

Efectos de la imitación en la interacción social recíproca en un niño con Trastorno del Espectro Autista Grave*

E. ARIAS-PUJOL¹, ELENA FIESCHI², CRISTINA CASTELLÓ³, JÚLIA MIRALBELL⁴, ANNA SOLDEVILA⁵,
E. SÁNCHEZ-CARÓZ⁶, M. TERESA ANGUERA⁷, MARINA MESTRES⁸

RESUMEN

Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) presentan dificultades de empatía y relación social. Estudios previos sugieren un déficit primario en el sistema de neuronas espejo. En este estudio de caso único se ha aplicado la metodología observacional para investigar el uso de la imitación en un proceso de una psicoterapia de orientación psicoanalítica en un niño con TEA grave. Los resultados sugieren que el uso de la imitación en este tipo de psicoterapia es una opción recomendable, ya que favorece los procesos de diferenciación y mejora las capacidades de interacción. PALABRAS CLAVE: autismo, imitación, neuronas espejo, psicoterapia, metodología observacional.

ABSTRACT

EFFECTS OF IMITATION ON MUTUAL SOCIAL INTERACTION IN CHILDREN WITH SEVERE AUTISM SPECTRUM DISORDER. Children with autism spectrum disorders (ASD) show difficulties in empathy and social interaction. Previous studies suggest primary deficits in the mirror system brain network. In this single case study observational methodology has been used to investigate the process of a psychoanalytic psychotherapy with imitation in a child with severe ASD. Results suggest that the use of imitation within this psychotherapy approach promote the differentiation processes and stimulates social interaction. KEY WORDS: autism, imitation, mirror neurons, psychotherapy, observational methodology.

RESUM

EFFECTES DE LA IMITACIÓ EN LA INTERACCIÓ SOCIAL RECÍPROCA EN UN NEN AMB TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA GREU. Els nens amb trastorn de l'espectre autista (TEA) presenten dificultats d'empatia i relació social. Estudis previs suggereixen un déficit primari en el sistema de neurones mirall. En aquest estudi de cas únic s'ha aplicat la metodologia observacional per investigar l'ús de la imitació en un procés d'una psicoteràpia d'orientació psicoanalítica en un nen amb TEA greu. Els resultats suggereixen que l'ús de la imitació en aquest tipus de psicoteràpia és una opció recomanable, ja que afavoreix els processos de diferenciació i millora les capacitats d'interacció. PARAULES CLAU: autisme, imitació, neurones mirall, psicoteràpia, metodologia observacional.

**Trabajo ganador del VI Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil que convoca esta revista y que está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat, Barcelona (España)*

¹PhD, psicóloga clínica. Profesora de Psicología de Blanquerna-URL. Servicio de investigación y formación Carrilet, Barcelona

²Psicóloga clínica. Psicoanalista (SEP-IPA). Servicio de investigación y formación Carrilet, Barcelona

³Psicóloga. Servicio de investigación y formación Carrilet, Barcelona.

⁴PhD, neuropsicóloga. Profesora de Psicología de la Universidad de Barcelona. Servicio de investigación y formación Carrilet, Barcelona

⁵Psicóloga y psicoterapeuta. Servicio de investigación y formación Carrilet, Barcelona

⁶Pedagoga, musicoterapeuta y gerente del centro Carrilet. Servicio de investigación y formación Carrilet, Barcelona.

⁷PhD, catedrática de Psicología. Instituto de Investigación del Cerebro, Cognición y Conducta (IR3C). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

⁸Psicóloga y fisioterapeuta. Coordinadora del Servicio de investigación y formación Carrilet, Barcelona

Correspondencia: carrilet@carrilet.org

Introducción

Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) presentan dificultades en la comunicación, la interacción social recíproca, el juego, la imaginación y alteraciones sensorio-perceptivas (Meltzoff y Borton, 1979). Éstas les llevan a desarrollar una forma especial de conducta con los objetos y las personas. En concreto, se observa la no tendencia a la vinculación con el otro, dificultades para mirar a los ojos (Klin, 2013), en la sonrisa social, la intersubjetividad primaria y la intersubjetividad secundaria (Muratori, 2008). Presentan también dificultades de integración corporal, para entender su cuerpo y las sensaciones que vienen del mismo, así como para conectar sus sensaciones con sus emociones y pensamientos. Por todo ello, buscan contingencias perfectas por parte de las personas; es decir, que éstas funcionen de manera totalmente previsible (Muratori, 2008), como los objetos. Estos aspectos, junto con la autosensorialidad (Tustin, 1998) acaban por sustituir a la relación y producir una falsa seguridad. Algunos síntomas que presentan los niños muy graves son las estereotipias motoras y vocales y conductas erráticas y sin propósito, que responden a su búsqueda de sensaciones desconectadas. Además, en los niños con TEA no hay una construcción del *self* como de una identidad separada (Mahler, 1968). No existe pues una conciencia de separación entre ellos mismos, los otros y el mundo que les rodea. En los casos de niños con TEA grave no hay conciencia de las propias emociones ni de los pensamientos, sentimientos y emociones de los demás (teoría de la mente; Baron-Cohen et al., 1985; Frith, 2004). Estas alteraciones del desarrollo de los procesos mentales primarios se relacionan con las dificultades en la adquisición del periodo sensoriomotriz y, por lo tanto, el acceso a la simbolización y al lenguaje (Larbán, 2011; Viloca, 2012a,b).

Los nuevos hallazgos neurocientíficos sugieren que el déficit (Ramachandran, 2007) y/o la alteración de neuronas espejo (NE) en las personas con TEA (Williams et al., 2001) se encuentra en la base de las dificultades de imitación y, consecuentemente, de empatía, relación e identidad de los niños/as con TEA (Iacoboni, 2009). Las NE son un sistema neuronal que se sitúa en el córtex premotor y que está en la base de nuestra capacidad de ponernos en la piel del otro y conocer sus intenciones (Rizzolatti et al., 2001/2009/2010). Las NE se activan cuando se hace una acción pero también cuando se ve (o se escucha) a alguien que cumple

una determinada acción (de la cual el sujeto tenga experiencia personal) (Iacoboni, 2009). Se activan menos cuando el sujeto observa una acción cumplida por otro que cuando es el mismo sujeto quien la cumple. En esta diferencia de intensidad se basaría la capacidad de diferenciarnos de otra persona. Podemos decir que no existe una separación entre neuronas sensoriales y motoras, como se había creído: las NE son a la vez neuronas motoras y sensoriales (Iacoboni, 2009).

Estos estudios también vinculan las NE a la capacidad innata de imitar, que se ha descrito como uno de los déficits primarios del TEA (Meltzoff, 2005/2007). De acuerdo con Iacoboni (2009), la capacidad imitativa favorece la creación de una intimidad con el otro durante las relaciones sociales, que podría representar una forma primordial de intersubjetividad. Poder reconocer y sentir internamente las acciones y las intenciones de otra persona nos ayudaría a responder de forma compasiva a sus estados emocionales. De acuerdo con la teoría de la simulación encarnada, no se trataría de un aprendizaje cognitivo, sino de trazar un mapa de la conducta y las experiencias emocionales y somatosensoriales, fenómeno que llamamos de “resonancia inmediata” (Gallese y Guerra, 2012).

Iacoboni (2009) piensa que el desarrollo de las NE se da en un contexto emocionalmente significativo. Este contexto sería el de la relación e interacción del bebé con sus padres, en el interjuego de imitación recíproca de expresiones de la cara, sonidos, etc. (Dapretto et al., 2006). Los niños con TEA transmiten a sus cuidadores señales difícilmente interpretables e imitables y esto modifica la dinámica de relación con ellos (Danon-Boileau en Acquarone, 2007) y los convertiría en niños menos imitados. Partiendo de esta base, se ha planteado el uso de la imitación en un contexto terapéutico como posible herramienta para estimular el desarrollo del sistema de NE y, consecuentemente, de la interacción social recíproca en estos niños. Actualmente, la imitación es ya utilizada en el tratamiento de niños con TEA en intervenciones terapéuticas más corporales y quizás menos verbales, como la danzaterapia, la musicoterapia y la psicomotricidad, donde la terapeuta a menudo se hace eco de los sonidos que emite el niño o de sus gestos para acercarse a él, modularlo y/o ampliar sus movimientos.

Estudios previos han relacionado el uso de la imitación en un contexto terapéutico con una mejora en la capacidad de imitar, el lenguaje, el juego, la atención conjunta, así como la sonrisa, la proximidad, el

contacto con el adulto y el placer compartido. También se observa una disminución de las estereotipias (Field et al., 2011; Nadel, 2004; Ingersoll et al., 2006/2007/2008). En concreto, se ha mostrado que la imitación de las estereotipias de un niño con TEA captaba su atención cuando se desconectaba (Rogers et al., 2003). Además, Ingersoll (2006) mostró los beneficios de la imitación en entornos naturalistas, enseñando a los padres para que las aplicaran en casa. Sin embargo, la imitación significativa, más propia de la orientación psicoanalítica, ha sido poco explorada y se desconocen los efectos específicos en tratamiento de niños con TEA grave.

La finalidad de nuestra investigación es la de realizar un estudio idiográfico observacional del proceso de una psicoterapia psicoanalítica específica para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), poniendo especial énfasis en el uso de la imitación como herramienta terapéutica y favorecedora de la interacción social recíproca. En el abordaje terapéutico del autismo nos basamos en una comprensión psicodinámica del trastorno y del funcionamiento mental del niño de acuerdo a autores como Mahler (1968), Tustin (1998), Álvarez (2011), Coromines (1991/1998) y Viloca (2012a,b).

Los objetivos concretos del estudio son describir de forma sistematizada las conductas de un niño con TEA grave sin lenguaje y de su terapeuta en un proceso de tratamiento de orientación psicoanalítica; identificar los cambios en dichas conductas a lo largo de las sesiones y analizar los patrones de interacción teniendo como eje central la conducta imitativa de la terapeuta para valorar los efectos de la imitación en el desarrollo de la relación entre ésta y el niño. Hipotetizamos que la experiencia de ser imitado podría contribuir a modelar o desarrollar las neuronas espejo del niño.

Material / método

Participantes

El paciente era un niño con diagnóstico de TEA de 4 años de edad, Manel, escolarizado en Carrilet. El diagnóstico de TEA fue llevado a cabo por un equipo de psicólogos clínicos expertos y se basó en los criterios del DSM-IV, la historia de desarrollo y la sintomatología actual. El diagnóstico se confirmó a partir de los resultados obtenidos en la *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) (Lord et al., 2009), donde obtuvo una puntuación de severidad calibrada de 10, que corresponde a un TEA de la máxima gravedad. La terapeuta

tenía formación y experiencia en psicoterapia psicoanalítica con niños, y específicamente con niños autistas.

Diseño de la intervención

Se realizaron 20 sesiones de psicoterapia de 45 minutos de duración con una frecuencia de una sesión semanal. El tratamiento se estructuró en cuatro fases distintas: *Baseline*, Imitación de Resonancia Sensorial, Imitación Significativa e Imitación con doble set de material. Las sesiones tuvieron lugar en el Centro de Tratamientos Carrilet, adjunto al centro educativo i terapéutico. Al inicio, terapeuta y niño disponían de una caja de juego y a partir de la sesión 14 hasta el final se introdujo un doble set de material (Arias, Fieschi, Mestres, en prensa).

Instrumentos

La terapeuta registró los hechos e impresiones clínicas en un documento narrativo. Los síntomas del TEA se valoraron mediante el ADOS (Lord et al., 2009) antes y después del tratamiento. Con el fin de garantizar la máxima precisión en la recogida de los datos, se filmaron todas las sesiones en una cámara de vídeo instalada en la sala de terapia. El instrumento de observación se elaboró *ad-hoc*, y combina el formato de campo con un sistema de categorías (Anguera, Magnusson y Jonsson, 2007). Para determinar las categorías se consideró de especial relevancia la taxonomía del test ADOS, al ser un instrumento para el diagnóstico del TEA a partir de la observación de la conducta del niño y se partió de un instrumento creado anteriormente (Arias et al., 2014). El instrumento se configuró en dos grandes bloques: uno para el niño y otro para la terapeuta. Para el niño (tabla 1) se consideraron dos niveles de respuesta: realización de acciones solo (10 categorías) y acciones con la terapeuta (20 categorías). Para la terapeuta (tabla 2) se construyó un sistema de 28 categorías (<http://ca.carrilet.org/centre-de-recursos-i-formacio/publicacions/>).

Procedimiento

Para responder al objetivo planteado, se utilizó la metodología observacional, que se justifica por la espontaneidad del comportamiento estudiado y el entorno habitual en que han transcurrido las sesiones. El diseño (Anguera, Blanco y Losada, 2001) es Idiográfico / Seguimiento / Multidimensional (I/S/M).

Recogida de los datos. La codificación fue llevada a cabo por una psicóloga especialmente entrenada para la tarea. De esta forma, se transformó el registro no

sistematizado a uno sistematizado, correspondiente al prototipo de registro codificado (Anguera, 1993). El material previamente transcrito se segmentó a partir del turno conversacional de la terapeuta en la interacción con el niño (Arias y Anguera, 2004; Arias y Anguera, 2005).

Control de calidad de los datos. Se empleó el coeficiente Kappa (Cohen, 1960) para los dos subsistemas de categorías en la sesión 9 para la terapeuta y la 3 del niño. Se obtuvieron los valores 76,38 por ciento para la terapeuta y 78,57 por ciento para el niño, considerados satisfactorios.

Análisis de los datos en función del diseño observacional. Se llevó a cabo el análisis de datos, a partir de los parámetros de frecuencia y orden. En este punto, pasamos a operar cuantitativamente a partir de las categorías y sus códigos. De las 20 sesiones del tratamiento se seleccionaron 4: la sesión 3, que corresponde a la fase inicial del tratamiento (*baseline*) y las sesiones 9, 16 y 20, que corresponden a la fase de imitación. A su vez, se llevó a cabo una recodificación de categorías, que permitía una molarización en casos de baja saliencia (frecuencia <5 en dos o más sesiones), y con el fin de aumentar la significación estadística. En función de los objetivos del estudio, las categorías restantes se recodificaron en 2 macrocategorías para el niño (interacción social recíproca (ISR) y no interacción social recíproca (no_ISR)) (tabla 1) y 4 para la terapeuta (verbaliza, estimula, dramatiza e imita) (tabla 2).

- a) Análisis descriptivo: la frecuencia acumulada de cada categoría en cada sesión se calculó mediante el software GSEQ v. 5.1. La frecuencia relativa se calculó con el software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS para Windows, versión 20.0, SPSS, Chicago, IL).
- b) Análisis de tendencias: las tendencias para cada una de las sesiones se calcularon mediante un análisis de regresión lineal realizado con el software *Statgraphics Centurion 16.1*.
- c) Análisis secuencial de retardos: se trabajó con el parámetro orden para la aplicación del análisis secuencial para el que se agregaron los fragmentos de imitación de las sesiones 9, 16 y 20. Puesto que la finalidad del estudio se refiere al uso de la imitación por parte de la terapeuta, el análisis secuencial de retardos se centró en la Imitación de la Terapeuta en la modalidad No Verbal (INVT) y en la modalidad Vocálica (IVT). Como conductas condicionadas se agruparon dos conjuntos de categorías del niño, el primero indicaba conexión o relación con la terapeuta (ISR) y

el otro lo contrario (no_ISR). Para trabajar tanto a nivel prospectivo como retrospectivo se calcularon los residuos ajustados en los retardos -2 a +2 y se detectó la existencia de diversos patrones de conducta excitatorios ($p < 0,05$). Ello significa que se estudiaron las conductas en los dos “momentos” previos y posteriores a la conducta criterio.

En un análisis secundario, se analizaron las 3 sesiones de forma independiente siguiendo los mismos procedimientos descritos para el análisis principal. El programa informático utilizado fue el GSEQ versión 5.1., elaborado por Bakeman y Quera (1996) (<http://www2.gsu.edu/~psyrab/gseq/Download.html>). Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución y se realizó siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki y el Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Los familiares del sujeto dieron su consentimiento informado.

Resultados

Síntesis clínica

Al comienzo, Manel consideraba la terapeuta como un medio para alcanzar lo que quería: hacer pompas de jabón, inflar globos y poner cubos para hacer una torre. Él podía poner los cubos, pero inicialmente no lo hacía. Muy disperso, pronto se centró casi exclusivamente en estas actividades, de forma ritual y bastante obsesiva. Esta ritualidad le daba tranquilidad sobre la presencia de la terapeuta y la constancia de la relación, proporcionándole una constelación de invariancia. Poco a poco empezó a ser más flexible y a mostrar placer en compartir ciertas actividades. Mientras inicialmente había escasa proximidad física, ésta fue aumentando y a veces Manel la pedía. Al cabo de un tiempo, cuando la terapeuta lo iba a buscar a la clase o le acompañaba, la saludaba con un gesto.

Cuando la terapeuta empezó a imitarlo, a partir de la cuarta sesión, inicialmente parecía molesto, se retraía, mostrando así que se daba cuenta de una conducta poco habitual en ella. La terapeuta intentaba, a partir de la imitación de las estereotipias, empezar con el niño un juego sensorial, por ejemplo jugando a “comerle” las manos, como hace la mamá con su bebé. El pañuelo grande favoreció juegos de proximidad: niño y terapeuta podían esconderse, encontrarse debajo del pañuelo... Estos juegos, compartidos con placer y risas eran impensables al comienzo de la relación terapéutica. También ha aumentado el contacto ocular y la

proximidad. Está más interesado en la relación, sobre una base sensorio-motriz.

Al final de las 20 sesiones había todavía muchas estereotipias, pero la impresión subjetiva de la terapeuta era que, especialmente las vocales, tenían cierta intención comunicativa. Parecía expresar mayor reciprocidad. Externamente hubo mejora en las comidas, el control de esfínteres, la tolerancia a la frustración, la proximidad con los adultos.

Evaluación sintomática

En comparación pre-post test no se observaron cambios significativos en el resultado global de la prueba ADOS pero sí en algunos subítems del test dentro de los dominios de lenguaje y comunicación e interacción social recíproca. No se observaron cambios en el juego ni en comportamientos estereotipados e intereses restringidos.

Análisis descriptivo

El niño realiza una media de 23 por ciento de conductas de ISR ($\chi^2= 23,37\%$; DE= 4,40; rango= 18,45 - 28,78) y de 77% de no_ISR ($\chi^2= 76,62\%$; DE= 4,40; rango= 71,22 - 81,55). De éstas, un 19 por ciento implican el uso instrumental de objetos pero sin relación con la terapeuta ($\chi^2= 18,45\%$; DE= 3,83; rango= 13,86 - 23,18) y un 58 por ciento son conductas de autosensorialidad y desconexión ($\chi^2= 58,17\%$; DE= 3,76; rango= 55,19 - 63,05).

La terapeuta, de mayor a menor frecuencia, estimulaba ($\chi^2= 33,98\%$; DE= 7,38; rango= 27,02 - 43,43), verbalizaba ($\chi^2= 31,17\%$; DE= 4,78; rango= 25,77 - 37,37), dramatizaba ($\chi^2= 13,55\%$; DE= 5,29; rango= 0,65 - 12,46) y respondía a la demanda instrumentalizada ($\chi^2= 5,36\%$; DE= 5,27; rango= 0,65 - 12,46) en las 4 sesiones registradas. Únicamente imitaba en las sesiones especificadas según el diseño de la intervención ($\chi^2= 20,86\%$; DE= 0,58; rango= 20,22 - 21,27).

Análisis de tendencias

En el niño, de todas las categorías incluidas en Interacción Social Recíproca (ISR) únicamente se observa una tendencia ascendente en la respuesta activa (FA). De las categorías dentro de no_ISR se detectó una tendencia ascendente de las Estereotipias Vocales (EV), mientras que no había cambio significativo en las Estereotipias Motoras (EM). También dibujan una tendencia descendente las categorías Conducta Errática (CE) y Autosensorialidad (AS) y disminuye

la conducta evitativa del contacto corporal (LLU). Finalmente, la categoría Juega Solo (JUS) es ascendente. En la terapeuta, destaca el aumento de la categoría dramatización (EE) y la disminución de la Respuesta a la Demanda Instrumentalizada (RDI).

Detección de patrones de conducta mediante el análisis secuencial de retardos

En el análisis conjunto de los fragmentos de imitación de las tres sesiones codificadas se obtuvieron dos patrones de conducta claramente asimétricos. Mientras que la conducta de Imitación No Verbal (INVT) estimulaba una conducta de Interacción Social Recíproca (ISR) en el retardo +2, la Imitación Vocálica (IVT) provocaba una conducta de no_ISR en el mismo retardo (tabla 3).

Posteriormente se desagruparon las 17 categorías y se obtuvieron más datos de los patrones de interacción. Para la Imitación No Verbal (INVT), en el retardo -1 aparecían las categorías Respuesta Activa (FA) e Intencionalidad Funcional (IF), como previas a la imitación. En el retardo +2 se encontró que las categorías de ISR significativas eran el Contacto Ocular (CO) y la Aproximación física (APRO), pasando por una Estereotipia Motora (EM) en el retardo +1 (tabla 3).

El análisis también mostró que la IVT era provocada por una Estereotipia Vocal (EV), y seguida por una Conducta Errática (CE) en el retardo +2, posterior a una conducta indefinida indicada con el símbolo & (tabla 3).

Estos resultados nos llevaron a realizar otros análisis intra-sesión. Obtuvimos patrones significativos en la sesión 9 que nos aportaron gran información: la Imitación No Verbal de la Terapeuta (INVT) se veía precedida de una Estereotipia Motora (EM) o una Conducta Errática (CE) y en el retardo -2 aparecían las categorías Demanda No Verbal (DNV), Aproximación a Palabra (APP) y Estereotipia Vocal (EV) (tabla 4).

Discusión

En este estudio de caso único se ha empleado la metodología observacional para investigar el proceso de una psicoterapia psicoanalítica en un niño con TEA grave y valorar los efectos de la imitación en el desarrollo de la interacción entre la terapeuta y el paciente. Manel presentaba un TEA grave con conductas muy resistentes al cambio. Por este motivo, fue necesario desarrollar un instrumento observacional que

captase pequeños indicios de evolución. Sus conductas observables de desconexión incluían conductas erráticas y sin propósito, estereotipias vocales y motoras y autosensorialidad.

A lo largo de las sesiones aumentaron las Estereotipias Vocales (EV); a pesar de que se trate de una conducta clasificada como de no interacción (no_ISR), podemos entender este aumento como un progreso. En primer lugar, las EV implican un procesamiento neural más complejo que las Estereotipias Motoras (EM) (Sally et al., 2008). En segundo lugar, a pesar de ser una conducta repetitiva, tienen un componente sensorial de desconexión y otro más comunicativo relacionado con emociones que no se pueden nombrar (Viloca, 2012a). Que ello se exprese por un canal vocálico y no motor permite, en la mayoría de casos, un mayor contacto con los objetos, al quedar las manos libres de movimientos estereotipados y representa una pequeña evolución. Otra conducta claramente motora, la deambulación constante o Conducta Errática (CE), también disminuye a lo largo de las sesiones. La categoría Autosensorialidad (AS) también cambió siguiendo una tendencia descendente.

Otro dato relevante lo encontramos en la tendencia ascendente de la categoría “juega solo” (JUS), que codifica los momentos en los que hay un uso adecuado del juguete. Sus pequeños avances en Interacción Social Recíproca (ISR) se centran en el aumento de la capacidad para responder activamente a la estimulación de la terapeuta y al contacto corporal. A lo largo de las sesiones sus conductas de alejamiento disminuyeron, aumentando la aceptación de contacto corporal.

El análisis observacional también ha permitido describir las conductas de la terapeuta. La psicoterapia de orientación psicoanalítica aplicada al TEA es una adaptación del tratamiento que se suele realizar con niños con otros tipos de trastornos (Farrés et al., 2014). Con estos niños, especialmente con los más graves, se empieza aceptando su necesidad fusional, frente a las ansiedades catastróficas que despierta la separación del otro. Su contacto con el mundo es a partir de la sensorialidad (Coromines et al., 2008, Alcácer y Viloca, 2014). La forma de observarlo es también a partir de las sensaciones, incluyendo las que se despiertan en la terapeuta. Las interpretaciones son poco frecuentes y los objetivos son: vivir la experiencia de existir juntos; encontrar algún placer compartido; ayudarlos a llegar paulatinamente a integrar sensaciones, conectarlas con las emociones y poder tolerar emociones personales

y diferenciadas. En este camino prestamos a los niños la función de sentir emociones de acuerdo al esquema psicopedagógico propuesto por la Dra. Coromines (1991/1998). Siendo una persona viva (Álvarez, 2011) al lado del niño, modulando lo que siente y prestándole nuestro sentir, pensar, hablar, podemos -a veces- llegar a dar vida a lo que el autismo, con las repeticiones, los rituales y las desconexiones, desvitaliza.

Estudios previos ya han sistematizado el proceso de psicoterapia psicoanalítica (Luborsky, 1995). Sin embargo, hasta el momento no se ha estudiado esta terapia en el contexto específico del autismo. En el presente estudio la terapeuta ha utilizado la estimulación y la verbalización, representando entre el 60 y el 80 por ciento de sus intervenciones. La estimulación tiene como propósito llamar la atención del niño para sacarlo de su desconexión, de acuerdo con la función de “reclamo” descrita por Álvarez (2011). La elevada tasa de estimulación es coherente con estudios previos de videos domésticos donde a menudo los padres llaman con más insistencia a sus hijos autistas por el nombre, al darse cuenta de su dificultad para responder (Mura-tori, 2008). Respecto a las conductas de verbalización, éstas han sido principalmente descriptivas, acorde con el primer paso del esquema psicopedagógico, necesario para hacer conscientes las sensaciones y las percepciones del niño en la interacción con la terapeuta (Coromines, 1991/1998; Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet, 2012). Se observa que, nombrando las sensaciones del niño desde fuera, se le ayuda a construir su propio *self* (Coromines et al., 2008).

En la terapeuta también se ha observado un incremento de la dramatización y una disminución de la respuesta a la demanda. La “dramatización” representa una versión amplificada de la verbalización, que recoge las emociones del niño y las externaliza (Viloca, 2012). Consideramos que el uso de esta intervención se debe a una mayor identificación de la terapeuta con el niño y es señal de que ella siente más receptividad. Cuando la terapeuta Responde a la Demanda Instrumentalizada (RDI) del niño, está dando sentido a las manifestaciones de éste, aun cuando no se trate de una demanda explícita.

La imitación en este estudio se ha empleado como herramienta para promover el paso de la percepción a la sensación y a la conexión con la vivencia emocional (Farrés, 2014). En este contexto, la imitación significativa permite poder describir sin el uso de la palabra, como en espejo, a través de imitar desde el gesto y la emoción eso que el niño está haciendo. Así, de forma

bien concreta, el niño ve “fuera” lo que tendría que ser “vivido” y “pensado” “dentro” (Farrés, 2014). Cuando la terapeuta imita se convierte en un objeto controlable, menos diferenciado, predecible, que ofrece contingencias perfectas.

Los resultados del análisis secuencial de retardos muestran que la Imitación No Verbal (INVT) estimula una conducta de Interacción Social Recíproca (ISR). Si desmenuzamos las categorías, vemos que la INVT estimula la ISR principalmente en Contacto Ocular (CO) y Aproximación (APRO) pasando por una Estereotipia Motora (EM). Ello nos lleva a pensar que en un primer momento Manel se asusta, expulsa su ansiedad a través de la EM, e inmediatamente después puede tener CO y/o APRO. Sorprendentemente, la Imitación Vocálica (IVT) provocaba una conducta de no_ISR. En concreto, la estereotipia vocal (EV) se relacionaba con una conducta errática (CE). Los resultados sugieren, pues, que en este niño no verbal, las IVT le estimulan desconexión.

Aunque es un dato menor, nos parece de gran importancia el resultado de los últimos patrones de conducta de la sesión 9. En uno, la Imitación Vocálica (IVT) también aparece estimulada y a su vez provoca la EV, creando una secuencia parecida a un balbuceo. Este tipo de interacción entre EV e IVT sería un indicador de progreso para un niño que no ha desarrollado el lenguaje de forma espontánea y representaría un indicador del valor de la IV como favorecedora del desarrollo. En futuros estudios, sería interesante contrastarlo con niños con TEA y lenguaje. En otro patrón de la sesión 9, la INVT estimulada por la CE y la EM provoca Demanda No Verbal (DNV), Aproximación a Palabra (APP) y Estereotipia Vocal (EV). Que la categoría APP, de muy baja frecuencia en un niño no verbal aparezca con un valor significativo en un patrón de conducta con la INVT nos parece de gran importancia.

Indudablemente, es complejo apresar las conductas en un niño con autismo. Sus estereotipias, sus miradas y gestos, su forma impredecible de reaccionar... no es fácil de caracterizar y menos de registrar y de analizar con objetividad y rigor. Igualmente resulta complejo estudiar su interacción con la terapeuta. Entre las diferentes opciones metodológicas existentes, según Anguera (2010), la metodología observacional es la más indicada y con menos inconvenientes. Una limitación es el haber trabajado sólo con 4 sesiones de un niño y no con las 20. Sin embargo, la rigurosidad con la que se ha transcrito el material, creando un sistema de categorías, el control de calidad de los datos y su posterior

codificación han generado unos 6000 datos que han permitido dar respuesta a los objetivos planteados. En futuros estudios, sería de interés trabajar con un mayor número de sesiones y de niños de otras gravedades dentro del espectro autista.

Conclusión

En conclusión, la metodología observacional nos ha permitido describir y analizar las conductas de un niño con TEA grave sin lenguaje y de su terapeuta en un proceso de tratamiento de orientación psicoanalítica, identificar los cambios a lo largo de las sesiones y valorar los efectos de la imitación. Los resultados sugieren que el uso de la imitación significativa mejora las capacidades de interacción social recíproca del niño y representa una opción recomendable para el tratamiento de estos niños/as.

Agradecimientos

Agradecemos a todos nuestros compañeros de Carrilet su colaboración y asesoramiento, así como a Manel y a su familia por participar en el estudio; sin ellos no podría haberse realizado.

Bibliografía

- ACQUARONE, S. (2007). *Signs of autism in infants. Recognition and Early Intervention*. Londres, Inglaterra: Karnac Books.
- ALCÁCER, B. Y VILOCA, LL. (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con Trastorno Autista. Revisión histórica. *Temas de psicoanálisis*, 7 (1). Recuperado en: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/>
- ÁLVAREZ, A. (2011). Niveles de trabajo analítico y niveles de patología: el trabajo de la calibración. *Libro anual de psicoanálisis*, XXVI, 97-112.
- ANGUERA, M. T. (1993). *Metodología observacional en la investigación psicológica* (Vol. II). Barcelona, España: P.P.U.
- ANGUERA, M. T. (2010). Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 122-130.
- ANGUERA, M. T., BLANCO, A. Y LOSADA, J. L. (2001). Diseños observacionales, cuestión clave en el proceso de la Metodología Observacional. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento* 3 (2):135-160.
- ANGUERA, M. T., MAGNUSSON, M. S. Y JONSSON, G. K. (2007). Instrumentos no estándar. *Avances en Medición*,

5 (1), 63-82.

ARIAS, E. Y ANGUERA, M. T. (2004). Detección de patrones de conducta comunicativa en un grupo terapéutico de adolescentes. *Acción psicológica*, 3, 3, 199-206.

ARIAS, E. Y ANGUERA, M. T. (2005). Análisis de la comunicación en un grupo terapéutico de adolescentes: estudio diacrónico. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, M1, 25-36.

ARIAS, E., CASTELLÓ, C., FIESCHI, E., MESTRES, M. ET AL. (2014) Investigación observacional: una experiencia de intervención en niños con TEA basada en la teoría de las neuronas espejo. *Temas de Psicoanálisis*, 7 (1). Recuperado en: <http://www.temasdepsicoanálisis.org/>

ARIAS, E., FIESCHI, E. Y MESTRES, M. (en prensa). La imitación del niño autista en la psicoterapia psicoanalítica: fundamentos, disseny i aplicació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*.

BAKEMAN, R. Y QUERA, V. (1996). Análisis de la interacción. *Análisis secuencial con SDIS y GSEQ*. Madrid, España: Ra-Ma.

BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M. Y FRITH, U. (1985) Does the autistic child have a “theory of Mind?”. *Cognition*, 21, 37-46.

CENTRE EDUCATIU I TERAPÈUTIC CARRILET (2012). *Abordaje y comprensión del TEA (Trastorno del Espectro Autista)*. Barcelona, España: Horsori.

COHEN, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20 (1), 37-46.

COROMINES, J. (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics. Assaig psicoanalític*. Barcelona, España: Espaxs. [Traducción española: Corominas, J. (1998). *Psicopatología arcaica y desarrollo: Ensayo psicoanalítico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica]

COROMINES, J., FIESCHI, E., GRIMALT, A., GUÀRDIA, M. ET AL. (2008). *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i implicacions tècniques*. Barcelona, España: Fundació Orienta. Grup del Llibre.

DAPRETTO, M., DAVIES, M. S., PFEIFER, J. H., SCOTT, A. A. ET AL. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9 (1). January.

FARRÉS, N. (2014). Confluència de les vessants educativa i terapèutica per al treball amb infants amb TEA: de l'emoció a la cognició. *Desenvolupa*. Recuperado en: <http://www.desenvolupa.net/Ultims-articles>

FIELD, T., NADEL, J. Y EZELL, S. (2011). Imitation Therapy for young children with autism. En: Williams, T. (Ed.). *Autism Spectrum Disorders. From Genes*

to Environment. InTech.

FRITH, U. (2004). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Madrid, España: Alianza Editorial.

GALLESE, V. Y GUERRA, M. (2012). Embodying Movies: embodied simulation and film studies. *Cinema: Journal of Philosophy and the Moving Image*, 3: 183-210.

JACOBONI, M. (2009). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Buenos Aires, Argentina: Katz.

INGERSOLL, B. (2008). The social role of imitation in autism. Implications for the treatment of imitation deficits. *Infants and young children*, 21 (2), 107-119.

INGERSOLL, B. Y GERGAN, S. (2007). The effect of a parent-implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 163-175.

INGERSOLL, B., LEWIS, E. Y KROMAN, E. (2007). Teaching the imitation and Spontaneous Use of descriptive gestures in young children with autism using a naturalistic behavioral intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1446-1456.

INGERSOLL, B. Y SCHREIBMEN, L. (2006). Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using naturalistic behavioral approach: effects on language, pretend play, and joint attention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (4). May.

JONES, W. Y KLIN, A. (2013) Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504 (7480): 427-31.

LARBÁN, J. (2011). Autismo: mito y realidad. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 18, 113-122.

LORD, C., RUTTER, M., DILAVORE, P. C. Y RISI, S. (1999). *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. Barcelona, España: Ediciones TEA.

LUBORSKY, L., BARBER, J. P. Y DIGUER, L. (1993). The meanings of the narrative told during psychotherapy: The fruits of a new operational unit. *Psychotherapy Research*, 2, 277-290. [Reimpreso (1995) en *Revista de psicoterapia*, 22-23: 123-140].

MAHLER, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York, EEUU: International University Press.

MELTZOFF, A. N. (2005). Imitation and other minds: the “like me” hypothesis. Hurley, S. and Chater, N. (Eds.) *Perspectives on Imitation: from neuroscience to social science*, 2, 55-77. Cambridge: Cambridge Press.

MELTZOFF, A. N. (2007). “Like me”: a foundation for social cognition. *Developmental Science*, 10 (1), 126-134.

MELTZOFF, A. N. Y BORTON, R. W. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282 (5737), 403-404. November, 22.

MURATORI, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I y II Parte). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 39-49 y 13, 21-30.

NADEL, J. (2004). Do children with autism understand imitation as intentional interaction? *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 4. (2), 165-177.

RAMACHANDRAN, V. S. Y OBERMAN, L. M. (2007). Espejos rotos: una teoría del autismo. *Investigación y ciencia*, 364, enero.

RIZZOLATTI, G., FOGASSI, L. Y GALLESE, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature, Reviews -Neuroscience*, 2 (9), 661-670

RIZZOLATTI, G. Y FABBRI-DIESTRO, M. (2010). Mirror neurons: from discovery to autism. *Exp Brain Res*, 200, 223-237. Springer.

RIZZOLATTI, G., FABBRI-DIESTRO, Y M. CATTANEO, L.

(2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology*, 5 (1). January.

ROGERS, S., HEPBURN, S., STACKHOUSE, T. Y WEHNER, E. (2003). Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 44 (5):763-81.

TUSTIN, F. (1998). Psicoterapia con niños que no pueden jugar. *Libro anual de psicoanálisis*, 189. Lima: Imago.

VILOCA, LL. (2012a). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Col·leccions Carrilet.

VILOCA, LL. (2012b). Psicoanàlisi de nens amb un trastorn de l'espectre autista (TEA) i amb Síndrome d'Asperger. *Desenvolupa. La Revista d'Atenció Precoç*, 32, 1-20. Recuperado en: <http://www.desenvolupa.net/Ultims-Numeros/Numero-32/Psicoanalisi-de-nens-amb-un-trastorn-de-l-espectre-autista-TEA-i-amb-Sindrome-d-Asperger-Llucia-Viloca>

WILLIAMS, J. H. G., WHITEN, A., SUDDENDORF, Y T. PERRETT, D. I. (2001). Imitation, mirror neurons and autism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 25, 287-295.

Anexos

Tabla 1. Categorías del niño

Categoría	Código
NO INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA (no_ISR)	
Estereotipias Estereotipia verbal Estereotipia motora Estereotipia visual	EV EM EVI
Conducta errática	CE
Autosensorialidad	AS
Intencionalidad funcional	IF
Mirada Mirada atenta al objeto Mirada perdida	MAO MP
Juega solo	JUS
Acciones normales	AN
INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA (ISR)	
Demanda Instrumentalización Demanda no verbal Demanda vocal Demanda verbal	I DNV DVOC DV
Respuesta a una demanda Hace caso No hace caso	FA NFA
Conducta proxémica Se acerca Se aleja	APRO LLU
Contacto corporal Contacto corporal breve Contacto corporal mantenido	CCB CCM
Atención conjunta Muestra Dibuja Aproximación a palabra Palabra Aproximación a frase	MO DIB APP PA AFP
Contacto ocular	CO
Imitación Imitación verbal Imitación no verbal	IV INV
Expresión facial Expresión facial de rechazo Expresión facial de alegría	EXFR EXFA

Tabla 2. Categorías de la terapeuta

Categoría	Código
NO INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA (no_ISR)	
Verbaliza Describe Ofrece ayuda Anticipa Recuerda Da apoyo Repite para mostrar comprensión Interpretación	VD VOA VAN VREC VSUP RMC FI
Estimula Da Muestra Dirige atención Dirige conducta Propone	EDO EMO EDA EDC EPRO
Funciones auxiliares	FAUX
Pone límites	PL
Imita Imitación verbal Imitación no verbal	VT INVT
Respuesta a la demanda Responde a la demanda instrumentalizada No responde a la demanda instrumentalizada	RDI NRD
Conducta vocálica Elocución exclamativa Canta Ríe	EE CA R
Conducta proxémica Acercarse Alejarse	APROT LLUT
Contacto corporal Breve Mantenido	CCBT CCMT
Conducta no verbal Expresión facial Mirada	EXFT MI
Acciones normales	ANT

Efectos de la imitación en la interacción social recíproca en un niño con Trastorno del Espectro Autista Grave

Tabla 3. Patrones de conducta con los datos de las sesiones 9-16-20

Conducta criterio	Conductas condicionadas	Retardos -2 a +2				
		-2	-1	0	+1	+2
INVT	ISR, no-ISR	&	← &	← INVT	→ &	→ ISR
	Todas categorías	CE IF	← IF	← INVT	→ EM	→ APRO CO
IVT	ISR, no-ISR	&	← &	← IVT	→ &	→ no_ISR
	Todas categorías	EV	← EV	← IVT	→ &	→ CE

INVT: Imitación no verbal del terapeuta; IVT: Imitación verbal del terapeuta; ISR: Interacción social recíproca; no_ISR: No interacción social recíproca; CE: Conducta errática; FA: Hace caso; IF: Intencionalidad funcional; EM: Estereotípa motora; APRO: Aproximación; CO: Contacto ocular; EV: Estereotípa verbal.

Tabla 4. Patrones de conducta con los datos de la sesión 9

Conducta criterio	Conductas condicionadas	Retardos -2 a +2				
		-2	-1	0	+1	+2
INVT	ISR, no-ISR	&	← &	← INVT	→ &	→ ISR
	Todas categorías	CE EM	← CE	← INVT	→ &	→ DNV APP EV
IVT	ISR, no-ISR	&	← &	← IVT	→ &	→ no_ISR
	Todas categorías	EV	← &	← IVT	→ &	→ EV

INVT: Imitación no verbal del terapeuta; IVT: Imitación verbal del terapeuta; ISR: Interacción social recíproca; no_ISR: No interacción social recíproca; CE: Conducta errática; EM: Estereotípa motora; DNV: Demanda no verbal; APP: Aproximación a palabra; EV: Estereotípa verbal.