

A. Amor Salamanca

Programa de tratamiento psicoterapéutico en un grupo de pacientes adultos con un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento

Centre de Salut Mental d'Adults Sant Cugat del Vallés
Hospital universitario Mutua de Terrassa

Introducción. Cada vez es mayor el número de adultos diagnosticados de un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento que reciben el diagnóstico siendo ya adultos, lo que condiciona mucho el tratamiento aplicable, y posiblemente los resultados terapéuticos. De forma complementaria al farmacológico y psicoterapéutico individual, el tratamiento psicoterapéutico grupal es una herramienta clínica que ofrece importantes ventajas en el tratamiento de este síndrome.

Metodología. En este trabajo se expone la secuencia del tratamiento grupal que hemos venido realizando en nuestro centro de trabajo, a la luz de lo que la literatura médica recoge al respecto, y según las necesidades básicas de este grupo de pacientes en su edad adulta.

Conclusiones. El tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes adultos con un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento es una opción de tratamiento a tener en cuenta, y cuya efectividad clínica deberá ser evaluada en futuros estudios.

Palabras clave:
Autismo. Asperger. Adultos. Tratamiento. Psicoterapia. Grupo.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(2):94-100

Psychotherapeutic treatment program in a group of adults with a high-functioning autism spectrum disorder

Introduction. An increasing number of adults diagnosed with a high-functioning autism spectrum disorder are diagnosed as being adult, so much the treatment applicable conditions, and possibly the clinical outcome.

Correspondencia:
Alejandro Amor Salamanca
CSMA Sant Cugat del Vallés
Hospital universitario Mutua de Terrassa
C/ Sant Antoni, 32
08221 Terrassa (Barcelona)
Correo electrónico: alejandro-amor@terra.es

As a complement to medication and individual psychotherapy, group psychotherapy treatment is a clinical tool that offers significant advantages in the treatment of this syndrome.

Methodology. This paper describes the sequence of group treatment we have been doing in our workplace, in the light of what the medical literature contains the subject, and according to the basic needs of this group of patients in adulthood.

Conclusion. Group psychotherapeutic treatment in adult patients with a high-functioning autism spectrum disorder is a treatment option to consider, and whose clinical effectiveness must be evaluated in future studies.

Key words:
Autism. Asperger. Adults. Treatment. Psychotherapy. Group.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista son un grupo de entidades clínicas que comparten un núcleo esencial de síntomas: dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales, problemas de comunicación, verbal y no verbal, y la existencia de un patrón restringido y repetitivo de actividades e intereses^{1,2}. Para referirse al subgrupo de entre estos pacientes que muestra un adecuado rendimiento cognitivo y un empleo aparentemente normal de las habilidades lingüísticas se usan los términos autismo de alto rendimiento o de alto funcionamiento, de forma sinónima al de síndrome (ICD-10) o trastorno (DSM-IV) de Asperger. La tendencia de las futuras clasificaciones internacionales³ parece sin embargo la de eliminar este último término, al considerar que no existen hoy por hoy suficientes pruebas para establecer diferencias cualitativas entre el autismo de «bajo» y «alto rendimiento», como se hacía hasta ahora en los DSM desde su cuarta edición, o en los ICD, mediante el término Asperger, y optar por una clasificación sencillamente dimensional. En el presente trabajo usaremos sin embargo de todos estos términos indistintamente.

Décadas después de su descripción clínica por Hans Asperger en 1944⁴, en los últimos años ha aumentado de forma significativa la conciencia de la existencia del síndrome⁵, y quizás también su propia frecuencia. De forma paralela se ha incrementado también su correcto diagnóstico (muchos de estos adultos ya venían siendo tratados en las redes de salud mental, pero a menudo bajo diagnósticos y tratamientos, incorrectos), pasando de ser considerado un trastorno infrecuente, a serlo relativamente frecuente⁶, tanto en la etapa infantil como en la edad adulta. De forma paralela, se han multiplicado los trabajos referidos a este problema en adultos⁷⁻⁹.

No hay tratamientos psicofarmacológicos específicos para el síndrome de Asperger, aunque en muchas ocasiones los fármacos producen una mejoría sintomática muy destacada que a su vez puede llevar a provocar un cambio muy significativo en el pronóstico del paciente¹⁰. Sin embargo, es el tratamiento psicoterapéutico, especialmente en edades tempranas, el que parece fundamental para la modificación a largo plazo de los síntomas centrales del trastorno en estos pacientes¹¹. Aún se dispone de una información limitada cuando esta intervención psicológica se realiza ya en la edad adulta, aunque todo parece indicar que sigue siendo beneficiosa a pesar del retraso en su aplicación^{12,13}.

La utilización de técnicas psicoterapéuticas grupales para los pacientes afectados de un síndrome de Asperger es una herramienta complementaria al tratamiento farmacológico, o al psicoterapéutico individual, con algunos aspectos ventajosos respecto a estos últimos: a) permite la relación cercana de cada paciente con otras personas afectadas por el mismo problema, tanto en el grupo como, después y tras conocerse, fuera de él. En nuestra experiencia, las personas afectadas por un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento tienen en muchas ocasiones una especial afinidad para relacionarse entre sí; b) permite la observación entre ellos mismos de determinados comportamientos sociales poco adecuados, que se pueden hacer conscientes y trabajar en común; c) diluye, entre todos los miembros del grupo, el peso que supone muchas veces para el paciente un tratamiento individual intensivo, con la disminución en la eficacia que esto puede llegar a provocar, por diversas razones (evitación de las sesiones, mayor bloqueo personal durante las mismas...), y d) supone una inversión de tiempo, de bajo coste, y a la vez un refuerzo de aspectos tratados en las visitas individuales.

En la literatura médica hay pocas referencias al tratamiento psicoterapéutico grupal del síndrome de Asperger en la edad adulta¹⁴⁻¹⁶, siendo más abundantes las que se centran en niños y adolescentes¹⁷⁻³¹. Los temas abordados en estos estudios tratan aspectos como las habilidades de comunicación, la modulación del comportamiento y las respuestas en contextos sociales y, en definitiva, la conciencia de las dificultades asociadas al trastorno, trabajado todo ello en

sesiones grupales, y utilizando diversas técnicas complementarias como la revaloración de las sesiones previas en vídeo, el entrenamiento teatral (*role-play*), o el empleo de determinados juegos y actividades, con el objetivo de trabajar de forma amena los fines terapéuticos del grupo. No hay un esquema uniforme de tratamiento entre los textos evaluados. Los resultados son muy variables, desde nulos o con mínimos cambios tras las sesiones^{17,24,27,31}, hasta otros constatados como eficaces^{15,18,20,22,26,28}.

En los últimos años venimos llevando a cabo en nuestro centro de salud mental, junto al tratamiento individual habitual con nuestros pacientes autistas adultos, un tratamiento psicoterapéutico grupal³², complementario al resto de abordajes terapéuticos, y que comentamos a continuación:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa está estructurado en 8 apartados que tratan aspectos fundamentales de la vida de los pacientes con autismo de alto funcionamiento, a desarrollar en sesiones de unos 60 minutos cada una. Varios de estos apartados podrían ser abordables en una sola sesión, pero la mayoría requerirá sin duda de más de una hora de trabajo conjunto cada una.

Las sesiones se han llevado a cabo con una frecuencia quincenal, y se han desarrollado con la asistencia de entre 4 a 6 personas mayores de 18 años diagnosticadas de trastorno del espectro autista (TEA) (según criterios DSM IV para trastorno autista, trastorno de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado) cada una. Aunque había diversidad de afectación secundaria a la patología autista entre los asistentes al programa, decidimos únicamente excluir de las sesiones a aquellos pacientes que no creíamos se iban a beneficiar de ellas, por sus especialmente marcadas dificultades de comprensión y adecuación sociales.

Qué es un trastorno del espectro autista

La primera sesión tiene dos objetivos básicos.

En primer lugar, la presentación del síndrome. Todos los asistentes al grupo son conocedores de su diagnóstico, pero siempre en un grado diferente, por lo que parece esencial revisar sus características básicas, sin aludir excesivamente a aspectos demasiado teóricos o técnicos. Los trastornos del espectro autista se explican como un continuo, con diferentes grados de discapacidad, sobre todo social, junto a otros aspectos más positivos y habitualmente ventajosos (honestidad, destacada memoria en ocasiones, a veces grandes conocimientos en una materia determinada). Aprovechando esta exposición se presenta el programa de tratamiento, insistiendo en la coparticipación activa como un aspecto básico

de su efectividad, y se establecen los objetivos a lograr a lo largo de las sesiones.

En segundo lugar, la presentación y toma de contacto de los propios pacientes entre sí: hay que tener presente que la asistencia al grupo, especialmente al principio, puede suponer un factor de estrés e inseguridad destacados para este tipo de pacientes, y es un aspecto esencial a tener en cuenta y a trabajar, ya desde la primera sesión. Como comentábamos antes, el grupo sirve con mucha frecuencia para establecer relaciones personales entre los asistentes, lo que, pensamos, es ya de por sí un primer resultado muy positivo, y en sí terapéutico, de estas reuniones

Habilidades sociales (I): instrumentales

Los comportamientos sociales que dependen en esencia del buen uso de determinadas habilidades motoras discretas son los más fáciles de trabajar, y en los que es más sencillo lograr resultados rápidos. De hecho, en muchas ocasiones los pacientes Asperger adultos han ido ya incorporando correctamente estas conductas en su repertorio de habilidades sociales, si no disponían de ellas, aunque lo hagan a veces de una forma algo mecánica y fría. Cuanto más se aleja la habilidad de un uso mayoritariamente motor y automático, y depende más del intercambio social espontáneo, peores son los resultados desde un punto de vista social, y más difícil es su entrenamiento previo.

En este apartado se trabajan aspectos como los siguientes: el contacto visual (que puede no existir, o ser muy escaso, antes de hacerles conscientes de ello a los pacientes. En otras ocasiones ocurre todo lo contrario, manteniéndose la mirada demasiado tiempo, o en definitiva, de una forma inadecuada); la sonrisa social (es conveniente hacerles conscientes a los pacientes de la importancia social de este aspecto físico, pero también dejarles clara la inconveniencia de los gestos demasiado forzados y artificiosos); estrechar la mano (aunque la mayoría de pacientes TEA tienen habitualmente incorporado a sus hábitos mecánicos este aspecto de la vida social, se aprovecha para resaltar su significado real y la conveniencia de estrechar la mano de forma natural, pero consciente y efectivamente); saludos y despedidas (para ser conscientes de su conveniencia, pero insistiendo en su carácter breve); adecuación del habla a las circunstancias (en lo que se refiere al volumen de la voz y a la atención a los signos que pueda emitir el interlocutor indicativos de que dicha duración es excesiva: signos faciales u otras señales que puedan indicar prisa, o aburrimiento); cuidar la postura corporal, de cara a facilitar la comunicación; y la conciencia del espacio físico personal, para no vulnerarlo y provocar con ello una incomodidad evitable; otras reglas sociales en grupos humanos (guardar silencio cuando es socialmente conveniente, adecuación del vestuario a las circunstancias, normas higiénicas básicas).

Las relaciones personales para los pacientes con trastorno del espectro autista

Durante el presente encuentro, menos práctico que el anterior o el siguiente, se pretende reflexionar en común acerca de las relaciones entre los seres humanos. Estas relaciones se plantean como oportunidades para el enriquecimiento personal, a las que se debe poder optar libremente, pero que obligan al cumplimiento de unas normas para que la relación no se malogre. Hay que recordar aquí que muchos pacientes afectados de un TEA de alto rendimiento tienen, en nuestra experiencia, grandes deseos de relacionarse con otros, pero desconocen la forma adecuada y efectiva de hacerlo, y con frecuencia también han desarrollado un rechazo, con intención autoprotectora, hacia los contactos personales. Con el planteamiento general de las relaciones humanas que hemos comentado se pretende:

- Que los pacientes puedan tener una explicación de por qué no les fue bien en relaciones de su pasado, quizá antes de conocer su diagnóstico, frecuentemente dolorosas, y que puedan estar condicionando actualmente y de forma negativa su actitud hacia nuevas relaciones personales.
- Aumentar su confianza en la posible mejora de su torpeza social, a través de un determinado entrenamiento.

La explicación, como resultado de una disfunción cerebral, de por qué las relaciones personales suelen suponer para ellos un esfuerzo tan costoso, puede ser en muchas ocasiones un inicio de aceptación de la realidad, y una disminución en la lucha por querer ser «iguales al resto», antes de saber por qué no podían llegar a serlo anteriormente. Esta sensación de alivio no está reñida con el intento de querer superar estas dificultades, bajo un nuevo punto de vista.

Aunque se comenta la gran diversidad entre las diferentes personas que uno puede ir conociendo, se resalta que, en general, las normas de relación personal son válidas en la mayoría de relaciones humanas, porque son secundarias a un funcionamiento cerebral común. Por ello el deseo de relacionarse con otros sería una tendencia generalizada en la especie humana, y que equipara el deseo de relación de estos pacientes con el del resto de las personas.

Habilidades sociales (II): empáticas

Como comentábamos antes, este es un apartado importante dentro del tratamiento psicoterapéutico, y quizá más complejo de ejercitar que otros: no depende sólo de un comportamiento programable según las circunstancias, como ocurre con las habilidades más instrumentales, sino que depende mucho más de la capacidad para intuir los sentimientos ajenos (es decir, es un comportamiento que

depende para su buen funcionamiento de una correcta teoría de la mente).

La primera parte del entrenamiento se centra especialmente en las conversaciones que se tienen con otros, y las conductas asociadas: cómo comenzar un contacto verbal con alguien, según las circunstancias del momento; la importancia de mantener una línea argumental, procurando no hablar exclusivamente de los intereses personales, o durante un tiempo excesivo; evitar las respuestas repetitivas y estereotipadas, o los comentarios inadecuados; evitar igualmente las conductas inapropiadas durante las conversaciones (rascarse, reírse sin una razón compartida); fijarse en responder de forma directa y adecuada a las interlocuciones, mostrando interés por las preocupaciones e intereses ajenos y respetando los turnos de conversación.

Una vez comentadas y ensayadas estas habilidades, se trabajan de forma integrada mediante la representación (*role play*) de determinadas gestiones al teléfono, o en otras circunstancias de la vida social: compras, solicitud de intervenciones, reuniones, peticiones espontáneas a desconocidos... Como se comenta en otros estudios, la representación de situaciones imaginadas es de gran utilidad para entrenar y trabajar actitudes personales de forma previa a las situaciones reales¹⁴.

Con posterioridad, se valoran y trabajan los encuentros personales desde el punto de vista de su motivación y objetivo: qué se pretende con el contacto personal, qué se puede esperar de dicho encuentro desde el punto de vista del enriquecimiento humano, y la adecuación o inadecuación de la interacción según las circunstancias ambientales. El objetivo de este planteamiento es aumentar la sensación de control ante las relaciones personales, disminuyendo con ello la angustia que provocan muchos contactos humanos, y especialmente en el caso de gente poco conocida.

Durante las sesiones, tras preguntar a los asistentes al respecto y lograr su comprensión didáctica, y su autorización explícita, se comentan públicamente, con toda la delicadeza posible, las inadecuaciones sociales que van surgiendo, lo que creemos es una vía útil para entender, y modificar, comportamientos socialmente rechazables.

Aunque, como ya comentábamos antes, muchos pacientes que padecen un TEA de alto funcionamiento desean con mucha frecuencia relacionarse, y aprender de forma explícita el comportamiento social que su cerebro no ofrece de forma intuitiva, en otros el esfuerzo que deben realizar para adecuarse a estas actitudes no espontáneas en ellos es extenuante, y las relaciones sociales no son para ellos gratificantes, de donde surge su deseo de estar solos y no relacionarse. Creemos que se debe mantener una actitud de respeto hacia este funcionamiento como forma natural de ser de algunos de estos pacientes, pero valoran-

do siempre qué va a ser mejor, a la vez que factible, para el paciente a medio plazo.

La sexualidad en los pacientes con trastorno del espectro autista

Los aspectos relacionados con la vida sexual en el síndrome de Asperger deben tratarse con una especial sensibilidad y delicadeza, porque en muchas ocasiones llevan asociados destacados sentimientos de frustración e impotencia: si las relaciones personales cercanas son ya difíciles en muchas ocasiones para este tipo de pacientes, las relaciones sexuales, dentro de otras de afecto y cercanía, son con gran frecuencia una realidad inalcanzable. Así, sus necesidades sexuales suelen existir con normalidad fisiológica³³, pero con frecuencia carecen de las habilidades para satisfacerlas dentro de una relación interpersonal. Por todo ello, la frecuencia de conductas sexuales en solitario es alta así como la contratación de servicios sexuales³⁴. La sesión dedicada a este tema tiene por objeto:

- Disminuir la amargura y desesperanza que viven muchos de los pacientes TEA adultos respecto a su sexualidad. La adquisición de determinadas habilidades sociales será siempre de utilidad para la mejora de cualquier relación personal.
- Analizar las bases del funcionamiento sexual en la especie humana, para comprenderlo mejor, pero también para prevenir posibles abusos hacia esta población de pacientes, vulnerables por su inhabilidad característica para intuir intenciones ajenas, asociado a su deseo insatisfecho de relacionarse sexualmente con otros.
- Aumentar la información sexual de muchos pacientes Asperger, para los que puede ser escasa o inadecuada muchas veces³⁵.
- Recomendarles siempre el uso de los métodos anticonceptivos pertinentes, en las relaciones esporádicas que puedan llegar a tener³⁶, como es el caso de la contratación de servicios sexuales.
- En ocasiones, a las dificultades para relacionarse y llegar a tener relaciones íntimas de estos pacientes, se une una precaria identificación sexual personal de muchos de ellos³⁷, lo que provoca confusión sobre el género de su objeto sexual, llevándoles a probar a tener relaciones con miembros de uno y otro sexo³⁸, lo que, en el contexto de sus dificultades interpersonales innatas, no suele ser agradable y sirve como un nuevo elemento de confusión y desorientación personal.

La convivencia de los pacientes con trastorno del espectro autista

Aunque el grado de funcionalidad y de independencia para el desarrollo de una vida adulta es muy variable en-

tre las personas que padecen un TEA, la mayoría³⁹ muestra un nivel inferior al que sería esperable para sus capacidades intelectuales, como muestra el metaanálisis de estudios al respecto recogidos por Howlin⁴⁰: aunque en los últimos años parece haberse reducido el número de personas con un TEA que residen en unidades de larga estancia/hospitales psiquiátricos, la proporción que vive con sus familias de origen o precisa de un gran soporte vital es realmente muy alto, superior al 80% en este trabajo. Realidades como ésta apoyan la hipótesis de la disfunción ejecutiva como esencial en esta patología⁴¹, según consideran algunos autores. A pesar de ello, no hay que olvidar que, al igual que ocurre con otros aspectos de su vida adulta, las personas afectas de un TEA de alto rendimiento desean el mayor grado posible de independencia, en este caso aplicado a la forma de vivir. Por desgracia, en nuestro país hay aún una deficiencia de servicios intermedios entre el hospital psiquiátrico y el cuidado exclusivo por parte de las familias de origen, lo que obliga a éstas a una gran sobrecarga, y a muchos pacientes a mantener un tipo de vida por debajo de sus posibilidades.

Durante la sesión grupal dedicada a la convivencia se comentan los siguientes aspectos:

- En primer lugar, se comentan las alternativas teóricas de que dispone una persona al alcanzar la edad adulta, con respecto a su forma de vida y a las personas con las que puede llegar a convivir.
- Se examinan después las motivaciones que se pueden tener para cambiar de forma de vida, especialmente si se trata de salir del núcleo familiar paterno. Se insiste en la importancia de averiguar, y seguir, los deseos personales al respecto, en la medida de lo posible.
- Se valoran todas las posibles maneras de vivir en nuestra sociedad occidental, tanto ahora como a medio plazo: aquellos pacientes que viven con ambos padres, o sólo con uno de ellos, deben ser conscientes de que el relevo generacional cambiará a la fuerza estas circunstancias.
- En colaboración con la asistencia social de nuestro centro, se exponen los recursos presentes en nuestra área para optar en un futuro al aumento en el grado de independencia personal (pisos de protección oficial, pisos compartidos e individuales con o sin soporte, programas de soporte ambulatorio mediante trabajadores sociales, residencias asistidas). Por desgracia, y como comentábamos antes, estos recursos son aún demasiado escasos, y muy inespecíficos, sin tener en cuenta las características propias de los pacientes TEA.

El trabajo en el adulto con trastorno del espectro autista

Existe poca información práctica, y de forma secundaria pocos recursos específicos, en referencia a las necesidades de

los pacientes autistas de alto funcionamiento para su adecuada integración laboral⁴². No es de extrañar, por tanto, que la mayoría estén ausentes del mercado de trabajo, y sean dependientes económicamente de sus familias de origen⁴³. En el caso de los que sí trabajan, se sabe que suelen ocupar puestos de escasa responsabilidad, y habitualmente de rango inferior al esperable por sus capacidades y preparación^{44,45}. Como ocurre con otros aspectos que afectan a los pacientes que padecen de TEA, cuanto mayor es la funcionalidad y capacidades mostradas por la persona, peor es la comprensión y tolerancia hacia ellas, al no ser tan evidentes sus dificultades de integración⁴⁶.

La primera parte de la sesión dedicada al trabajo se centra en las dificultades que las personas con TEA de alto funcionamiento suelen encontrar de cara a su integración laboral, para lo que se utiliza una herramienta audiovisual orientada en este aspecto⁴⁷. Las dificultades laborales de estos pacientes parecen radicar en los aspectos sociales del trabajo, y no tanto en las propias exigencias ocupacionales^{42,48}. Aunque hay pacientes que, en ese momento, no se plantean iniciar ninguna actividad laboral, creemos que esta sesión es igualmente útil para ellos, ya que las habilidades sociales a desarrollar en el trabajo son igualmente útiles, lógicamente, en otras áreas vitales.

Así, se comentan los siguientes aspectos:

- Se recomienda exigir unas normas, lo más explícitas posibles, sobre los cometidos y responsabilidades personales en el trabajo; cuantas menos cosas se den por supuestas, mejor realizarán estas personas su tarea habitual, con más seguridad y responsabilidad. Es deseable que puedan disponer de la figura de un monitor laboral, que puede ser su superior en el trabajo, cuya función no sea sólo transmitir las instrucciones a realizar, sino la de supervisar y facilitar la resolución de los problemas que puedan ir surgiendo en el desarrollo de la actividad laboral habitual, especialmente en el aspecto de las interacciones con compañeros de trabajo.
- Se ensaya el hábito de confirmar nuevamente las instrucciones recibidas para realizar una tarea, tratando de disminuir al máximo los malos entendidos, y especialmente si no se han entendido bien a la primera.
- Se ensayan posibles entrevistas de trabajo.
- Se estimula la búsqueda de una actividad ocupacional, a la luz sobre todo de las habilidades, y de los aspectos más fuertes, o dificultosos y problemáticos, del paciente. Hay que tener presente en este punto, sin embargo, que muchas veces no se podrá optar por la actividad idealmente deseada, sino por las ofertas realmente disponibles, que muchas veces son escasas.

Tras ello, y en segundo lugar, se exponen las posibles vías de trabajo, normal y protegido, de que se dispone en la zona, de nuevo en colaboración con asistencia social. Varios

de nuestros pacientes TEA realizan, desde su paso por el grupo, una labor en talleres protegidos, con un alto grado de satisfacción personal.

La edad adulta como reto para los pacientes con trastorno del espectro autista

La última sesión se utiliza para dar por concluido el ciclo, tratando de ofrecer una visión conjunta de lo comentado en las diferentes sesiones, y recabando un punto de vista global de cada uno de los participantes en las sesiones sobre lo que han aprendido, y lo que temen para su futuro.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es dar a conocer nuestra actividad y experiencia en un aspecto del tratamiento que creemos importante, y que sospechamos es poco utilizado en nuestro medio, probablemente por problemas de diagnóstico en estos pacientes. Los aspectos fundamentales a desarrollar a medio plazo en relación con el tratamiento grupal se deberán centrar en su efectividad clínica, a pesar de la dificultad de disponer de un grupo control que pudiera facilitar este conocimiento. Algún estudio previo en adultos, ya citado¹⁵, valora los avances en el grado de independencia o de mejoras laborales, antes y después del grupo, aunque no se puedan atribuir por entero dichas mejoras a las sesiones realizadas, y recoge las impresiones de familiares o la satisfacción personal, igualmente subjetivas, al acabar el tratamiento grupal. Otro problema conocido, pendiente de cuantificación y posterior intervención, es el de la generalización del aprendizaje para su aplicación en situaciones vitales reales, y no sólo provocadas artificialmente, como se hace en el grupo.

Respecto a otras circunstancias a comentar durante el desarrollo de las sesiones, creemos conveniente referirnos a la necesidad, de forma paralela y fuera del grupo, de tratamiento psicoterapéutico individualizado para los asistentes al mismo: se podrán así atender y resolver problemas de carácter personal, y no generalizables ni abordables en común, y reforzar a la vez aspectos comentados previamente entre todos. En ocasiones sí se han tratado durante las sesiones algunos de los problemas aparecidos entre reuniones porque se han considerado suficientemente generalizables para usarlos en común, de cara al aprendizaje de todo el grupo.

Al mismo tiempo, creemos importante en todo momento procurar ofrecer a los pacientes una visión realista de las limitaciones que les afectan, y no crear falsas expectativas acerca de las posibilidades terapéuticas del grupo.

CONCLUSIONES

Los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento son bastante más frecuentes de lo que se pensaba hasta ahora, y suponen todo un reto terapéutico: se trata de pacientes para los que el tratamiento específico debería haberse hecho en sus primeros años de vida, y que habitualmente muestran una afectación más o menos pronunciada en muchos aspectos fundamentales de su desarrollo. Por todo ello, se deben utilizar todos los recursos terapéuticos a nuestro alcance para ayudarles a mejorar en su funcionamiento diario, en la medida de lo posible. El tratamiento psicoterapéutico grupal es una de estas opciones, con ventajas frente a otras vías terapéuticas a las que debe complementar, y cuya efectividad clínica deberá ser evaluada en futuros estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1993.
2. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. American Psychiatric Association. Report of the DSM V Neurodevelopmental Disorder Work Group. 2009. Disponible en: <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/DSM-V-Work-Group-Reports/Neurodevelopmental-Disorders-Work-Group-Report.aspx>.
4. Asperger H. Die «Autischen Psychopathen» im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1944;117:76-136.
5. Nassar N, Dixon G, Bourke J, Bower C, Glasson E. et al. Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices. Int J Epidemiol 2009;38:1245-54.
6. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2006 Principal Investigators. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorders - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. MMWR Surveill Summ. 2009;58:1-20.
7. Howlin P. Autism and Asperger syndrome, preparing for adulthood. 2nd ed. Abingdon: Routledge, 2004.
8. Jennes-Coussens M, Magill-Evans J, Koning C. The quality of life of young men with Asperger syndrome: a brief report. Autism 2006;10(4):403-14.
9. Tantam D. The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2003;12:143-63.
10. Findling RL. Pharmacologic treatment of behavioral symptoms in autism and pervasive developmental disorders. J Clin Psychiatry 2005;66 (Suppl 10):26-31.
11. Martín Borreguero, P. El síndrome de Asperger: ¿excentricidad o discapacidad social?. Madrid: Alianza editorial, 2004: p. 179-232.
12. Roy M, Dillo W, Emrich HM, Ohlmeier MD. Asperger's syndrome in adulthood. Dtsch Arztebl Int 2009;106:59-64.
13. Attwood T. Frameworks for Behavioral interventions. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2003;12:65-86.
14. Mesibov GB. Social skills training with verbal autistic adolescents

- and adults: a program model. *J Autism Dev Disord* 1984;14:395-404.
15. Howlin P, Yates P. The potential effectiveness of social skills groups for adults with autism. *Autism* 1999;3:299-307.
 16. Sperry LA, Mesibov GB. Perceptions of social challenges of adults with autism spectrum disorder. *Autism* 2005;9:362-76.
 17. Bauminger N. Brief report: group social-multimodal intervention for HFASD. *J Autism Dev Disord* 2007;37:1605-15.
 18. Mackay T, Knott F, Dunlop AW. Developing social interaction and understanding in individuals with autism spectrum disorder: a groupwork intervention. *J Intellect Dev Disabil* 2007;32:279-90.
 19. Williams White S, Keonig K, Scahill L. Social skills development in children with autism spectrum disorders: a review of the intervention research. *J Autism Dev Disord*. 37:1858-68.
 20. Tse J, Strulovitch J, Tagalakis V, Meng L, Fombonne E. Social skills training for adolescents with Asperger syndrome and high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*. 2007;37:1960-8.
 21. Herbrecht E, Poustka F. Frankfurt group social communication and interaction skills training for children and adolescents with autism spectrum disorders. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2007;35:33-40.
 22. Cotugno AJ. Social Competence and social skills training and intervention for children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 2009;39:1268-77.
 23. Williams T. A social skills group for autistic children. *J Autism Dev Disord* 1989;19:143-55.
 24. Barry T, Klinger LG, Lee JM, Palardy N, Gilmore T, Bodin SD. Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism. *J Autism Dev Disord* 2003;33:685-701.
 25. Hwang B, Hughes C. The effects of social interactive training on early social communicative skills of children with autism. *J Autism Dev Disord* 2000;30:331-43.
 26. Kroeger KA, Schultz JR, Newsom C. A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *J Autism Dev Disord* 2007;37:808-17.
 27. Marriage KJ, Gordon V, Brand L. A social skills group for boys with Asperger's syndrome. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29:58-62.
 28. Webb BJ, Miller SP, Pierce T, Strawser S, Jones W. Effects of social skill instruction for high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus autism other Dev Disabl* 2004;19:53-62.
 29. Solomon M, Goodlin-Jones B, Anders T. A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome and pervasive developmental disorder NOS. *J Autism Dev Disord* 2004;34:649-68.
 30. Stichter JP, Herzog MJ, Visovsky K, Schmidt C, Randolph J, Schultz T et al. Social competence intervention for youth with Asperger syndrome and high-functioning autism: an initial investigation. *J Autism Dev Disord* 2010 (En prensa).
 31. Rao PA, Beidel DC, Murray MJ. Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a review and recommendations. *J Autism Dev Disord* 2008;38:353-61.
 32. Amor A. Tratamiento psicoterapéutico en un grupo de adultos con síndrome de Asperger. *Psiquiatr Biol* 2006;13:188-192.
 33. Hénault I. Asperger's syndrome and sexuality. From adolescence through adulthood. Londres-Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
 34. Van Bourgondien ME, Reichle NC, Palmer A. Sexual Behavior in adults with autism. *J Autism Dev Disord* 1997;27:113-25.
 35. Stokes MA, Kaur A. High-functioning autism and sexuality: a parental perspective. *Autism* 2005;9:266-89.
 36. Newport J, Newport M. Autism-Asperger's and sexuality: puberty and beyond. *Future Horizons*, 2002.
 37. Hellemans H, Colson K, Verbraeken C, Vermeiren R, Deboutte D. Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2007;37:260-9.
 38. Tissot C. Establishing a sexual identity. Case studies of learners with autism and learning difficulties. *Autism* 2009;13:551-66.
 39. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatr* 2004;45:212-29.
 40. Howlin P. Autism and Asperger syndrome, preparing for adulthood. 2nd ed. Abingdon: Routledge, 2004: p. 336-8.
 41. Rusell J. Autism as an executive disorder. New York: Oxford University Press, 1997.
 42. Hurlbutt K, Chalmers L. Employment and adults with Asperger syndrome. *Focus Autism Other Dev Disabl* 2004;19:215-22.
 43. Alvarez R, Capella M, Saldaña D. Quiero trabajar. Empleo y personas con trastornos del espectro autista. Federación Autismo Andalucía, 2009.
 44. Howlin P. Autism and Asperger syndrome, preparing for adulthood. 2nd ed. Abingdon: Routledge, 2004: p.233-69.
 45. Howlin P. Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism* 2000;4:63-83.
 46. Howlin P. Autism and Asperger syndrome, preparing for adulthood. 2nd ed. Abingdon: Routledge, 2004: p. 3.
 47. Fundación Adapta. Una imagen mejor que mil palabras: una herramienta multimedia para la preparación laboral de personas con discapacidad intelectual.
 48. Higgins KK, Koch LC, Boughfman EM, Vierstra C. School-to-work transition and Asperger syndrome. *Work* 2008;31:291-8.