



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: GERIATRÍA.

TERCERA UNIDAD.

TEMA: REGRESIÓN PSICOMOTRIZ.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

REGRESION 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.

Una estancia hospitalaria corta puede mejorar la afectación focal, motivo del ingreso, pero también precipitar la pérdida funcional y comprometer las posibilidades de retorno al medio habitual de la vida.

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 práctica geriátrica cotidiana ha demostrado que ciertas enfermedades no figuran entre los cuadros nosológicos comunes de la neurología y la psiquiatría, con el riesgo implícito de incurrir en una actitud fatalista por la falta de información, lo cual da lugar algunas veces a no ofrecer a la persona afectada una alternativa rehabilitadora o instituir prácticas terapéuticas adecuadas.

La regresión psicomotriz es con frecuencia el caso y se interpreta como un envejecimiento extremo o un problema demencial sin probabilidades de mejoría.

Hoy en día se la conoce en las publicaciones también como síndrome de desadaptación psicomotriz, sobre todo en relación con problemas neurológicos específicos, como la enfermedad de Parkinson.

Otras veces se interpretan de forma equívoca los datos del desacondicionamiento funcional, como la alteración de la postura (con tendencia flexora) y la rigidez muscular por disminución de la actividad, aunque cualquiera de estas manifestaciones puede llevar al final a la regresión o desadaptación.

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.

Las regresiones psicomotrices en los ancianos constituyen una de las vías de investigación más fecundas, en las cuales la situación desencadenante (que

siempre debe enfocarse desde una visión multidimensional) es a menudo demasiado compleja para que pueda tratarse como una entidad aislada.

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.

Más adelante se suma el proceso franco de la regresión motriz, a menudo propiciado por una eventualidad desencadenante, como una caída o un maltrato que conducen al aislamiento y luego a la regresión; en cualquier esfera, un problema que ocurrió causa inseguridad e inestabilidad física y afectiva y ello da origen al problema psicomotriz regresivo.

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.

Esto refleja el efecto de cualquier proceso patológico (físico, mental o social) en el frágil equilibrio del paciente envejecido.

La dificultad consiste en valorar de manera apropiada este componente regresivo motriz, para prevenir y tratar tan desastrosas consecuencias o, en caso necesario, instituir los cuidados paliativos.

Tratamiento.

Freedman et al. señalan que el tratamiento del paciente regresivo motor requiere un programa de presión moderada y tolerante, pero insistente, por parte de todo el personal.

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.

Es bastante común que un problema menor ocasione desacondicionamiento funcional y ello active la cascada hasta la regresión psicomotriz.

Se necesita gran atención para detectar pérdidas menores y, en la medida de lo posible, no considerarlas normales, inevitables o irreversibles.

Todo lo anterior hace referencia a cada uno de nosotros que debe procurar un envejecimiento en las mejores condiciones posibles, en la vida diaria al perder alguna habilidad o sentir alguna limitante, tendemos a ignorarla, ignorando también nuestra responsabilidad social de llegar a ser personas envejecidas independientes y participativas.

Bibliografía.

Rodriguez R.. (2011). En Práctica de la geriatría. Mexico: Mc Graw Hill.