

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

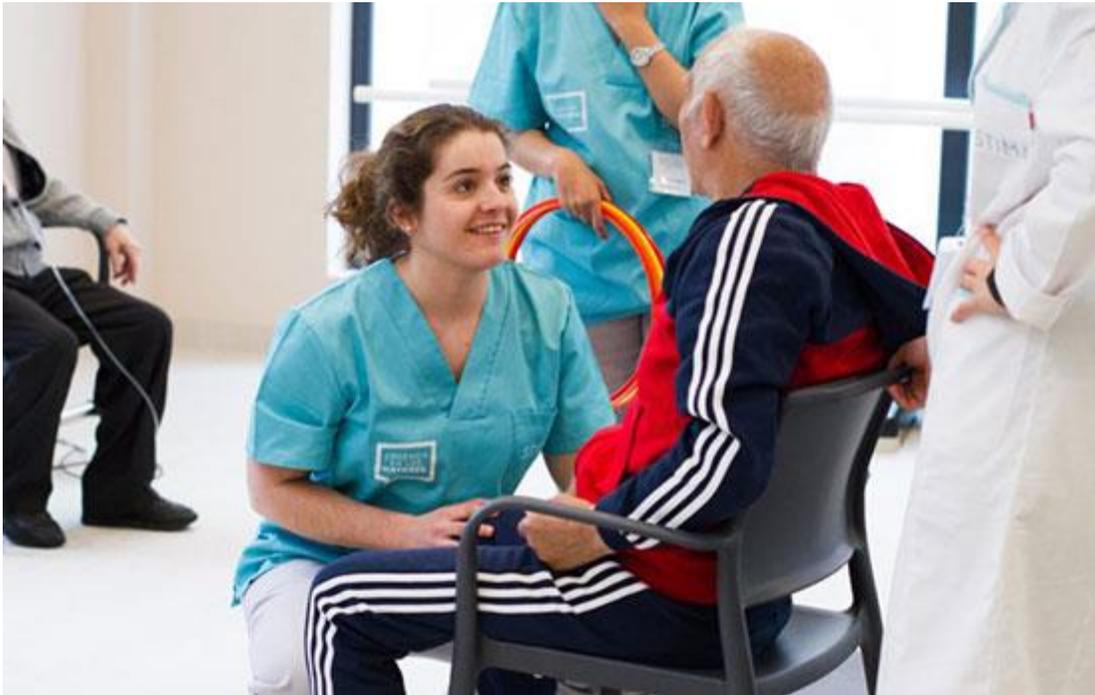
SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: GERIATRIA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: REGRESION PSICOMOTRIZ.



TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.

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. 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 motoras, 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. Gaudet describió por primera vez esta entidad en 1986 y la llamó de forma inicial “síndrome de regresión psicomotriz”, aunque en fecha reciente se la ha denominado “síndrome de desadaptación psicomotriz”. 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. 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 otra 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 cognoscitivas 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, hipertonia reactiva, alteración de la postura de las respuestas de reacción y las reacciones de protección) y problemas psicológicos. Estos últimos incluyen el temor a estar de pie y caminar, en su presentación aguda, o la lentitud del procesamiento cognoscitivo y la anhedonia, en la forma crónica. El envejecimiento normal se ha relacionado con algunas semejanzas observadas al inicio de la regresión, ciertas alteraciones cognoscitivas, sensitivas, de coordinación, equilibrio, disminución de la percepción visuoespacial, procesamiento de la información y velocidad a la reacción. Sin embargo, ninguna de ellas ocasiona una afectación funcional significativa. Si estas alteraciones progresan que sólo de forma ocasional se considera en la práctica del médico general y el especialista; en estos lugares, el anciano es víctima de ignorancia y segregación, sea en hospitales o en las instituciones de asilo. Por lo general, la hospitalización y el tratamiento médico favorecen cierto grado de regresión. La lesión, el aislamiento, la hospitalización y otras situaciones de tensión nerviosa pueden causar conductas regresivas. La regresión también se distingue por ser una entidad sindromática, 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 componente motor es el que altera la capacidad del anciano para mantener la postura y el equilibrio, sea estático o dinámico. 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 erguida o bipedestación, el anciano tiene la necesidad de sujetarse al frente dado que tiende a sufrir caídas por mostrar retropulsión del tronco y ligera flexión de las rodillas, así como prensión de los dedos de ambos pies. 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.

De acuerdo con el tiempo de presentación del síndrome, puede tener dos formas: la regresión psicomotriz de inicio súbito o abrupto y la de inicio paulatino o gradual. 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. El reposo prolongado en cama (“encamamiento”) por un episodio agudo o alguna intervención quirúrgica puede ser el origen de una regresión psicomotriz. Otras formas que dan origen a este súbito o abrupto inicio son el estrés, el duelo, el cambio de ambiente (p. ej., hospitalización o institucionalización). 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. Durante la regresión motriz pueden resurgir las luchas originales del proceso de desarrollo y constituirse de nueva cuenta en aspectos de conflicto y crisis. El paciente puede sentir otra vez el temor al abandono, la destrucción y la agresión física.

Enfermedades crónicas relacionadas con el síndrome de desadaptación psicomotriz:

1° Enfermedades degenerativas

- Enfermedad de Parkinson y parkinsonismo

- Atrofia múltiple sistémica
- Enfermedad de cuerpos de Lewy

2° Lesiones vasculares

- Enfermedad de Binswangers
- Lesiones vasculares subcorticales

3° Hidrocefalia con presión normal

4° Neoplasias intracraneales

- Linfomas del sistema nervioso

5° Enfermedades infecciosas

- Meningoencefalitis
- Infección por VIH

6° Depresión crónica

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: 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.

Bibliografía:

José Antonio Espíndola Lira. (2011). REGRESION PSICOMOTRIIZ. En Practica de la Geriatria (214-220). México: Mc Graw Hill