

INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL: UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON TEA BASADA EN LA TEORÍA DE LAS NEURONAS ESPEJO

Eulàlia Arias, Cristina Castelló, Elena Fieschi,
Marina Mestres, Anna Soldevilla

En este artículo nos proponemos exponer el trabajo que hemos ido desarrollando para crear un instrumento observacional que describa la interacción terapéutica con niños de 4 años diagnosticados de trastorno del espectro autista (TEA) en un contexto de psicoterapia psicoanalítica. Observar la interacción entre paciente y terapeuta siempre es una tarea compleja. Pero si además se trata de un pequeño paciente de 4 años de edad con problemas graves de comunicación y relación nos encontramos ante un gran reto.

El descubrimiento de las neuronas espejo y su relación con el autismo (Rizolati, Fabbri-Destro, 2010; Iacoboni, 2010) impulsó el diseño, la aplicación y la investigación de una intervención psicoterapéutica basada en la conducta imitativa para niños del trastorno del espectro autista (TEA). Se llevó a cabo en el *Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet* en colaboración con el *Centre Educatiu i Terapeutic Carrilet*. El *Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet* facilitó que todas las sesiones fueran registradas en video con el propósito de realizar un estudio observacional. El inicio de esta investigación, desde la metodología observacional, es tema principal del presente artículo.

El neurocientífico Iacoboni concluye que es muy probable que la imitación recíproca sea la experiencia relacional que dé forma y refuerce las neuronas espejo, tras una exhaustiva revisión de la literatura sobre cerebro y autismo desde la neurología (Williams et al., 2006; Dapretto et al. 2006) y la psiquiatría (Klin 2002, 2003 en Iacoboni, 2010).

Dichas experiencias relacionales empezarían ya en el primer momento de la vida, cuando el bebé hace asociaciones entre diferentes tipos de movimientos al ver que alguien los reproduce exactamente. Estos movimientos suelen ser las expresiones faciales y vocalizaciones habituales de cualquier díada madre–hijo en situaciones propias del período de crianza como la lactancia, el juego o el cambio de pañales.

Una de las causas de los factores implicados en el desarrollo del TEA posiblemente se encuentre en un desarrollo defectuoso o en un déficit de las neuronas espejo. En la literatura se relacionan las neuronas espejo con la capacidad de imitación, la empatía y la diferenciación del Yo (Gallese, 2001; Iacoboni, 2010). Sabemos que los bebés que desarrollan autismo tienden a no mirar a la madre, al padre o al cuidador principal y, por tanto, no pueden establecer asociaciones entre sus propios movimientos y los de las personas que los imitan, como sí lo hacen los demás niños (Hobson, 1995; Viloça, 2003, 2012; Morral et al., 2012). Desde un punto de vista neurológico, las neuronas espejo de los niños autistas no se forman o no se refuerzan (Iacoboni, 2010).

Estos hallazgos son el punto de partida que nos llevaron a diseñar un tipo de intervención para niños con TEA, partiendo de la hipótesis de que la experiencia de ser imitado podría contribuir a modelar o desarrollar las neuronas espejo del niño. Desde el *Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet* adaptamos el uso de la conducta imitativa por parte del terapeuta en psicoterapia psicoanalítica, en un contexto natural y emocionalmente significativo. Los niños con TEA a menudo se encuentran en una situación en la que el diálogo natural con la figura de referencia, que normalmente estimula la imitación recíproca, ha quedado interrumpido. Nuestro intento fue el de ofrecer una experiencia en la que nuestros pequeños pacientes hayan podido ver y sentir cómo el terapeuta imitaba lo que ellos estaban haciendo. A través de ello, el terapeuta podía vivir lo que sentía el niño e identificarse con él, como ocurre con la madre en los intercambios con el bebé. De esta manera, pensamos que se puede ayudar al niño a conectar con el otro y acercarse a experimentar la empatía.

Psicoterapia psicoanalítica basada en la imitación

La intervención psicoterapéutica estudiada fue diseñada teniendo como referentes los nuevos hallazgos neurocientíficos, que destacan el déficit (Ramachandran, 2007) y/o la alteración de neuronas espejo en las persona del espectro autista (Oberman et al. 2005; Williams et al. 2006). Numerosos estudios relacionan este déficit con las dificultades de empatía, comunicación y relación de las personas con TEA (Pfeifer et al., 2008). Un indicador temprano que augura esta dificultad es la ausencia de conducta imitativa en el bebé. A partir de estas premisas encontramos experiencias en las que se trabaja con el uso de la conducta imitativa por parte del terapeuta en las sesiones de tratamiento (Field, T., Sanders, C., Nadel, 2001; Escalona, A., Field, T. Nadel, J. et al. 2002; Ingersoll, 2006, 2007a, 2007b).

Nuestro tratamiento constó de 20 sesiones semanales de psicoterapia psicoanalítica para niños con TEA, en las que se incidía de manera gradual en el uso de la conducta imitativa por parte del terapeuta (Fieschi, E.; Mestres, M.; Arias, E., 2012).

Sujetos

Los participantes fueron dos niños de 4 años diagnosticados de autismo por un equipo de psicólogos clínicos expertos, partiendo de su historia de desarrollo, la sintomatología actual y los criterios del DSM-IV. Los diagnósticos se confirmaron a partir de los resultados obtenidos en el *Autism Diagnostic Interview–Revised* (ADI-R) y la *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) (Lord, C. et al. 1994; Lord, C. et al. 2000). Los tratamientos psicoterapéuticos eran conducidos por dos psicólogas clínicas, configurando dos díadas terapéuticas distintas. Los niños fueron seleccionados con los siguientes criterios de inclusión: a) tener un diagnóstico TEA; b) estar escolarizado en Carrilet; c) tener 4 años; d) no recibir ningún otro tratamiento psicoterapéutico; e) tener el consentimiento de la familia; y f) tener el consentimiento de la maestra. También se consideraron los siguiente criterios de exclusión: a) no cumplir los criterios del TEA; b) no

estar escolarizado en Carrilet; c) tener más de 4 años; d) estar en psicoterapia; e) no tener el consentimiento de la familia; y f) que la escuela no lo considerara adecuado.

El equipo de investigación estaba formado por las dos terapeutas, la coordinadora del *Servei de Recerca i Formació Carrilet* y cuatro psicólogas más que realizaban las transcripciones.

Se siguieron las directrices éticas de las normas de la Ley de Protección de Datos: Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1999) y la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002), siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki. Antes de iniciar el tratamiento, y de común acuerdo con la escuela, se citó a las familias, quienes dieron su consentimiento informado. Posteriormente se realizó una observación en el aula y la maestra colgó una fotografía de la terapeuta en la clase para poder anticipar su llegada minutos antes de empezar la sesión.

Material

En metodología observacional se diferencian dos tipos de instrumentos: por un lado tenemos los aparatos de grabación videográfica que nos permiten recoger los datos, y por otro el instrumento que crea el propio equipo de investigadores o sistema de categorías.

Empezaremos hablando de la grabación y de lo que puede implicar.

Uso del video en la clínica: ansiedades y defensas

Tradicionalmente, en el trabajo psicoterapéutico desde la orientación psicoanalítica se han valorado más los inconvenientes que las ventajas de la inclusión del video en el *setting* psicoanalítico. A pesar de ello, ya son numerosas las entidades que adaptan sus despachos para poder registrar y posteriormente realizar estudios rigurosos sobre su actividad asistencial.

Es cierto que el principal sesgo del video es la *reactividad*, es decir, que la conducta que se quiere estudiar se vea modificada por la ansiedad que genera el saber que se está filmando. Se entiende que el aparato que registra puede inhibir la conducta espontánea, desvelar ansiedades persecutorias o estimular conductas exhibicionistas. Para minimizar este sesgo, se explicó a los niños y sus familias el porqué del uso de las cámaras. Para fomentar la habituación y reducir la ansiedad, las terapeutas acogíamos las conductas que espontáneamente surgían en torno a este tema como, por ejemplo, una mirada atenta hacia la cámara. También pensamos que estos niños están muy acostumbrados a ser filmados y fotografiados, ya que este es un recurso habitual del colegio y de nuestro actual entorno social. Cabe mencionar la ubicación de la cámara según el despacho y la disposición del niño en él, ya que en un caso el vídeo se situó sobre un trípode, convirtiéndose quizá en un elemento más presente en la sesión, y en el otro caso se ubicó la cámara en una posición elevada, perdiendo presencia dentro del espacio.

Desde nuestra experiencia como terapeutas, pasamos de sentir el miedo y la ansiedad persecutoria de ser juzgadas por terceras personas, a aprender a vivir el video como un miembro más del equipo, que nos ayudaba a nosotras y a todo el grupo de investigación a entender más lo que allí estaba sucediendo. Además, el registro nos liberaba de la obligación de tener que *recordarlo todo lo más detalladamente posible* para después poder supervisarlos. Ello no excluye que tuviésemos una libreta donde anotar algunas impresiones de interés para la siguiente sesión.

Para el equipo de investigación, el uso del vídeo supuso una herramienta de conocimiento de la intervención terapéutica y de los sujetos, sin la necesidad de haber establecido una relación directa con ellos. También ayudó a percibir los diferentes estilos terapéuticos así como el vínculo que se estableció en cada caso. Además, tener las sesiones registradas permite visionarlas tantas veces como sea necesario, y de esta manera percibir detalles, sutilezas o aspectos de la conducta gestual o vocálica que habitualmente pasan desapercibidos.

El hecho de incluir la imitación de la conducta autista del niño por parte de la terapeuta supuso que esta realizaba movimientos repetitivos u otra conducta autista, como lamerse las manos o repetir sonidos sin significado aparente. En estas situaciones, el

saberse filmada permitía una escisión que comportaba tranquilidad: en el video quedaba proyectada la parte sana, por así decirlo, aquel yo de la terapeuta que después analizaría si su comportamiento “raro” servía para conectar con el niño, sin miedo a perderse en *la confusión autista*. Espontáneamente, vimos como las terapeutas, pensando en la transcripción, *dialogaban con la cámara* indicando con un gesto el momento en el que empezaban a imitar.

Muy vinculado con esto último, pensamos que la relación de confianza con los miembros del equipo permitió que las terapeutas pudieran exponerse a la mirada de la cámara (de los otros y de la propia), no solamente en las conductas imitativas sino en la propia intimidad de las respuestas terapéuticas, llenas de emociones, aciertos y limitaciones.

El proceso de elaboración del instrumento observacional

El sistema de categorías es el instrumento observacional que el investigador construye a medida y de manera no estándar. Su elaboración supone un largo proceso de revisión a partir del marco teórico como referente y la propia realidad captada a través del registro. La revisión de la literatura nos ha permitido profundizar sobre nuestro foco de interés y además nos ha llevado a conocer otros sistemas de codificación. Ha resultado de especial interés la taxonomía del test ADOS, para el diagnóstico del TEA (Lord et al., 2000).

Elaborar un sistema de categorías permite pasar de un material no sistematizado, característico de la fase exploratoria, a un material semi–sistematizado propio de la fase científica. En el momento en el que se asignan códigos a las categorías ya hablamos de material sistematizado (Anguera, 1993).

Nuestra experiencia nos ha mostrado que la realidad de la situación psicoterapéutica es tan compleja, que llegar a tener un instrumento que permita la sistematización de los datos es un camino largo y laborioso. A pesar de que los 2 niños tenían un perfil muy similar, su funcionamiento fue singular. Ello nos llevó a discutir muchísimo sobre el material y sus distintos niveles de respuesta, para llegar a crear un

instrumento a medida y que, a su vez, fuese generalizable.

Los niveles de respuesta corresponden a modalidades de comportamiento, diferenciadas según su fuente de producción y contenido. En 1968, la taxonomía clásica de Weick distinguió entre la conducta no verbal, la proxémica, la vocal o extralingüística y la verbal o lingüística (en Anguera, 1993).

El sistema de categorías finaliza cuando cumple el doble criterio de exhaustividad y mutua exclusividad. La *exhaustividad* se refiere a que cualquier comportamiento del ámbito considerado como objeto de estudio, puede asignarse a una de las categorías. La *mutua exclusividad* significa el no solapamiento de las categorías que componen un mismo sistema (Anguera, 1993).

En nuestro caso hemos diferenciado dos grandes bloques de sistemas de categorías, uno para la terapeuta y otro para el niño; en los que, a su vez, diferenciábamos las conductas verbales de las no verbales, vocálicas y la conducta de aproximación y alejamiento. Nuestro primer hallazgo fue ver que la proporción de conductas no verbales era significativamente mayor en el niño que en la terapeuta. Ello venía dado por su falta de lenguaje, aspecto que hizo centrar nuestra atención en la descripción minuciosa de las acciones que se realizaban en la sesión, tuvieran o no que ver con la imitación.

Sin embargo, en cuanto a la terapeuta se refiere, el predominio de las verbalizaciones, nos llevó a dar significado a las distintas intervenciones verbales atendiendo a la función que cumplían dentro de la sesión, como mostraremos más adelante.

Unidades de conducta y segmentación

A través de nuestros canales sensoriales percibimos la conducta como un conjunto de acciones. Para estudiarla es necesaria acotarla en unidades de observación que puedan ser reconocidas por diferentes observadores.

Acorde con los planteamientos de Mateu (2010), para llevar a cabo el estudio observacional hay que segmentar el flujo interactivo y especificar las unidades, teniendo en

cuenta los parámetros de comportamiento que se dispongan, las finalidades específicas del estudio, el objetivo de la investigación, los códigos existentes, los aspectos prácticos y las impresiones previas.

La segmentación del material puede ser molar, molecular o mixta, como combinación de ambas (Meazzini & Ricci, 1986 en Anguera, 1993).

Una conducta molar es aquella que posee una carga de interpretación, de carácter a menudo funcional. La unidad molar abraza un conjunto global donde pierden importancia cada uno de los elementos que la componen ya que su sentido se fundamenta en el papel que hacen dentro del todo. Tiene una duración considerable. La unidad molar se caracteriza por ser una unidad de conducta global, sintética y comprensiva. Una conducta molecular en cambio, se describe como pequeñas unidades de conducta generalmente observables a simple vista, pero que a menudo solo son captadas a nivel subliminal. Tiene carácter descriptivo o incluso morfológico. Posee una corta duración y una localización precisa. En definitiva, consiste en unidades concretas, analíticas e intensivas (Anguera, 1993).

A menudo, en nuestras discusiones, visionando el video o leyendo las transcripciones, nos planteábamos si las unidades presentadas como moleculares podían fragmentarse todavía más. Decidíamos hacerlo, o no, en función de si perdían significación en relación al objeto de estudio y al marco teórico. Por ejemplo, acciones como “contacto ocular” o “evitar el contacto ocular”, a pesar de ser muy moleculares, las manteníamos porque entendíamos que son propias de la sintomatología autista.

En nuestra experiencia, cuando más molecular era la conducta, más fácilmente se podía objetivar, pero muchas veces se descartaba porque tal atomización nos llevaba al sin sentido. Por otro lado, una gran molaridad fácilmente caía en el extremo opuesto y resultaba demasiado difícil de definir, convirtiéndose incluso en conductas poco generalizables.

Encontrar la síntesis entre esta tensión no ha sido fácil. Hemos ido tomando decisiones teniendo en cuenta el objetivo del estudio y el marco teórico de referencia. En un estudio observacional también es importante no olvidar que a mayor molaridad, menor frecuencia de conductas, y por consiguiente menor riqueza informativa.

A continuación lo ilustramos con unos ejemplos:

- a) Cuando el niño cogía unos cubos para construir una torre. Inicialmente describíamos como conductas moleculares, la acción funcional y objetiva del niño de “tomar cubo”/“girar cubo”/ “poner cubo”. La secuencia del vídeo nos llevó a agrupar estas categorías moleculares y observar que la finalidad de estas conductas era construir una torre, que derrumbaba con placer. Esta secuencia decidimos describirla como una conducta molar de “juego”.
- b) En la interacción niño–terapeuta a través de los globos. En un primer momento, el niño toma un globo y se acerca a la terapeuta. Vemos a continuación como se lo pone en la mano y se la levanta acercándosela a la boca. Con estas conductas, descritas como “coger globo” / “se acerca”/ “pone globo (mano)”/ “levanta mano terapeuta a la boca”, podríamos agruparlas entre ellas y pasar de 4 conductas moleculares a una conducta molar en la que el niño está haciendo una “demanda instrumentalizada”; entendiendo por demanda la intención del niño de que la terapeuta le hinche el globo.
- c) En esta otra secuencia se agruparon las conductas en una categoría molar “juega con la terapeuta”: "La terapeuta se tapa con el pañuelo–El niño la mira y vocaliza: ii, eee–La terapeuta contesta: oh, oh–El niño estira el pañuelo y vocaliza: eee, eeee–La terapeuta vuelve a taparse y dice: oh, oh–El niño la mira, vocaliza: iii, eeee, estira el pañuelo y vocaliza otra vez–La terapeuta dice: oh, oh y tira el pañuelo sobre el niño–El niño coge el pañuelo, vocaliza y lo pone en el suelo".

Unidad de segmentación y transcripción del material

Al plantearnos cómo segmentar el flujo de la interacción nos hemos centrado en el rol de la

terapeuta, tomando como unidad de segmentación la intervención por turnos entre niño y terapeuta, ya fuera verbal, vocálica o no verbal. De esta manera se inició la transcripción del material pasando de un registro no sistematizado (video) a un registro semi-sistematizado.

Un ejemplo de la sesión 16:

Terapeuta	Paciente
“ohhh” + ríe	“mmmm” + “iiii”
Coge cubo + empieza torre	Coge cubo + pone cubo en torre de T
Espera	Coge cubo rojo + mira cubo rojo + “noo está”
Muestra cubo + “¿está?”	Coge mano de T + pone cubo en torre
	Pone 3 cubos más + “iiii”
Coge cubo + pone cubo + “tachan tachan...”	Aparta mano de T + sonrío + se inclina hacia T
“ohh ha quedado muy bonita, eh?” + sacude P	Sonríe + mira al suelo
“muy alta, con muchos colores, ¡ha quedado muy bien!”	Pone mano en torre
“uuu... + (gesto indicando que la torre va a caer)	(cae la torre) + sonrío

Realizando las transcripciones se obtiene una nueva visión del material, y ello puede ayudar a decidir hasta qué punto nos conviene molecularizar más las unidades para que el estudio resulte significativo o, por el contrario, molarizarlas para no perdernos en un universo de datos sin sentido.

Propuesta de sistema de categorías

Como se ha expuesto, nuestra propuesta de categorización contempla dos subsistemas: uno para las terapeutas y otro para los niños. A continuación exponemos las categorías aportando, en la medida de lo posible, una definición del núcleo conceptual y el grado de apertura de cada una de ellas, así como algunos ejemplos.

Para estructurar el enorme repertorio de acciones a observar en el niño, diferenciamos 2 ejes: las acciones que hace el niño solo y las acciones que lleva a cabo con la terapeuta.

Acciones del niño solo

1. *Estereotipias (E)*: conductas repetitivas tanto verbales, visuales, como motoras, que siempre siguen un mismo patrón. Pueden ser de distintos tipos:

–Motoras (EM):

.Por emoción: cuando el niño da saltos, trota, corre de un lado al otro del despacho.

.Por sensación: cuando el niño lame sus brazos o manos.

–Verbales (EV): vocalizaciones altamente repetitivas con patrones de entonación consistentes:

.Por emoción: tarareos, repeticiones vocálicas varias.

.Por sensación.

–Visuales (EVi): movimientos extraños con los ojos, como mirar de reojo la cámara, el globo, la hoja de papel, etc.

2. *Conducta errática (CE)*: deambulación constante sin una finalidad determinada. Se da cuando el niño se mueve, camina por el despacho sin una intencionalidad clara. Ejemplo: deambular sin explorar, tocar, coger y soltar el objeto.

3. *Acción sensorial (AS)*: acción que hace el niño para provocarse una sensación, sin una finalidad funcional con carácter exploratorio. Ejemplos: voltrear los cubos, ponerse la mano en la boca, pasar el teléfono por encima de los cubos, dar golpes con un objeto. Pasarse los cubos por la cara, coger el pañuelo y pasárselo por la cara, frotar las bambas con los dedos, poner las manos en el globo mientras la terapeuta lo hincha.

A pesar de que pueda parecer una conducta repetitiva, no se considera estereotipia porque:

- a. el patrón conductual no es siempre idéntico.
- b. tiene un carácter exploratorio a través de la sensación y
- c. tiene una frecuencia baja

4. *Intencionalidad funcional (IF)*: acciones normales en relación a los objetos con una finalidad coherente con la intención para la que fueron creados. Ejemplos: ordenar, recoger, sacar, poner, quitar, sacudir bote de cubos, coger colores de la caja, abrir caja, colocar silla....

5. *Mirada*:

– *Atenta objeto (MAO)*: cuando el niño se queda mirando un objeto con atención. El objeto ha entrado en su campo visual y él se fija. Es una acción que tiene aspectos de carácter exploratorio.

Ejemplos: “Mira cubos+ uiiiiss, tucu, tuc+ los agrupa + se los acerca”, “mezcla cubos + mira cubos”.

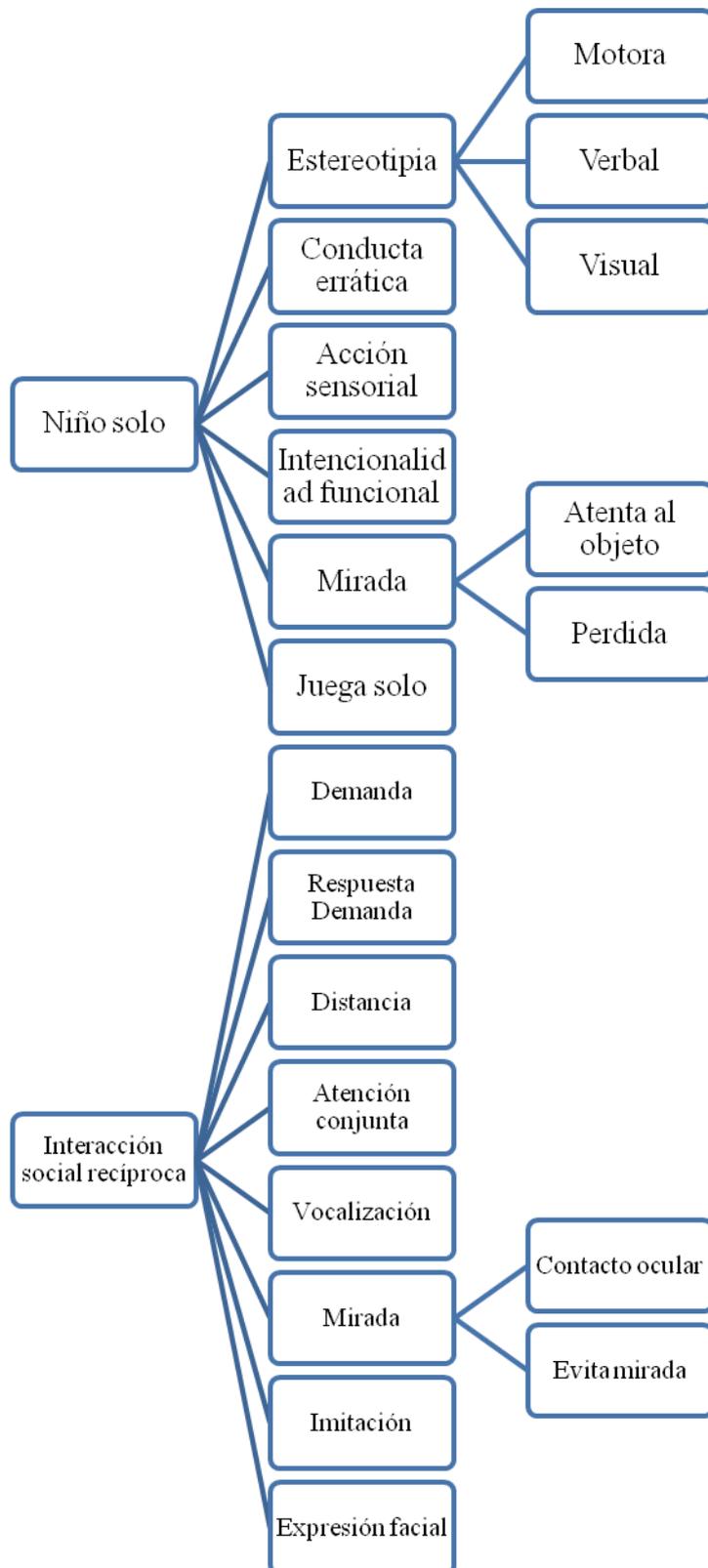
– *Mirada perdida (MP)*: cuando el niño se queda mirando al suelo, techo, o ventana y no hay un objeto concreto al que dirija su mirada

6. *Juego solo (JuS)*: hay un uso adecuado del juguete. La relación con el objeto (como podrían ser los cubos para construir una torre) es más estructurada y secuenciada que en la categoría *intencionalidad funcional*. El niño muestra interés, la conducta que realiza tiene una finalidad en sí misma (quiere hacer la torre, la

quiere hacer más alta, quiere golpear el globo, hacer garabatos con los colores...)

Ejemplo: El niño empieza una torre + pone dos cubos + saca cubo + cambia cubo por otro + vocaliza mmmmm (JuS + EV).

En el siguiente esquema representamos las acciones del niño solo y las acciones que realiza con la terapeuta:



Acciones con la terapeuta

Las categorías del niño en relación con la terapeuta las hemos agrupado bajo el epígrafe *Interacción Social Recíproca (ISR)*: nos referimos a las acciones que hace el niño teniendo en cuenta a la terapeuta o en respuesta a una acción de la terapeuta.

1. *Demanda (D)*: cuando el niño se dirige a la terapeuta con la finalidad de pedir algo. Puede ser:

–*Instrumentalización*: demanda indiferenciada (no diferencia yo–tú). Se da cuando el niño utiliza al otro como objeto para conseguir un fin, en algo que él, motrizmente, ya sabe hacer. Ejemplo: niño construye torre con los cubos y coge mano de terapeuta para añadir cubos (el niño ya sabe construir la torre pero coge la mano de terapeuta como una extremidad suya).

–*Demanda instrumentalizada*: cuando el niño utiliza al otro como objeto para conseguir algo que él no puede hacer por sí mismo. Ejemplo: niño pone globo en la mano de terapeuta y se lo acerca a la boca para que lo hinche.

–*Demanda no verbal*: cuando el niño comunica una intención o deseo y hace uso de su cuerpo para conseguir el fin; por ejemplo, tocando el objeto, mostrándolo, señalando, etc. Ejemplo: el niño lleva el bote de cubos a la terapeuta y toca la tapa (puede hacer contacto ocular o no).

–*Demanda vocal*: demanda por parte del niño acompañada de una vocalización, aunque esta sea estereotipada.

–*Demanda verbal*: demanda por parte del niño acompañada de verbalización o aproximación a palabra.

2. *Respuesta a una demanda*

–*Hace caso (FA)*: cuando el niño responde activamente a la propuesta de estimulación por parte de la terapeuta. Ejemplo; la terapeuta de ofrece los colores y el niño garabatea.

–*No hace caso* (nFA): cuando el niño no responde a la propuesta de estimulación por parte de la terapeuta.

3. *Distancia*: trayectoria del niño con la terapeuta en respuesta, o no, a una acción o verbalización de la terapeuta.

–Se acerca (Aprox)

–Se aleja (Llu)

–Contacto corporal (breve Ccb /mantenido Ccm)

4. *Atención conjunta* (AT): cuando niño y terapeuta comparten un mismo foco de atención, ya sea en un objeto o en una secuencia de actividad. Hay un placer compartido y la acción sigue unos turnos:

–Muestra o señala con la finalidad de compartir la atención hacia un objeto.

–Juego compartido: cuando el niño puede establecer un juego por turnos con la terapeuta y ambos tienen la atención fijada a un mismo estímulo. Ejemplo: cuando se construye la torre y el niño deja que la terapeuta añada cubos a su torre, por turnos.

–Dibujo.

–Protoconversación: tipo de diálogo a través de vocalizaciones y/o verbalizaciones que siguen turnos de intervención.

–Tipos:

.Vocalización

.Aproximación a una palabra

.Palabra

.Aproximación frase

5. *Mirada*: cuando la mirada del niño está en relación con la terapeuta, ya sea para establecer un contacto ocular o para evitar la mirada cuando se siente observado/mirado.

–Contacto ocular (CO)

– Evita la mirada (evM)

6. *Imitación (I)*:

– Vocal

– Verbal

– No verbal

7. *Expresión facial (ExF)*

– Rechazo: cuando el niño muestra una expresión facial de desagrado, enfado o disgusto.

– Alegría: cuando el niño muestra una expresión facial de alegría, ríe o sonríe.

Categorías terapeuta

1. *Verbaliza (V)*:

1.1. *Describe (D)*: un objeto o una acción presente, o pone palabras a una sensación, conducta o deseo, cuando piensa que eso es lo que le pasa al niño (siguiendo el esquema psicopedagógico de Coromines, 1991). También puede nombrar interferencias del entorno, a tener en cuenta por la propia hipersensibilidad típica de estos niños, como ruidos ambientales, alguien que entra en el despacho, o si el material hace algún ruido, o un objeto que se cae. Ejemplos:

Sensación: "Oh! es una esponja, es dura, raspa".

Conducta: "¡Ah, lo quieres todo para ti!", "Has visto las burbujas y has dejado los dados", "Los has tirados todos".

Deseo: "¿Soplamos?", "¿Más?".

Contexto: "Qué ruido que se escucha, eh? Tocatoco... hacían ruido", "Qué ruido haces, eh? Escuchas ruido fuera y haces ruido tú, tacatacata!".

1.2. *Pide* (Pi): requiere de manera verbal o gestual que el niño haga algo. Ejemplo: "¿Me ayudas?", "Recogemos los cubos", "¡Cógelo!", "¡Aquí dentro!", "¡Tú, ahora, sopla, M.!", "Ahora ponlo tú".

1.3. *Ofrece ayuda* (Of): la terapeuta verbaliza su oferta de ayuda al niño cuando ve que la necesita. Ejemplo: "M., contesta, ¿te ayudo?", "Espera, mira, te lo traigo aquí", "Espera (y abrimos la caja)".

1.4. *Anticipa* (An): la terapeuta adelanta acciones que se llevarán a cabo próximamente, en el futuro más inmediato o lejano. Ejemplo: "Vamos a hacer un poco de sitio para jugar en el suelo", "Ahora vamos a deshinchar los globos y a recoger", "Tengo que decirte una cosa, M., la semana que viene te vas de colonias... y pasaran muchos días sin venir a jugar con los peces...".

1.5. *Recuerda* (Rec): la terapeuta verbaliza acciones que se han llevado a cabo anteriormente. Ejemplo: "¿Te acordabas que estaban aquí los colores, M.?"

1.6. *Dar apoyo* (DA): la terapeuta apoya, anima, felicita, asiente. Expresa con palabras o gesto, su aprobación por la conducta del niño. Ejemplo: "¡Qué bien!", "¡Gracias!", "Sí, bien bien, así, así".

1.7. *Repite para mostrar comprensión* (RMC): la terapeuta repite de manera similar pero no idéntica lo que acaba de decir el niño para intentar entrar en diálogo, aunque el niño no la siga, intenta dar sentido a comunicaciones verbales del niño, aunque no sean del todo claras. Hay un reconocimiento de las verbalizaciones del niño. Similar a la protoconversación que realiza la madre con su bebé.

1.8. *Interpretación* (FI): la terapeuta interpreta lo que siente el niño, conecta

lo que hace con lo que puede sentir. Ejemplos: "No te gusta que toque tus cosas", "¿Sabes que me parece, M.? Me parece que hoy hemos tenido muchas emociones y cuando te he dicho que nos vamos, te has puesto a comerte las manos", "¡Sí que te ha gustado!", "¡Qué enfado!".

2. *Elocución exclamativa (EE)*: Sonidos u onomatopeyas que la terapeuta hace, expresando o subrayando una emoción. *Ejemplo*: "Oh!", "¡Ala!", "Oi!", "Ehi!!".

3. *Canta (Ca)*

4. *Ríe (R)*

5. *Responde a la demanda (RD)*: hace caso dando respuesta a una acción de demanda más o menos instrumentalizada del niño.

6. *No responde a la demanda (nRD)*: la terapeuta no accede a hacer lo que el niño expresa con una petición clara (aunque sea no verbal).

7. *Conducta no verbal (CNV)*

7.1. *Expresión facial*: la terapeuta muestra con la expresión de la cara, sorpresa, asco, sonríe...

7.2. *Mira*: consideramos que siempre la terapeuta suele mirar al niño, pero si vemos en la transcripción que está especificado, lo codificaremos.

7.3. *Contacto corporal*: la terapeuta toca, coge, hace cosquillas, acaricia, abraza.... Puede ser un momento breve, o un contacto mantenido que puede formar parte de un juego o de unos mimos. Ejemplos:

Breve: "Ei! (la terapeuta acaricia al niño) ¡Qué caritas haces!", "Ui! ¡Se me ha

girado del revés! ¡Que te has girado del revés! (le hace cosquillas)", "Bravo M., gracias, gracias (mientras acaricia la mano del niño).

Mantenido: "Descansas aquí conmigo? (Friega la cabeza del niño y le caricia la espalda, pasa la mano por la cabeza del niño y canta)".

8. *Conducta proxémica*: acercarse o alejarse del niño.

8.1. *Cercanía* (Cer). Ejemplo: "(La terapeuta se acerca y coge el camión que tenía el niño, pone dados en el camión y lo empuja hacia él, mueve el camión alrededor del niño)", "(La T se tumba en el suelo al lado del niño)".

8.2. *Lejanía* (Lej). Ejemplo: "¡Eeeeeiii eeiii...! bueno, bueno, tú mismo, pero ahora yo no sé por qué te comes las manos tú solo, aquí en el rincón... Pues ala, me voy ichao chao! (La T se sienta apoyada en la pared y se tapa la cabeza con el pañuelo)".

9. *Acciones normales* (AN): acciones que hace la terapeuta, que tienen relación con preservar el *setting*, como ajustar su postura a la del niño, acomodarse, recoger... Ejemplo: "Vamos a hacer un poco de sitio para jugar en el suelo (la T aparta mesa y sillas)", (La T mira la hora), (La T se mueve para que la cámara pueda captar la escena) "(Estira al niño para que se vea) Aquí".

10. *Estimula* (E): puede ser verbal o no verbal, aquí no lo diferenciamos. A veces la terapeuta hace un cambio en el entorno de forma activa.

10.1. *Da*: la terapeuta da un objeto al niño para facilitar el juego, para llamar su atención, para facilitar o iniciar el juego. Ejemplo: La T hincha un globo, lo levanta y dice: "A la una, a la dos... (Da el globo al niño)... ¡a las tres!", "Mira, ¡aquí también hay gafas!", la T le da las gafas.

10.2. *Muestra*: la terapeuta enseña un objeto o una acción al niño, con el objetivo de dirigir su atención.

10.3. *Dirige atención*: la terapeuta dirige la atención del niño hacia un objeto, un ruido o una acción para iniciar una actividad nueva, un juego, o para interrumpir algo repetitivo. Ejemplo: "¡Mira quién hay aquí! Oh! Una ardilla", "¿Qué hay en esta caja?", (La terapeuta coge un camión y empieza a poner dados en él).

10.4. *Dirige conducta*: cuando la terapeuta da una orden, guía, enseña o anima al niño a hacer algo de forma concreta. Ejemplo: "Ahora guardamos los colores", "Ahora ponlo tu".

10.5. *Propone*: la terapeuta empieza una actividad esperando que el niño la siga o, delante de la indecisión del niño, propone un juego con un material que el niño aún no ha utilizado. O también cuando el niño no está haciendo nada o está haciendo una acción repetitiva. Ejemplo: "Ya está, ya hemos hecho muchas burbujas (la terapeuta aparta el bote), ya hemos hecho muchas (coge las tiras flexibles)", "¿Quieres? (la terapeuta coge un palo) ¿Quieres? ¿Sí? (Da un palo al niño)".

11. *Funciones auxiliares (Faux)*: acciones de facilitación que hace la terapeuta, como acercar un objeto que el niño necesita, abrir una bolsa, destapar la caja... cuando no hay una demanda clara del niño, ya que entonces sería "hace caso". Cuando es la T la que intuye la necesidad. Ejemplo: La T abre la caja, quita el tapón, pone el pañuelo plano en el suelo.

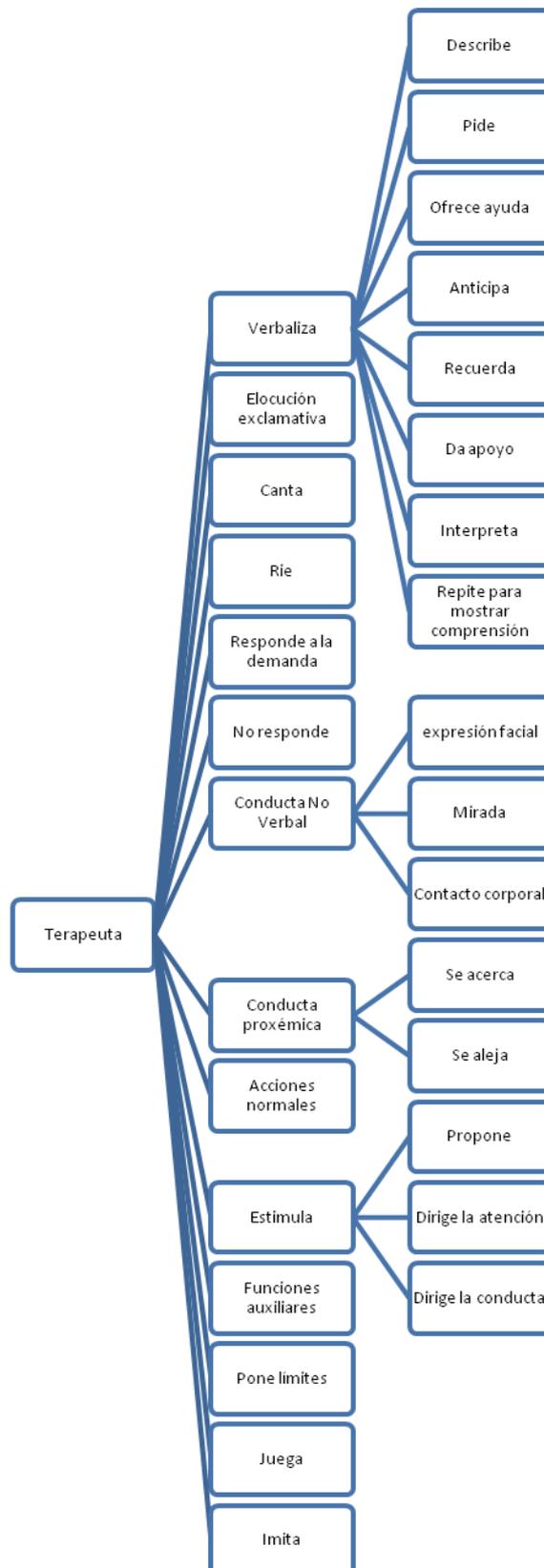
12. *Poner límites (PL)*: acciones de la terapeuta que tiene como objeto mantener el setting, pero a menudo en contra del deseo del niño. También, limitar una estereotipia, no con la distracción o el juego, sino con el gesto o la palabra. Ejemplo: "Shhhht, que se rompen las gafas, las guardamos. ¡Ay señor! a ver, mis gafas... (Se pone las gafas en el bolsillo). Las guardamos, eh?, ahora ya está de gafas", "M., ¡que

tenemos que recoger, hombre! ¡Va, va! ¡No te escaquees! ¡Arriba! ¿Me das los dados por favor?"

13. *Juega (JU)*: la terapeuta sigue el juego del niño o se añade a él. Ejemplo: "¡Ah, vale! Me gusta a mí, ¿voy contigo? (Se arrodilla)", "¿Qué? ¿Qué quieres que hagamos? (el niño coge el pañuelo y intenta tapar a la terapeuta, ella coge el pañuelo) A ver, a ver, ahora nos miramos y... y (el niño mueve el pañuelo)".

14. *Imita (I)*: la terapeuta copia la conducta del niño. Puede ser verbal y no verbal.

En el siguiente esquema representamos las acciones de la terapeuta.



Estudio observacional de la interacción terapéutica: ¿Por qué la metodología observacional?

Para llevar a cabo una investigación existen distintas opciones metodológicas. Tradicionalmente, en psicología se distingue: la metodología experimental, la selectiva y la observacional. Podemos establecer una comparación entre ellas según:

1. El grado de intervención del investigador o control interno
2. El nivel de estructuración de los datos o control externo
3. Si el contexto es natural o de laboratorio
4. La característica del instrumento utilizado

Lo sintetizamos en el cuadro siguiente:

	Metodología observacional	Metodología selectiva	Metodología experimental
Control interno	Bajo o nulo	medio	Alto
Control externo	Alto	alto	Alto
Contexto	+ Natural	----- -	+ laboratorio
Instrumento	Ad hoc	estandarizado	estandarizado

Los instrumentos habituales en la metodología selectiva suelen ser los cuestionarios, las entrevistas o los tests. En la metodología experimental es necesario un grupo control y un alto control de las variables. Ante la complejidad que representa el estudio de la interacción entre paciente y terapeuta a lo largo de las sesiones, hemos seguido las aportaciones de M.T. Anguera (1991, p. 28) quién considera que la metodología observacional es el camino más adecuado:

"No hay duda de que el estudio sistemático, objetivo y riguroso de la conducta humana es

altamente complejo si partimos de las premisas relativas a la garantía de la espontaneidad de este comportamiento y de la naturalidad de la situación. El reto que implica abordar esta complejidad es la principal razón de ser de la metodología observacional en la investigación psicológica”

Justificamos la elección de la metodología observacional por las razones siguientes (Anguera et al., 2000):

- a) Garantiza la espontaneidad del comportamiento; en nuestro caso el que se da en las sesiones de psicoterapia.
- b) Se basa en un bajo control interno. El investigador no interviene en la situación estudiada con ánimo de modificarla, sino que es altamente respetuoso con lo que ocurre entre terapeuta y paciente.
- c) Se adapta al contexto habitual de actuación, en nuestro caso el despacho en el que se lleva a cabo el tratamiento.
- d) Las situaciones sometidas a observación presentan una indudable riqueza informativa.
- e) No necesita una muestra representativa de una población, sino que la unidad clásica de análisis es el individuo. En nuestro caso estudiamos dos díadas formadas por una terapeuta y su paciente.
- f) Permite la elaboración de un instrumento a medida o *ad hoc* que recoja la complejidad de la situación. Al ser la realidad muy diversa y las conductas a observar muy distintas, un instrumento rígido y estandarizado no resultaría de utilidad. Por tanto, la construcción del instrumento será específica, buscando un doble ajuste: con el marco teórico y con la situación concreta. En nuestro caso, elaboramos un instrumento para poder observar la interacción de un niño con diagnóstico TEA sin lenguaje verbal.
- g) Permite el análisis de los datos intrasesional e intersesional. Ello resulta especialmente interesante para evaluar el proceso terapéutico.
- h) Combina la metodología cualitativa con la cuantitativa.

Procedimiento

Los estudios observacionales siguen 3 fases: en la primera fase se observa y se empieza a elaborar el sistema de categorías; en la segunda fase se categoriza la conducta a partir del sistema de códigos (categorías) elaborado en la fase anterior, y en la tercera se contabilizan los datos registrados (Bakeman, 1991:19-23).

Hasta aquí hemos narrado como procedimos en la primera fase, recogiendo los datos a través del registro y la transcripción. Nuestra investigación se encuentra en la segunda fase. Es, entonces, la observación, un acto consciente que puede ser explicado, así como evaluado por otras personas (Blanco y Anguera, 1991). Con el objetivo de controlar la calidad de los datos, es necesario evaluar la fiabilidad entre dos observadoras buscando el grado de acuerdo en la codificación de algunas sesiones con el coeficiente Kappa (Cohen, 1960). Cuando se obtienen grados de acuerdo satisfactorios, se inicia el proceso de codificación de todo el material transcrito, asignando a cada turno de intervención las categorías que le corresponden.

Tipos de datos

Para estudiar la interacción en un proceso de terapia los datos recogidos a partir del turno de intervención siguen un orden y se les llama datos secuenciales.

Quera (1993) y Bakeman y Quera (1996) explican que los datos secuenciales pueden adoptar formatos diversos. Según las unidades de conducta que se registran son mutuamente excluyentes o no, según la técnica de registro que se ha usado, y según como se presentan a lo largo del tiempo. En esta clasificación, por un lado se tiene en cuenta la estructura de las unidades de conducta utilizadas, y los datos pueden ser: simplemente secuenciales (cuando constituyen un sistema de categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes), o bien pueden ser secuenciales y concurrentes (cuando hay más de un sistema de categorías). Por otra parte, los datos también se clasifican según la naturaleza de las unidades de tiempo. Según este criterio, las unidades de tiempo pueden ser eventos

o unidades de tiempo físico (segundos, minutos, etc.). De la combinación de los dos criterios, salen los cuatro tipos de datos. Se llama datos tipo I, aquellas en las que el observador anota el orden de los acontecimientos, pero no su duración; los datos tipo II son aquellas en las que el observador también anota el orden de los acontecimientos, pero no su duración y donde, a diferencia de los datos tipo I, puede concurrir más de un nivel de respuesta en una unidad de conducta; los datos tipo III serán las secuenciales en tiempo real o físico, y los datos tipo IV las concurrentes en tiempo real o físico.

Los datos de este estudio son datos tipo II ya que en cada unidad de conducta puede darse más de un nivel de respuesta, y la ocurrencia de una o varias unidades de conducta simultáneas marca el transcurso de una unidad de tiempo "de evento". Es decir, en cada turno de intervención, se especifica quién hace uso de turno y éste es categorizado con una o más de una categoría, sin cronometrar el tiempo (Arias i Pujol, 2011).

Análisis de los datos: técnicas analíticas

La metodología observacional es un método científico que, hasta llegar a la codificación, sigue una forma de hacer cualitativa. Posteriormente, se puede pasar a operar cuantitativamente a partir de los códigos de las categorías y los parámetros de frecuencia, orden y duración (Anguera, 1996:45-46). Este tipo de datos nos permiten emplear técnicas analíticas como el análisis de tendencias, el análisis secuencial y el análisis de coordenadas polares. El análisis de tendencias parte de la estrategia tradicional de recuento de frecuencias. El análisis secuencial y de coordenadas polares dan un gran paso adelante ya que trabajan con la frecuencia y con el orden de los datos, de esta manera permiten abordar el estudio de la interacción resaltando su valor dinámico. Aunque estas técnicas han sido desarrolladas ampliamente en contextos deportivos, pensamos que también puede adaptarse su uso en contextos clínicos. Un antecedente lo encontramos en un estudio anterior en el que se usaron estas técnicas (análisis de tendencias, análisis secuencial y coordenadas polares) para investigar las modalidades comunicativas propias de la terapeuta y de los participantes de una psicoterapia grupal a lo largo de todo el tratamiento

(Arias, E; Anguera, M.T, 2004; 2005; Arias i Pujol, 2011).

Conclusión

La metodología observacional nos brinda un camino para investigar el proceso de los tratamientos psicoanalíticos con niños del TEA. A través de ella podemos llegar a describir la manera de comunicarse e interactuar de las díadas terapéuticas. Analizando los datos cuantitativamente podemos ver si hay una evolución en la interacción comunicativa, si aumentan, disminuyen o cambian las modalidades comunicativas. Con el análisis secuencial podremos detectar patrones de conducta comunicativa y valorar su evolución a lo largo de las sesiones del tratamiento.

Referencias bibliográficas

Anguera, M.T. (Ed.) (1991), *Metodología observacional en la investigación psicológica*, vol. I, Barcelona, P.P.U.

Anguera, M.T. (Ed.) (1993), *Metodología observacional en la investigación psicológica*, vol. II, Barcelona, P.P.U.

Anguera, M.T. (1996), “Ús de l’observació per part dels professionals. Reflexions sobre la realitat quotidiana”, *Guix*, 228, pp. 43-50.

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), pp. 135-160.

Arias, E. y Anguera, M.T. (2004), “Detección de patrones de conducta comunicativa en un

grupo terapéutico de adolescentes”, *Acción psicológica*, 3, 3, pp. 199-206.

Arias i Pujol, E y Anguera Argilaga, 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, pp. 25-36.

Arias i Pujol, E. (2011), “Metodología observacional e investigación del proceso grupal”, *Teoría y práctica grupoanalítica*, 1 (2), pp. 435-48.

Bakeman, R. (1991), Prólogo, en Anguera, M.T. (Coord.), *Metodología observacional de la investigación psicológica* (pp. 19-23), Barcelona, P.P.U.

Bakeman, R.; Quera, V. (1996), *Análisis de la interacción. Análisis secuencial con SDIS y GSEQ*, Madrid, Ra-Ma.

Blanco, A., Anguera, M.T. (1991), “Sistemas de codificación”, en M.T. Anguera (Ed.) *Metodología observacional en la investigación psicológica*, vol. I, pp. 193-239, Barcelona, P.P.U.

Coromines, J. (1991), *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*, Espaxs, Barcelona.

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

Dapretto, M., Davies, M.S., Pfeifer, J.H., et al. (2006), “Understanding emotions in others: Mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders”, *Nature Neuroscience*, 9, pp. 28-30.

Escalona, A., Field, T., Nadel, J., et al. (2002), “Brief report: Imitation effects on children with autism”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, pp. 141-144.

Field, T., Sanders, C., Nadel, J. (2001), “Children with autism display more social behaviors after repeated imitation sessions”, *Autism*, 5, pp. 371-323.

Fieschi, E., Mestres, M., Arias, E. (2012), *Diseño de un tratamiento psicoterapéutico basado en la imitación desde una perspectiva psicoanalítica para niños con TEA*, Documento interno no publicado, Barcelona, Servei de Tractaments, Recerca i Formació Carrilet.

Gallese, V. (2001), “The shared manifold hypothesis”, *Journal of Consciousness Studies*, 8, pp. 33-50.

Hobson, P. (1995), *El autismo y el desarrollo de la mente*, Madrid, Alianza.

Iacoboni, M. (2010), *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de como entendemos a los otros*, Madrid, Katz.

Ingersoll, B., Schreibman, L. (2006), “Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: Effects on language, pretend play, and joint attention”, *Journal of Autism Developmental Disorders*, 36, 4, pp. 487-505.

Ingersoll, B., Gergans, S. (2007), “The effect of a parent-implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism”, *Research and Developmental Disability*, 28, pp. 163-175.

Ingersoll, B., Lewis, E., 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 Developmental Disorders*, 37, pp. 1446-1456.

Lord, C., Rutter, M., Le Couteur, A. (1994), “Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible

pervasive developmental disorders”, *Journal of Autism Developmental Disorders*, 24, pp. 659-685.

Lord C., Risi S., Lambrecht, L., Cook, E.H.J., Leventhal, B.L., DiLavore, P.C. et al. (2000), “The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism”, *Journal of Autism Developmental Disorders*, 30, pp. 205-223.

Mateu, M. (2010), *Observación y análisis de la expresión motriz escénica. Estudio de la lógica interna de los espectáculos artísticos profesionales: Cirque du soleil (1986-2005)*, Tesis doctoral no publicada, Barcelona, UB.

Morral, A., Alcàcer, B., Sánchez, E., Mestres, M., Farrés, N., Monreal, N., González, S. (Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (2012), *Abordaje y comprensión del TEA (Trastorno del Espectro Autista)*, Barcelona, Horsori.

Oberman, L.M., Hubbard, E.M., McCleery, J.P. et al. (2005), “EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders”, *Brain Research Cognitive Brain Research*, 24, pp. 190-198.

Pfeifer, J., Iacoboni, M., Mazziotta, J.C., Dapretto, M. (2008), “Mirroring others’s emotion relates to empathy and interpersonal competence in children”, *Neuroimage*, 39, 4, pp. 2076-2085.

Quera, V. (1993), “Análisis secuencial”, en M.T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica*, vol. II, pp. 341-583, Barcelona, P.P.U.

Ramachandran, V.S. y Oberman, L.M. (2007), “Espejos rotos: una teoría del autismo”, *Investigación y Ciencia*, 364, pp. 22-29.

Rizzolatti, G., Fabbri-Destro (2010), “Mirror neurons: from discovery to autism”, *Exp Brain Res*, 200, pp. 223-237.

Viloca, Ll. (2003/2012), *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*, Barcelona, CEAC/Col·leccions Carrilet.

Williams, J.H., Waiter, J.D., Gilchrist, A. et al. (2006), “Neuronal mechanisms of imitations and “mirror neuron” functioning in autistic spectrum disorder”, *Neuropsychologia*, 44, pp. 610-621.

Resumen

Las autoras narran su experiencia como investigadoras desde la metodología observacional. Los dos tratamientos psicoanalíticos estudiados para niños del trastorno del espectro autista (TEA) se basaron en la teoría de las neuronas espejo. Con la intención de reparar tanto el déficit como la disfunción de este tipo de neuronas, las psicoterapeutas incluyeron, de manera gradual, el uso de la conducta imitativa a lo largo de veinte sesiones. Para investigar la interacción entre terapeuta y niño se elaboró un instrumento observacional. En el artículo se presenta el sistema de categorías construido *ad hoc* para las dos díadas terapéuticas así como las vicisitudes de su proceso de creación. El sistema de categorías cuenta con dos subsistemas: uno para el niño y otro para la terapeuta. Las autoras concluyen que la metodología observacional, a pesar de su enorme complejidad, es una buena herramienta para la investigación de los procesos terapéuticos basados en la relación.

Palabras clave: metodología observacional, investigación, TEA, neuronas espejo, imitación.

Summary

The authors share their experience as researchers from an observational methodology. Both psychoanalytic treatments for children with autistic spectrum disorder ASD were based on the theory of mirror neurons. The imitative behavior was gradually introduced over twenty sessions in order to fix either lack or dysfunction of these types of neurons. Then it was developed an observational instrument which enabled explore the interaction between the therapist and the child. In the current article it is exposed the category system built ad hoc for two therapeutic dyads and the process followed for its development. The system has two sub categories: one for children and one for the therapist. The authors conclude that the observational methodology, despite its enormous complexity, is a good tool for investigating the relationship-based therapeutic processes.

Key words: observational methodology, research, ASD, mirror neurons, imitation.

Resum

Les autores narren la seva experiència com a investigadores des de la metodologia observacional. Els dos tractaments psicoanalítics estudiats per a nens del trastorn de l'espectre autista (TEA), es basaven en la teoria de les neurones mirall. Amb la intenció de reparar tant el dèficit com la disfunció d'aquest tipus de neurones, les psicoterapeutes van incloure, de manera gradual, l'ús de la conducta imitativa al llarg de vint sessions. Per investigar la interacció entre terapeuta i nen es va elaborar un instrument observacional. En l'article es presenta el sistema de categories construït ad hoc per a les dues díades terapèutiques així com les vicissituds del seu procés de creació. El sistema de categories compta amb dos subsistemes: un per al nen i un altre per la terapeuta. Les autores conclouen que la metodologia observacional, malgrat la seva enorme complexitat, és una bona eina per a la recerca dels processos terapèutics basats en la relació.

Paraules clau: metodologia observacional, recerca, TEA, neurones mirall, imitació.

Eulàlia Arias i Pujol

Doctora en psicologia y especialista en psicología clínica.

Profesora de la Facultat de Psicologia Blanquerna de la Universitat Ramon Llull.

Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet.

Institut de Psicoanàlisi de Barcelona (SEP-IPA)

eulaliaap@blanquerna.url.edu; formació@carrilet.org

Cristina Castelló Torra

Licenciada en Psicología.

Psicóloga del Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet.

Elena Fieschi Viscardi

Psicóloga Clínica.

Psicoanalista de niños, adolescentes y adultos (SEP-IPA).

Coordinadora de DANA (Departamento de análisis de niños y adolescentes de la SEP).

Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet.

Marina Mestres Martorell

Licenciada en Psicología.

Psicóloga del Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet.

Coordinadora del Servei de Formació i Recerca Carrilet.

Anna Soldevila i Jané

Licenciada en Psicología.

Psicoterapeuta especialista en niños, adolescentes y familias.

Servei de Formació i Recerca Carrilet.