

T.17. TRASTORNOS PSICOMOTORES

1. INTRODUCCIÓN

La psicomotricidad refleja la actuación del hombre en interacción con experiencias afectivas y cognitivas.

Incluye dos elementos Tono muscular y armonía cinética

La CNV refleja emociones, rasgos de personalidad y rasgos psicopatológicos.

La relación entre psicomotricidad y psicopatología incluye dos dimensiones:

1. Expresividad (comunicabilidad): f. socioculturales; símbolos; sucesos)
2. Estructuralidad (estructura nerviosa): f. neurofisiológicos; signos)

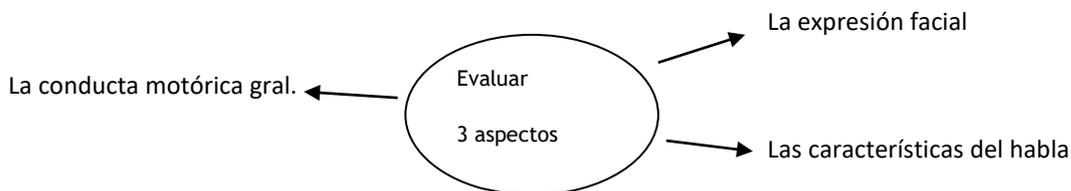


- cambios excesivamente marcados de expresividad (desequilibrio)
- patrones motores +primitivos y autónomos

2. EVALUACIÓN



Frecuencia, factores que ↓↑ , evolución.



3. TRASTORNOS PSICOMOTORES

1. AGITACIÓN PSICOMOTORA:

- Reactiva
- Orgánico-cerebral
- Psicótica

2. ESTUPOR:

- Reactivo
- Depresivo
- Catatónico
- Neurológico

3. TEMBLORES:

- De reposo o Parkinsonianos
- Posturales:
 - De acción rápida
 - De acción lenta
- Intencionales

4. CONVULSIONES: Epilepsia.

5. TICS:

- Psicológicos
- Orgánicos (p.ej. Tourette, C.H)

6. ESPASMOS:

- Profesionales
- Saltatorios
- Salutatorios

7. CATATONIA:

- Catalepsia
- Negativismo:
 - Pasivo
 - Activo
- Estupor
- Estereotipias
- Ecosíntomas u obediencia automática

8. ESTEREOTIPIAS

- Complejas
- Simples

9. MANIERISMOS

10. DISCINESIAS

- Aguda
- Tardía

11. APRAXIAS

4. TRASTORNOS DE LA MÍMICA

1. HIPERMIMIAS:

- Generalizadas
- Polarizadas

2. HIPOMIMIAS

3. DISMIMIAS

- Mimas reflejas o ficticias
 - Paramimas o mímicas discordantes
-

(3). TRASTORNOS PSICOMOTORES VISTOS UNO A UNO.

1. AGITACIÓN PSICOMOTORA (+%)

Hiperactividad motora: sucesión de gestos, mov. y conductas realizados de modo rápido y sin objetivo.

Características:

- El síndrome psicomotor más frecuente.
- Variedad en formas de presentación y en etiología.

= Síndrome de inhibición o retardo psicomotor.

- Característ.:
- Estado de conciencia de hipo/acinesia.
 - Se muestra indiferente, ajeno, distante del medio.
 - Ausencia de las funciones de relación, paralización y mutismo (de instantes a semanas).
 - Para salir: E intensa y repetida.

Síntomas asociados:

- T. vegetativos
- T. micción, defecación y alimentación
- R. extraña al frío/calor
- Otras alteraciones psicomotoras (ver catatónia)

Distintas formas de estupor:

1. Estupor reactivo:

- A un shock
- Paralización por miedo.

2. Estupor depresivo:

- En depresión (+ psicóticas)
- Perplejo, abrumado por la angustia, la culpa, la indefensión.

3. Estupor catatónico:

- En esquizofrenia catatónica.
- Respuesta de sobrecogimiento y rigidez por terror, angustia y perplejidad, según Gallup y Maser, debida a "amenaza grave a la conciencia acerca de sí mismo"

4. Estupor neurológico:

- En encefalitis, epilepsias, intoxicaciones.
- Disminución / ausencia de R. verbales y motoras a los estímulos.
- ≠ Estupor psiquiátrico: menor alteración del EEG, ausencia de síntomas neurológicos y nistagmus.

3. TEMBLORES

Mov. musculares oscilatorios, en torno a un punto fijo del cuerpo, en forma de sacudidas (contracciones ant/agonistas) involuntarias, rítmicas y rápidas.

- Cabeza, cara, lengua y extremidades (+↑).
- Raros en tronco.

Distintos tipos por frecuencia y modo de aparición:

1. Temblores de reposo o parkinsonianos (los +%):

- Mov. de corto recorrido en extremidades distales de los dedos (4 o 5/seg.)

- Se suelen acompañar de rigidez muscular y acinesia o hipocinesia.
- Desaparecen o disminuyen con control voluntario.
- En:
 - o estados de ansiedad
 - o encefalopatía W-K
 - o intoxicaciones etílicas o anfetamínicas
 - o tratamientos prolongados de psicofármacos.

2. Temblores posturales:

a. De acción rápida (8-12/seg.)

- Ansiedad
- Intoxicación alcohólica, anfetaminas, fármacos...



- Temblor fino, regular, intencional.
- Abstinencia.
- + por la mañana, antes de beber y tras horas sin ingerir.
- Se atenúan con la ingesta. El alcohol seda.
- Máxima expresión: D.T.

b. De acción lenta (4 -6/seg.)

- Trastornos o enfermedades estructurales del cerebro. P.ej. enfermedad de Wilson.

3. Temblores intencionales:

- Sacudidas durante los mov. voluntarios.
- De mayor amplitud y menor frecuencia que los posturales.
- Origen: cerebelo (con/sin lesión)
- En:
 - o Crisis de ansiedad
 - o Psicosis anfetamínicas y atropínicas
 - o Enfermedad de Hartnup y Wilson
 - o Esclerosis múltiple
 - o Ataxia hereditaria progresiva

4. CONVULSIONES

Contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria en uno, varios músculos o todo el cuerpo.

- En enfermedades asociadas a cuadros tóxico-infecciosos con afectación cerebral y, sobre todo, en la **epilepsia** y especialmente en las convulsiones de gran mal.

En un cuadro epiléptico podemos encontrar:

1. Convulsiones de gran mal:

Síntomas:

- Pérdida instantánea de consciencia
- alteraciones fisiológicas: ↑ y ↓ tensión, taquicardia, sudoración, dilatación pupilar, desviación de globos oculares.

- mordeduras de lengua
- traumatismos por caída
- gritos y estertores epilépticos por contractura de glotis.
- A veces: aura (obnubilación, hormigueo, alucinaciones).

Fases:

1. Fase Tónica:

- Apnea y pérdida de conciencia + contracción muscular de cabeza y extremidades (5 -10 seg.) → caída.

2. Fase Clónica o convulsiva:

- Continúa la apnea.
- Mov. convulsivos involuntarios, rítmicos y regulares (20-30 seg.) → lesiones, mordeduras...
- Termina con recuperación del ritmo respiratorio; micción.

3. Fase de Recuperación:

- Recuperación paulatina de la consciencia (20-30 min.)
- Durante: estados confusionales con tempestad de movimientos, agitación y desorientación auto y alopsíquica.

2. Crisis psicomotoras o crisis parciales:

- No pierde la conciencia totalmente, aunque hay alteración del funcionamiento psíquico.
- Realización de conductas “automáticas” que pueden parecer motivadas (p.ej. crujir los dientes o vagar sin propósito).

3. Pequeño mal:

- No convulsiva.
- La manifestación principal es la “ausencia” (= pérdida total o parcial y breve de la conciencia de entre 5 y 15 seg. Se queda paralizado con la mirada fija en cualquier punto).
- Cuando las ausencias se repiten (minutos) y se acompañan de alteraciones de conciencia completa y/o automatismos, se denominan “estado crepuscular”.

¡¡A veces es difícil ≠ las convulsiones psicógenas en pacientes histéricos de las crisis epilépticas.



- no patrón de epilepsia (no apnea; no rítmicos y regulares).
- EEG normal.
- Frecuencia y duración mayor de las crisis; termina de forma progresiva.
- No si están solos.
- No mordedura, micción o lesiones por caídas.
- Convulsiones anárquicas, asimétricas e intencionales.
- Personalidad histriónica: teatralización.

5. TICS

MOv. musculares locales, rápidos y espasmódicos que se manifiestan -de forma involuntaria, aislada, inesperada, repetitiva, frecuente, sin propósito y a intervalos irregulares- en una o más partes del cuerpo (sobre todo en la cara, cabeza, cuello; raros por debajo de los hombros)

- Inicio: 7 años; 4 h : 1 m
- Asociada a cuadros de ansiedad (se agravan con la tensión); se atenúan con distracción; no durante el sueño.
- Es posible el control voluntario, pero...
- = vía de escape emocional
= conversión somática tras trauma
= conductas obsesivas
- TIC síntoma (vs) TIC síndrome (neurosis obsesivas y epilepsia)
- TIC psicológico (vs) TIC orgánico (corea de Huntington, espasmos y temblores cerebelares)



No en sueño
Reproducibles
Inhibición voluntaria
No modificación de reflejos
Etiología no orgánica



T. motor orgánico (gen dominante). Entre 35 y 45.
...irregulares, intensos, rigidez muscular, falta equilibrio, chasquidos, temblores inv. en brazos/piernas, tics.
Demencia progresiva, apatía, irritabilidad, labilidad, depre.

- Shapiro: clasificación según etiología, edad, duración y curso (tabla pág. 454).

P.ej. Síndrome de Pilles de la Tourette:

- Tics múltiples en cara, cuello y ojos + ruidos extraños nasales/vocales+ coprolalia, ecolalia
- Antes de los 10 años; 3 h: 1m
- Evol. progresiva, oscilante, hacia contracciones masivas de cara, tronco, piernas y tórax
- ¿Causa? Se cree que es orgánico (y hereditario)

6. ESPASMOS

Contracciones involuntarias, exageradas y persistentes, tanto en la musculatura voluntaria como la de órganos internos.

Espasmo *torticular*:

- mov. rotación de cabeza hacia un lado.
- En forma de crisis aguda y súbita; segundos de duración; tiende a la repetición.
- A veces, con mov. atetósicos principalmente del brazo.

Tipos de espasmos:

1. Espasmos profesionales:

- Contractura de un determinado grupo muscular que se atenúa con el reposo y la distensión.
- A veces, junto a parálisis momentánea y/o temblores.
- Particularmente frecuente en personas neuróticas y, algo menos, en profesiones concretas.

- Ej. típico: el calambre del escribiente.

2. Espasmos saltatorios de Bamberger

- Accesos súbitos en los músculos de las piernas → saltos.
- Poco frecuentes (+ personas lábiles, primitivas y poco cultivadas).

3. Espasmos salutatorios de Salaam

- Contracciones de los músculos del cuello → flexionar y extender el cuello.
- Más en la infancia.
- Asociados a las ausencias del pequeño mal de la epilepsia y a lesiones encefalíticas del hipotálamo.

7. CATATONÍA

Síndrome que puede incluir:

1. CATALEPSIA:

- Actitud inmóvil con musculatura rígida que permite colocar a un individuo en una posición forzada durante tiempo indefinido.
- **Flexibilidad cérea** (=resistencia pasiva que se opone a la flexión de las articulaciones). Si se acompaña de rigidez muscular se conoce como **catalepsia rígida**.

2. NEGATIVISMO:

- Oposición a cualquier movimiento que se ordena.
 - **Tipo pasivo:** oposición.
 - **Tipo activo:** hace lo contrario.

3. ESTUPOR:

Actitud de permanecer ajeno, distante al medio, con ausencia de respuesta, paralización absoluta del cuerpo y mutismo.

4. ESTEREOTIPIAS:

Repetición continuada e innecesaria de movimientos concretos.

5. ECOSÍNTOMAS U OBEDIENCIA AUTOMÁTICA:

- Ecopraxia
- Ecolalia
- Ecomimia

Otros datos:

- Es frecuente en esquizofrenia; T. afectivos; alteraciones límbicas, diencefálicas y de ganglios basales; en cuadros neurológicos (1^o y 2^o)
- Del estado estuporoso (*inmovilidad motora*) a un estado de agitación (*raptus*) donde podría darse *tempestad de movimientos*.
- Diagnóstico diferencial: catatonía psiquiátrica (*vs*) catatonía orgánica.



EEG normal
Maniobra de los ojos de muñeca: negativa
Respuestas optocinéticas
Test de amital sódico: positiva
Se sugiere psicopatología

A continuación: TRASTORNOS PSICOMOTORES QUE HACEN REFERENCIA A MANIFESTACIONES GESTUALES Y A MOVIMIENTOS O POSTURAS PECULIARES:

8. ESTEREOTIPIAS

Repetición continuada e innecesaria de mov. organizados y generalmente complejos (*vs tics*) que se manifiestan particularmente en la mímica facial o en la corporal general.

- En la clínica, se asemejan a los rituales de los obsesivos.
- También como efectos 2^{os} de antipsicóticos.

Tipos:

1. Simples:

- Patrones de mov. arcaicos y con función estimular.
- Por alteraciones estructurales.
- En T. orgánicos cerebrales de evolución demencial.

2. Complejas:

- Mov. llamativos y aparatosos de manos y brazos.
- En T. psicóticos no orgánicos

9. MANIERISMOS

- Mov. parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y la mímica.
- En cuadros similares a los que generan estereotipias (ej. psicóticos)
- Ej. sonrisas inmotivadas o sin significado, las posturas forzadas de hebefrénicos

10. DISCINESIAS

Mov. involuntarios de lengua, boca y cara (chupadas, masticación...).

Tipos:

1. Discinesia aguda:

- Contracciones de los músculos mono/bilaterales de extremidades superiores, cuello y espalda.

30" + 60-90" + 30" + 60-90" + 30"

- Provocan tortícolis, espasmos de torsión, tics mandibulares y disfasias.
- Algunos, en los primeros días con antipsicóticos ← barbitúricos y antiparkinsonianos.

2. Discinesia tardía:

- Mov. involuntarios raros de la lengua, boca y cara.
- Comienzo insidioso.
- En consumidores prolongados de altas dosis de fenotiacinas y en personas con alteraciones orgánicocerebrales.

11. APRAXIAS

Dificultades en las actividades propositivas que exigen secuenciar y coordinar ordenadamente una serie de mov. Es decir, que requieren cierto nivel de complejidad psicomotora.

En niños se denomina **displaxia evolutiva**.

= Importantes perturbaciones en la organización del esq. corporal y en la representación temporoespacial:

- dificultad o incapacidad ... tareas habituales
- ...secuencias rítmicas o actividades gráficas complejas
- ...imitación de gestos o designación de partes del cuerpo
- ...en operaciones espaciales o logicomatemáticas
- Exploración neurológica casi siempre normal
- Mayor afectación de la actividad motora que del lenguaje

(4). TRASTORNOS DE LA MÍMICA VISTOS UNO A UNO

1. HIPERMIMIAS

Expresión exagerada o exaltada de la mímica.

Tipos:

1. Generalizadas:

- Todos los músculos faciales.
- Mirada distraída o al acecho. No se fija.
- Significado afectivo:
 - Manía = juego y euforia.
 - Estados oníricos = pánico.
 - Histeria = histrionismo (mirada hiperexpresiva, provocadora y agresiva)

2. Polarizadas:

- Expresa estado afectivo monotemático.

2. HIPOMIMIAS

De escasez de mov. a inmovilidad completa.

- Mirada fija en un objeto o en el vacío
- La fisionomía expresa:
 - o en la depresión: sufrimiento, dolor, inhibición
 - o en estados confusionales: perplejidad y extravío
 - o en la esquizofrenia: negativismo y oposicionismo con rechazo de contacto.

- Se observan también en: demencia, retraso mental profundo.

3. DISMIMIAS

Contradicción entre la expresión facial y gestual, y los contenidos psicoafectivos.

Tipos:

1. Paramimia o Mímicas discordantes:

- Discordancia entre expresión verbal y facial.
- En: esquizofrenia (sonrisas o risas raras, inmotivadas).

2. Mímicas reflejas o ficticias:

- Reproduce guiños o mov. de la boca del observador (ecomimia).
- En: retraso mental, histeria, simuladores y, algo menos, en esquizofrenia.