

Enfermedad de Blocq – Blocq's disease

Authored by
memjavad

November 9, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *Enfermedad de Blocq – Blocq's disease*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=3446>

Enfermedad de Blocq (Astasia-Abasia)

Campo(s) Disciplinario(s) Principal(es): Neurología Histórica, Psiquiatría, Trastornos Funcionales

1. Definición Central

La enfermedad de Blocq, conocida en la nomenclatura médica moderna como **astasia-abasia**, es un concepto clínico histórico que describe un trastorno caracterizado por la incapacidad de la persona para mantenerse de pie (astasia) o para caminar (abasia), a pesar de que la fuerza muscular, la sensibilidad y la coordinación motora se encuentran completamente conservadas cuando el paciente está en decúbito. Este síndrome representa una disfunción selectiva del control postural y locomotor que se manifiesta únicamente al intentar realizar la bipedestación o la marcha. Históricamente, esta condición fue clasificada dentro de las neurosis o los trastornos histéricos debido a su etiología no orgánica aparente, representando un punto crucial en el debate decimonónico sobre la interacción entre la psique y el soma.

El núcleo de la enfermedad radica en la **disociación paradójica** entre la capacidad motora elemental y la integración de esa capacidad en actos complejos y automáticos como la marcha. Un paciente afectado puede realizar movimientos de flexión y extensión de las piernas con fuerza normal al estar acostado, e incluso simular el pedaleo o el movimiento de la marcha; sin embargo, al intentar levantarse, la persona exhibe una incapacidad total o una marcha sumamente extraña, vacilante y a menudo dramática, que rara vez resulta en una caída que provoque lesiones. Esta característica clínica de "caída sin daño" fue fundamental para su diferenciación de los trastornos neurológicos orgánicos, en los que la pérdida de equilibrio es genuina y conlleva riesgo de traumatismo.

Aunque el término "enfermedad de Blocq" ha caído en desuso en favor de la designación sintomática de astasia-abasia, y más recientemente bajo el paraguas del [Trastorno de Síntomas Neurológicos Funcionales](#) (TSNF) o trastorno de conversión, su estudio sigue siendo relevante para comprender la historia de la neurología y la evolución del diagnóstico diferencial entre síntomas orgánicos y funcionales. La persistencia de la función motora básica junto con la pérdida de la función compleja de la marcha obliga a la comunidad médica a buscar explicaciones más allá de la lesión estructural del sistema nervioso central o periférico, enfocándose en mecanismos de procesamiento cognitivo y control emocional de la motricidad.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término fue acuñado por el neurólogo francés **Paul-Émile Blocq**, quien publicó una descripción detallada del síndrome en 1888. Blocq observó y documentó varios casos en el Hospital de la

Salpêtrière en París, un centro neurálgico para el estudio de los trastornos nerviosos bajo la dirección de Jean-Martin Charcot. En ese contexto histórico, la Salpêtrière era el epicentro de la investigación sobre la histeria, un diagnóstico amplio y controvertido que servía para clasificar una vasta gama de síntomas neurológicos sin causa orgánica observable. La descripción de Blocq intentó aislar este patrón de marcha específico como una entidad nosológica diferenciada dentro del espectro de las neurosis motoras.

La etimología del término astasia-abasia proviene del griego: **astasia** (a-, prefijo de negación, y stasis, "posición de pie"), que significa literalmente "incapacidad para estar de pie"; y **abasia** (a-, negación, y basis, "paso" o "base"), que se traduce como "incapacidad para caminar". Esta construcción terminológica refleja la precisión con la que los médicos de la época buscaban nombrar la disfunción específica. Antes de Blocq, otros clínicos ya habían descrito fenómenos similares, pero fue su trabajo el que consolidó la astasia-abasia como un síndrome reconocible, distinguiéndolo de la ataxia cerebelosa o la parálisis espinal, donde la debilidad o la descoordinación se manifiestan consistentemente en todas las posiciones.

El concepto experimentó una evolución significativa a lo largo del siglo XX. Inicialmente, se consideró una forma de histeria o neurosis conversiva pura, reflejando el pensamiento freudiano y post-freudiano que vinculaba los síntomas físicos inexplicables a conflictos psicológicos reprimidos. Sin embargo, a medida que la neurociencia avanzaba, la tendencia fue reevaluar estos diagnósticos. Aunque la etiología psicológica sigue siendo un componente central en muchos casos, la comprensión moderna se centra en la disfunción de los circuitos cerebrales que controlan la planificación motora y la conciencia corporal, en lugar de atribuir la causa únicamente a la simulación o a la debilidad de voluntad. Esta reorientación ha llevado a clasificar la astasia-abasia bajo el diagnóstico más amplio de [Trastorno de Conversión](#), o más específicamente, como un subtipo motor dentro del TSNF.

3. El Trabajo de Paul-Émile Blocq

Paul-Émile Blocq (1860-1896) fue un neurólogo y patólogo francés cuya carrera, aunque corta, dejó una marca indeleble en la neurología descriptiva. Su contribución más destacada, publicada en la revista *Archives de Neurologie*, no solo describió la sintomatología de la astasia-abasia sino que también propuso una clasificación nosológica para este peculiar trastorno. Blocq argumentó que, si bien la condición compartía características superficiales con otros trastornos de la marcha, su naturaleza funcional y su dependencia del contexto (la disfunción solo ocurría al intentar caminar o estar de pie) merecían una categorización separada.

Blocq detalló que los pacientes con su "enfermedad" presentaban una de las marchas más extrañas observadas en la clínica: una marcha caótica, a menudo con movimientos exagerados, tambaleo excesivo, o la sensación de que los pies estaban pegados al suelo (marcha magnética).

Lo que fascinó a Blocq y a sus contemporáneos fue la **ausencia de signos piramidales o cerebelosos**. La integridad de los reflejos tendinosos, la ausencia de atrofia muscular y la normalidad de la fuerza en la cama excluían las causas orgánicas clásicas. Blocq postuló que el problema residía en un "déficit en el control de la voluntad sobre el aparato locomotor", una explicación que, aunque conceptualmente limitada, apuntaba correctamente a una disfunción en los niveles superiores de la integración motora.

El legado de Blocq, aunque su nombre ya no se asocia comúnmente al diagnóstico, reside en haber forzado a la neurología a reconocer que no todos los déficits motores tienen una base lesional clara. Su trabajo impulsó la investigación sobre la fisiología de la marcha y el equilibrio, y sentó las bases para el estudio moderno de los trastornos funcionales, demostrando que la patología puede manifestarse en la forma en que el cerebro organiza y ejecuta los patrones motores complejos, incluso cuando las vías motoras individuales están intactas. El reconocimiento de la enfermedad de Blocq ayudó a diferenciar la histeria de la simulación, ya que los síntomas, aunque no orgánicos, eran genuinamente incapacitantes para el paciente.

4. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de la astasia-abasia son notablemente heterogéneas, pero comparten el rasgo central de la preservación de la función motora en posición supina y la severa disfunción en posición vertical. La **astasia** se manifiesta como una incapacidad para mantener el tronco erguido; el paciente puede balancearse violentamente, agarrarse a los objetos cercanos o colapsar inmediatamente al intentar ponerse de pie. El esfuerzo por mantener el equilibrio a menudo parece desproporcionado o exagerado, lo que históricamente llevó a la interpretación de la histeria.

La **abasia** presenta una variedad aún mayor de patrones de marcha, todos ellos caracterizados por ser incoherentes y no ajustarse a ningún patrón neurológico conocido de ataxia, espasticidad o parálisis. Algunas formas comunes incluyen: la marcha "en zigzag" o serpentina; la marcha astática, donde el paciente se tambalea de manera caótica, pareciendo al borde de la caída en cada paso; y la marcha "magnética", donde el paciente parece tener los pies pegados al suelo, requiriendo un esfuerzo enorme para levantarlos. Una característica diagnóstica crucial es la **teleología protectora** de la caída: cuando el paciente cae, lo hace de manera lenta o controlada, evitando lesiones graves (a diferencia de una caída por síncope o ataxia cerebelosa), lo que sugiere que los mecanismos reflejos de protección están intactos.

Es importante destacar que, además de la alteración motora, los pacientes a menudo presentan otros síntomas funcionales asociados, como dolor crónico, fatiga o, en el contexto histórico, síntomas de conversión sensorial (como ceguera o sordera funcionales). La naturaleza de los síntomas motores puede cambiar con el tiempo o en presencia de un examinador, lo que refuerza

la naturaleza "funcional" del trastorno. La observación clínica cuidadosa, buscando la discrepancia entre la fuerza motora básica y el rendimiento de la marcha, es la clave para el diagnóstico de esta condición.

5. Diagnóstico Diferencial y Etiología

El diagnóstico de la enfermedad de Blocq requiere un riguroso proceso de **diagnóstico diferencial** para excluir todas las causas orgánicas que puedan imitar la astasia-abasia. Las condiciones que deben descartarse incluyen la ataxia cerebelosa (donde la descoordinación es constante), la enfermedad de Parkinson (que presenta rigidez y bradicinesia), las neuropatías periféricas severas, y las lesiones de la médula espinal. La exclusión se basa en la normalidad de las pruebas de neuroimagen (resonancia magnética, tomografía) y los estudios electrofisiológicos, así como la normalidad del examen motor cuando el paciente no está bajo la exigencia de la bipedestación.

En cuanto a la etiología, la comprensión moderna ha evolucionado desde la simple atribución a la "histeria". Hoy en día, la astasia-abasia se considera un [Trastorno Neurológico Funcional](#) (TNF). La hipótesis neurobiológica sugiere que el problema no reside en una lesión estructural, sino en una disfunción en la **conectividad cerebral** o en los mecanismos de procesamiento de la información. Se cree que hay una alteración en la red de control motor que involucra áreas como la corteza prefrontal (planificación), la corteza motora suplementaria y los ganglios basales. Esta disfunción resulta en una pérdida del control motor automático, haciendo que la marcha se convierta en un acto consciente y fallido.

Desde la perspectiva psiquiátrica, la astasia-abasia suele estar asociada a factores de estrés psicológico o traumas recientes o pasados. El modelo de conversión postula que el malestar emocional o el conflicto psicológico se "convierten" involuntariamente en un síntoma físico. Sin embargo, es fundamental evitar la simplificación: aunque los factores psicológicos son predisponentes o desencadenantes, la manifestación clínica es un síntoma neurológico genuino, no fingido. La etiología compleja requiere un enfoque multidisciplinario que integre la neurología (para el diagnóstico de exclusión) y la psiquiatría o psicología clínica (para la identificación y manejo de los factores subyacentes).

6. El Concepto de Astasia-Abasia en la Nosología Moderna

La redefinición de la enfermedad de Blocq en la nosología contemporánea refleja un cambio paradigmático en la medicina. El término original era una etiqueta de enfermedad; el término moderno, astasia-abasia, es una descripción sintomática que se subsume bajo categorías diagnósticas más amplias. En el [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales](#) (DSM-5), esta presentación se clasifica como un Trastorno de Síntomas Neurológicos

Funcionales, con la especificación de "síntoma motor (debilidad o parálisis)". Esta clasificación enfatiza que el síntoma es funcional (no causado por una enfermedad neurológica conocida) y que causa malestar significativo o deterioro funcional.

La importancia de esta reubicación es doble. Primero, elimina la connotación peyorativa de la "histeria", facilitando que los pacientes acepten el diagnóstico y el tratamiento. Segundo, permite un enfoque terapéutico más estructurado que no se limita a la psicoterapia. El diagnóstico moderno de astasia-abasia requiere no solo la exclusión de la enfermedad orgánica, sino también la presencia de **signos positivos** de inconsistencia, como la variabilidad de los síntomas o la presencia de maniobras distractivas que mejoran la función motora (por ejemplo, el paciente puede caminar hacia atrás o en un patrón rítmico, pero no hacia adelante). Estos signos positivos confirman la naturaleza funcional del trastorno.

A pesar de su antigüedad, el concepto de astasia-abasia sigue siendo un recordatorio de que el sistema nervioso puede producir déficits motores incapacitantes sin daño estructural. El estudio de estos trastornos ha impulsado la investigación sobre la **plasticidad cerebral** y la interconexión entre las redes cognitivas, emocionales y motoras. La persistencia de la función motora básica en estos pacientes sugiere que la memoria del movimiento y los patrones de activación motora están intactos, pero que hay un "bloqueo" en el acceso o la ejecución de estos patrones cuando se requiere la integración postural compleja.

7. Pronóstico y Manejo Moderno

El pronóstico de la astasia-abasia es variable y depende en gran medida de la duración de los síntomas antes del diagnóstico y la implementación de un tratamiento adecuado. Los casos agudos, especialmente aquellos asociados a un evento estresante identificable, tienden a tener un mejor pronóstico, con una recuperación completa posible. Sin embargo, los casos crónicos, que a menudo implican ganancias secundarias o un patrón de enfermedad arraigado, pueden ser más resistentes al tratamiento.

El manejo moderno de la astasia-abasia es inherentemente **multidisciplinario**. El primer paso crucial es la comunicación del diagnóstico: el neurólogo debe validar la autenticidad de los síntomas del paciente, asegurando que no se trata de simulación, al tiempo que explica que la causa no es una enfermedad degenerativa. El tratamiento se centra en tres pilares principales: **fisioterapia especializada**, **terapia cognitivo-conductual (TCC)** y, en algunos casos, psicofármacos.

Rehabilitación Física: La fisioterapia para los trastornos funcionales difiere de la rehabilitación estándar. Se enfoca en la reeducación del movimiento, utilizando la distracción y el reprocesamiento motor para reintegrar los movimientos automáticos. El objetivo no es fortalecer músculos, sino romper el patrón de movimiento disfuncional y reestablecer la confianza en el

sistema motor.

Terapia Psicológica: La TCC es fundamental para abordar los factores desencadenantes, el manejo del estrés y la ansiedad, y la corrección de las conductas de evitación que perpetúan el síntoma. La terapia ayuda al paciente a comprender la conexión mente-cuerpo y a desarrollar mecanismos de afrontamiento más saludables.

Farmacoterapia: Aunque no existe un medicamento específico para la astasia-abasia, los antidepresivos o ansiolíticos pueden ser útiles si el trastorno se presenta comórbido con depresión mayor o trastornos de ansiedad, lo cual es frecuente.

La clave del éxito reside en un diagnóstico rápido y una explicación empática pero firme de la naturaleza funcional del trastorno. La demora en el diagnóstico o la persistencia en la búsqueda de una causa orgánica, a menudo denominada "vagabundeo diagnóstico", empeora significativamente el pronóstico, ya que consolida el patrón motor disfuncional y la creencia del paciente de que padece una enfermedad incurable.

8. Lecturas Adicionales

[Trastorno de Síntomas Neurológicos Funcionales \(Wikipedia en español\)](#)

[Functional Neurological Disorder: A historical and clinical perspective \(NCBI\)](#)

[Trastorno Neurológico Funcional \(Mayo Clinic\)](#)