

La expresión motora, gestual y mímica responde a un lenguaje de comunicación "no verbal" a través del cual el hombre expresa emociones.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento motor es el vehículo que media entre el hombre y su relación con el medio.

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

Tiene 2 elementos:

- el tono muscular
- la armonía cinética (que permite el encadenamiento de cada uno de los momentos gestuales o motores en el tiempo y espacio).

La correspondencia constante entre el tono muscular y la motilidad en sí misma posibilita dirigir adecuadamente el gesto de forma armónica.

La relación entre la psicomotricidad y la psicopatología incluye 2 dimensiones fundamentales:

- a) la expresividad (comunicabilidad); configurada por factores psicosocioculturales y se transmite a través de símbolos (cambios posturales, arquear las cejas, frotar la cara, etc.)
- b) la estructuralidad (determinación estructural nerviosa del movimiento); configurada x factores d índole neurofisiológica y se transmite a través d "signos" (panatonia –rigidez- de brazos y piernas, etc.)

En un primer nivel, los cambios de la expresividad guardan predominantemente relación con sucesos personales o relacionales.

En un segundo nivel (cambios de la estructuralidad) producen a su vez 2 efectos:

- cambios excesivamente acusados de la expresividad, que generalmente implican una pérdida del equilibrio expresión-contexto.
- la aparición de patrones motores más primitivos y autónomos

EVALUACIÓN DE LA PSICOMOTRICIDAD

Es frecuente la aparición de síntomas motores asociados a síntomas psiquiátricos (Base neurológica común)

La evaluación de las alteraciones psicomotoras deberá recoger datos sobre 3 aspectos:

1. **La expresión facial:** en la entrevista clínica es el elemento por el que se transmiten diferentes dimensiones vivenciales (afectividad, empatía, seguridad, etc.)
2. **Las características del habla:** ofrecen por sí mismas información general acerca del estado psicomotor, se analizan parámetros como el volumen, ritmo, velocidad, duración de las frases, proporción hablada y de silencios, evaluados subjetiva o objetivamente.
3. **La motórica general:** evaluación de una amplia gama de movimientos, tanto espontáneos como hechos tras órdenes y que incluyen posturas, hábitos, etc.

No olvidar determinar la frecuencia de los síntomas, precisar los factores o situaciones que precipitan o aumentan las manifestaciones y signos psicomotores así como describir su evolución.

TRASTORNOS PSICOMOTORES

A) AGITACIÓN PSICOMOTORA

Síndrome psicomotor más frecuente.

Características: elevada frecuencia de manifestación, variadas formas de presentación y diversidad etiológica.

Se manifiesta como una forma de hiperactividad motora: sucesión de gestos, movimientos y conductas de modo rápido y sin objetivo determinado.

Los síntomas más frecuentes asociados a ella son:

- a) hiperactivación psíquica y motora.
- b) inhibición verbal en ocasiones con manifiesta falta de conexión o estructuración ideativa.
- c) estado de ánimo predominantemente ansioso, colérico o eufórico.
- d) potencial agresivo hacia sí mismo y hacia los demás.
- e) en menor medida, trastornos de conciencia de tipo confusional.
- f) fuga de ideas con disminución de la capacidad de atención.

Desde el punto de vista etiológico, hay tres modos de presentación de las agitaciones psicomotoras:

1. Agitaciones reactivas
2. Agitaciones en trastornos orgánicos-cerebrales
3. Agitaciones psicóticas

1. Agitaciones reactivas

Se producen como consecuencia de:

- a) situaciones de tensión extrema vividos por el sujeto en la realidad o imaginados.
- b) factores tóxicos consecuentes al consumo de productos farmacológicos.
- c) intoxicación por drogas

Es importante tener en cuenta el "factor personal patológico" para diferenciar entre cuadros de agitación por trastornos orgánico-cerebrales y los debidos a agitación psicótica.

2. Agitaciones en trastornos orgánicos-cerebrales

Se producen en:

- a) los cuadros confuso-oníricos típicos por ejemplo del delirium tremens. La agitación se debe a que las alteraciones somáticas (metabólicas, endocrinas...) y psíquicas (alucinaciones, sensación de terror, etc.) favorecen la aparición de angustia y excitación.
- b) La epilepsia, durante las crisis convulsivas
- c) Consecuencia d accidentes vasculares cerebrales o traumatismos craneoencefálicos.

Suele haber un predominio del trastorno de conciencia secundario a la causa orgánica asociados a la agitación motora:

- a) obnubilación de la conciencia.
- b) pensamiento incoherente y ofuscado.
- c) desorientación auto y alopsíquica total o parcial.
- d) distractibilidad.
- e) alucinaciones (especialmente visuales).

3. Agitaciones psicóticas

Se producen en:

- a) ciertos tipos de esquizofrenia (especialmente en la catatónica)
- b) en las fases maníacas de las psicosis maniaco-depresivas, asociadas a signos como euforia patológica, expansividad, y la atención fugaz. En la fase depresiva predomina la inhibición psicomotora.
- c) los estados demenciales, debidos a la pérdida progresiva del sentido crítico y de la comprensión de las situaciones.

Inquietud psicomotora: Las formas menores o leves en las que conserva en mayor o menor grado cierto control sobre sí mismo, típico de depresiones involutivas y depresiones seniles.

Inhibición psicomotora o retardo psicomotor: síndrome psicomotor inverso a la agitación psicomotora. Frecuente en los trastornos depresivos, el autismo... y se caracteriza por gestos y movimientos lentos y por mantenimiento de un estado de quietud centrado en su pesadumbre.

B) ESTUPOR

Es un síndrome de inhibición psicomotor. Se caracteriza por un estado de conciencia en el que predomina una ausencia o reducción de las respuestas. Es decir, indiferencia, distante del medio que le rodea.

La manifestación más relevante es la paralización absoluta del cuerpo y con mutismo que puede durar desde unos instantes hasta semanas.

Para salir del estado, requiere una estimulación intensa y repetida.

Los síntomas asociados son:

- 1) trastornos vegetativos.
- 2) trastornos de la micción, defecación y alimentación.
- 3) respuestas extrañas al frío y calor.
- 4) otras alteraciones psicomotoras cm estereotipadas, manierismos, negativismo, ecofenómenos, etc.

Se han descrito diversas formas de estupor:

- 1) Estupor reactivo.
- 2) Estupor depresivo.
- 3) Estupor catatónico
- 4) Estupor neurológico.

1. Estupor reactivo

Surge como reacción a un shock grave, al pánico, al terror. Respuesta de paralización por el miedo por situaciones catastróficas o incapacidad para hacer frente a situaciones estresantes o amenazantes.

2. Estupor depresivo

Aparece en las depresiones psicóticas. Se siente perplejo y abrumado por angustia, abatimiento, culpa y una sensación de total incapacidad para la decisión.

3. Estupor catatónico

Aparece en la esquizofrenia catatónica. Respuesta de sobrecogimiento y rigidez por terror, angustia y perplejidad.

4. Estupor neurológico

Aparece en la encefalitis, la epilepsia y en intoxicaciones por sustancias tóxicas. Disminución incluso ausencia de respuestas verbales y motoras a los estímulos.

En los pacientes con estupor psiquiátrico a diferencia del neurológico, se observa menor alteración en las respuestas del EEG, ausencia de síntomas neurológicos y presencia de nistagmus en la estimulación oculo vestibular.

C) TEMBLORES

Son movimientos musculares oscilatorios en torno a punto fijo del cuerpo, en forma de sacudidas involuntarias, rítmicas y rápidas.

Se manifiestan en la cabeza, cara, lengua y extremidades (no son frecuentes en el tronco).

Se agrupan en 3 categorías:

- 1) Temblores de reposo.
- 2) Temblores posturales.
- 3) Temblores intencionales.

1. Temblores de reposo

Consisten en movimientos de corto recorrido con oscilaciones finas y rápidas de los dedos.

Se acompañan generalmente de rigidez muscular y ausencia (*acinesia*) o disminución (*hipocinesia*) de movimientos. Suelen desaparecer con control o cuando inicia alguna actividad intencional.

Se les llaman también temblores parkinsonianos por su frecuente asociación con el parkinson.

Se presentan más frecuentemente:

- 1) en los estados de ansiedad
- 2) en la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff
- 3) consecuencia de intoxicaciones etílicas o anfetamínicas
- 4) en los tratamientos prolongados con algunos psicofármacos

2. Temblores posturales

Sacudidas que aparecen al iniciar o hacer algún movimiento, se ve más claro cuando es una postura forzada.

2 tipos:

- a) **Temblores de acción rápida** (8-12 movimientos / segundo). Se asocian con estados de ansiedad y derivados de intoxicaciones etílicas o farmacológicas. El temblor alcohólico es fino, regular y predominantemente intencional. (Síntoma de abstinencia)
- b) **Temblores de acción lenta** (4-6 movimientos / segundo) Se asocian con trastornos o enfermedades estructurales del cerebro.

3. Temblores intencionales

Consisten en sacudidas que aparecen durante los movimientos voluntarios. Son de mayor amplitud y menor frecuencia que los temblores posturales y su origen suele estar en el cerebelo.

Se presentan en los siguientes casos:

- 1) crisis de ansiedad.
- 2) psicosis anfetamínicas y atropínicas.
- 3) enfermedades de Hartnup y Wilson.
- 4) esclerosis múltiple.
- 5) ataxia hereditaria progresiva.

D) CONVULSIONES

Son movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria que se manifiestan en uno o varios grupos musculares o de todo el cuerpo.

Aparecen asociados a cuadros tóxico-infecciosos y sobretodo en la epilepsia.

En ciertas formas de epilepsia se manifiestan según un patrón específico, en forma de crisis, llamadas convulsiones de **gran mal**.

Los síntomas asociados a las convulsiones de **gran mal** son:

- a) pérdida instantánea de la consciencia
- b) alteraciones fisiológicas
- c) frecuentes mordeduras de la lengua
- d) lesiones o traumatismos por caídas
- e) gritos o estresores "epilépticos" debidos a la contracción de la glotis

El gran mal consta de 3 fases:

a) **Fase tónica:** se inicia con una contracción brusca con instauración de apnea y pérdida de conciencia.

Al cabo de unos segundos, fase de contracción de los músculos agonistas de la cabeza y extremidades con duración (5-10 seg) durante la cual si está de pie puede caer al suelo debido a la súbita descoordinación muscular.

b) **Fase convulsiva:** se mantiene la apnea y se inician los movimientos convulsivos involuntarios, rítmicos y regulares que rápidamente se generalizan en todo el cuerpo (fase clónica).

Termina con una recuperación dl ritmo respiratorio y a veces se produce un vaciado urinario.

c) **Fase de recuperación:** recuperación paulatina que dura de 20-30 min, con estados confusionales, con tempestad de movimientos, agitación y desorientación auto y alopsíquica.

Los principales rasgos diferenciales de las crisis histéricas:

- 1) que no exista el patrón típico de las crisis epilépticas
- 2) que el registro del EEG sea normal
- 3) que la duración y las crisis sea mayor y terminen de forma progresiva
- 4) que prácticamente no aparezcan estando solo el individuo
- 5) que raramente haya mordeduras de la lengua, incontinencia urinaria o lesiones por caídas.
- 6) que las convulsiones sean anárquicas, no simétricas e intencionales.

En las crisis psicomotoras o crisis parciales de la epilepsia a diferencia del gran mal, el sujeto puede no perder la conciencia totalmente.

En el pequeño mal no se presentan convulsiones como en el gran mal, solo la pérdida total y breve, o disminución de la conciencia entre 5 y 15 segundos.

Estado crepuscular: cuando las ausencias se repiten, prolongadas durante minutos y acompañadas de alteraciones de conciencia y/o automatismos.

E) TICS

Son movimientos musculares locales, rápidos y espasmódicos de forma involuntaria, aislada, inesperada, repetitiva, frecuente, sin propósito y a intervalos irregulares. En una o más partes del cuerpo.

Ej: guiños de ojos, estiramientos del cuello, movimientos de la cabeza hacia un lado, ruidos con la nariz, fruncimiento de cejas, parpadeos, etc.

Mayor incidencia en los varones.

Suelen ser sintomáticos de la ansiedad y se agravan con tensión emocional, se atenúa con la distracción y desaparecen durante el sueño.

Aunque se puede ejercer un control voluntario, esto genera una tensión hasta que se repite el tic.

Los tics tienden a manifestarse sin acompañarse de otra sintomatología (tic sintoma)

Pero en ocasiones se asocian a otras manifestaciones patológicas (tic síndrome) en neuróticos con tendencias obsesivas y en la epilepsia.

Implicaciones de los tics:

- se pueden asociar a conductas alteradas que surgen en un momento determinado y cuyo mantenimiento puede ser origen de otros conflictos posteriores.
- pueden convertirse en una vía de escape emocional. (reacción a una situación de ansiedad transitoria)
- pueden alcanzar un significado de conversión somática de carácter histérico o somático tras situaciones traumatizantes.
- es frecuente la asociación de los tics con conductas obsesivas.

Los síntomas diferenciales entre los tics psicológicos y los de etiología orgánica, son que los primeros:

- 1) desaparecen durante el sueño.
- 2) son reproducibles a voluntad.
- 3) pueden inhibirse a voluntad.
- 4) no existe modificación de los reflejos.
- 5) su etiología no es orgánica.

Shapiro: hace una clasificación de los tic en función de etiología, edad, duración, tipo y curso. 2 de ellos:

	ETIOLOGÍA	EDAD DE COMIENZO	TIPO(S) DE TIC(S)	DURACIÓN	CURSO CLÍNICO DE LOS SÍNTOMAS
<i>Tic transitorio de la infancia o agudo simple</i>	Supuestamente no orgánica	< 12 años	1 ó 2 tics musculares	De 2 semanas a 1 año	Fluctuante
<i>Tic crónico simple</i>	Supuestamente no orgánica	< 15 años o > 40 años	1 ó 2 tics musculares	Toda la vida	Poco o ningún cambio, normalmente
<i>Corea de Huntington</i>	Orgánica	Entre los 35 y los 45 años	Diversa sintomatología y 1 o más tics	Toda la vida	Degenerativo
<i>Tic múltiple de la infancia o adolescencia</i>		Entre los 2 y los 13 años	1 o varios tics musculares, o tics verbales	Remisión en la adolescencia	Fluctuante y cambiante
<i>Tic múltiple crónico (S. Gilles de la Tourette)</i>	Supuestamente orgánica	Entre los 2 y los 15 años	Múltiples tics musculares y verbales	Toda la vida	Fluctuante y cambiante

- **Corea o enfermedad de Huntington:** trastorno motor de origen orgánico que se caracteriza por la aparición de movimientos irregulares e intensos, con rigidez muscular, dificultad para mantener el equilibrio al caminar, chasquidos de los labios y lengua, temblores involuntarios de brazos y piernas y tics. Sus síntomas aparecen entre 35-45 años, y se hereda z un gen dominante.

- **Síndrome de Gilles de la Tourette:** tics múltiples en la cara, cuello y ojos, ruidos extraños nasales o vocales. Además se dan expresiones verbales incontinibles como la ecolalia, o la coprolalia. Afecta más a varones (3 a 1), suele iniciarse antes de los 10 años y evoluciona progresivamente, oscilante, hacia contracciones masivas de cara, tronco, piernas y caja torácica. Etiología supuestamente orgánica.

F) ESPASMOS

Contracciones musculares involuntarias, exageradas y persistentes que se pueden localizar tanto en la musculatura como en las fibras musculares de los órganos internos.

El espasmo torticular: movimiento de rotación de la cabeza hacia un lado. Aparece en forma de crisis aguda, de segundos de duración y tiende a repetirse.

Hay 3 tipos de espasmos:

1. Espasmos profesionales o "calambre del escribiente"

Contractura de un determinado grupo muscular, que se atenúa con reposo y distensión muscular, puede aparecer junto a parálisis momentánea y/o temblores. Frecuente en personas neuróticas y en menor medida en determinados profesionales: escribientes, violinistas, automovilistas, etc

2. Espasmos saltatorios de Bamberger

En forma de accesos súbitos, localizados en los músculos de las piernas y obligan al individuo a saltar y agitarse. Son infrecuentes y suelen aparecer en personas emocionalmente lábiles, muy primitivas y poco cultivadas.

3. Espasmos salutorios de Salaam

Contracciones musculares, localizadas en los músculos del cuello, que obligan al individuo a flexionar y extender repetidamente el cuello, recordando el gesto del saludo. Mayor frecuencia en la infancia, y se asocian a las ausencias del pequeño mal de la epilepsia y a lesiones encefalíticas del hipotálamo.

G) CATATONIA

Puede incluir varios síntomas como la catalepsia, la rigidez muscular, el negativismo, el estupor, el mutismo, las estereotipias y los ecosíntomas.

Catalepsia: actitud inmóvil con la musculatura rígida, que permite colocar al sujeto en una posición forzada.

Es característica también la que se llama flexibilidad cerea: forma especial de resistencia pasiva a la flexión de articulaciones, que cuando se acompaña de rigidez muscular se llama: catalepsia rígida.

El negativismo: actitud de oposición a cualquier movimiento que se le ordena al sujeto.

- **Negativismo pasivo:** actitud sistemática de oposición.

- **Negativismo activo:** hacer precisamente lo contrario cuando se le intenta obligar a que haga una acción.

Estupor: actitud de permanecer ajeno o distante del entorno, con una ausencia de las funciones de relación: paralización absoluta del cuerpo y mutismo.

Estereotipias: repetición continuada e innecesaria de movimientos concretos. (ej. frotado de manos)

Ecosíntomas u obediencia automática: repetición automática de los movimientos (*ecopraxia*), las palabras (*ecolalia*) o los gestos (*ecomimia*) hechos por el interlocutor.

La aparición de cuadros catatónicos es frecuente en:

- 1) en cuadros esquizofrénicos.
- 2) en trastornos afectivos.
- 3) en alteraciones de los ganglios basales, límbicas y diencefálicas.
- 4) en cuadros neurológicos.

Raptus: tempestad de movimientos, correr ciegamente, huir, gritar, golpear puertas, atacar personas, etc cuando salen a menudo súbitamente del estado estuporoso (inmovilidad motora).

H) ESTEREOTIPIAS

Consisten en la repetición continuada e innecesaria de movimientos o gestos que a diferencia de los tics son organizados y generalmente complejos. Normalmente en la mímica facial o en la corporal general.

2 tipos:

- a) **Estereotipias simples:** son patrones motores arcaicos y con función estimular, como frotar, rascar, dar palmadas en las rodillas. Debidos a alteraciones estructurales.
- b) **Estereotipias complejas:** son movimientos llamativos y aparatosos de manos y brazos, como tocar y jugar con determinados objetos, tocar cabellos, dar vueltas sobre sí mismo, aletear con los brazos, etc.

I) MANIERISMOS

Movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y la mímica. Se observan en cuadros psicóticos, como sonrisas inmotivadas o carentes de significado o posturas forzadas.

J) DISCINESIAS

Movimientos involuntarios de la lengua, boca y cara.

2 tipos:

1. discinesia aguda

Serie de contracciones de los músculos mono o bilaterales de las extremidades superiores, cuello y espalda. Permanecen contraídos 30 seg, y después de un minuto, o minuto y medio, sucede otra contracción. Se observan durante los 1^{os} días con antipsicóticos, y remite con antiparkinsonianos y barbitúricos.

2. discinesia tardía

Serie de movimientos involuntarios y raros con la lengua, boca y cara. Debido a dosis elevadas de fenotiacinas o alteraciones orgánocerebrales.

K) APRAXIAS

Dificultad para llevar a cabo actividades prepositivas que exijan secuenciar y coordinar ordenadamente una serie de movimientos (escribir, vestirse) es decir, tareas que exijan cierta complejidad psicomotora.

Dispraxia evolutiva: en niños. Los síntomas más relevantes en los niños son:

- a) dificultad para realizar tareas habituales (vestirse).
- b) dificultad para hacer secuencias rítmicas o actividades gráficas complejas.
- c) fracaso de la imitación de gestos o en la designación de partes del cuerpo.
- d) exploración neurológica casi siempre normal.
- e) fracaso en la realización de operaciones espaciales o lógico-matemáticas.
- f) mayor afectación de la actividad motora que del lenguaje.

4. TRASTORNOS DE LA MÍMICA

Hay 3 tipos de alteraciones de la mímica:

A) Hiperimimias

Expresión exagerada de la mímica. Estas alteraciones pueden ser:

a) Hiperimimias generalizadas: participan todos los músculos faciales y la mirada no se fija, sino que esta distraída o al acecho.

Las implicaciones afectivas son diferentes en cada cuadro psicopatológico:

- 1) de juego y euforia en la manía.
- 2) de auténtico pánico en los estados oníricos.
- 3) de histrionismo en la histeria, con mirada hiperexpresiva, provocadora y agresiva.

b) Hiperimimias polarizadas: expresan un estado afectivo monotemático. Por ejemplo, la angustia y el miedo se traduce en crispaciones de la cara y mirada trágica.

B) Hipomimias

Desde la escasez de movimientos hasta la inmovilidad completa. La mirada fija en un objeto o en el vacío. La fisonomía expresa:

- 1) sufrimiento, dolor e inhibición en la depresión.
- 2) perplejidad y extravío en los estados confusionales.
- 3) negativismo y oposiciónismo con rechazo de contacto en la esquizofrenia.

Aparecen en la demencia y el retraso mental profundo.

C) Dismimias

Reflejan una contracción entre la expresión facial y gestual y los contenidos psicoafectivos.

Pueden ser.

- a) Paramimias o mímicas discordantes: discordancia entre la expresión verbal y la facial y se observan mucho en las esquizofrenias.
- b) Mimias reflejas o ficticias: reproducen al instante guiños o movimientos de la boca del observador. Se observa en el retraso mental, la histeria, y menos en la esquizofrenia.