

Efecto de la intervención psicomotriz con participación del cuidador sobre la comunicación gestual de una niña con autismo

Effect of psychomotor intervention with the participation of a caretaker on the gesture communication of a child with autism

Xiomara Taboada-Huarcaya ^{1,a}

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de 3 años, con trastorno del espectro autista que mostraba dificultades para relacionarse e integrar los gestos faciales y corporales a su lenguaje verbal; además, se mostraba inflexible a los cambios posturales y presentaba fuerte apego a objetos inanimados. Se brindó una nueva herramienta de intervención en base al movimiento y el afecto a través de las relaciones primarias. El objetivo fue facilitar el gesto motor, de manera que se lograra una comunicación gestual integrada a la verbal y se favoreciera la conexión espontánea de la niña con su cuidador y el entorno.

PALABRAS CLAVE: Trastorno autístico, trastornos psicomotores, intervención precoz (educación), participación del paciente, cuidadores. (**Fuente:** DeCS BIREME).

SUMMARY

We present the case of a 3-year-old girl with autism that showed difficulties to establish relationships and to integrate facial and body gestures to her verbal language. In addition, she showed inflexibility to postural changes and strong bond to inanimate objects. A new intervention tool was offered based on providing affection and movement through primary relationships. The objective was to facilitate motor gesture to achieve gesture communication integrated to verbal language favoring spontaneous connection of the girl with her caretaker and with her surroundings.

KEYWORDS: Autistic disorder, psychomotor disorders, early intervention (education), patient participation, caregivers. (**Source:** MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición neuropsiquiátrica, caracterizada por presentar deficiencias persistentes en la interacción, comunicación social y conductas restringidas y repetitivas (1,2).

La prevalencia ha ido en aumento. En la actualidad, uno de cada 160 niños forma parte de esta condición (3). En países como EE.UU., se estima que el costo social durante toda la vida de un individuo con autismo es de 3,2 millones de dólares (2). Los estudios revelan que es una condición que genera altos niveles de estrés en las familias de las personas que la padecen, en comparación con niños con otras discapacidades (4).

¹ Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” Amistad Perú - Japón. Lima, Perú.

^a Licenciada en Tecnología Médica en fisioterapia y rehabilitación.

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

La intervención con psicomotricidad es un conjunto de técnicas intencionadas a favorecer el desarrollo de las posibilidades motrices, de expresión y acción, desde la corporalidad del niño, a través del placer del movimiento (5,6).

Se han propuesto intervenciones cognitivo-conductuales que suelen restarle importancia al componente afectivo, el cual es de base relacional. Pedro Ortiz (7,8), propone que el desarrollo del componente afectivo-emotivo es fundamental durante la infancia y que se transmite a través del afecto de los padres hacia los hijos y de personas del entorno social cercano al niño, es decir, con base en la información tradicional. El afecto desencadena como respuesta la expresión motriz, manifestada a través de las emociones, que más adelante desarrollará sentimientos (7,8). Diversos autores mencionan la importancia de las relaciones afectivas con las figuras de referencia (apego) durante la primera infancia, debido a que permitirían desarrollar la individualidad del niño como un ser separado del cuidador y, así, la construcción del yo psíquico iniciará a través de la interacción con el cuidador primario (9,10,11).

Por lo expuesto, se sientan las bases sobre la importancia de la participación del cuidador primario durante la sesión de intervención, siendo siempre guiado y acompañado por el especialista encargado.

El objetivo del reporte de caso fue describir el efecto de la intervención psicomotriz con participación del cuidador sobre la comunicación gestual de una niña con autismo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niña de 3 años y un mes, hija única y que convive con sus padres. A los 18 meses fue diagnosticada de autismo, por lo que meses más tarde fue referida al Instituto Nacional de Rehabilitación, donde se le derivó al servicio de fisioterapia.

Evaluación

Para la evaluación psicomotriz, se usó como referencia la secuencia de la estructura de las dimensiones del inventario del espectro autista (IDEA) de Rivièrè (12). Para la evaluación de la comunicación no verbal, se usó la escala de observación de la comunicación gestual en el espectro autista (ECGEA), la cual comprende las siguientes dimensiones: gestos faciales, gestos cefálicos y gestos corporales básicos.

ECGEA es creación reciente de la misma autora del presente reporte.

Los resultados de la evaluación psicomotriz fueron: En el área de las relaciones sociales, la niña se mostraba ausente y con escaso contacto visual. Prefería agarrar un juguete musical y aislarse por tiempo prolongado, mostrando iniciativa débil o pobre para relacionarse con el cuidador primario. Además, mostraba deficiencia para establecer atención compartida.

En el área de la flexibilidad y anticipación, se mostraba inflexible e irritable a los cambios posturales, prefería estar en una sola posición por tiempo prolongado mientras sostenía un objeto y mostraba apego excesivo al mismo. En raras ocasiones realizaba cambios posturales por iniciativa propia. Cuando quería algo, solo decía “quiero”, pero, si no lo obtenía, inmediatamente se desorganizaba conductualmente lanzándose al suelo y llorando.

En el área de comunicación y del lenguaje, se comunicaba verbalmente, aunque usando palabras aisladas. En raras ocasiones formaba frases de dos palabras, sin conectores. Entendía solo indicaciones simples como *toma, dame, vamos*. No lograba integrar el lenguaje corporal al verbal.

En el área de la simbolización, mostraba juego funcional básico poco flexible y de contenido limitado. Además, se observó ausencia de la imitación.

En cuanto a la evaluación de la conducta no verbal, sus resultados se presentan en la columna “Evaluación” de la tabla 1.

Tratamiento

La intervención se llevó a cabo en 26 sesiones de 40 minutos cada una, dos veces por semana. Los objetivos planteados fueron los siguientes: a) Que la niña realice cambios posturales a la indicación verbal, desde las posiciones bajas hasta las altas mostrando aceptación a los cambios; b) que logre iniciar conductas de imitación; c) que comparta intereses usando el gesto motor de señalar con el índice, para indicar lo que desea o lo que le gusta; d) que inicie contacto visual con el padre; e) que logre realizar giros de cabeza al escuchar su nombre; y f) que logre iniciar la integración de la comunicación gestual con la verbal.

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

Tabla 1. Puntuación de la evaluación de la conducta no verbal al inicio y después de la terapia.

Dimensiones e indicadores	Inicio	Evolución
Dimensión de gestos faciales		
1. Deficiencia de la sonrisa social	6	3
2. Deficiencia del contacto visual	6	4
3. Deficiencia para realizar gesto facial de alegría	6	4
4. Deficiencia para realizar gesto facial de tristeza	8	5
Dimensión de gestos cefálicos		
5. Deficiencia del giro de cabeza, para responder al nombre	6	3
6. Deficiencia de la anticipación, del movimiento de cabeza como respuesta de aceptación o negación.	8	6
Dimensión de gestos corporales básicos		
7. Deficiencia para Extender brazos de forma solicitante	6	4
8. Deficiencia para señalar con el índice y compartir intereses	7	4
9. Deficiencia para despedirse moviendo la mano.	7	5
10. Deficiencia para aplaudir y chocar palmas al celebrar.	7	5
Puntuación total de la comunicación gestual	67	43

Nota: Cada uno de los indicadores tienen un puntaje de 0-8, donde el puntaje más alto significa que existe mayor deficiencia. El puntaje total se puede clasificar en leve (10-20), moderado (21-42) y severo (43-80).

Técnicas de intervención

Se mencionan brevemente algunas de las técnicas usadas en base al marco teórico de Luria (modificado por Da Fonseca) (13), del apego de John Bowlby (11) y del componente afectivo emotivo de la formación de la personalidad de Pedro Ortiz (8): a) Técnica de estimulación táctil (objetivo: Facilitar nociones básicas de su propio cuerpo), b) Técnica de estimulación propioceptiva-vestibular (objetivo: Mejorar sus niveles de alerta y atención), c) Técnica de coordinación viso-motriz gruesa (objetivo: Favorecer el contacto visual con el otro), d) Técnica visual - cognitiva de permanencia del objeto (objetivo: Facilitar la formación del yo psíquico), e) Técnica de estimulación auditiva a través de la prosodia afectiva (objetivo: Facilitar la atención auditiva y respuesta automática de giro cabeza al oír su nombre).

Resultados de la terapia

Finalizado el tratamiento se volvió a administrar la ECGEA para valorar los efectos del tratamiento. Los resultados se exponen en la tabla 1.

La niña inició la integración de la comunicación gestual a la verbal (logra señalar el objeto que le agrada o quiere mientras lo verbaliza, pero aún sin comunicar con la mirada a su cuidador). Además,

logra imitar algunos gestos básicos como taparse los ojos con las manos, aplaudir, chocar las palmas, realiza contacto visual en algunas ocasiones, siendo dirigida verbalmente por el cuidador primario o por el especialista. También logra realizar cambios posturales a la indicación verbal desde posiciones bajas hasta altas, mostrando flexibilidad a los cambios. Además, logró periodos de intersubjetividad con el padre, mirándolo fijamente a los ojos, mientras él le hacía muecas faciales y usaba prosodia afectiva. Asimismo, ha iniciado la imitación de gestos faciales, como cara de alegría y de miedo, durante las actividades de juego pre-simbólico o simbólico dirigido.

En la tabla 1 se observa variación del puntaje que se encuentra en el límite de la deficiencia de la comunicación gestual severa, lo que muestra mejoría del paciente.

DISCUSIÓN

En el caso que se reporta, se evidencia que la intervención temprana con psicomotricidad con la participación del cuidador muestra mejoría en la comunicación gestual de una niña con trastorno del espectro autista.

Sí, se considera la evidencia sobre anomalías microscópicas a nivel neural, donde se han encontrado

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

conexiones aberrantes en áreas que forman parte del sistema límbico —como el hipocampo, el subículo, la corteza entorrinal, la amígdala, el cuerpo mamilar, el septo y la corteza cingulada anterior, además de ambos hemisferios cerebelosos (14)—, las que regulan las emociones a través interacción con el córtex orbitofrontal temporal anterior, podemos entender que la expresión emocional, que es base de la comunicación no verbal, es deficiente en los individuos con TEA.

El DSM-5 describe las deficiencias en conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo: una comunicación no verbal poco integrada, anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y uso de gestos (1).

Se observa que la expresión deficiente en las conductas comunicativas no verbales de individuos con TEA corresponde a las anomalías de la formación estructural de su área límbica y subcortical.

Durante muchos años se han desarrollado investigaciones en el área cognitiva del niño con TEA, sin considerar la importancia del desarrollo del área afectiva, que es en donde se han encontrado anomalías estructurales (7). Considerando que las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a enseñar la expresión de emociones y sentimientos solo es efectiva en niños con Síndrome de Asperger (15), se propone la intervención con psicomotricidad para niños con TEA, debido a que se centra en mejorar la expresión de las emociones y la interacción con el otro de forma espontánea, desde el movimiento y la afectividad con base en las relaciones primarias.

Existen publicaciones de intervención en el espectro del autismo, pero la mayoría son cognitivo-conductuales y las de intervención con psicomotricidad terapéutica son escasas. El tratamiento en el niño con TEA es a largo plazo, por lo que debe continuar. En segundo lugar, el reporte es descriptivo y se menciona un solo caso, por ello no se podría generalizar. Otra limitación es que la escala que se usó para evaluar la comunicación gestual es una creación reciente del mismo autor y aún está en proceso de validación.

A partir de los resultados de la intervención, se concluye que la utilización de técnicas basadas en psicomotricidad, con participación del cuidador, pueden mejorar la comunicación gestual de niños con espectro del autismo; la niña motivo de este reporte mostró mejoría en su interacción con el cuidador

primario y la terapeuta, pero con soporte externo de tipo verbal. Asimismo, en algunas ocasiones interactuó de forma espontánea, expresando sus necesidades e intereses.

Esto hace necesario que se realicen mas estudios con la aplicación de esta nueva técnica.

Declaración de conflictos de interés:

Ninguno.

Correspondencia:

Xiomara Taboada-Huarcaya

Correo electrónico: licxiomarataboada@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Trastornos del neurodesarrollo (TEA). Quinta edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p.31-59.
2. Asociación Española de Profesionales del autismo. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria [Internet]. Madrid: Asociación Española de Profesionales del autismo; 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Trastornos del espectro autista. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. (citado el 18 de agosto de 2018) Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
4. Martín M, Ángeles M, León B, Cruz M. Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosoc Interv.* 2008; 17(2):215-30.
5. Berruazo P. El cuerpo, el desarrollo y la psicomotricidad. *Revista de estudios y experiencias.* 1995; 49:15-26.
6. Bottini P. Contenido de la psicomotricidad: prácticas y conceptos. Madrid: Editorial Miño y Dávila; 2000. pp. 43-99.
7. Ortiz P. Educación y formación de la personalidad. Lima: Fondo Editorial Asociación Civil Universidad de Ciencias y Humanidades; 2008. pp. 208-216.
8. Ortiz P. La Afectividad Humana. *Revista Psiquiátrica Peruana.* 1995; 2(3):145-162. (citado el 18 de agosto de 2018) Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/25036372/La-Afectividad-Humana>
9. Schore AN. Early interpersonal neurobiological assessment of attachment and autistic spectrum disorders. *Front Psychol.* 2014; 5: 1049. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01049
10. Llauradó C. El diálogo tónico y la construcción

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

- de la identidad personal. *Rev Iberoam Psicomot Téc Corporales*. 2007; 25:5-30.
11. Bowlby J. *Attachment and loss*. New York: Basic Books; 1982.
 12. Rivière A. *IDEA: Inventario de espectro autista*. Buenos Aires: Fundec; 2002.
 13. Da Fonseca V. *Manual de observación psicomotriz: Modelo de organización funcional del cerebro humano según Luria*. Madrid: INDE publicaciones; 1998.
 14. Vela RM. Neuroanatomical-behavioral correlates in autism: A working hypothesis. En: Blatt GJ, editor. *The neurochemical basis of autism: From molecules to minicolumns*. Boston, MA: Springer US; 2010. p. 29-43. doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1272-5_3
 15. Carratala E, Arjalaguer M. Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con trastorno del espectro autista e impulsividad. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*. 2015; 2:37-44.

Recibido: 05/10/2018

Aceptado: 25/03/2019