

*NOMBRE DE ESTUDIANTE:  
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ*

---

*DOCENTE:  
DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ*

*MATERIA:  
GERIATRÍA  
TEMA:  
REGRESIÓN PSICOMOTRIZ*

*CARRERA:  
MEDICINA HUMANA*

*SEMESTRE: SEXTO*

*FECHA: 28 / 05 / 2021*

# *Regresión Psicomotriz*

Gaudí (Gaudet) describió por primera vez la entidad en 1986, llamándola antes "Síndrome de regresión psicomotriz", aunque recientemente se ha denominado "síndrome de desadaptación psicomotriz". Hoy en día se la conoce en las publicaciones también como síndrome de desadaptación psicomotriz, especialmente en relación con determinadas enfermedades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson.

La regresión psicomotriz que conduce a la pérdida de autonomía es un problema observado en los ancianos y tiene un carácter global; es decir, afecta las esferas motora, intelectual y psico emocionales. 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.

Ancianos constituyen una de las vías de investigación más fecundas, en las cuales la situación desencadenante 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.

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. 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. En términos clínicos, el síndrome de desadaptación psicomotriz se caracteriza por movimientos lentos (bradicinesia), alteraciones posturales (retropropulsión o desequilibrio con tendencia hacia atrás), trastornos inespecífico 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.

## DESINTEGRACIÓN

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

Es posible definir la actividad psicomotriz como la capacidad para reaccionar ante una información exterior y modificar el movimiento. 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:

- Tiempo de reacción (TR) o lapso requerido para iniciar un movimiento como efecto de un estímulo.
- Velocidad de movimiento o lapso necesario para pasar de una posición a otra.
- Tiempo premotor (TPM) o intervalo comprendido entre el estímulo y la aparición de un potencial de acción muscular (por electromiografía).
- Tiempo del movimiento, es decir, la duración que media entre la aparición del potencial de acción y el inicio del movimiento.

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. 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 pos caída. 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. El componente motor y psicológico de la regresión psicomotriz se caracteriza por hipertonía de oposición, astasia-abasia, bradicinesia, alteración del equilibrio, reacciones de adaptación postural, desinterés y falta de motivación. 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.

### **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. Los puntos fisio terapéuticos que determinan la reprogramación psicomotriz pueden proporcionarse de manera activa y pasiva, puntos clave en la rehabilitación que pueden mencionarse de manera general:

- Estimulación cognoscitivo-afectiva.
- Equilibrio.
- Límites de movimiento.
- Fuerza.
- Marcha (si se realizaba).

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 re enseñarse 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.

### **BIBLIOGRAFÍA**

García, R. R., Botello, G. A., Chávez, H. M., & Martínez, M. Á. (2007). *Práctica de la Geriatria*. D.F, México: MC Graw Hill.