

astasia–abasia – astasia–abasia

Authored by
memjavad

October 31, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *astasia–abasia – astasia–abasia*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2267>

Astasia-abasia

Primary Disciplinary Field(s): Neurología, Psiquiatría (Trastornos Neurológicos Funcionales)

1. Definición Central

La astasia-abasia (A-A) constituye un síndrome clínico caracterizado por la incapacidad manifiesta para mantenerse de pie (**astasia**) y/o caminar (**abasia**), a pesar de que el paciente conserva la fuerza muscular, la coordinación, el equilibrio y la función sensoriomotora normales cuando se encuentra en posición supina o sedente. Es esencialmente un trastorno de la marcha y la postura que se manifiesta únicamente cuando el individuo intenta realizar estas acciones complejas, mientras que los movimientos aislados de las extremidades y la función neurológica básica permanecen intactos.

Históricamente, la astasia-abasia se ha asociado de manera predominante con trastornos de origen no orgánico, siendo considerada una manifestación clásica de la histeria o, en la terminología moderna, un [Trastorno Neurológico Funcional](#) (TNF) o trastorno de conversión. En estos casos, la incapacidad motora no se explica por una lesión estructural o enfermedad neurológica conocida, sino por una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central, específicamente en los circuitos que controlan la planificación y ejecución del movimiento voluntario y automático, como la bipedestación y la deambulación. El diagnóstico requiere una evaluación exhaustiva para descartar cualquier causa neurológica subyacente.

La característica definitoria de la A-A funcional radica en la marcada discordancia entre la gravedad del déficit motor exhibido durante la marcha y la normalidad de la exploración física cuando el paciente no está bajo la exigencia de la postura vertical. Los pacientes suelen presentar una marcha extraña, a menudo teatral, con movimientos exagerados, vacilaciones dramáticas y desequilibrios aparentes, pero rara vez se caen o se lesionan, lo que sugiere un mecanismo de "salvamento" inconsciente o subconsciente que no está presente en los trastornos orgánicos graves del equilibrio. Esta presentación paradójica es clave para la diferenciación diagnóstica.

2. Etimología y Contexto Histórico

El término astasia-abasia deriva del griego: **astasia** (de *a-*, sin, y *stasis*, posición o capacidad de estar de pie) y **abasia** (de *a-*, sin, y *basis*, paso o capacidad de caminar). Estos términos fueron popularizados y definidos con precisión en el ámbito clínico durante el apogeo de la neurología europea del siglo XIX, un periodo marcado por el estudio intensivo de los trastornos de la marcha y la diferenciación entre padecimientos orgánicos y funcionales.

La figura más influyente en la conceptualización inicial de la A-A fue [Jean-Martin Charcot](#), quien trabajó en el Hospital Salpêtrière de París. Charcot y sus discípulos catalogaron la astasia-abasia

como un síntoma prominente de la histeria (hoy Trastorno de Conversión). En aquel contexto, la histeria se entendía como una enfermedad del sistema nervioso que producía síntomas físicos sin base anatómica detectable, siendo la A-A un ejemplo paradigmático de cómo los conflictos psicológicos o el trauma podían manifestarse a través de un déficit motor complejo. La descripción detallada de estas "parálisis histéricas" permitió a los neurólogos de la época comenzar a establecer criterios de diagnóstico diferencial basados en la calidad de la marcha y la ausencia de signos piramidales o cerebelosos.

A lo largo del siglo XX, la comprensión de la etiología de la astasia-abasia evolucionó. Si bien la etiología funcional sigue siendo la más común, la medicina moderna reconoce que existen formas raras de A-A de origen orgánico, a menudo asociadas con lesiones muy específicas en el lóbulo frontal (particularmente en el área motora suplementaria) o en ciertas estructuras talámicas o cerebelosas que afectan la iniciación o la planificación motora sin comprometer la ejecución muscular básica. Sin embargo, en la práctica clínica, la sospecha principal recae en el diagnóstico funcional, y la historia de la A-A es inseparable del desarrollo de la psiconeurología.

3. Características Clínicas y Manifestaciones

La presentación clínica de la astasia-abasia es notablemente variable y a menudo dramática, lo que subraya su naturaleza funcional. El paciente típicamente exhibe una marcha errática, no reproducible y a menudo bizarra, que no se ajusta a ningún patrón conocido de trastorno orgánico de la marcha (como la ataxia cerebelosa, la marcha parkinsoniana o la espástica). Los pasos pueden ser excesivamente amplios, rápidos o lentos, y pueden ir acompañados de movimientos de torsión del tronco, balanceo exagerado de los brazos o flexiones inesperadas de las rodillas.

Una característica diagnóstica crucial es la "marcha de la estrella de mar" o la "marcha zigzagueante", donde el paciente parece estar a punto de caer en cualquier dirección y necesita apoyarse constantemente, pero, paradójicamente, cuando se le empuja o se le distrae, a menudo demuestra una capacidad de reacción y equilibrio que contradice la incapacidad declarada. En contraste con la ataxia cerebelosa, donde el paciente cae de forma consistente y en la misma dirección (generalmente hacia el lado de la lesión), el paciente con A-A funcional demuestra una habilidad inconsciente para evitar el daño, lo cual es casi imposible para alguien con un trastorno orgánico grave del equilibrio.

Además, la A-A funcional se caracteriza por la inconsistencia. La gravedad del síntoma puede variar drásticamente de un momento a otro, e incluso puede mejorar temporalmente con la distracción o la sugestión. La exploración neurológica estándar, realizada mientras el paciente está acostado, es fundamentalmente normal: la fuerza muscular es 5/5, los reflejos son normales, y no hay signos de Babinski, clonus ni déficits sensoriales que expliquen la incapacidad para la bipedestación o la deambulación. Esta disociación entre la función motora básica y la función

motora compleja (marcha) es el sello distintivo de la A-A y de los [Trastornos Neurológicos Funcionales](#).

4. Clasificación y Etiología Diferencial

La clasificación de la astasia-abasia se centra principalmente en la distinción etiológica entre las formas funcionales (psicógenas) y las formas orgánicas. La inmensa mayoría de los casos reportados en la literatura y observados en la clínica son de origen funcional, enmarcados dentro de los Trastornos Neurológicos Funcionales (TNF).

Forma Funcional (Psicógena): Esta es la presentación más común. Se caracteriza por la falta de correlación entre los síntomas y cualquier patología neurológica conocida. A menudo, el inicio del síntoma se asocia con un evento estresante, un trauma físico menor, o un conflicto emocional significativo. La fisiopatología implica una alteración en la red neuronal que conecta la intención de moverse con la ejecución motora, sin que exista daño estructural en las vías motoras. El diagnóstico de A-A funcional requiere la presencia de signos "positivos" de disfunción, como la variabilidad, la inconsistencia y los patrones de marcha que desafían la gravedad, además de la exclusión de enfermedades orgánicas.

Forma Orgánica: Aunque es rara, la A-A puede ser causada por lesiones neurológicas específicas. Las causas orgánicas incluyen: 1) Lesiones bilaterales del lóbulo frontal, particularmente en el área motora suplementaria o prefrontal, que afectan la planificación motora de alto nivel. 2) Hidrocefalia de presión normal, que puede manifestarse con una apraxia de la marcha que se asemeja a la abasia. 3) Trastornos cerebelosos o de los ganglios basales que, aunque típicamente causan ataxia o parkinsonismo, en casos atípicos pueden presentar una disfunción predominantemente en la bipedestación. La diferenciación es crucial, ya que el tratamiento y el pronóstico son completamente distintos.

El diagnóstico diferencial debe ser riguroso e incluye la exclusión de: 1) **Ataxias** (sensoriales, cerebelosas), donde la incoordinación está presente incluso en movimientos aislados o en posición supina. 2) **Apraxias de la Marcha**, que son déficits de planificación motora que a menudo se asocian con demencia o lesiones frontales. 3) **Malingering** (simulación), aunque la distinción es difícil y a menudo requiere una evaluación psiquiátrica detallada. La A-A funcional se considera una condición genuina y no simulada, donde el paciente realmente experimenta la incapacidad, aunque el mecanismo sea neuropsicológico.

5. Fisiopatología y Mecanismos Subyacentes

La comprensión de la fisiopatología de la astasia-abasia funcional ha avanzado significativamente con el estudio de los Trastornos Neurológicos Funcionales (TNF) mediante neuroimagen. La A-A no se debe a la ausencia de fuerza o a la destrucción de tejido cerebral, sino a una disfunción en

las redes neuronales que regulan la atención, la expectativa y el control motor. Los estudios de resonancia magnética funcional (fMRI) en pacientes con TNF han revelado patrones de conectividad y actividad cerebral anormales durante la ejecución de tareas motoras.

Un mecanismo clave propuesto es la alteración en el procesamiento de la "predicción motora" y la auto-monitorización. Normalmente, el cerebro genera una copia de la señal motora (conocida como copia eferente o *efference copy*) que permite anticipar las consecuencias sensoriales del movimiento. En la A-A funcional, se cree que existe un fallo en la integración de esta señal, lo que resulta en una sensación de falta de control o alienación del movimiento. El paciente "siente" que no puede realizar la acción, aunque los comandos motores básicos estén intactos. Esta disfunción involucra áreas como la corteza prefrontal, el cíngulo anterior y las regiones parietales, que están implicadas en la conciencia de la acción y la selección de objetivos motores.

Además del componente puramente neurológico funcional, existe una fuerte interacción con factores psicológicos. La A-A a menudo se desencadena o se mantiene por un estado de hipervigilancia motora, donde la atención excesiva al propio cuerpo y al acto de caminar interfiere con el proceso automático de la deambulación. El sistema nervioso, bajo estrés o como mecanismo de defensa, puede generar un patrón de movimiento anómalo que se perpetúa. Este modelo explica por qué la distracción o la terapia de reentrenamiento pueden ser efectivas, ya que desvían la atención del circuito disfuncional, permitiendo que las rutas motoras automáticas se reactiven.

6. Diagnóstico y Evaluación Clínica

El diagnóstico de la astasia-abasia es eminentemente clínico y se basa en dos pilares: 1) la exclusión de todas las causas orgánicas posibles y 2) la identificación de signos positivos que confirmen la naturaleza funcional del trastorno. La evaluación debe comenzar con una historia clínica detallada, buscando factores estresantes recientes o antecedentes de otros síntomas funcionales o trastornos psiquiátricos.

La exploración neurológica debe ser minuciosa. Durante la bipedestación y la marcha, el médico debe observar la inconsistencia del patrón, la exageración de los movimientos y la capacidad del paciente para evitar caerse. Las maniobras de distracción son cruciales; por ejemplo, pedir al paciente que recite un poema o cuente hacia atrás mientras intenta caminar puede mejorar temporalmente la marcha. El signo de Hoover, aunque tradicionalmente utilizado para debilidad funcional, tiene adaptaciones para la marcha: si el paciente no puede mover una pierna al caminar, pero aplica fuerza normal en la misma pierna para estabilizarse mientras realiza un movimiento vigoroso con la pierna opuesta (como levantar la rodilla), esto sugiere un componente funcional.

Para descartar causas orgánicas, es habitual solicitar estudios de neuroimagen (RM cerebral) y

pruebas neurofisiológicas (electromiografía, potenciales evocados) para confirmar la integridad estructural y funcional de las vías nerviosas. Solo una vez que se han descartado las patologías orgánicas relevantes y se han identificado los signos positivos de disfunción (inconsistencia, variabilidad, discordancia con la exploración supina), se puede establecer el diagnóstico de astasia-abasia funcional. Es fundamental que el diagnóstico se comunique al paciente de manera positiva, explicando que el problema es "real" y que reside en el "cableado" funcional del cerebro, no que es "imaginario".

7. Tratamiento y Pronóstico

El tratamiento de la astasia-abasia, especialmente en su forma funcional, requiere un enfoque multidisciplinario que combine la neurología, la fisioterapia especializada y la psicoterapia. El pronóstico es generalmente favorable, especialmente si el diagnóstico se establece tempranamente y el paciente acepta el modelo funcional de la enfermedad.

Educación y Reatribución: El primer paso es la psicoeducación. El neurólogo debe validar los síntomas del paciente y explicar que la A-A es un problema real y común del funcionamiento del cerebro. La reatribución ayuda a reducir la ansiedad sobre una enfermedad progresiva y permite al paciente concentrarse en la rehabilitación.

Fisioterapia Específica (Rehabilitación de la Marcha): La fisioterapia para la A-A difiere de la rehabilitación estándar para lesiones orgánicas. En lugar de centrarse en el fortalecimiento muscular, se enfoca en el reentrenamiento de patrones de movimiento automáticos. Esto a menudo implica técnicas de distracción y la introducción gradual de movimientos que son difíciles en el contexto de la marcha (p. ej., caminar hacia atrás, o realizar una actividad cognitiva mientras se camina), con el objetivo de interrumpir el patrón de movimiento disfuncional y restaurar la automaticidad.

Intervención Psicológica: La [Terapia Cognitivo-Conductual](#) (TCC) es la modalidad psicoterapéutica más utilizada. Ayuda al paciente a identificar y manejar los factores estresantes o emocionales que pueden haber desencadenado o estar manteniendo los síntomas. La TCC también aborda la hipervigilancia motora y la ansiedad asociada con el miedo a caerse.

El pronóstico varía. Los pacientes con un inicio agudo y una duración corta del síntoma, así como aquellos que tienen menos comorbilidad psiquiátrica, tienden a tener una recuperación completa más rápida. En casos crónicos o en aquellos donde el diagnóstico se retrasa, la rehabilitación puede ser más prolongada y compleja, pero la mejoría sigue siendo posible con un abordaje terapéutico intensivo y coherente.

8. Lecturas Adicionales

[Trastorno neurológico funcional \(Wikipedia en español\)](#)

[Functional Neurological Disorder \(National Institute of Neurological Disorders and Stroke, NIH\)](#)

[Functional Gait Disorders: A Clinical Approach to Diagnosis and Management \(PMC\)](#)

[Jean-Martin Charcot \(Wikipedia en español\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM