

TEMA 17.- TRASTORNOS PSICOMOTORES.

1.- INTRODUCCIÓN.

- ☞ El comportamiento motor del individuo es el vehículo que media entre el hombre y su relación con el medio. A través de las actitudes, los movimientos, los gestos y la mímica, éste expresa su estado de ánimo. Emociones, deseos, sentimientos, etc.
- ☞ Desde esta perspectiva la psicomotricidad refleja la actuación del hombre en interacción con experiencias afectivas y cognitivas.
- ☞ La psicomotricidad incluye dos elementos:
 - Tono muscular: cuya evolución se produce a lo largo de la vida, si bien es en los primeros meses cuando adquiere mayor relevancia.
 - Armonía cinética: que permite el encadenamiento de cada uno de los momentos gestuales o motores en el tiempo y el espacio.
- ☞ La correspondencia constante entre el tono muscular u la motilidad en sí misma posibilita dirigir adecuadamente el gesto de forma armónica.
- ☞ La expresión motora, gestual y mímica responde a un lenguaje de comunicación “no verbal”, a través del cual el hombre expresa emociones.
- ☞ La relación entre la psicomotricidad y la psicopatología incluye dos dimensiones fundamentales:
 - La expresividad: (comunicabilidad); está configurada por factores psicosocioculturales. Se trasmite a través de “símbolos” (cambios posturales).
 - La estructuralidad: (determinación estructural nerviosa del movimiento); está configurada por factores de índole neurofisiológica y se trasmite a través de “signos”.
- ☞ Desde el punto de vista psicopatológico, los trastornos de la psicomotricidad corresponden a anomalías en una dimensión u otra, o en la relación entre ambas.

2.- EVALUACIÓN DE LA PSICOMOTRICIDAD.

- ☞ Es frecuente la aparición de síntomas motores asociados a los síntomas psiquiátricos.

☞ La evaluación de las alteraciones psicomotoras propiamente dicha deberá recoger datos sobre tres aspectos:

- Expresión facial: en la entrevista clínica es el elemento por el que transmiten diferentes dimensiones vivenciales (afectividad, empatía, seguridad, etc.). Como método objetivo para esta evaluación destacan:
 - El sistema de codificación de actividad facial.
 - La motorización electromiográfica (especialmente en depresivos).
- Las características del habla: ofrecen por sí mismas información general acerca del estado psicomotor. Así en el clínica se analizan parámetros tales como el volumen, el ritmo y la velocidad del habla espontánea, la duración de las frases, la proporción de parte hablada y silencios, etc., que pueden ser evaluados tanto subjetiva como objetivamente (Ej: registros gráficos).
- La motórica general: comprende la evaluación de una amplia gama de movimientos, tanto espontáneos como ejecutados tras órdenes y que incluyen posturas, hábitos, etc. Los distintos parámetros se analizan por separado para así poder realizar observaciones más fiables.

Es importante evaluar estas características del comportamiento en contextos y circunstancias diferentes (clínica, familia, calle, etc.)

Existe la necesidad de:

- Determinar la frecuencia de los síntomas,
- De precisar los factores o situaciones que precipitan o aumentan (o por el contrario, reducen) las manifestaciones y signos psicomotores,
- De describir la evolución que éstas siguen.

3.- TRASTORNOS PSICOMOTORES.

3.1.- Agitación psicomotora.

☞ Es el síndrome psicomotor más frecuente. Se caracteriza principalmente por su elevada frecuencia de manifestación.

☞ Se manifiesta como una forma de hiperactividad motora (sucesión de gestos, movimientos y conductas realizados de modo rápido y sin ningún objetivo determinado).

☞ Los síntomas más frecuentes son:

- Hiperactivación psíquica y motora.
- Inhibición verbal en ocasiones con manifiesta falta de conexión o estructuración ideativa.
- Estado de ánimo predominantemente ansioso, colérico o eufórico.
- Potencial agresivo hacia sí mismo y hacia los demás.
- Trastornos de conciencia de tipo confusional (en menor medida).
- Fuga de ideas con disminución de la capacidad de atención.

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

- Agitaciones reactivas:

Se producen:

- Como consecuencia de situaciones o acontecimientos de tensión extrema vividos por el individuo en la realidad i imaginarios.
- Como consecuencia de factores tóxicos consecuentes al consumo de productos farmacológicos utilizados con fines terapéuticos (derivados de la fenotiacina).
- Como consecuencia de la intoxicación por consumo y dependencia de drogas.

Es importante tener en cuenta también el “factor personal patológico” para establecer el diagnóstico diferencial de los cuadros de agitación consecuentes a trastornos orgánicos-cerebrales, de los debidos a la agitación psicótica.

- Agitaciones en trastornos orgánicos-cerebrales:

Se producen:

- En cuadros “confuso-oníricos” típicos (Ej: delirium tremens). La agitación se debe a que las alteraciones somáticas (metabólicas, endocrinas, etc.) y psíquicas (alucinaciones, sensación de terror, etc.) favorecen la aparición de angustia y excitación.
- En la epilepsia durante las crisis convulsivas.
- Como consecuencia de ciertos accidentes vasculares cerebrales o traumatismos craneoencefálicos.

La agitación en estos cuadros es prácticamente constante y durante los mismos suele existir un predominio de trastornos de conciencia secundarios a la causa orgánica y asociados a la agitación motora:

- Obnubilación de la conciencia.
- Pensamiento incoherente y ofuscado
- Desorientación auto y alopsíquica total o parcial.
- Distractibilidad.
- Alucinaciones (especialmente visuales).

- Agitaciones psicóticas:

Se producen:

- En ciertos tipos de esquizofrenia (especialmente en su forma catatónica, en la que se alternan períodos con inmovilidad y automatismos específicos, con episodios de agitación en los que se observa una intensa e incontrolable angustia con crisis de violencia que les permite salir de la fase estuporosa “raptus”).
- Psicosis maniacodepresivas:
 - ❖ En las fases maníacas de las se observan asociadas a signos como la euforia patológica, la expansividad y la atención fugaz, entre otros. Los accesos agresivos se dan cuando se contradice al individuo o se le frustra algún propósito.

- ❖ Por el contrario, en las fases depresivas predominan los estados de retardo o inhibición psicomotora, con una sensación subjetiva de pérdida de control de la motilidad
- En los estados demenciales surgen estados de agitación debidos a la pérdida progresiva del sentido crítico y de la comprensión de las situaciones, así como de las propias dificultades práxicas del cuadro.

A diferencias de las agitaciones alcohólicas, en las agitaciones de los cuadros demenciales se produce un trastorno integrativo persistente y progresivo, con la aparición regresiva de patrones motores primitivos debidos a alteraciones estructurales. Sin embargo, en los estados de agitación alcohólica el trastorno suele ser agudo y reversible con un tratamiento adecuado.

Las formas menores o leves de presentación, en las que el individuo conserva en mayor o menor grado un cierto control sobre sí mismo tanto a nivel motor como ideativo, se denominan inquietud psicomotora. Estos cuadros se observan en las depresiones involuntarias y en depresiones seniles.

El síndrome psicomotor inverso a la agitación motora se denomina inhibición psicomotora o retardo psicomotor. Es un cuadro que se observa muy frecuentemente en los trastornos depresivos (aunque no sean exclusivos de ellos) y que se caracteriza por gestos y movimientos lentos y por el mantenimiento de un estado de quietud centrado en su pesadumbre (postura encorvada, parpadeo infrecuente, hipomimia).

3.2.- Estupor.

- ☞ Es un síndrome de inhibición o retardo psicomotor. Se caracteriza por un estado de conciencia en el que predomina una ausencia (acinesia) o reducción (hipocinesia) de las respuestas.
- ☞ La manifestación más relevante es la ausencia de las funciones de relación, con una paralización absoluta del cuerpo y con un mutismo que puede durar desde unos instantes hasta semanas.
- ☞ El individuo, para salir de este estado, requiere una estimulación intensa y repetida.
- ☞ Los síntomas asociados son:
 - Trastornos vegetativos.
 - Trastornos de la micción, defecación y alimentación.
 - Respuestas extrañas al frío y al calor.

- Otras alteraciones psicomotoras como estereotipias, manierismos, catalepsia, negativismo, ecofenómenos.

☞ Se han descrito formas de estupor:

- Estupor reactivo: Surge como reacción a un shock grave, al pánico, al terror. Se manifiesta con una respuesta de paralización por el miedo, bien ante situaciones catastróficas, bien ante la sensación de incapacidad para hacer frente a situaciones estresantes o amenazantes.
- Estupor depresivo: Aparece en las depresiones, particularmente en las psicóticas. El individuo se siente perplejo y abrumado por un sentimiento de angustia, abatimiento, culpa y sensación de total incapacidad para la decisión.
- Estupor catatónico: Aparece en la esquizofrenia catatónica. Se manifiesta con una respuesta de sobrecogimiento y rigidez por terror, angustia y perplejidad, cuyo origen, difícilmente demostrable, ha sido interpretado como “debido a alguna amenaza grave a la conciencia acerca de sí mismo, obvia para él”.
- Estupor neurológico: Aparece en la encefalitis, la epilepsia y en intoxicaciones por sustancias tóxicas. Se manifiesta con una disminución (e incluso ausencia) de respuestas verbales y motoras a los estímulos.

3.3.- Temblores.

- ☞ Son movimientos musculares oscilatorios, en torno a un punto fijo del cuerpo, en forma de sacudidas involuntarias, rítmicas y rápidas.
- ☞ Las sacudidas se producen por contracciones alternantes de grupos de músculos agonistas y antagonistas.
- ☞ Los temblores se manifiestan, principalmente, en la cabeza, cara, lengua y extremidades (sobre todo las superiores).
- ☞ Atendiendo a la frecuencia y modo de aparición, los temblores se agrupan en tres categorías:

- Temblores de reposo: Consisten en movimientos de corto recorrido con oscilaciones finas y rápidas de las extremidades distales de los dedos.

Generalmente se acompaña de rigidez muscular y ausencia (acinesia) o disminución (hipocinesia) de movimientos.

Suelen desaparecer o atenuarse con control voluntario o cuando el sujeto inicia alguna actividad intencional.

Por su frecuente asociación con la enfermedad de Parkinson, a los temblores de reposo se los denomina temblores parkisianos.

Poseen una frecuencia de 4 o 5 oscilaciones por segundo, y se presentan más frecuentemente:

- En estados de ansiedad clínica.
- En la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.
- Como consecuencia de intoxicaciones etílicas o anfetamínicas.
- En los tratamientos prolongados con ciertos psicofármacos.

▪ Temblores posturales:

Consisten en sacudidas que aparecen al iniciar o efectuar algún movimiento. Se aprecian con más claridad cuando se mantiene una postura forzada.

Existen dos tipos:

- Temblores de acción rápida (de 8 a 12 movimientos por segundo). Se asocian con estados de ansiedad, así como en estados derivados de intoxicaciones etílicas o farmacológicas.

El temblor alcohólico es fino, regular y predominantemente intencional. En general es un síntoma de abstinencia y se relaciona directamente con el consumo de alcohol prolongado. Su expresión máxima es el “Delirium Tremens” en el que junto a los temblores surgen síntomas somáticos y psíquicos específicos (estado confusional-onírico).

- Temblores de acción lenta (de 4 a 6 movimientos por segundo) Se asocia con trastornos o enfermedades estructurales del cerebro como la enfermedad de Wilson.

▪ Temblores intencionales:

Consisten en sacudidas que aparecen durante los movimientos voluntarios. Son de mayor amplitud y menor frecuencia que los temblores posturales y generalmente su origen se encuentra a nivel del cerebelo, sin que sea precisa una lesión estructural del mismo para que puedan aparecer.

Los temblores intencionales se presentan:

- Crisis de ansiedad.

- Psicosis anfetamínica y atropínicas.
- Enfermedad de Hartnup y Wilson.
- Esclerosis múltiple.
- Ataxia hereditaria progresiva.

3.4.- 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 bien de forma generalizada en todo el cuerpo.
- ☞ Aparecen en ciertas enfermedades asociadas a cuadros tóxico-infecciosos con afectación cerebral, así como, sobre todo, en la epilepsia.

- Convulsiones de Gran Mal:

- Pérdida instantánea de la consciencia.
- Alteraciones fisiológicas: sudoración, aumento de la tensión arterial e intravesical seguida de una disminución de la misma (lo que facilita la relajación de esfínteres), taquicardia, dilatación pupilar y desviación de los globos oculares.
- Frecuentes mordeduras de la lengua.
- Lesiones o traumatismos por caídas.
- Gritos o estertores “epilépticos” debidos a la contracción de la glotis.

En ocasiones, las crisis están precedidas por una señal premonitoria o aviso, denominada “Aura”, en el que se experimentan conscientemente síntomas sensitivos (sobre todo obnubilación o sensación de hormigueo) o bien alucinaciones como destellos de luz o percepción de ciertos olores. El aura puede permitir tomar precauciones o pedir ayuda si el resto de la crisis no se presenta inmediatamente.

El Gran mal consta de tres fases:

- Fase tónica: Se inicia con una contracción brusca con instauración de apnea y pérdida de conciencia. Al cabo de uno o dos segundos aparece una fase de contracción de los músculos agonistas de la cabeza y extremidades, con una duración de 5 y 10 segundos.

Durante esta fase, si el individuo está de pie puede caer al suelo debido a la súbita descoordinación muscular, así como a la pérdida de consciencia que ocurre en este mismo momento.

- Fase convulsiva (fase clónica): En esta fase se mantiene la apnea y se inician los movimientos convulsivos involuntarios, rítmicos y regulares que empiezan en los brazos, piernas y musculatura periorcular y rápidamente se generalizan al resto del cuerpo.

Las convulsiones se manifiestan con mayor frecuencia en los primeros momentos y pueden desaparecer al cabo de 20 o 30 segundos. Como consecuencia de la misma pueden producirse lesiones o traumatismos por las caídas o mordeduras de la lengua.

Esta fase termina con una recuperación del ritmo respiratorio y en algunos casos, como consecuencia de la hipotimia generalizada, se produce un vaciado vesical urinario.

- Fase de recuperación: Se produce una recuperación paulatina del nivel de consciencia con una duración media de entre 20 y 30 minutos.

Durante la misma se observan a menudo estados confusionales con tempestad de movimientos, agitación y desorientación auto y alopsíquica.

- Crisis histéricas:

En ciertas manifestaciones de los pacientes histéricos se aprecian convulsiones psicógenas con patrones de respuesta tan parecidos a los de las crisis epilépticas que resulta casi imposible diferenciarlos.

Los principales rasgos diferenciales de las crisis histéricas, aunque no siempre estén presentes, pueden ser:

- Que no exista el patrón típico de las crisis epilépticas (por ejemplo que no se produzca apnea o que las convulsiones no sean rítmicas y regulares).
- Que el registro del EEG sea normal.
- Que la duración y la frecuencia de las crisis sean mayores y/o que terminen de forma progresiva.
- Que prácticamente no aparezcan estando solo el individuo.
- Que raramente haya mordeduras de la lengua, incontinencia urinaria o lesiones por caídas.
- Que las convulsiones sean anárquicas, no simétricas e intencionales.

Por otro lado, por la personalidad histérica predominan en la conducta del sujeto manifestaciones histriónicas que, entre otras cosas, se caracterizan por la tendencia a la dramatización.

▪ Crisis sicomotoras o crisis parciales de la epilepsia:

A diferencia del Gran Mal, el individuo puede no perder la conciencia totalmente. Pero se observan alteraciones del funcionamiento psíquico, así como la realización de conductas “automáticas” que pueden parecer motivadas (como el crujir los dientes o el vagar sin propósito).

▪ Pequeño Mal:

No se presentan convulsiones como en el Gran Mal, sino que su manifestación principal es la ausencia, durante la cual se producen, bien una pérdida total y breve, o bien una disminución de la conciencia, que puede durar entre y segundos. El individuo durante este tiempo, se “queda paralizado” con la mirada fija en cualquier punto.

Cuando las ausencias se repiten, prolongadas durante minutos y acompañadas de alteraciones de conciencia completa y/o de automatismos (como gestos, andar, sortear obstáculos), se denomina estado crepuscular.

3.5.- Tics.

- ☞ Son movimientos musculares locales, rápidos y espasmódicos, que se manifiestan de forma involuntaria, aislada, inesperada, repetitiva, frecuente, sin propósito y a intervalos irregulares.
- ☞ Se pueden localizar en una o más partes del cuerpo (por ejemplo en la cabeza) y raramente afectan a los músculos inferiores a los hombros.
- ☞ Los tics más frecuentes consisten en guiños de ojos, estiramiento del cuello, movimientos de la cabeza hacia un lado, ruidos con la nariz, fruncimiento de las cejas, torsión de las comisuras de los labios y parpadeos.
- ☞ Con frecuencia surgen en la infancia, alrededor de los 7 años, y con mayor incidencia en los varones.
- ☞ Suelen ser sintomáticos de la existencia de cuadros de ansiedad y por ello se agrava con la tensión emocional, se atenúan con la distracción y desaparecen durante el sueño.

☞ Aunque es posible ejercer un control voluntario sobre ellos, esto genera un aumento de la inquietud y la tensión hasta que se repite el tic (algo parecido a lo que ocurre con los rituales del obsesivo).

☞ Los tics suelen manifestarse sin acompañarse de otra sintomatología (tic síntoma). Sin embargo, en ocasiones se asocian a otras manifestaciones patológicas (tic síndrome). Se observan en individuos neuróticos con tendencias obsesivas y en la epilepsia.

☞ Los tics poseen diversas implicaciones:

- 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.
- Pueden alcanzar un significado de conversión somática de carácter histérico o somático (en niños mayores o adolescentes) que surgen tras situaciones traumatizantes.
- Es frecuente la asociación de los tics con conductas obsesivas.

☞ Tics auténticamente psicológicos:

- Desaparecen durante el sueño.
- Son reproducibles a voluntad del individuo.
- Pueden inhibirse voluntariamente.
- No existe modificación de los reflejos.
- Su etiología no es orgánica.

☞ La Corea o enfermedad de Huntington:

Es un trastorno motor de origen orgánico que se caracteriza por:

- Aparición de movimientos irregulares e intensos.
- Rigidez muscular.
- Dificultad para mantener el equilibrio para caminar.
- Chasquidos de labios o lengua.

- Temblores involuntarios de brazos y piernas y tics.
- Demencia progresiva.
- Apatía.
- Irritabilidad.
- Labilidad afectiva.
- Sentimientos depresivos.

Sus síntomas aparecen generalmente entre los 35 y 45 años y se hereda por un gen dominante.

Síndrome de Gilles de la Tourette:


Consiste en la manifestación de tics múltiples en la cara, cuello y ojos, acompañados de ruidos extraños nasales o vocales.

Se dan expresiones verbales incontenibles como la coprolalia (tendencia a emitir palabras sucias) o la ecolalia (repetición involuntaria y casi automática de las últimas palabras oídas del interlocutor).

Afecta fundamentalmente a varones en proporción de 3 a 1, se suele iniciar antes de los 10 años (a menudo en forma de ligero tic monosintomático) y evoluciona progresivamente, con carácter oscilante, hacia contracciones masivas de cara, tronco, piernas y caja torácica.

Actualmente no hay acuerdo respecto a su etiología, aunque se cree orgánica.

3.6.- Espasmos.

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

Espasmo torticular:

Consiste en un movimiento de rotación de la cabeza hacia un lado.

Aparece en forma de crisis aguda y súbita, de unos segundos de duración, y tiende a repetirse.

En ocasiones se asocia a movimiento atetósicos de otros grupos musculares (principalmente el brazo)

📄 Espasmos profesionales:

Consisten en la contractura de un determinado grupo muscular, que se atenúa con el reposo y la distensión muscular y que, en ocasiones, puede aparecer junto a una parálisis momentánea y/o temblores.

Es particularmente frecuente en personas neuróticas y en menor medida afecta a determinados profesionales, como escritores, violinistas, automovilistas, etc. La forma más típica es el llamado calambre del escribiente.

📄 Espasmos saltatorios de Bamberger:

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

📄 Espasmos salutatorios de Salaam:

Consisten en contracciones musculares, localizadas en los músculos del cuello, que obligan al individuo a flexionar y extender repentinamente el cuello, recordando el gesto del saludo.

Se presenta con mayor frecuencia en la infancia y se asocian a las ausencias del pequeño mal de la epilepsia y a lesiones encefalíticas del hipotálamo.

3.7.- Catatonía.

📄 Es un síndrome psicomotor que puede incluir diversos síntomas:

▪ Catalepsia (flexibilidad cética):

Consiste en una actitud inmóvil con la musculatura rígida que permite colocar a un individuo en una posición forzada, incómoda o antigravitatoria y que éste permanezca en la misma postura sin intentar recuperar la posición original durante tiempo indefinido.

▪ Negativismo:

Consiste en una actitud de oposición ante cualquier movimiento que se le ordena al individuo.

➤ Negativismo pasivo: es una actitud sistemática de oposición.

➤ Negativismo activo: consiste en hacer precisamente lo contrario cuando se le intenta obligar a que realice alguna acción.

- Estupor:

Consiste en una actitud de permanecer ajeno o distante del entorno, con una ausencia de las funciones de relación, es decir, con paralización absoluta del cuerpo y mutismo.

- Estereotipias:

Consisten en la repetición continuada e innecesaria de movimientos concretos (como por ejemplo, girar las muñecas).

- Ecosistemas u obediencia automática:

Consisten en la repetición automática de los movimientos (ecopraxia), las palabras (ecolalias) o los gestos (ecomimia) producidos por el interlocutor.

☞ La aparición de los cuadros catatónicos es frecuente:

- En los cuadros esquizofrénicos.
- Trastornos afectivos.
- Alteraciones de los ganglios basales, límbicas y diencefálicas.
- En otros cuadros neurológicos, bien sean de base inicialmente orgánica, bien sean secundarios a trastornos metabólicos, tóxicos o farmacológicos.

☞ Los pacientes catatónicos a menudo salen súbitamente del estado estuporoso (inmovilidad motora) para entrar en un estado de agitación (raptus), durante el cual se puede producir lo que se llama una tempestad de movimientos, como correr ciegamente, huir, gritar, golpear contra puertas o paredes o atacar a las personas de alrededor.

☞ En el diagnóstico diferencial entre los cuadros catatónicos orgánicos y psiquiátricos, si bien resulta difícil, se pueden observar algunos signos distintivos. En cuadros psiquiátricos:

- El registro del EEG sea normal.
- La maniobra de los ojos de muñeca sea negativa.
- Haya presencia de respuestas optocinéticas.
- Haya respuesta positiva al test de amital sódico.

- Haya historia clínica con antecedentes personales sugestivos de psicopatología.

3.8.- Estereotipias.

☞ Consisten en la repetición continuada e innecesaria de movimientos o gestos que, a diferencia de los tics, son organizados y generalmente complejos.

☞ Se manifiestan particularmente en la mímica facial o en la corporal general.

☞ En función del grado de complejidad se distinguen dos tipos:

- Estereotipias simples:

Se observan en los trastornos orgánicos cerebrales de evolución demencial, como atrofias corticales o arteriosclerosis.

Son patrones motores arcaicos y con función estimular, como frotar, rascar, dar palmadas en las rodillas o acariciar, debidos a alteraciones estructurales.

- Estereotipias complejas:

Se observan en trastornos psicóticos no orgánicos.

Son movimientos llamativos y aparatosos de manos y brazos, tales como tocar y jugar con determinados objetos, tocar los cabellos, dar vueltas sobre sí mismo, aletear con los brazos, etc.

☞ En la clínica, las estereotipias se asemejan a los movimientos o rituales realizados por los pacientes obsesivos.

☞ Se puede observar también en individuos que presentan efectos secundarios producidos por los medicamentos antipsicóticos.

3.9.- Manierismos.

☞ Consisten en movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y la mímica.

☞ Se observan en cuadros psicopatológicos similares a los que generan las estereotipias (ej: cuadros psicóticos).

- ☞ Son manierismos las sonrisas inmotivadas o carentes de significado o las posturas forzadas, excesivamente afectadas de ciertos pacientes esquizofrénicos hebefrénicos.

3.10.- Discinesias.

- ☞ Consisten en movimientos involuntarios de la lengua, boca y cara (chupadas, fruncimiento de labios y muecas masticatorias).

- ☞ Se distinguen dos tipos:

- Discinesia aguda:

Consiste en series de contracciones de los músculos mono o bilaterales de las extremidades superiores, cuello y espalda.

Los músculos permanecen contraídos durante un tiempo de 30 segundos aproximadamente, y pasado un minuto o minuto y medio (y a continuación, cíclicamente) se sucede otra contracción.

Provocan tortícolis, espasmos de torsión, tics mandibulares y disfasias.

Se observan en algunos individuos durante los primeros días de tratamiento con antipsicóticos, y en tal caso remiten con medicamentos antiparkinsonianos y barbitúricos.

- Discinesia tardía:

Consiste en una serie de movimientos involuntarios y raros de la lengua, la boca y la cara.

Su comienzo es insidioso y se observa normalmente en individuos que han consumido durante un período de tiempo dosis elevadas de fenotiacinas, así como en alteraciones organicocerebrales.

3.11.- Apraxias.

- ☞ Consisten en la dificultad de llevar a cabo actividades prepositivas que exijan secuenciar y coordinar ordenadamente una serie de movimientos (como escribir, abrocharse los botones, vestirse o desvestirse).

- ☞ La apraxia en niños se suele denominar dispraxia evolutiva y se caracteriza por la existencia de perturbaciones notables en la organización del esquema corporal y en la representación temporoespacial.

☞ Los síntomas más relevantes en los niños con dispraxia evolutiva son:

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

4.- TRASTORNOS DE LA MÍMICA.

Existen tres tipos de alteraciones de la mímica:

4.1.- Las Hipermimias.

☞ Consisten en la expresión exagerada o exaltada de la mímica.

☞ Estas alteraciones pueden ser:

- Hipermimias generalizadas:

Participan todos los músculos faciales y la mirada no se fija, sino que se halla distraída o al acecho.

Las implicaciones afectivas son diferentes en cada cuadro psicopatológico:

- De juego y euforia en la manía.
- De auténtico pánico en los estados oníricos.
- De histrionismo en la histeria, con una mirada hiperexpresiva, provocadora y agresiva.

- Hipermimias polarizadas:

Expresan, al contrario que las anteriores, un estado afectivo monotemático. Así, por ejemplo, la angustia se traduce en crispaciones de la cara y mirada trágica.

4.2.- Hipomimias.

- ☞ Las hipomimias y las amimias oscilan desde la escasez de movimientos hasta la movilidad completa.
- ☞ La mirada está fija, detenida en un objeto o en el vacío.
- ☞ Aunque queda expresividad en la cara, la fisonomía expresa:
 - Sufrimiento, dolor e inhibición en la depresión.
 - Perplejidad y extravío en los estados confusionales.
 - Negativismo y oposicionismo con rechazo de contacto en la esquizofrenia.
- ☞ Se observan hipomimias en la demencia y el retraso mental profundo, expresando la afectación global y profunda de las actividades psíquicas.

4.3.- Dismimias.

- ☞ Reflejan una contradicción entre expresión facial y gestual y los contenidos psicoafectivos.
- ☞ Las dismimias pueden ser:
 - Paramimias o mímicas discordantes:

Suponen una discordancia entre la expresión verbal y la expresión facial y que se observan especialmente en la esquizofrenia. En este caso, la mímica se traduce en sonrisas o risas inmotivadas, extrañas, que a veces se asocian a un trastorno paracinético (parasitismo mímico).
 - Mimias reflejas o ficticias:

Reproducen, al instante, guiños o movimientos de la boca del observador (ecomimia) en forma de espejo.

Se observa en el retraso mental, en la histeria, en los simuladores y, en menor medida, en la esquizofrenia.