

PSICOPATOLOGIA DE LA PSICOMOTRICIDAD

1. Definición de psicomotricidad: expresividad y estructuralidad.
2. Exploración de la psicomotricidad.
3. Trastornos de la psicomotricidad.
4. Signos neurológicos menores.
5. Psicomotricidad en los trastornos psiquiátricos.

1) **DEFINICION DE PSICOMOTRICIDAD:**

La actividad motora incluye la actitud, el reposo y el movimiento del individuo. El ser humano se expresa y nos da información objetiva (estado de conciencia, orientación, etc.) a través de la mímica, los gestos, la actitud y sus movimientos.

- a) Las **relaciones de la motilidad y la psicopatología** tienen dos aspectos fundamentales:
 - i) La expresividad: Constituye un elemento relacional y una forma de comunicación. Sus dimensiones se transmiten a través de *símbolos*, y están configuradas *por factores psicológicos y socioculturales*. Puede ser modelada por la interacción recíproca entre el emisor y el receptor del mensaje, sin que haya alteraciones de la estructura.
 - ii) La estructuralidad: Es la determinación estructural nerviosa del movimiento. Se transmite a través de *signos*, y está configurada por *factores neurofisiológicos*. Sus modificaciones producirán cambios de la expresividad, y patrones motores más arcaicos y autónomos.

Los trastornos clínicos de la psicomotricidad corresponden a anomalías en una dimensión u otra.

- b) **Símbolos no verbales y expresión**: Las expresiones motoras son una forma de comunicación no verbal. Se puede expresar los afectos a través de la expresión facial, los movimientos oculares, los gestos, las posturas, las inflexiones y el tono de la voz, el contacto físico, etc.

Podemos describir diversos tipos de conducta no verbal (Ekman y Friesen, 1969):

- Emblemas: Actos no verbales, con una traducción verbal directa conocida (ej.: hacer la V con los dedos, amenazar con el puño, etc.).
- Ilustraciones: Movimientos ligados al habla que ilustran lo que se está diciendo (ej.: movimientos de las manos o la cabeza que acentúan una frase).
- Exhibiciones afectivas: Expresiones faciales de emociones primarias.
- Reguladores: Conductas no verbales que influyen en el ritmo de intercambio verbal.
- Adaptadores: Conductas que no intentan transmitir un mensaje, que son fragmentos de actos adaptativos (ej.: frotarse la cara, rascarse).

- c) **Estructuración neuronal de los signos psicomotores:** Las bases neurológicas del movimiento se estructuran en tres niveles:
- La corteza motora (síndrome piramidal)
 - Los ganglios de la base (síndrome extrapiramidal): Son fundamentales en la iniciación del movimiento. Su patología se asocia a otros síntomas psicopatológicos (ej.: enfermedad de Huntington, Parkinson, etc.), lo cual sugiere que puede existir un mecanismo común en la producción de síntomas motores y psiquiátricos.
 - El cerebelo
- 2) **EXPLORACION DE LA PSICOMOTRICIDAD:** Previamente a la exploración de la psicomotricidad es imprescindible realizar una **exploración neurológica**, que nos permita descartar o diagnosticar trastornos neurológicos motores. La exploración de la psicomotricidad se basa en:
- ✓ La expresión facial: Existen unos patrones genéticos que determinan unas expresiones primitivas básicas universales (Ej.: alegría, tristeza, miedo), que se modelan por factores educativos, sociales y por las características de personalidad de cada individuo. Hay enfermedades que producen trastornos en la mímica facial (Ej.: amimia parkinsoniana, lesiones del hemisferio derecho). En la entrevista clínica, la expresión facial es un elemento de comunicación muy importante, que puede vehicular dimensiones como empatía, afectividad, etc.
 - ✓ Las características del habla: Diversos parámetros como el volumen, la velocidad en el habla espontánea, la duración de las frases, el ritmo, pueden ofrecer información general del estado psicomotor.
 - ✓ La motórica general: Es importante analizar la postura, la marcha, los gestos. Se deben recoger aspectos cuantitativos, cualitativos y la proporcionalidad y adecuación al contexto en que se producen. Hay que distinguir entre la actividad espontánea y la inducida o provocada. La exploración de la psicomotricidad debe prolongarse después de la visita médica (estando solo, con la familia, durmiendo, etc.), para detectar conductas de simulación, la influencia de la ansiedad en un movimiento, etc.
- 3) **TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD:** La motilidad puede estar aumentada en numerosos cuadros psíquicos, denominándose de forma genérica *hipercinesia*. Distinguiremos diversos cuadros psicopatológicos: inquietud, agitación, acatisia.
- a) **Inquietud psicomotriz:** Estado de hiperactividad psíquica y motora donde las acciones no están claramente ordenadas ni dirigidas hacia la consecución de un fin determinado. Es la expresión de un desasosiego interno, y suele aparecer en los trastornos de ansiedad. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con la acatisia.

- b) **Agitación psicomotriz:** Es un síndrome psicomotor muy frecuente, que tiene numerosas presentaciones y etiologías, siendo una de las urgencias psiquiátricas más habituales. Se compone de una hiperactivación psíquica y motora, que incluye exaltación motora con rápida sucesión de movimientos, gestos e impulsos a deambular o correr, que pueden ser más o menos intencionales o automáticos, pero que suelen carecer de un objetivo estable común. En ocasiones se acompaña de un trastorno de la conciencia. Existe un potencial agresivo hacia sí mismo y hacia los demás que justifica su atención urgente. Su etiología es diversa:
- i) Agitaciones reactivas a acontecimientos vividos, frustraciones, imposición de normas, etc.
 - ii) Trastornos de base orgánica: En estos cuadros hay una alteración de la conciencia, que dificulta aún más la contención externa. La impulsividad es muy característica.
 - ✓ *Intoxicación por alcohol o sustancias psicoactivas* (cocaína, anfetaminas, etc.).
 - ✓ *Trastornos orgánicos cerebrales:* delirium tremens, cuadros confusionales en pacientes con demencia, cuadros epilépticos, trastornos metabólicos, etc.
 - iii) Trastornos psiquiátricos:
 - ✓ *La agitación maniaca* suele aparecer cuando el estado de ánimo irritable predomina sobre el eufórico, y puede hacer que estos pacientes sean agresivos y violentos.
 - ✓ Entre los *pacientes depresivos* se aprecian episodios de agitación en las melancolías involutivas y en los cuadros depresivos seniles. La agitación es poco frecuente en las fases depresivas de los trastornos bipolares, en las que predomina la inhibición.
 - ✓ En la *esquizofrenia* la aparición aguda de los síntomas se asocia a una intensa angustia psicótica, enmarcada en la sintomatología psicótica, y a un estado de agitación notable. Los actos son extravagantes y aparentemente absurdos. Una forma especial es la *esquizofrenia catatónica*, en que se observa una inmovilidad y un automatismo característicos, entrecortados por episodios de agitación.
- c) **Acatisia:** Situación en la que el paciente es incapaz de permanecer quieto, acompañada de una sensación subjetiva de intranquilidad interna. También se conoce como el “*síndrome de las piernas inquietas*”. Es un efecto adverso de los fármacos neurolépticos, que puede aparecer al principio del tratamiento o tras varios meses. Aparece en el 20% de los casos; más frecuente con antipsicóticos de alta potencia y en formas de liberación retardada. Se trata reduciendo la dosis de neuroléptico y asociando benzodiazepinas o fármacos anticolinérgicos. Es importante reconocer este síndrome, ya que si se atribuye al trastorno psicótico, y se trata incrementando la dosis de neuroléptico, empeoraría el cuadro clínico.
- d) **Inhibición psicomotora:** Es el síndrome psicopatológico inverso al anterior. Lo podemos definir como el defecto en la energía necesaria para poner en marcha los

movimientos. Suele acompañarse de una dificultad en la expresividad del lenguaje y gestos. Para referirse a este estado clínico, se utilizan otros términos como **retardo psicomotor** en los cuadros depresivos, o **acinesia e hipocinesia** en el síndrome parkinsoniano.

Entre los trastornos psiquiátricos, los cuadros depresivos son los que producen estados de inhibición con mayor frecuencia. En estos pacientes hay un retardo de las funciones psíquicas (pensamiento) y motoras (postura estática de desánimo, abatimiento, disminución del tono muscular). Existen autores, como Widlöcher (1983), que defienden un modelo de depresión en que el retardo psicomotor sería primario en la melancolía; lo considera como el síntoma principal de la depresión endógena, e independiente de los otros síntomas.

Otro estado de inhibición se produce en los esquizofrénicos, con una afectividad más indiferente y un pensamiento más desestructurado.

La exploración del paciente inhibido es compleja, ya que a menudo no podemos contar con su colaboración.

e) **Estupor**: El estupor es un síndrome caracterizado por la reducción o ausencia de las funciones de relación (habla o motilidad); es decir, por el **mutismo y la acinesia**. Los signos clínicos que lo caracterizan son:

- ✓ Disminución o supresión de las actitudes motoras relacionales espontáneas o reactivas.
- ✓ Mutismo
- ✓ Trastornos vegetativos, con respuestas extrañas al frío o al calor.
- ✓ Trastornos de la micción, defecación y alimentación.
- ✓ Catalepsia, negativismo, manierismos, estereotipias y ecofenómenos.
- ✓ Pueden asociarse alteraciones de la conciencia, alucinaciones, delirios.

Su descripción ha ido evolucionando a lo largo de la historia y actualmente se define como *un síntoma primario motor a modo de vestigio de un programa comportamental arcaico* (Berrios, 1981).

El estupor puede ser de causa orgánica y psiquiátrica. El diagnóstico diferencial es complejo, pero suele establecerse de acuerdo a que en el estupor psiquiátrico el EEG suele ser normal, no hay otros síntomas neurológicos, y aparece nistagmo a la estimulación oculovestibular.

- i) El estupor orgánico se asocia a una alteración de la conciencia. Puede observarse en intoxicaciones por sustancias psicoactivas, demencias, estado post-ictal epiléptico, y otros procesos orgánico-cerebrales.
- ii) Las causas psiquiátricas de estupor son: Esquizofrenia catatónica, estupor melancólico e histeria

- f) **Catatonía:** Es un síndrome psicomotor característico, que incluye síntomas como *catalepsia, negativismo, estupor, ecosíntomas, mutismo, rigidez muscular y estereotipias*. También pueden aparecer actos impulsivos aparatosos o agresivos.

Uno de los elementos más característicos es la **catalepsia o flexibilidad cérica**: actitud inmóvil con la musculatura rígida, de manera que pueden colocarse los miembros del sujeto en posiciones forzadas, incómodas y antigraavitatorias, sin que el sujeto vuelva a su posición original. Se ha descrito la “*almohada psicológica*” como una característica clínica poco frecuente, pero muy significativa de este estado.

Los **ecosíntomas**, también denominados **obediencia automática**, consisten en que el individuo repite automáticamente movimientos (ecopraxia), palabras (ecolalia) o gestos (ecomimia), producidos por el interlocutor. A veces se observa “**la respuesta del último momento**”, en que el individuo, tras no responder a una pregunta, articula una palabra o ruido simple ante el ademán de marcharse del interlocutor.

El **negativismo** puede ser **pasivo** (actitud sistemática negativa del paciente) o **activo** (tan sólo cuando se le obliga a realizar algún acto).

Kahlbaum en 1873 fue quien consideró este síndrome como una entidad nosológica. Kraepelin lo incluyó como un subtipo de esquizofrenia. Johnson en 1993 define la catatonía como un síndrome neuropsiquiátrico causado por una gran variedad de trastornos orgánicos, que se manifiesta en forma de catalepsia con un estado mental anormal. Los cuadros catatónicos pueden aparecer en trastornos afectivos, alteraciones de los ganglios basales, límbicas y diencefálicas, y otros cuadros neurológicos, metabólicos, tóxicos y farmacológicos.

Una vez estudiadas las alteraciones cuantitativas de la psicomotricidad, pasaremos a describir las alteraciones cualitativas de la misma: estereotipias, manierismos, tics, temblor.

- g) **Estereotipias:** Se definen como la repetición reiterada e innecesaria de un acto que puede aparecer en la mímica facial o en la mímica corporal general. Según la *complejidad del movimiento*, pueden distinguirse dos tipos de estereotipias:
- i) Simples: frotar, rascar, etc. Son frecuentes *en los trastornos orgánicos cerebrales de evolución demencial*. Serían signos de desintegración.
 - ii) Complejos: movimientos de las manos, tocar los cabellos, jugar con un objeto, dar vueltas, balancearse, etc.). Son típicos de *trastornos psíquicos*, como la esquizofrenia.

Es importante diferenciar las estereotipias de los trastornos del sistema extrapiramidal producidos por los tratamientos neurolépticos, como *la discinesia tardía o las distonías agudas*.

- h) **Manierismos:** Son los movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y de la mímica, de forma grotesca y extravagante. Son propios de *cuadros esquizofrénicos residuales*, en los que hay una pérdida del contenido afectivo de los movimientos y gestos volviéndose vacíos de contenido e insulsos.
- i) **Tics:** Son movimientos rápidos y espasmódicos, que aparecen en general en la cara, cuello y cabeza, de forma repetitiva e involuntaria, y que aparentemente carecen de sentido. Son, por ejemplo, guiños de ojo, fruncir de cejas, mover la cabeza echando el pelo hacia atrás, etc. Rara vez el tic involucra músculos inferiores a los hombros. *Se agravan con la tensión emocional, se atenúan con la distracción y desaparecen durante el sueño*. El paciente puede retrasar la aparición del tic en el tiempo. Este *control voluntario* de los tics genera desazón e inquietud, que va aumentando hasta que se repite el tic.

Surgen frecuentemente en la edad infantil (7 años), y son más frecuentes en varones (4:1). Los antecedentes familiares de tics en los individuos afectados son insignificantes, *pero 1/3 de los padres de niños con tics presentan trastornos psiquiátricos*. En la mayoría de los casos el síntoma desaparece en pocos meses. Las formas que presentan un curso crónico son la de comienzo tardío.

Una forma de especial interés es el **Síndrome de Gilles de la Tourette**. Afecta a varones (3:1) e inicia antes de los 10 años, en forma de tic monosintomático. Posteriormente se van asociando otros síntomas como masivas contracciones de cara, tronco, piernas, producción de ruidos extraños (gruñidos, chasquidos de lengua, etc.), *coprolalia* (emisión de palabras soeces-60-%-), exhibicionismo (30%), conducta autodestructiva, conducta antisocial y *comportamiento obsesivo* (33%). En la mayoría de los casos no hay deterioro intelectual, pero sí trastornos del sueño asociados.

- j) **Temblores:** Movimientos oscilatorios regulares, involuntarios y rítmicos, que aparecen en una parte del cuerpo alrededor de un punto fijo. Se localizan en las extremidades, aunque pueden aparecer en cabeza, cara y lengua. Los temblores más característicos son:
 - i) Temblores de reposo o parkinsoniano: De 4-5 movimientos por segundo (ej. “contar monedas”). Suele acompañarse de rigidez o hipocinesia. Puede atenuarse con el movimiento voluntario.
 - ii) Temblores postural o de actitud: Aparece al iniciar o efectuar algún movimiento, y se hace más evidente al mantener una postura.

iii) Temblor intencional: Aparece durante el movimiento y es de baja frecuencia. Aumenta de amplitud al acercarse al objetivo. Su etiología suele ser cerebelosa.

Frente a cualquier cuadro tremórico es importante observar sus características clínicas y la **acción y condiciones que lo aumentan o reducen**. *Las causas más frecuentes de temblor en la práctica psiquiátrica son:*

- Temblor alcohólico: Se relaciona con la ingesta etílica prolongada. Suele ser un síntoma de abstinencia y se atenúa al reanudar la ingesta enólica. Es un temblor fino, regular, predominantemente intencional y de frecuencia elevada.
- Temblor ansioso: Es fino, regular y rápido, y se hace más intenso con la intencionalidad.
- Histeria: En estos cuadros clínicos pueden aparecer síntomas tremóricos de forma paroxística, irregular y limitados a zonas topográficas concretas. Influyen factores reactivos o la finalidad de obtener beneficios secundarios.
- Temblor inducido por fármacos: Por neurolépticos (parkinsoniano), por antidepresivos tricíclicos (de actitud).

4) SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES O BLANDOS:

En los últimos años ha surgido un interés creciente por un tipo especial de manifestaciones neurológicas que no indican un daño localizado de forma específica, sino que parecen ser indicativos de disfunción cerebral global o déficit integrativo. Los signos neurológicos menores pueden ser de tipo conductual (impulsividad, hiperactividad), signos físicos (paladar ojival, epicanto, hipertelorismo, etc.) y diferentes signos no focales (movimientos coreiformes leves, falta de equilibrio, descoordinación leve, asimetría de la marcha, nistagmo, o persistencia de reflejos infantiles). Los signos neurológicos menores no son indicativos de lesiones neurológicas focales, pero se asocian con una amplia variedad de trastornos del desarrollo y se observan con frecuencia en pacientes con bajo coeficiente intelectual, trastornos del aprendizaje o trastornos del comportamiento.

En psiquiatría se han estudiado en dos campos especiales: los trastornos cognoscitivos (ej., demencias) y determinadas psicosis (Ej.: esquizofrenia). La presencia de signos neurológicos menores en estos trastornos no ha sido todavía explicada, pero futuros estudios prospectivos permitirán explicar su valor clínico y fisiopatológico.

5) PSICOMOTRICIDAD EN TRASTORNOS PSIQUIATRICOS:

En este apartado comentaremos los trastornos de la psicomotricidad más característicos de algunas entidades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos, o la histeria.

- a) **Esquizofrenia**: Los pacientes esquizofrénicos pueden presentar trastornos psicomotores tanto en la expresividad como en la estructuralidad. En relación al distanciamiento de la

vivencia autística del psicótico, se aprecia una falta de sintonía, una aparente inadecuación al medio. Esto dificultará las relaciones interpersonales de estos pacientes.

En los episodios agudos o brotes psicóticos, se aprecia una desorganización psicomotora, que genera cuadros de agitación o inhibición, como la catatonía o bloqueos durante la ejecución de una acción.

En las formas procesuales y en esquizofrenia residual son frecuentes los movimientos anormales como las estereotipias, los manierismos, el acúmulo de provisiones o basuras, la desorganización de la conducta alimentaria, el abandono del cuidado personal, y la presencia de formas motoras regresivas como posturas fetales. También pueden darse conductas negativistas u opositoras, o de excesiva cooperación.

La presencia de movimientos anormales en la esquizofrenia es muy sugestiva de una alteración neurológica subyacente, y de hecho *la presencia de trastornos estructurales en la psicomotricidad de los esquizofrénicos es un dato reconocido*. La elevada frecuencia de trastornos extrapiramidales (disonía aguda, discinesia tardía, acatisia), se había considerado secundaria a los efectos del tratamiento neuroléptico, pero estudios recientes demuestran la presencia de estos síntomas en pacientes sin medicar. También apoya esta hipótesis el elevado porcentaje de signos neurológicos menores en estos pacientes.

- b) **Trastornos afectivos:** Se observan alteraciones de la psicomotricidad muy características tanto en las fases maníacas del trastorno bipolar, como en los episodios depresivos.
- i) Manía: El aumento de la actividad psicomotora general es el aspecto más espectacular de estos pacientes, y en ocasiones puede suponer peligros para el mismo, y conductas heteroagresivas. Suele iniciarse con un incremento aparente del rendimiento físico, aumento de energía y actividad, resistencia a la fatiga y disminución de las necesidades de sueño. Posteriormente aparecen conductas desinhibidas e impulsivas, debidas a la doble excitación motora y cognitiva. Muchos pacientes verbalizan una sensación subjetiva desagradable de “no poder parar”. En casos muy graves puede alcanzarse un estado catatónico. Las conductas más características del estado maníaco son:
- ✓ Desinhibición e indiscreción en la esfera sexual y social.
 - ✓ Gastos excesivos, innecesarios y muy arriesgados.
 - ✓ Conductas altruistas.
 - ✓ Inmiscuirse en asuntos privados o íntimos de familiares o desconocidos.
 - ✓ Frecuentes episodios de discusiones y violencia física (ingesta excesiva de alcohol).

ii) Depresión melancólica: Las alteraciones psicomotoras constituyen un aspecto básico de la clínica de la melancolía: movimientos y lenguaje lentificados, incremento de pausas en el lenguaje, latencia de respuesta aumentada, reducción de movimientos en la mirada, reducida expresión verbal, verbalización monótona, facies amímica, postura de abatimiento o pesadumbre, inquietud, agitación. En casos graves podemos observar estados estuporosos o catatónicos. Como hemos comentado previamente, hay *diversos grupos de trabajo (Widlöcher, Parker) que concluyen que la esencia de la melancolía y la endogenicidad viene marcada por la psicomotricidad (retardo psicomotor)*. En las recurrencias depresivas las alteraciones de la psicomotricidad se observan precozmente, incluso antes de las alteraciones cognitivas o del estado de ánimo.

En el terreno de la conducta, *el suicidio* es la eventualidad más grave, que se produce en el 10-15% de depresiones (bipolares>unipolares>neuróticas).

c) **Histeria**: Entre las neurosis, la histeria es la que presenta unas alteraciones motoras más significativas. Se caracteriza por la marcada exhibición externa de los síntomas: “*neurosis de expresión*”. La psicomotricidad de la histeria puede considerarse a tres niveles:

i) La personalidad histérica: Se caracteriza por la **fuerte tendencia a la seducción y a la exhibición**. Predomina el talante de llamar la atención de los demás, a través de la mímica facial, la voz, las posturas, etc. Esta expresión exagerada de exhibición y seducción se denomina *histrionismo*, y se caracteriza por la tendencia a la dramatización.

ii) Los síntomas de conversión: Son las manifestaciones corporales de la conflictividad histérica; es decir, *la conversión de una emoción desagradable o inaceptable en un síntoma físico*. Pueden aparecer **síntomas inhibidos** (parálisis, afonía) o **excitados** (espasmos, temblores, tortícolis). Son más frecuentes en culturas poco desarrolladas.

iii) Las crisis histéricas: Tienen características parecidas a los síntomas conversivos, pero su presentación es más aguda y espectacular, y suele ser de tipo reactivo. Pueden tomar **formas de inhibición** (crisis de letargia, síncope, estupor, etc.), o **formas de excitación** (crisis charcotianas o pseudoconvulsivas, crisis de agitación y furor).

La elevada frecuencia de errores diagnósticos de las manifestaciones histéricas aconseja que se mantenga cierta prudencia antes de atribuir estos síntomas a una causalidad psicógena.