

abasia – abasia – abasia – abasia

Authored by
memjavad

October 16, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *abasia – abasia – abasia – abasia*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=414>

Abasia

Primary Disciplinary Field(s): Neurología, Medicina Clínica, Psiquiatría.

1. Definición Central

La Abasia se define en el ámbito médico como la incapacidad de la persona para caminar, un síntoma que se presenta a pesar de que la fuerza muscular, el equilibrio estático y la sensibilidad táctil y propioceptiva de las extremidades inferiores se encuentran preservados o solo mínimamente afectados. Este trastorno de la marcha no es atribuible a una parálisis franca (paresia o plegia) ni a una ataxia cerebelosa clásica, sino más bien a una severa incoordinación motora o a una inhibición del patrón de movimiento necesario para la locomoción. Clínicamente, la Abasia subraya una disfunción en la compleja integración de los comandos motores, la planificación del movimiento y la ejecución coordinada que requiere la bipedestación y la deambulación, involucrando circuitos que van desde los ganglios basales y el cerebelo hasta la corteza frontal. El concepto de Abasia es crucial en el diagnóstico diferencial de los trastornos de la marcha, obligando al clínico a ir más allá de las causas motoras periféricas y a explorar disfunciones centrales o, significativamente, etologías funcionales o psicógenas.

Es fundamental distinguir la Abasia de otros trastornos de la marcha. A diferencia de la ataxia, donde la incoordinación se debe a un fallo en la modulación cerebelosa o sensorial (propiocepción), en la Abasia pura, el paciente puede realizar movimientos individuales de las piernas con normalidad cuando está acostado (por ejemplo, pedalear o levantar las piernas contra resistencia), pero pierde la capacidad de orquestar esos movimientos en un patrón de marcha funcional cuando intenta ponerse de pie. Esta disociación entre la función motora individual y la función motora integrada (la marcha) es el sello distintivo del síndrome. Frecuentemente, la Abasia coexiste con la astasia, la incapacidad para mantener la posición de pie sin asistencia, formando el síndrome conocido como [Astasia-Abasia](#). Este síndrome combinado resalta la profunda afectación de los mecanismos centrales de control postural y de la locomoción.

La presentación de la Abasia es altamente variable, dependiendo de su etiología. En las formas orgánicas, la incapacidad de caminar puede manifestarse como una apraxia de la marcha (dificultad para iniciar o secuenciar los pasos) o como una marcha bizarra e ineficaz. Sin embargo, en las formas funcionalmente mediadas (anteriormente denominadas histéricas), el patrón de marcha puede ser dramático, extravagante y a menudo desafía las leyes conocidas de la patofisiología neurológica, lo que constituye un desafío diagnóstico significativo. El reconocimiento de la Abasia, por lo tanto, no es solo la identificación de un síntoma, sino la apertura de una vía para la investigación de disfunciones neurológicas sutiles o de trastornos de [conversión](#) que impactan directamente en la movilidad esencial del ser humano.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término **Abasia** tiene su origen en el griego clásico, derivado de la partícula privativa *a-* (que significa "sin" o "ausencia de") y el sustantivo *basis* (que se traduce como "paso", "base" o "marcha"). Literalmente, significa "sin paso" o "incapacidad de dar pasos". Esta etimología simple refleja con precisión la manifestación clínica central del trastorno. Su incorporación formal al vocabulario médico ocurrió durante el auge de la neurología descriptiva en el siglo XIX, un período en el que los clínicos se esforzaron por clasificar sistemáticamente las complejas alteraciones del sistema nervioso que no encajaban en las categorías tradicionales de parálisis o anestesia. La necesidad de un término como Abasia surgió para describir aquellos pacientes cuya incapacidad para caminar era claramente observable, pero cuya musculatura y reflejos periféricos parecían intactos.

Figuras prominentes de la neurología de finales del siglo XIX, como Jean-Martin Charcot y sus discípulos, jugaron un papel crucial en la diferenciación de las diversas formas de trastornos de la marcha. Fue durante este tiempo que se hizo una distinción importante entre la Abasia de origen orgánico (asociada a lesiones neurológicas específicas, aunque a veces sutiles) y la Abasia de origen funcional o psicógena (asociada a lo que entonces se denominaba histeria). Esta última categoría, la Abasia histérica, se convirtió en un foco de estudio, ya que presentaba patrones de marcha a menudo teatrales o fluctuantes, que podían resolverse con sugestión o distracción, reforzando la idea de una etiología no estructural. Este enfoque histórico sentó las bases para el diagnóstico diferencial que aún se utiliza hoy en día, obligando a los médicos a considerar tanto la integridad estructural del sistema nervioso como la influencia de los factores psicosociales en la función motora.

Con los avances en la neurociencia del siglo XX, la comprensión de la Abasia evolucionó de ser meramente un síntoma descriptivo a ser un indicador de disfunción en redes neuronales específicas. La investigación moderna se ha centrado en los mecanismos subyacentes, particularmente en la función de los circuitos cortico-subcorticales y los generadores centrales de patrones de marcha (CPGs) ubicados en la médula espinal. Aunque el término Abasia ha sido parcialmente subsumido por clasificaciones más específicas (como la apraxia de la marcha o los trastornos de la marcha por disfunción frontal), sigue siendo útil para describir la incapacidad global de la deambulación cuando otras causas motoras primarias han sido descartadas. La historia del concepto refleja la transición de la medicina desde la observación fenomenológica hacia una comprensión mecanicista y etiológica de los trastornos del movimiento.

3. Clasificación Etiológica y Formas Clínicas

La clasificación de la Abasia es primariamente etiológica, dividiéndose en dos grandes categorías que guían el manejo clínico y el pronóstico: la Abasia orgánica y la Abasia funcional (psicógena).

Dentro de la Abasia orgánica, las causas radican en la alteración estructural o fisiológica de las vías y centros nerviosos que controlan la locomoción. Estas pueden incluir lesiones de los lóbulos frontales que causan apraxia de la marcha (incapacidad para planificar la secuencia motora), disfunciones de los ganglios basales que resultan en marchas parkinsonianas con dificultad para iniciar el paso (freezing), o lesiones cerebelosas que, aunque primariamente causan ataxia, pueden manifestarse como una incapacidad de caminar debido a la severa pérdida de coordinación y equilibrio. La Abasia orgánica suele ser progresiva o fija, y el patrón de marcha se mantiene coherente con la lesión neurológica subyacente.

Las formas clínicas de la Abasia orgánica se distinguen por sus características motoras específicas. La **Abasia atáxica** se relaciona con la disfunción cerebelosa o sensorial, caracterizada por pasos irregulares, base amplia y desequilibrio severo al intentar caminar. La **Abasia coreica**, aunque rara, se presenta con movimientos involuntarios (corea) que impiden la estabilidad necesaria para la marcha. Otra forma importante es la Abasia Parálitica, que aunque el nombre parece contradictorio, se refiere a una debilidad tan extrema que la deambulación es imposible, aunque otros movimientos reflejos o parciales se mantengan. El diagnóstico de estas variantes requiere una evaluación neurológica exhaustiva para localizar la lesión, a menudo mediante el uso de técnicas de [neuroimagen](#), como la resonancia magnética (RM).

Por otro lado, la **Abasia Funcional** o psicógena (anteriormente histérica) representa una etiología no orgánica, siendo una manifestación de un trastorno de síntomas neurológicos funcionales o de conversión. Esta forma se caracteriza por una marcada inconsistencia y variabilidad en la presentación de la marcha; el paciente puede manifestar una marcha "bizarra" o "errática" que no se ajusta a ningún patrón neurológico conocido, a menudo con un esfuerzo visible y exagerado. Un rasgo crucial es la preservación de la función motora cuando la atención está desviada, o la capacidad del paciente para evitar caídas a pesar del desequilibrio dramático, lo que sugiere que los mecanismos reflejos de protección están intactos. El diagnóstico de Abasia funcional es de exclusión, requiriendo una evaluación psiquiátrica concomitante para identificar los factores estresantes o psicológicos subyacentes que puedan estar contribuyendo a la somatización del síntoma.

4. Características Clínicas Fundamentales

Las características clínicas de la Abasia se centran en la disociación entre la capacidad motora básica y la incapacidad de la locomoción coordinada. Una de las observaciones más importantes es la normalidad o casi normalidad de la fuerza muscular y los reflejos osteotendinosos en las extremidades inferiores cuando el paciente se examina en posición supina. Esto contrasta fuertemente con la incapacidad total o parcial para ejecutar la marcha. La marcha abásica puede variar desde una vacilación extrema y una incapacidad para iniciar el paso (fenómeno de congelación) hasta un patrón de marcha caótico, donde el paciente parece estar a punto de caer

en cualquier momento, pero raramente lo hace, especialmente en las formas funcionales.

En el síndrome de Astasia-Abasia, la incapacidad de mantener la postura erguida (astasia) agrava la incapacidad de caminar. El paciente puede colapsar inmediatamente al intentar ponerse de pie, o exhibir un balanceo excesivo que imposibilita la transferencia de peso requerida para el paso. Esta combinación es a menudo indicativa de una disfunción en los sistemas que integran el control postural, como lesiones bilaterales en el lóbulo frontal o trastornos complejos de los ganglios basales que afectan la modulación del tono muscular axial y proximal, esencial para la estabilidad del tronco. El patrón de marcha en la Abasia no sigue el patrón de "pierna arrastrada" de la hemiparesia ni el patrón de "tijeras" de la espasticidad, sino que es una falla en la secuencia temporal y espacial del movimiento.

En el contexto de la Abasia psicógena, las características son aún más distintivas. La marcha puede ser descrita como "bizarra", "excéntrica" o "ridícula", a menudo con movimientos exagerados que sugieren un esfuerzo dramático por caminar que resulta en fracaso. Los pacientes con Abasia funcional frecuentemente utilizan andadores o bastones de manera ineficaz, y su patrón de marcha puede cambiar drásticamente entre diferentes exámenes o cuando el paciente cree que no está siendo observado. Esta inconsistencia es un elemento clave de diagnóstico. La clave diagnóstica reside en que, a pesar de la apariencia de desequilibrio inminente, estos pacientes poseen reflejos de enderezamiento y protección intactos que les impiden caerse y lesionarse gravemente, una característica que es menos común en los trastornos orgánicos severos donde la caída es una consecuencia real y peligrosa de la pérdida de control.

5. Mecanismos Fisiopatológicos

La fisiopatología de la Abasia, especialmente en sus formas orgánicas, se centra en la interrupción de las vías suprasegmentarias que modulan los generadores espinales de la marcha. La locomoción es un proceso semiautomático controlado por los CPGs en la médula espinal, pero estos necesitan la modulación constante de centros superiores para la adaptación al terreno, el equilibrio y la iniciación/terminación del movimiento. En la Abasia por apraxia de la marcha, la disfunción se localiza típicamente en las áreas motoras suplementarias y premotoras del lóbulo frontal. Estas áreas son responsables de la planificación y la secuenciación de movimientos complejos. Una lesión allí (como la hidrocefalia de presión normal o las lesiones vasculares frontales) impide que el cerebro envíe la "orden ejecutiva" correcta para iniciar el patrón motor coordinado, resultando en la dificultad para levantar los pies o en el fenómeno de pies pegados al suelo.

En las formas relacionadas con los ganglios basales, la Abasia se entrelaza con las características del parkinsonismo, donde la disfunción de la vía nigroestriatal provoca una alteración en la

modulación de la velocidad y amplitud del movimiento. El fenómeno de congelación de la marcha (*freezing of gait*), una forma específica de Abasia, es un ejemplo claro de esta disfunción, donde el paciente se detiene abruptamente, incapaz de iniciar el siguiente paso, a pesar de la ausencia de parálisis. Este mecanismo se relaciona con una falla en la activación y desactivación de los programas motores, lo que requiere una compleja interacción de dopamina y circuitos tálamo-corticales. Las lesiones cerebelosas, por su parte, afectan la capacidad del sistema nervioso para corregir errores de movimiento en tiempo real, lo que lleva a la pérdida de la coordinación fina necesaria para mantener el centro de gravedad durante el paso, manifestándose como Abasia atáxica.

La fisiopatología de la Abasia funcional o psicógena es cualitativamente diferente, implicando mecanismos de disociación o conversión. Aunque no hay daño estructural detectable en las vías motoras, la evidencia neurocientífica reciente sugiere que existe una alteración en la conectividad funcional o en el procesamiento emocional de la información motora. Estudios de neuroimagen han mostrado patrones de activación anormales en áreas cerebrales responsables de la auto-percepción del movimiento y la integración sensoriomotora (como la corteza prefrontal y la corteza cingulada anterior), especialmente durante el intento de caminar. Se postula que un mecanismo de inhibición activa o de modulación disfuncional de las áreas premotoras, a menudo desencadenado por estrés psicológico o trauma, resulta en la expresión somática de la incapacidad de la marcha, sin que exista una incapacidad física real de los músculos o nervios periféricos.

6. Diagnóstico Diferencial y Manejo Clínico

El diagnóstico de la Abasia es inherentemente un ejercicio de diagnóstico diferencial. El primer paso crucial es descartar las causas obvias de la incapacidad de caminar, incluyendo la parálisis (hemiparesia, paraplejia), las neuropatías periféricas severas, y las miopatías. Una vez que la fuerza muscular se confirma como adecuada, el clínico debe distinguir la Abasia de la ataxia cerebelosa (donde la incoordinación es constante y el desequilibrio es evidente en todas las posturas) y de la apraxia de la marcha pura (donde la dificultad es principalmente en la iniciación y la secuencia de pasos, a menudo sin la bizarreza de las formas funcionales). La evaluación detallada de la marcha, incluyendo la observación de patrones de paso, base de sustentación, y la reacción a estímulos o distracciones, es la herramienta diagnóstica más poderosa.

El uso de la neuroimagen avanzada (RM cerebral) es indispensable para identificar las etiologías orgánicas, buscando evidencia de hidrocefalia, infartos lacunares en los ganglios basales o el tronco encefálico, o atrofia cerebelosa. Las pruebas electrofisiológicas (electromiografía y estudios de conducción nerviosa) ayudan a excluir la patología neuromuscular periférica. Si todas las pruebas objetivas de daño estructural resultan negativas, y el patrón de marcha exhibe inconsistencia o características incongruentes con la neuroanatomía conocida, se debe considerar

fuertemente el diagnóstico de Abasia funcional. En estos casos, la clave diagnóstica puede ser la maniobra de "marcha invertida" o la capacidad de caminar mejor cuando se distrae al paciente con tareas cognitivas complejas.

El manejo clínico de la Abasia depende completamente de su etiología. Para la Abasia orgánica, el tratamiento se dirige a la enfermedad subyacente (por ejemplo, derivación ventricular para la hidrocefalia, tratamiento farmacológico para el Parkinson). La terapia física y la rehabilitación son esenciales para maximizar la función residual y compensar los déficits. En contraste, el manejo de la Abasia funcional es predominantemente multidisciplinario, involucrando la [fisioterapia](#) con un enfoque en la reprobación del movimiento normal y la terapia psicológica o psiquiátrica (terapia cognitivo-conductual) para abordar los factores emocionales y de conversión subyacentes. El pronóstico es generalmente bueno para la Abasia funcional si se aborda tempranamente, mientras que el pronóstico de la Abasia orgánica se relaciona directamente con la reversibilidad de la lesión neurológica primaria.

7. Importancia Clínica y Pronóstico

La Abasia posee una importancia clínica significativa, ya que su presencia es un marcador de disfunción neurológica o psiquiátrica que afecta una de las funciones humanas más básicas: la locomoción. En el ámbito neurológico, la Abasia obliga a una búsqueda rigurosa de patologías que afectan los circuitos de alto nivel de control motor, a menudo indicando enfermedades neurodegenerativas, vasculares o hidrocefálicas que requieren intervención urgente. La identificación temprana de las formas orgánicas puede ser vital para prevenir la progresión de la discapacidad. Además, en el contexto de la medicina geriátrica, los trastornos de la marcha, incluida la Abasia, son un predictor clave de caídas, morbilidad, pérdida de independencia y mortalidad.

Desde una perspectiva psiquiátrica y funcional, la Abasia sirve como un recordatorio de la profunda interconexión entre la mente y el cuerpo. El diagnóstico de Abasia funcional, aunque a veces estigmatizado históricamente, es crucial para orientar al paciente hacia un tratamiento psicológico efectivo, evitando la exposición a pruebas médicas innecesarias e invasivas. Reconocer la naturaleza funcional de la incapacidad de caminar permite validar la experiencia del paciente (el síntoma es real, aunque no orgánico) mientras se aborda el conflicto psicológico subyacente. El pronóstico de las formas funcionales es generalmente favorable con intervención especializada, aunque puede haber recurrencias si los factores estresantes no se manejan adecuadamente.

En resumen, la Abasia es más que la simple incapacidad de caminar; es un síntoma complejo que desafía la comprensión tradicional de la relación entre estructura y función. Su pronóstico varía drásticamente: las formas debidas a lesiones tratables (como la hidrocefalia) pueden revertirse

significativamente, mientras que las formas asociadas a enfermedades neurodegenerativas avanzadas tienen un pronóstico más reservado. En todos los casos, el impacto en la calidad de vida es profundo, llevando a la limitación de la actividad, el aislamiento social y la dependencia. Por lo tanto, un diagnóstico preciso y un enfoque terapéutico adaptado a la etiología específica son esenciales para restaurar, en la medida de lo posible, la autonomía del paciente.

Lecturas Adicionales

[Abasia - Wikipedia](#)

[Gait Disorders - StatPearls \(en inglés, fuente autorizada\)](#)

[Trastornos de la marcha en el paciente mayor - Revista de Neurología](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM