

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: GERIATRIA

TEMA: RESUMEN REGRESION PSICOMOTRIZ

UNIDAD: TERCERA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 6° "A"

FECHA DE ENTREGA: 27-NOVIEMBRE-2020



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 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 fl exora) 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.

Desintegración

El trastorno aparece de forma retrógrada en relación con el modo en que se adquirieron las capacidades en el desarrollo psicomotriz. Los problemas psicológicos pueden preceder a los motores, si bien las capacidades perdidas se desintegran en forma regresiva, aunque la rehabilitación puede lograr que se

adquieran de nueva cuenta. Es importante considerar que los pacientes, cualesquiera que sean las condiciones en las que se encuentran, son personas que sienten y son más sensibles: la información que perciben del exterior tarda en procesarse. Por tal motivo, pueden ocasionarse reacciones catastróficas, que se manifiestan en la forma de angustia, agresividad física y verbal o llanto. 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. *Somatognosia*. 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. La praxia global o dominio de la coordinación se integra por el tono, equilibrio y lateralidad, lo que refleja una gran cantidad de déficit que se suman e interrelacionan, sobre todo en la marcha.

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. Con el paso de los años se observa un alargamiento o lentificación de los valores habituales de la actividad psicomotriz, los cuales corresponden a las siguientes medidas: 1. Tiempo de reacción (TR) o lapso requerido para iniciar un movimiento como efecto de un estímulo. 2. Velocidad de movimiento o lapso necesario para pasar de una posición a otra. 3. Tiempo premotor (TPM) o intervalo comprendido entre el estímulo y la aparición de un potencial de acción muscular (por electromiografía). 4. Tiempo del movimiento, es decir, la duración que media entre la aparición del potencial de acción y el inicio del movimiento. 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. Esta situación de abatimiento funcional, y al final de regresión psicomotriz, puede presentarse como un típico fenómeno en cascada, que en muchas ocasiones puede revertirse si se reconoce y trata de modo adecuado y oportuno. 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.

Diagnostico

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. 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. De otra manera, los resultados son nulos y poco satisfactorios, ya que todos desempeñan una función vital, en especial el propio paciente.

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). 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. El proceso de rehabilitación puede resumirse de la siguiente manera: gradualmente se pierde el conocimiento y éste se recobra a partir de la última información adquirida (matemáticas, lectura, lenguaje, etc.) hasta lo primero y fundamental (caminar, comer, sentarte), razón por la cual debe reenseñarse lo perdido en el orden contrario. 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. El proceso es largo y lento y no debe desalentar a los allegados, que deben comprender las dificultades de un reaprendizaje en condiciones adversas de envejecimiento y enfermedad.

Bibliografía

Rosalía Rodríguez García, Guillermo Antonio Lazcano Botello. (2011). Úlceras por Presión. En Practica de la Geriatria 3ra Edición (202 a la 213). Mexico D.f.: Mc Graw Hill.