicamente de su componente espacial y de acceso a las etiquetas semánticas. La localización de una parte del cuerpo requiere un proceso en tres etapas: 1) Reconocimiento semántico de la etiqueta verbal ("nariz"); 2) Acceso a la representación espacial y las coordenadas de esa parte en el mapa corporal; 3) Traducción de esas coordenadas a un plan motor para señalar. Se postula que la lesión parietal interrumpe la segunda etapa, la de acceso al mapa de coordenadas somáticas. El paciente "sabe" qué es la nariz conceptualmente, pero no puede acceder a la ubicación precisa de ese concepto dentro de su propia estructura corporal.

Modelos más sofisticados, como los propuestos por Sirigu y otros, sugieren que existen múltiples mapas corporales superpuestos en la corteza parietal. Un mapa podría estar dedicado a la manipulación práctica (relacionado con la apraxia), y otro a la localización espacial y la identificación de partes del cuerpo (relacionado con la autotopagnosia). La existencia de casos puros de autotopagnosia sin apraxia o viceversa apoya la idea de una modularidad funcional dentro del lóbulo parietal. La comprensión de estos modelos es vital para desarrollar estrategias de rehabilitación que se dirijan específicamente a la reconstrucción o el re-acceso a estas coordenadas espaciales internas.

## 7. Diagnóstico Diferencial con Trastornos Relacionados

El diagnóstico diferencial de la **autotopagnosia** es extenso y crucial para evitar errores diagnósticos que podrían llevar a tratamientos inadecuados. Los trastornos más importantes a diferenciar son aquellos que afectan la conciencia corporal o la ejecución motora, pero por mecanismos distintos. El primer grupo incluye las agnosias somáticas más amplias.

**Asomatognosia:** Es la negación o falta de conciencia de una parte del cuerpo, generalmente un hemicuerpo paralizado ([anosognosia](#)). Mientras que el paciente con asomatognosia niega la existencia de su brazo, el paciente con autotopagnosia reconoce la existencia de su brazo, pero no puede localizar su codo o su muñeca por separado.

**Agnosia Digital:** Es la incapacidad de nombrar o reconocer los propios dedos, aunque la autotopagnosia es una forma más generalizada que afecta a todas las partes del cuerpo. Ambas a menudo coexisten, especialmente en el contexto del Síndrome de Gerstmann.

El segundo grupo de trastornos a diferenciar son los déficits lingüísticos y motores. La afasia de Wernicke (afasia receptiva) puede llevar a que el paciente no señale correctamente una parte del cuerpo simplemente porque no comprende la palabra ("nariz"). Sin embargo, el paciente afásico fallará consistentemente en todas las tareas de comprensión lingüística, mientras que el paciente con **autotopagnosia** fallará selectivamente en la localización somática, manteniendo intacta la comprensión de otras órdenes. De manera similar, la apraxia ideomotora puede impedir que el paciente realice el gesto de señalar, pero la apraxia es un fallo en la planificación motora, no en el mapa de coordenadas. Si se le pide al paciente con autotopagnosia que señale un objeto externo, generalmente puede hacerlo sin problemas, lo que excluye la apraxia pura como causa subyacente de la falla.

## 8. Implicaciones Funcionales y Calidad de Vida

Las implicaciones funcionales de la **autotopagnosia**, aunque a menudo eclipsadas por déficits motores o lingüísticos más obvios, son significativas y afectan gravemente la calidad de vida y la autonomía del paciente. La incapacidad de acceder al mapa corporal interno dificulta tareas cotidianas que requieren la manipulación precisa de las extremidades en relación con el tronco, como vestirse, asearse o comer. Por ejemplo, vestirse se convierte en un desafío monumental si el paciente no puede localizar el agujero de la manga o la posición de un botón en su propio cuerpo. La coordinación ojo-mano puede verse afectada indirectamente, ya que la planificación motora fina depende de una retroalimentación espacial precisa del cuerpo.

En el ámbito social y ocupacional, la autotopagnosia puede generar confusión y frustración. Los pacientes pueden tener dificultades en deportes o actividades que requieren conciencia corporal y coordinación espacial, como bailar o conducir. Además, la necesidad de depender constantemente de la retroalimentación visual externa para verificar la posición de una parte del cuerpo puede ralentizar drásticamente la ejecución de tareas. La falta de una representación

somática interna fluida contribuye a una sensación general de desorientación corporal, aunque el paciente puede no ser completamente consciente de la naturaleza específica de su déficit, especialmente si coexiste con la anosognosia.

Desde una perspectiva psicológica, la alteración de la conciencia corporal puede contribuir a la ansiedad y el aislamiento social. La autotopagnosia, al afectar el sentido fundamental de la propia corporalidad, impacta la identidad somática. Por lo tanto, el manejo de esta condición requiere un enfoque holístico que aborde no solo la rehabilitación neuropsicológica, sino también el apoyo psicológico para mitigar las consecuencias secundarias en la funcionalidad y el bienestar emocional del paciente.

## 9. Tratamiento y Enfoques Terapéuticos

Actualmente, no existe un tratamiento farmacológico específico para revertir el daño cortical que subyace a la **autotopagnosia**. El enfoque terapéutico se centra en la rehabilitación neuropsicológica y la compensación funcional, buscando promover la plasticidad cerebral y el uso de estrategias alternativas para superar el déficit de localización.

Las estrategias de rehabilitación se dirigen a reentrenar el acceso al esquema corporal o a proporcionar vías compensatorias:

**Entrenamiento de la Conciencia Somática:** Uso intensivo de la retroalimentación sensorial. Se utilizan espejos, contacto táctil guiado y estímulos propioceptivos para obligar al paciente a prestar atención consciente a la ubicación de sus partes corporales, intentando reconstruir la conexión entre la etiqueta semántica y la ubicación espacial.

**Técnicas de Asociación Verbal y Visual:** Se utilizan tarjetas o diagramas que asocian el nombre de la parte del cuerpo con su ubicación visual en el diagrama, y luego se pide al paciente que replique esa ubicación en su propio cuerpo, reforzando las conexiones lingüístico-espaciales.

**Terapia Ocupacional Funcional:** Integración de las partes del cuerpo en tareas funcionales de la vida diaria (vestirse, comer), utilizando la repetición y la guía física para automatizar movimientos que ya no pueden ser planificados conscientemente a través del mapa corporal dañado.

El pronóstico de la autotopagnosia depende en gran medida de la causa subyacente y de la extensión del daño cerebral. En casos de accidente cerebrovascular agudo, puede haber una recuperación parcial o total debido a la reorganización cortical. Sin embargo, si la lesión es extensa o si la etiología es progresiva (como en ciertas demencias), la condición puede ser crónica. La clave del éxito terapéutico reside en la intensidad del reentrenamiento y en la capacidad del paciente para utilizar sistemas de referencia alternativos, como el sistema visual, para compensar la pérdida del mapa somático interno.

## 10. Lecturas Adicionales

[Autopagnosia \(Wikipedia en español\)](#)

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

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

[Esquema Corporal \(Wikipedia en español\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM