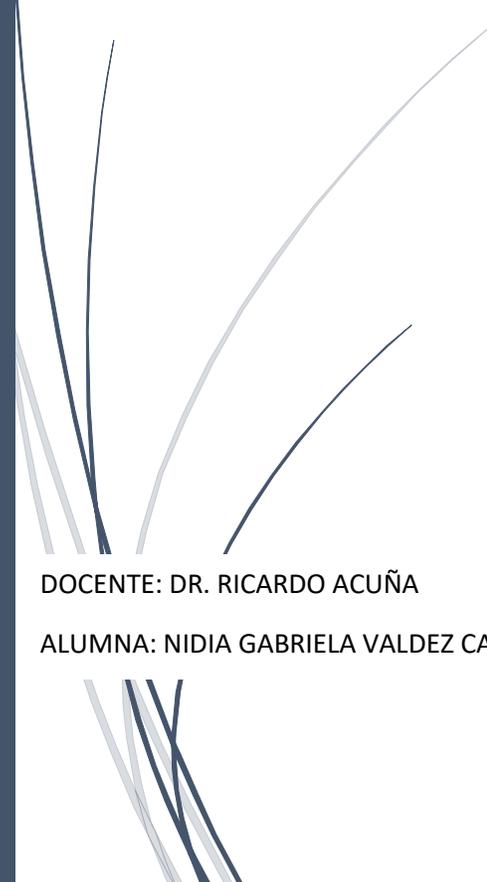


27-11-2020

REGRESIÓN PSICOMOTRIZ



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

Regresión psicomotriz

Bastan unos cuantos días para que un anciano postrado y sin realizar ninguna actividad deje de moverse, enderezarse, ponerse en pie, caminar, asearse, vestirse o controlar sus esfínteres, si los medios humanos y materiales no lo impiden. La regresión psicomotriz que conlleva la pérdida de autonomía es un problema observado en los ancianos y tiene un carácter global; es decir, afecta las esferas motora, intelectual y psicoafectiva. La regresión psicomotriz es con frecuencia el caso y se interpreta como un envejecimiento extremo o un problema demencial sin probabilidades de mejoría.

Algunos problemas geriátricos tan complejos como la fragilidad cursan con sarcopenia, que por sí misma puede desencadenar el deterioro, más aún si el paciente es frágil y sufre otros problemas de salud física, competencia social o aplanamiento emocional; éste es el caso de la coexistencia de varios factores. La enfermedad depresiva es una entidad de suma importancia, dado que se diagnostica pocas veces y, por tanto, se trata menos aún; si se parte del punto en el cual el paciente muestra ya una acusada apatía, es escasa la probabilidad de que reciba el tratamiento adecuado farmacológico y psicoterapéutico y prácticamente nunca se ofrece una rehabilitación neuro cognoscitiva.

Es muy claro observar un cuadro depresivo o de deterioro cognoscitivo inicial en el cual el sujeto anciano se muestra inquieto y se percibe ignorado; tales cambios se atribuyen de modo erróneo al envejecimiento y la enfermedad, por desconocimiento de la medicina geriátrica.

Freedman *et al.* opinan que la regresión psicomotriz es un retroceso emocional y físico de los estándares de independencia y autodeterminación de la persona envejecida a un nivel más infantil de debilidad, pasividad y dependencia respecto de los demás. En un estado regresivo motor, el paciente retorna a un grado de función y adaptación más temprano, menos maduro.

Strain asegura que algunos pacientes son capaces de una regresión motora adaptativa que sirve a su recuperación y los hace aceptar los cuidados geriátricos, mientras que la regresión de otros muestra una mala adaptación, ya que niegan los problemas y actúan de tal manera que sus condiciones médicas se agudizan.

El término de regresión psicomotriz se refiere al retorno de los reflejos primitivos presentes al nacimiento, conductas estereotipadas que desaparecen durante el desarrollo psicomotriz del niño, así como a las pérdidas de las capacidades motoras y cognitivas adquiridas durante el desarrollo: evolución del movimiento, lenguaje, comprensión simbólica, relación espacial, pensamiento, análisis sistemático, abstracción, identidad, etcétera. En términos clínicos, el síndrome de desadaptación psicomotriz se caracteriza por movimientos lentos (bradicinesia), alteraciones posturales (retropropulsión o desequilibrio con tendencia hacia atrás), trastornos inespecíficos de la marcha, signos neurológicos (acinesia, hipertonía reactiva, alteración de la postura de las respuestas de reacción y las reacciones de protección) y problemas psicológicos.

En consecuencia, tiene gran importancia la rehabilitación preventiva orientada al reacondicionamiento funcional. En cualquier caso, el paciente pierde la capacidad para recuperar su función previa y tiende a caer en mayores discapacidades.

Desintegración

El trastorno aparece de forma retrógrada en relación con el modo en que se adquirieron las capacidades en el desarrollo psicomotriz.

La valoración geriátrica debe fraccionarse, sin perder de vista que las pruebas revelan las incapacidades del individuo, razón por la cual es necesario ser sutil, paciente y compasivo.

Desintegración cognoscitiva

1. *Somato gnosis*. Es la imagen consciente del esquema corporal; al presentarse alguna alteración, la persona tiene dificultades para realizar movimientos coordinados, mantener el equilibrio y sentirse estimado.

2. *Praxias*. Éstas pueden dividirse en praxia fina o motricidad de manipulación; se trata de movimientos precisos, regulados por la coordinación dinámica manual, organización visuoperceptiva y coordinación oculomanual; se incluyen aquí la destreza manual, procesos de aprendizaje, adaptación al entorno, manipulación de utensilios y escritura.

3. *Lenguaje*. Su complejidad es resultado de la intrincada actividad cerebral, reflejo de estados psíquicos que requieren una integridad sensorial motora, estructuras nerviosas centrales, capacidad intelectual eficiente, con elementos educativos y sociales. Su falla afecta de manera profunda a la persona y su funcionamiento general.

Cuando el anciano se somete a estrés y presiones físicas, psicológicas o ambientales puede adoptar posiciones de regresión motriz, las cuales se presentan de forma rápida o gradual; muchas veces se buscan condiciones primarias antes de presentar alteraciones posturales (del equilibrio y la marcha); por ejemplo, acurrucarse en el calor de la cama (posición fetal), guardar silencio, confinarse en habitaciones con menos luz o poco ventiladas, etc.

Desde el punto de vista psicológico suele haber, como en el caso de una caída, un estado de ansiedad, que además puede vincularse con la falta de comunicación verbal y son posibles un pensamiento lento (bradipsiquia) y estados de indiferencia y apatía con falta de motivación y estados depresivos.

La regresión también se distingue por ser una entidad sindrómica, ya que incluye a varias entidades patológicas conocidas que pueden ser factores de riesgo vinculadas con el mismo cuadro clínico.

Los factores que influyen en la regresión psicomotriz pueden ser la incontinencia, sentirse enfermo y desamparado, y adoptar un papel dependiente; presionar con demasiada rapidez al paciente en su tratamiento y no reconocer las señales indicativas de una sobrecarga, además de la ira del sujeto por lo ocurrido a su cuerpo y el control del régimen médico.

El anciano en posición sedente mantiene el tronco reclinado hacia atrás y con tendencia a deslizarse hacia adelante, de tal forma que crea un ángulo de 45° con respecto al asiento y, por lo tanto, incorporarse o ponerse de pie es prácticamente impensable, ya que no es posible la flexión anterior del tronco.

En la posición sedente, las nalgas casi siempre se encuentran en la parte anterior del asiento, mientras que el tronco se apoya en la parte trasera del respaldo.

En los casos graves, pasar de la posición sedente a la erguida es imposible sin ayuda porque el sujeto no puede flexionar el tronco hacia adelante.

La *regresión psicomotriz de inicio súbito o abrupto* se caracteriza por su aparición en horas o días y generalmente se presenta después de un suceso agudo identificable; por ejemplo, una caída, no siempre con daño por traumatismo, pero con la posibilidad de desarrollar posteriormente el denominado síndrome poscaída. Por otra parte, *la regresión psicomotriz de inicio progresivo o gradual* es de aparición insidiosa y puede tardar meses, es decir, es el resultado de la falta de estímulos psicológicos, sociales y afectivos y da lugar a un olvido del automatismo adquirido, que es esencialmente una regresión.

Todo esto puede incluso concurrir de una manera más agresiva y causar en pocas horas que los ancianos caigan en un nivel de dependencia total. Postrados, los individuos están perdidos, ausentes, confusos, abatidos e impotentes; de esta manera, el clínico enfrenta un estado de extrema dependencia.

Diagnóstico

El diagnóstico debe establecerse en forma temprana, pero a menudo se determina de manera tardía, ya que suelen superponerse otros problemas de salud, como sarcopenia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular, síndrome de deslizamiento, síndrome poscaída, síndrome demencial, enfermedad articular degenerativa, síndromes extrapiramidales, dolor, síndromes lacunares, pseudobulbares y otras afectaciones a la sustancia blanca, cardiopatías, neumopatías, problemas de la sustancia blanca, trastornos psiquiátricos, hidrocefalia normotensa, entre muchos más.

Tratamiento

El tratamiento es difícil y se necesita un equipo interdisciplinario sensibilizado y especializado para ofrecer una atención integral y las soluciones adecuadas e individualizadas; siempre deben considerarse la calidad de vida, el colapso posible de cuidador y el maltrato, además de las decisiones del propio paciente.

El equipo interdisciplinario entrenado y con experiencia en el tratamiento geriátrico sabe que a menudo las expectativas terapéuticas son nulas cuando ha desaparecido la esperanza y hay poca tolerancia a la frustración.

La regresión psicomotriz requiere medidas inmediatas que deben enfocarse en la integración del paciente a las actividades básicas de la vida cotidiana antes de la aparición de este problema; el tratamiento debe realizarse en la secuencia habitual: anciano-geriatra-fisioterapeuta cuidador.

Todos los factores patológicos desencadenantes de la regresión motora son susceptibles de tratamiento adecuado y rehabilitación; sin atención terapéutica se pierde la independencia del anciano.

Los puntos fisioterapéuticos que determinan la reprogramación psicomotriz pueden proporcionarse de manera activa y pasiva, aunque es importante realizar una valoración especializada de funciones presentes y perdidas; no es posible generalizar los tratamientos de rehabilitación ni aplicarlos de forma similar, ya que cada anciano tiene necesidades y ritmos psicofísicos diferentes; no obstante, hay puntos clave en la rehabilitación que pueden mencionarse de manera general:

Estimulación cognoscitivo-afectiva.

- Equilibrio.
- Límites de movimiento.
- Fuerza.
- Marcha (si se realizaba).
- Entrenamiento de las actividades de la vida diaria (las que tenía antes de desarrollar el cuadro de regresión psicomotriz).

Los puntos sobre los que se sustenta la reprogramación psicomotriz pueden proporcionarse de modo activo y pasivo; por lo general están afectados los músculos del cuello, tronco y cintura, que intervienen en importantes funciones como incorporarse de la cama, mantenerse de pie, girar sobre su propio eje para regresar, mantener el equilibrio en la posición sedente y lograr pararse y girar para iniciar la marcha, además de las maniobras de trabajo para pasar de la posición sedente a la de decúbito. También es necesario el fortalecimiento de la musculatura de las extremidades.

Las técnicas disponibles son diversas, desde las más especializadas como la del neurodesarrollo, las neuropsicológicas, las de reeducación y las de entrenamiento

funcional hasta las simples como las movilizaciones pasivas. Esto depende de las circunstancias y la experiencia del rehabilitador en el cuidado de estos pacientes. Hay que trabajar de manera pausada y hacer un buen trabajo de tratamiento de apoyo emocional. El terapeuta debe mantener una relación que sea afectuosa, tenga un optimismo realista y suministre comprensión y compasión. El terapeuta puede también señalar el hecho de que todo el mundo necesita detenerse y recobrar el aliento. Se requiere un equilibrio entre la tolerancia y la exigencia.

En resumen, la regresión psicomotriz constituye el extremo del abatimiento funcional y se afectan la independencia y la vitalidad del individuo. Es necesaria una intervención muy enérgica en el área de la rehabilitación integral, no sólo en sus aspectos físicos, para rescatar al paciente del hundimiento y restituir una funcionalidad aceptable y acorde a las circunstancias. La regresión psicomotriz es otro de los grandes retos del equipo geriátrico.

Éste es un punto de enlace entre la medicina y la pedagogía. Poco a poco el paciente comienza a mostrar progresos al caminar, moverse, mantener la atención, interesarse, etc.

En el otro extremo quizás debe considerarse el síndrome de deslizamiento o la falla para recuperarse cuando los esfuerzos sólidos y constantes han sido vanos. En tal caso, la fuerza y el entusiasmo quizás deban ceder el paso a la ética y el respeto del final de la vida.