

# TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

2020-2021

Grupo terapéutico para personas adultas con diagnóstico de  
Trastorno del Espectro Autista: una intervención diseñada para la  
mejora de las habilidades sociales y la empatía

Estudio de un caso

Realizado por Marta de Castro García

Dirigido por Dra. Inés Aramburu Alegret

16 de julio del 2021

## **Resumen**

Existen diferentes metodologías de intervención para los pacientes con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Diferentes estudios han remarcado los posibles beneficios que comporta la terapia grupal, aunque se evidencia una falta de recursos psicoterapéuticos en esta vertiente para personas adultas. Este estudio de caso único tiene como finalidad observar el progreso en términos de evaluación pre-post de un paciente diagnosticado de TEA, el cual acudió al grupo realizado semanalmente en el CSMA de Sant Andreu. El objetivo de éste se centró en mejorar dos aspectos relevantes en el funcionamiento individual dentro de un contexto socio-emocional: las habilidades sociales y la empatía. En términos cuantitativos los resultados del TECA y de la EHS muestran una tendencia a la mejoría en ciertos aspectos delimitados. A pesar de que no se ha podido observar el tratamiento en su totalidad y dadas las limitaciones actuales del Servei Català de Salut, se hacen visibles los efectos que puede proporcionar esta modalidad en términos de optimización de recursos.

*Palabras clave:* Trastorno del Espectro Autista, adultos, habilidades sociales, empatía, terapia grupal.

## **Abstract**

There are different intervention methodologies for patients with a diagnosis of Autism Spectrum Disorder. Different studies have highlighted the potential benefits of group therapy, although there is a lack of psychotherapeutic resources in this area for adults. This single case study aims to observe the progress in terms of pre-post evaluation of a patient who attended the group which was held weekly at the CSMA of Sant Andreu. The group's main purpose was the improvement of two relevant aspects for the individual functioning in a socio-emotional context: social skills and empathy. In

quantitative terms, the results of TECA and EHS show a tendency towards development in some certain defined domains. Although it has not been possible to observe the treatment entirely and given the current limitations of the Servei Català de Salut, the effects provided by this modality can show an optimistic result within their available resources.

*Keywords:* Autism Spectrum Disorder, adults, social skills, empathy, group therapy.

## **Agradecimientos**

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo.

A mi tutora, Dra. Inés Aramburu Alegret por animarme en aquellos momentos menos agradables de este camino y por guiarme en él. También, por su dedicación en cada una de las revisiones del presente trabajo.

A la Fundació Vidal i Barraquer, más concretamente al Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu, por acogerme en mi periodo de prácticas del máster correspondiente a este trabajo y permitirme la formación con ellos.

En relación con lo anterior, y muy especialmente, agradezco a mi tutor de prácticas y terapeuta principal del grupo terapéutico protagonista de este trabajo, José Luis Pascual Pérez, todo el conocimiento transmitido, su entrega, su constancia y su generosidad. Gracias, José Luis, por darme la oportunidad de formar parte del grupo y por poder evocar en este trabajo todo el conocimiento adquirido.

Gracias a todos los participantes del grupo, en concreto a C., por la constante participación y haber hecho posible la realización de este trabajo.

Agradezco también el soporte constante de mi familia, pareja y amigos.

Por último, gracias a la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte (FPCEE) Blanquerna por los conocimientos recibidos y por la ayuda en mi crecimiento personal como psicóloga y persona.

**Tabla de contenido**

Contexto del caso	6
Marco conceptual de la intervención	7
El paciente	13
Formulación del plan de tratamiento	16
Curso de la terapia	19
Evaluación final del proceso y resultados de la terapia	29
Discusión	35
Referencias	37

### **Contexto del caso**

En este trabajo se expone detalladamente el caso de uno de los participantes del grupo terapéutico para personas adultas con autismo que se realiza en el Centro de Salud Mental para Adultos (CSMA) de Sant Andreu, del Servei Català de Salut. Con la finalidad de mostrar los cambios beneficiosos en habilidades sociales y empatía derivados de dicha intervención. A pesar de formar parte de un grupo, el trabajo se centra exclusivamente en su evolución.

Se trata de un paciente de 28 años, C., es así como se denominará al paciente a lo largo de este trabajo para preservar su anonimato, diagnosticado de TEA desde hace más de un año en el momento en que se inicia el grupo y que ha asistido a 27 sesiones de las 33 que se analizan en este trabajo. El motivo de mostrar solo 33 sesiones del total que se llevaron a cabo, es que fueron las únicas observadas por la autora del trabajo durante sus prácticas.

Para maximizar el rigor metodológico del presente estudio del caso, se han utilizado diferentes metodologías y registros de diferentes fuentes. Por la parte cualitativa, se han utilizado las notas tomadas en diferentes sesiones grupales. Y, en referencia a los datos cuantitativos, se han extraído del estudio pre-post realizado en relación a dos cuestionarios, el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (López et al., 2008) y la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000).

Los datos personales del paciente han sido utilizados teniendo en cuenta su consentimiento. A pesar de ello, para poder garantizar su anonimato se han realizado variaciones en sus datos personales. Dichos datos han sido extraídos de la historia clínica de éste.

### **Marco conceptual de la intervención**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que suele diagnosticarse en las primeras etapas de vida de la persona y que afecta a diferentes áreas del individuo, como por ejemplo la comunicación y las relaciones interpersonales (Mulas et al., 2010). Dichas afectaciones pueden variar en las personas dependiendo del propio desarrollo y de la edad (Slaughter, 2016).

El concepto de “espectro autista” fue propuesto por Wing (1955), cogiendo la idea que presentó Asperger (1944) para diferenciar las características de los niños que este autor había observado de los de Kanner (1943), ya que los primeros presentaban una cognición y un lenguaje normal y los observados por el segundo autor mostraban más dificultades en estas dos áreas (Cortés y Contreras, 2007).

Así pues, el TEA está compuesto por una gran variabilidad heterogeneidad de trastornos iniciados en los primeros meses de vida de la persona con evolución crónica (Hervás, 2016). Se caracteriza por la alteración del desarrollo social, la afectación en la comunicación verbal y no verbal, la dificultad para desarrollar lazos afectivos, la incapacidad para el juego simbólico y la presencia de patrones tanto restrictivos como repetitivos de la conducta (Holguín, 2003; Hervás et al., 2012). A pesar de tener una detección precoz y un diagnóstico establecido como crónico, se conoce que en algunos casos existe la mejora de diferentes síntomas (Hervás et al., 2012).

Actualmente, no existe una etiología específica para este trastorno ya que no existen marcadores biológicos específicos (Pisula, 2010). A pesar de esto, hay diferentes estudios que establecen relación entre los factores genéticos y los ambientales, los cuales a lo largo de la vida de la persona pueden generar el deterioro tanto cognitivo como emocional característico del TEA (Viloca, 2003). El estudio de Arias et al. (2015), hace referencia a una afectación en las neuronas espejo las cuales

están situadas en el córtex premotor y son las encargadas, entre otras cosas, de la empatía (Rizzolatti et al., 2010). El estudio de Arias et al. (2014), también da sustento a la teoría de Rizzolatti et al. (2010), ya que se explica que éstas células están relacionadas con la empatía, la capacidad imitativa y la diferenciación del “Yo” (Iacoboni, 2010).

Siguiendo los estudios anteriores, Williams et al., (2001), refiere que una de las bases de las características afectadas en las personas con TEA (dificultad de empatía, imitación e identidad) puede venir dada por la alteración de dichas neuronas.

A pesar de no existir una clara etiología, diferentes autores clasifican el TEA en primario y secundario. En el primer caso predomina una base genética poco específica, es más común en hombres, suele estar acompañada de una afectación intelectual y se desconoce un marcador biológico. En el autismo secundario se identifica una patología previa, posible causante del trastorno, como por ejemplo trastornos congénitos del metabolismo, genéticos, diversas infecciones, encefalopatía hipóxica isquémica, entre otras (Artigas et al., 2005 citado en Varela et al., 2011).

Se debe considerar que los criterios diagnósticos para el TEA se modificaron con la entrada en vigor de la actual versión, la quinta, del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM). Hasta su llegada, se habían utilizado otras versiones y manuales con criterios diferentes, englobando el TEA dentro del Trastorno General del Desarrollo (TGD) sin tener en cuenta las distinciones entre ambos. Dentro de esta clasificación también encontrábamos otros trastornos como el de Rett y el de Asperger. Con la llegada del DSM-5, la generalización que existía dentro del TGD se deshizo y los subtipos que lo formaban quedaron englobados dentro del Trastorno del Espectro Autista, facilitando su diagnóstico y definición. Este cambio,

actualmente también facilita la diferenciación de las capacidades más reservadas y las más afectadas (American Psychiatric Association, 2013).

Para el estudio de caso de este trabajo, el cual se presentará más adelante, es importante hacer específicamente hincapié en lo que antes se consideraba el síndrome de Asperger. Se debe diferenciar de lo que se entendía como autismo clásico ya que en el primero el desarrollo expresivo del habla se encuentra dentro de la normalidad y el lenguaje se encuentra bien desarrollado. A pesar de esto el lenguaje hablado suele ser literal, existe dificultad en la ironía y el doble sentido de las palabras y, también, existe dificultad en la pragmática de la comunicación, su lenguaje no se centra en lo social sino en sus intereses más restringidos (Hervás et al., 2014).

La detección de este trastorno podía ser algo más tardía que la que se entendía como autismo dado a su desarrollo y adaptación temprana normotípica. Referente al ámbito social, las personas con síndrome de asperger también eran descritas como personas con grandes dificultades para crear amistades a causa de sus interacciones ingenuas y su falta de habilidades sociales (Hervás et al., 2014).

Según varios estudios citados en Málaga et al. (2019) se conoce que la prevalencia en Europa gira entorno de 1/100 diagnósticos por cada nacimiento. Si nos centramos en España, según Alcantud (2017) los estudios realizados son escasos, a pesar de esto, la tasa más elevada se encuentra en Tarragona con 15,5/1000 individuos y la menor que se ha encontrado hasta el momento ha sido en Cádiz con 0,2/1000 diagnósticos.

La teoría de la mente es otro concepto que se puede utilizar para distinguir los diferentes niveles de afectación existentes dentro del TEA (Álvarez, et al., 2018). Se entiende como teoría de la mente la capacidad que tienen las personas para atribuir tanto sentimientos, pensamientos e intenciones a los demás diferentes a los propios (Premack

et al., 1978 citado en Corbella et al., 2009). La alteración de este constructo desencadena en distintos comportamientos inadecuados de las personas con autismo dado a la falta de empatía que esto comporta (Hervás et al., 2018).

Como se ha explicado anteriormente, el TEA es un trastorno crónico, a día de hoy no existe una cura. Pese a esto sí que se dispone de diferentes intervenciones psicológicas que pueden modificar el pronóstico de este tipo de trastornos (Mulas et al, 2010). Aun teniendo en cuenta la información anterior, hay pocas referencias hacia el tratamiento psicoterapéutico grupal para personas con TEA (Bauminger, 2007 citado en Amor, 2010). Sin embargo, se conoce la importancia de trabajar con ellos la empatía, algo muy ligado con la teoría de la mente, concepto explicado anteriormente (Hervás et al., 2018).

Se entiende como empatía el concepto determinante para la experiencia emocional y las distintas interacciones interpersonales. También es esencial para tener diferentes respuestas afectivas a los estados de la mente del otro (Batson, 2009 citado en Ruggieri, 2013). La empatía puede ser clasificada en cognitiva y en afectiva. Referente a la primera, es la que se encuentra más alterada en las personas con TEA y se entiende como “la capacidad de comprender los pensamientos que llevan a otras personas a determinadas acciones”. Por el contrario, la empatía afectiva que se entiende como “la capacidad de sintonizar emocionalmente con las emociones de otras personas”, se encuentra mejor preservada en este trastorno (Hervás et al., 2018).

Por otro lado, las habilidades sociales son un conjunto de conductas específicas y necesarias para las relaciones interpersonales. Deben de considerarse en una cultura determinada ya que los patrones comunicativos se pueden encontrar cambiantes en diferentes contextos. El género, la edad, la educación y el estatus social de la persona también son factores a tener en cuenta cuando se habla de habilidades sociales (García,

2010). En general son un conjunto de estrategias muy importantes a trabajar con personas diagnosticadas de TEA. En adultos, se cree que trabajar la empatía, juntamente con dichas habilidades, en formato grupal, puede ser muy beneficioso para ayudarles a comenzar y mantener diferentes contactos con los demás (Amor, 2010). A pesar de que se dispone de limitaciones en la información sobre la eficacia de la intervención psicológica grupal en adultos, Roy et al. (2009) también considera que este tipo de terapia puede ser beneficiosa para las personas adultas con un diagnóstico de TEA.

Amor (2010) persiste en la idea de que la utilización de grupos terapéuticos para pacientes con TEA puede ser una herramienta de suplemento tanto al tratamiento psicológico individual como al farmacológico. Añade distintos aspectos beneficiosos de dichas técnicas psicoterapéuticas grupales, como por ejemplo, incrementar las relaciones cercanas del paciente con otros individuos que sufran las mismas problemáticas que ellos. También, entre ellos pueden observen diferentes comportamientos sociales poco adecuados en diferentes circunstancias y trabajarlos en común. Por otro lado, el tratamiento grupal puede ser mejor recibido por estos pacientes que el individual, ya que se ven identificados en diferentes cuestiones con sus compañeros. Y, por último, la terapia grupal puede suponer un refuerzo para trabajar diferentes aspectos tratados en las terapias individuales.

A pesar de esto, en la literatura existen escasas referencias sobre el tratamiento psicoterapéutico grupal para personas adultas diagnosticadas de TEA, los estudios están más centrados en intervenciones para la población infantil (Sperry et al., 2005 citado en Amor, 2010).

Siguiendo la línea de los autores citados anteriormente, Gómez (2020) hace referencia a la importancia de las psicoterapias grupales dada a la eficacia que estas presentan como facilitador del funcionamiento de los Centros de Salud Mental y refiere

que deberían ser prácticas más comunes e imprescindibles, sin tener en cuenta el tipo de trastorno de los participantes, ya que se atiende terapéuticamente a un mayor número de individuos.

Dada la situación de pandemia mundial iniciada en el año 2020, causada por la enfermedad de la COVID-19 y la consecuente necesidad del confinamiento de la población, las prácticas asistenciales psicológicas se tuvieron que redefinir en el marco de la teleasistencia. No sólo las individuales, sino que también las grupales. Dicho enfoque, a pesar de ser solución en una situación tan extrema y presentar muchas ventajas como, por ejemplo, el incremento de libertad y desinhibición del paciente, también presenta múltiples inconvenientes. Con la modalidad en línea se pierde parte de la comunicación no verbal, gran protagonista en todas las comunicaciones. También se fomenta al aislamiento del paciente e incluso del terapeuta. Para las personas con TEA, ésta modalidad puede ser un facilitador para realizar las terapias psicológicas ya que la pantalla puede recrearse como una protección hacia su intimidad (Ribé, 2021).

En el presente trabajo se pretende mostrar la tendencia a mejora en habilidades sociales y empatía, de uno de los usuarios del grupo terapéutico (mayormente realizado en formato en línea) para personas adultas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, realizado en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Sant Andreu. De esta manera, se quiere comprobar la existencia, o no, de posibles beneficios de este tipo de terapia. Estos resultados también serán complementados con diferentes notas tomadas en las sesiones observadas.

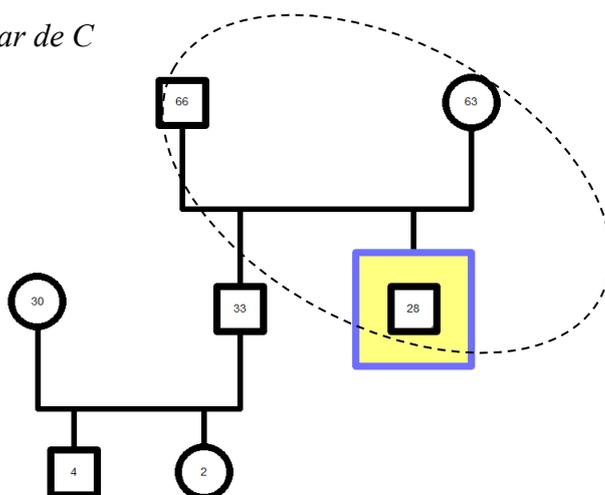
### El paciente

C., es una persona que empezó el seguimiento psicológico en el servicio público que ofrece el CSMA del Alt Empordà en el 2017 por un cuadro depresivo con anhedonia, irritabilidad e ideas autolíticas con tentativa suicida, como consecuencia de una ruptura sentimental con quien era entonces su pareja.

Es un hombre de 28 años, soltero y químico de profesión. Su padre tiene 66 años y se dedica a la construcción. Su madre tiene 63 años y es responsable de hostelería. El paciente actualmente vive con ellos. Tiene un hermano que es 5 años mayor que él, informático y vive juntamente con su pareja y sus dos hijos en común. A continuación, se presenta el genograma familiar (ver Figura 1).

**Figura 1**

*Genograma familiar de C*



Dado a un cambio de domicilio, es derivado al CSMA de Sant Andreu en noviembre del 2019.

Inicialmente, la valoración diagnóstica de este paciente fue orientada hacia un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y un Trastorno Adaptativo, dado su poca flexibilidad mental y su constante rigidez. A pesar de esto, durante el seguimiento con la psicóloga se observan características compatibles con un diagnóstico de TEA. El paciente refiere que sentía y siente no encajar con los demás, actúa siempre mediante la

lógica, no filtra sus palabras cuando tiene que hacer comentarios a los demás, es decir, no tiene en cuenta cómo pueden afectar sus palabras a las otras personas, y también presenta dificultades para gestionar situaciones fuera de su normalidad. Presenta también dificultad para identificar las emociones en sí mismo, refiere que solo reconoce la rabia y el miedo.

Teniendo en cuenta la entrevista familiar y la administración de la *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2), se observa y se confirma la falta de gesticulación expresiva y la dificultad para describir emociones propias y del otro.

Referente a su historia vital desde la infancia y haciendo referencia a la alimentación, el paciente rechazaba los alimentos sólidos ya desde muy pequeño, solo quería tomar leche, esto desencadenó en varias manías con la comida, por ejemplo, no toleraba tener dos alimentos diferentes en el mismo plato. Con un año y medio ya mostraba un hablar muy fluido, pero también muy selectivo tanto con las personas con quien comunicar cómo la temática.

No tuvo ningún problema con el control de esfínteres, pero sí que se destacan conductas disruptivas mientras jugaba, ya que se fijaba mucho en la tarea en concreto y cuando tenía ganas de orinar lo hacía directamente en el suelo. En relación con el sueño, refiere haber tenido insomnio hasta los 6 años, se despertaba cada hora cada noche. La adquisición de la locomoción fue prematura, con 9 meses caminaba perfectamente, incluso podía correr. Hasta los 8 años se refiere una hiperactividad motora. Seguidamente empieza a disminuir su actividad, algo que coincide con una mejoría en relación a la tolerancia de los alimentos y una mejora en el sueño.

Referente a la educación, no asistió a la escuela infantil. En educación infantil no se relacionaba con otros niños, era muy selectivo e iba muy por libre. En relación a este comportamiento y contrario a lo anterior, tenía una relación muy especial con un

niño que tenía TEA, lo cuidaba mucho. Fue su único amigo. En el colegio tampoco compartía aficiones con sus compañeros, evitaba a la gente y en consecuencia no socializaba. También, tenía comentarios poco adecuados hacia los demás.

En relación con las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca, no mantenía la mirada ni presentaba la sonrisa social, algo que es descrito por sus progenitores en la entrevista. Solía mostrarse serio o muy poco expresivo. Prefería jugar de manera solitaria porque evitaba la socialización, no compartía juegos imaginativos con otros niños, evitaba sus acercamientos. También hablaba con amigos imaginarios. Cuando disfrutaba de alguna vivencia, no solía compartirlo con los demás, tampoco se esforzaba para llamar la atención del otro en situaciones diádicas. En conclusión, se describe una falta de reciprocidad socio-emocional.

En consideración a las alteraciones cualitativas de la comunicación, no solía señalar aquello que captaba su atención, no imitaba acciones espontáneas y no había presencia del juego imaginativo social. Se evidencia una falta de verbalización social y de conversación recíproca. A pesar de no presentar conductas del habla estereotipadas ni repetitivas, existen expresiones inadecuadas y una gran literalidad. No es hasta entrada la juventud cuando empieza a compartir sus intereses. La anterior información es descrita en el ADOS que se administra.

Referente a los patrones de conducta estereotipados, restringidos y repetitivos, muestra preocupaciones inusuales y algunos intereses circunscritos, algo que sigue presente en la actualidad (informática, enfermedades e investigación científica). También, presenta rituales verbales y compulsiones, manierismos con las manos y los dedos e hipersensibilidad a los sonidos y a los olores. Presencia de invariancia, no tolera de forma adecuada los cambios de rutina.

C., presenta dificultades en distintos ámbitos de su día a día. El más destacable es la comunicación con el otro, con sus iguales. Presenta notorias dificultades para mantener, pero, sobre todo, para iniciar una conversación. También tiende a decir todo aquello que piensa y siente en relación a una persona o situación sin medir la afectación o repercusión que esto puede tener en el otro, algo que podría afectar en su día a día laboral tanto con compañeros y compañeras como con sus responsables. Se destaca una gran dificultad para relacionarse con los niños, refiere no gustarles. En ocasiones, dentro de su familia, lo ve como una obligación. A pesar de esto, siempre intenta pasar tiempo con ellos.

### **Formulación del plan de tratamiento**

En el CSMA de Sant Andreu regularmente se realizan grupos terapéuticos que abarcan diferentes aspectos que pueden ayudar a los usuarios del centro. En febrero del 2020 se decidió empezar uno con el objetivo principal de ayudar a personas con diagnóstico TEA a mejorar sus habilidades sociales y la empatía. El grupo debía estar formado entre diez y doce personas aproximadamente.

Los criterios de selección para elegir a los usuarios en el grupo terapéutico fueron los siguientes: tener un diagnóstico de TEA, presentar notables dificultades tanto en habilidades sociales como en la muestra de empatía, y que la edad de las personas girara en torno a los 20 y 30 años aproximadamente. Mediante la información de los distintos profesionales del centro como de las descripciones de las historias clínicas, finalmente se logró configurar el grupo.

Previamente estaba formado por 4 mujeres y 5 hombres. En la tercera sesión una de ellas se desvinculó del grupo y es por este motivo que a día de hoy está formado por 3 mujeres y 5 hombres. El más mayor tiene 31 años y el menor 24.

El grupo se inició en febrero del 2020 y la indicación del terapeuta era que el grupo tuviera una duración de un año. A pesar de esto, se decidió alargarlo, sin fecha prevista de cierre, ya que vio que era beneficioso para los usuarios dada a la buena vinculación entre ellos y también con el terapeuta principal.

Las sesiones se realizan por el terapeuta principal y dos psicólogos en formación como observadores. Éstas empezaron siendo presenciales durante una hora bisemanalmente ya que se intercalaban con un grupo de familiares de pacientes con TEA. A causa de la situación de pandemia por Covid-19 las sesiones se tuvieron que reformular a un formato virtual cuando únicamente se habían realizado dos sesiones presenciales. Dadas las dificultades que se presentaron para seguir con el grupo familiar, se decidió finalmente que el grupo terapéutico para personas con diagnóstico de TEA se realizaría todos los lunes durante aproximadamente una hora.

Los objetivos principales planteados en este grupo son la mejora de las habilidades sociales y la empatía de los usuarios. Se trabaja a partir de vivencias propias de cada uno de ellos y diferentes situaciones personales. También con diferentes actividades preparadas previamente por el terapeuta, como distintas dinámicas de grupo tanto para trabajar los objetivos presentados como para mejorar la cohesión grupal entre los usuarios.

Para evaluar la mejora de dichos aspectos se decidió realizar un estudio pre-post de los usuarios. En este trabajo sólo consta el del usuario C., quien aparentemente ha sido la persona más dinámica dentro de dicho grupo. Se ha utilizado el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (López y Fernández, 2008) y la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000).

El TECA es un instrumento utilizado para evaluar la empatía tanto cognitiva como efectiva en adultos. Consta de treinta y tres ítems y su tipología de respuesta es

estilo Likert “Totalmente en desacuerdo, Algo en desacuerdo, Neutro, Algo de acuerdo y Totalmente de acuerdo”. Se puede aplicar individual o colectivamente y la duración de este es de aproximadamente entre cinco y diez minutos. La empatía cognitiva se mide mediante las escalas de Adopción de Perspectiva (AP) y la de Comprensión Emocional (CE) y la dimensión afectiva de la empática se puede medir mediante la escala de estrés empático (EE) y la de alegría empática (AE).

La EHS es uno de los instrumentos que se utiliza para explorar la conducta habitual de la persona en diferentes situaciones, valora la modulación de las habilidades sociales en dichas actitudes. Aplicable individual o colectivamente a adolescentes a partir de los doce años y a adultos. El tiempo estimado para completarlo son aproximadamente quince minutos. Consta de cuatro alternativas de respuesta en escala Likert: “No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. Las puntuaciones se dan en seis subescalas (factores), de esta manera es más sencillo reconocer en qué áreas la persona demuestra más dificultad para comportarse de una manera asertiva. Los factores y su interpretación son los siguientes.

La evaluación pre se realizó el 24 de febrero del 2020, y la post el 22 de diciembre del mismo año, habiendo transcurrido diez meses entre una y la otra y un total de 30 sesiones.

Por último, se destaca la normativa grupal: garantizar de cualquier información que surja por tal de preservar la privacidad de la intimidad de las personas, asistir a las sesiones grupales y mantener una actitud de respeto hacia los otros miembros del grupo, participar activamente y continuamente en las sesiones, avisar con antelación en caso de

no poder asistir, y también en el caso de darse de alta voluntaria, aceptar que tres ausencias seguidas e injustificadas supone la baja automática del grupo y por último, puntualidad por tal de no interrumpir las intervenciones de los compañeros y para facilitar la capacidad de concentración.

### **Curso de la terapia**

A continuación, se describen algunas de las treinta y tres sesiones más significativas, en relación a los objetivos planteados anteriormente, del grupo terapéutico observado.

La primera sesión del grupo terapéutico empieza el 24 de febrero del 2020. Se realiza la bienvenida, las presentaciones, la evaluación inicial mediante el TECA y la EHS, se explica también en qué consiste la confidencialidad y las normas grupales y, por último, se evalúan las expectativas de cada uno de ellos. Este primer día asisten 6 personas al grupo.

El terapeuta, empieza presentando la programación establecida para este primer encuentro y seguidamente se presenta. También lo hacen los participantes.

A continuación, se muestra una tabla (ver Tabla 1) con una breve descripción de cada participante. Se remarca que, a pesar de que se presenten los diferentes usuarios del grupo, en el presente trabajo se focalizará exclusivamente en las interacciones y evolución de C.

**Tabla 1***Descripción de los participantes del grupo terapéutico*

Identificación	Descripción
C	Chico de 28 años, químico de profesión. Sus aficiones son el manga y el anime. Actualmente vive con sus padres
S	Chica de 29 años, actualmente no estudia ni trabaja. Pasa tiempo con la <i>tablet</i> y jugando a videojuegos. Actualmente vive con sus padres
L	Chica de 25 años. Estudiante de telecomunicaciones e informática. Sus aficiones son los videojuegos y la informática en general. Independizada con su pareja
CB	Chico de 31 años, actualmente no trabaja, pero ha trabajado en producción de televisión. Sus aficiones son el manga y el anime. Actualmente vive con su madre
A	Chico de 26 años, programador de profesión. Le gusta mucho la informática y hacer cosas con amigos. Actualmente vive con sus padres
P	Chica de 24 años, actualmente no estudia ni trabaja. Le gusta jugar a videojuegos. Actualmente vive con sus padres
IB	Chico de 26 años. Actualmente no estudia ni trabaja. Le gusta la música, escribir y dibujar. Actualmente vive con su madre
T	Chica de 27 años. Actualmente no estudia ni trabaja. Le gusta nadar y hacer ganchillo. También comparte la afición de los videojuegos. Actualmente vive con madre.
I	Chico de 30 años. Actualmente no estudia ni trabaja. Le gustan los videojuegos. Actualmente vive con sus padres

Seguidamente, se procede a explicar los objetivos principales del grupo.

C., expresa al terapeuta su incomodidad grupal y comparte lo siguiente: “le doy al grupo un máximo de 3 sesiones, si creo no encajar, no volveré”. Esta manifestación es compartida por otro usuario, A. El terapeuta acepta las palabras de ambos y las acoge como un reto.

A la semana siguiente se realiza la segunda sesión ya que todavía no ha empezado el grupo de familiares. Se incorpora IB., se presenta al grupo.

Se abre la posibilidad de explicar, voluntariamente, cómo se sintieron la semana pasada. C. manifiesta lo siguiente: “Tensión, demasiada gente y desconocidos. Hoy ya no siento tanta tensión”. También refiere que percibió que no era el único que se sentía tenso. Sus compañeros apoyan sus palabras. El terapeuta presenta la siguiente reflexión: “es una modalidad que nadie de aquí elegiría, es un esfuerzo para vosotros estar aquí. Una dificultad compartida quizá es menos dificultad”. Después de estas palabras nadie dice nada a excepción de C.: “es arriesgado poner a personas con esta dificultad en círculo”. Seguidamente se habla de diferentes dificultades que cada uno de ellos ha experimentado y ha podido superar. C., refiere que antes no podía hablar en público, ahora, a pesar de que le sigue costando, le es un poco más fácil. Los otros usuarios definen sus dificultades, todas diferentes, pero con un aspecto en común, la comunicación con los otros.

Después de comentar dichas dificultades, el terapeuta está interesado en saber aquello positivo hasta el momento que han sentido en relación al grupo. C., es la única persona que contesta: “hay más asociales de lo que me pensaba”. Seguidamente, él mismo propone una pregunta para el grupo: “¿Por qué estáis aquí?”. Más o menos todos dan su opinión, I., añade querer mejorar, algo que los demás no habían nombrado. A la anterior pregunta, el terapeuta añade: “¿qué os ha impulsado a venir?”. C., comparte la

opinión de A., que es la siguiente: “es lo que me faltaba para completar el tratamiento individual de psicología y psiquiatría”. A esto, C., añade que tenía curiosidad.

Debido a la situación de pandemia a causa de la enfermedad por COVID-19, el grupo se tuvo que parar hasta pasado un mes y medio. A esto se le tiene que añadir que el formato de éste también se vio alterado, las sesiones pasaron de ser presenciales a virtuales.

En la tercera sesión, se valora el cambio personal diario que pueda estar habiendo debido a la situación de pandemia. C., comparte la opinión de IB., “esperaba la situación que vivimos actualmente, anticipé el confinamiento”. En esta sesión, primera en formato virtual, se les nota más relajados que en las dos anteriores. También se les plantea que piensen con qué animal se identificarán y hacer una pequeña presentación. C., se identifica con un gato porque refiere que son muy independientes y solitarios

En la cuarta y quinta sesión, se trabajan los conflictos. Se plantea que un conflicto puede ser un desacuerdo entre dos personas el cual puede desencadenar en un problema o en algo positivo, con la adquisición de nuevas ideas y distintos puntos de vista no obtenidos anteriormente.

Se les presenta un gráfico (ver Figura 2) para mostrar las maneras de respuesta a conflictos según la importancia que se le dé a la propia opinión o a la del otro. Se explica que lo importante es defender los propios argumentos de manera asertiva, es decir, sin discriminar los de los demás y teniendo en cuenta los propios.

## Figura 2

Gráfico de formas de respuesta a conflictos



C., describe un conflicto como una discrepancia. También explica que recientemente ha tenido uno con unos compañeros de piso. En ocasiones presenta dudas sobre qué decir a alguien y cómo actuar en conflicto. Refiere encontrarse en el punto de “evitar” que se muestra en el gráfico. Tiende a no mostrar su opinión y a no combatir contra la del otro.

En las sesiones seis, siete y ocho se tratan las emociones. Se explica que existen 6 emociones básicas, la alegría, la tristeza, el miedo, la ira, el asco y la sorpresa. La importancia de esta sesión recae en reconocer signos de alerta que nos permitan identificar estas emociones, sobre todo la alegría y la tristeza por tal de gestionarlas de la mejor manera posible. El terapeuta cuestiona al grupo qué signos se pueden identificar cuando se está alegre. No hay interacción entre los participantes y termina explicándolo él. Sucede lo mismo cuando se trata de averiguar los signos para identificar el enfado. A pesar de esto, se vuelve a realizar una pregunta, es la siguiente: “¿os cuesta expresar las emociones?”. C., responde: “me molesta que alguien espere algo de mí, yo no espero nada de nadie”. También añade: “digo lo que pienso”, sin filtros aparentes.

Siguiendo con la temática de las emociones, se les pregunta por la activación emocional durante esta semana, es en este momento cuando la participación del grupo aumenta. En un principio, C., sólo comenta que él escucha música para motivarse. Acto seguido, recibe un mensaje donde se le decía que su abuelo estaba empeorando en su enfermedad. Refiere haber sentido una carga en la espalda, encogimiento del pecho y escalofríos como señales de sus emociones. A esto, añade lo siguiente: “creo que no me estoy sintiendo cómo debería, he pensado que estaba haciendo el grupo y que ahora no podía hablar”. En este momento reconoce y comenta con el grupo su rigidez mental.

Para complementar estas sesiones, se trabaja con situaciones propias que hayan sido significativas para ellos en que las emociones hayan tenido un peso importante. C., comenta el siguiente acontecimiento: “un día en el trabajo le dije a una compañera: hoy estás muy guapa. Ella se enfadó por la palabra hoy, ya que interpretó que los otros días no”. C., refiere haber sentido decepción ante esta situación, “por un comentario positivo que le hago a alguien, se enfada”. A pesar de esto y algo muy importante es lo que añade a continuación: “esto no hará que deje de hacer comentarios positivos a los demás”.

Se habla a grandes rasgos de las habilidades sociales, con lo que C. manifiesta tener dificultades para emprender o mantener una conversación. Refiere utilizar en ocasiones la ironía. A pesar de esto, comenta que se plantea muchas veces lo que los demás le dicen, en ocasiones entiende los argumentos de los demás de forma literal, sin ir más allá en el significado de dichas palabras, algo que comparte con T. y con A.

Las sesiones nueve, diez y once se enfocan en la temática de las amistades. Para realizarlas se utilizan diferentes historias narrativas cogiendo la idea de la escritora Carol Gray, también consultora, especializada en historias sociales para trabajar con personas con TEA. Una de las historias que se presenta en estas sesiones es la de

Androcles y el león. Después de haber explicado la historia se inicia un seguido de interacciones donde explican que es para ellos la amistad. C., se refiere a éste término con las siguientes palabras: “nos quieren sin ningún tipo de condición, me siento cómodo hablando con ellos”. Los demás, comparten las palabras de C. y hacen referencia a que ellos tampoco tienen un gran número de amigos. C., también añade lo que para él es lo contrario, los enemigos, y refiere tener a varios: “personas que quieren hacer daño al otro, con quien es imposible de hablar de diferentes temas y dar otras opiniones”. Seguidamente se les propone explicar de qué manera cuidan ellos a sus amistades. Todos refieren la necesidad de comunicarse con el otro y compartir actividades, a lo que C., añade algo muy interesante: “nuestros amigos no tienen por qué ser igual que nosotros, pero sí tener algo parecido, algo en común. La curiosidad nos mueve para conocer al otro”.

A pesar de lo anterior, la mayoría refiere no sentirse cómodo con los demás, a excepción de con una o dos personas que puedan considerar de más confianza. Refieren dificultades para vincularse o no saber cómo reaccionar en diferentes situaciones, explican también que suelen esperar que el otro haga el primer paso para iniciar una conversación.

Es importante hacer un pequeño hincapié en la sesión doce dado que sucede algo muy importante e interesante. Proponen, los participantes, crear un grupo de *WhatsApp*, algo que sorprende muy positivamente a los terapeutas del grupo. Refieren que de esta manera podrán saber e informar si alguien no puede asistir al. Se acepta esta propuesta ya que se valora de manera positiva en relación a la vinculación entre ellos. Todos están de acuerdo en hacerlo.

La siguiente sesión a analizar es la quince. Se incorpora I. al grupo. Se hacen las presentaciones y los integrantes del grupo le explican lo que se ha estado realizando

hasta ahora en este espacio. Para esta sesión no existe una previa organización dado que se había pensado dejarla para que ellos expresaran sus demandas. C., una vez más es quien más interactúa. Hace la demanda de ver diferentes escenas de películas o series y analizarlas, en relación a la interacción y la comunicación entre personas. Aprovecha su intervención para preguntarle a A. si le sucede alguna cosa: “¿estás bien?”. A., explica que ha tenido una mala semana, una problemática con su mejor amiga. El grupo muestra su apoyo e intentan darle diferentes puntos de vista de lo sucedido. A., agradece todos los comentarios de sus compañeros.

En la sesión dieciséis, teniendo en cuenta la petición realizada por C. la semana pasada, se visualiza un trozo del primer capítulo de la serie “Atípico”, cuyo protagonista está diagnosticado de TEA. Dentro del grupo hay una idea en consenso, creen que la sintomatología que se representa en este visionado está demasiado exagerada. C. comenta lo siguiente: “creo que el personaje está demasiado exagerado, a pesar de esto comparto sus dificultades relacionales y la literalidad”. Seguidamente, I. Interviene: “es muy exagerado, al principio me ha costado sentirme identificado, pero sí que me veo reflejado en su persistencia”. T, describe y engloba una dificultad, “la dificultad social”, todos están de acuerdo en esto, en la dificultad que comparten para relacionarse con las personas más desconocidas.

El terapeuta, después de las reflexiones anteriores, pregunta sobre el funcionamiento del grupo de WhatsApp que habían iniciado. Refieren que lo utilizan para avisar si no pueden asistir al grupo y para enviar “cosas graciosas”. Coinciden también en que I. utiliza demasiado la ironía y cuesta entenderlo en ocasiones. I. aporta que es su manera de hablar y que siempre intenta hacer gracia.

Las sesiones diecinueve y veinte son las dos previas a las vacaciones de verano y las últimas hasta finales de septiembre que se cuándo retoma el grupo. Para trabajar

más la cohesión y crear debate, se utilizan dos dinámicas, en este trabajo se analiza una de ellas. Se la conoce como el ejercicio de la NASA. El terapeuta enumera un listado de utensilios más o menos necesarios para sobrevivir en el espacio y cada uno de ellos los debe ordenar de más a menos importantes. El resultado de dicho orden es bastante homogéneo pero lo más importante y observado es la facilidad que han tenido para dar su opinión, escuchar la del otro y debatir sus controversias. Algo en común que sale en este debate es su propia reflexión la cual coincide bastante entre cada uno de ellos. Ésta es la importancia que cada uno le da a las cosas, la necesidad individual en las diferentes situaciones del día a día, respetar la diferencia de opinión de cada persona.

Es importante destacar que son las primeras sesiones después de más de un mes sin realizar el grupo, pero habiendo mantenido contacto por WhatsApp, se nota más inhibición en la mayoría de ellos.

Las sesiones veintiuno, veintidós y veintitrés se centran en la temática del trabajo en grupo, ¿qué supone para ellos trabajar en este formato? La mayoría coinciden en que prefieren trabajar de manera individual debido a que cada persona tiene su ritmo de trabajo. C. añade lo siguiente “si trabajas individualmente te reúnes contigo mismo y no hay desacuerdos”. A esto añade que la posición que menos le gustaría tomar es la de líder, ya que no le gusta dirigir a las personas y refiere que no sabría cómo ser responsable de todas ellas. Comparten la opinión de que al inicio de este grupo no se veían formando parte de éste y que ahora, habiendo pasado unos meses, se sienten más cómodos.

En las sesiones veinticuatro y veinticinco se trata un conjunto de temas muy estrechamente relacionados con el anterior, las críticas, las expectativas y las mentiras. Se realiza mediante la narración previa de una pequeña historia, “La carrera de sapos”, la moraleja de la cual es no fijarse en las críticas negativas externas y luchar por aquello

que se quiera conseguir. C, sin conocer esta moraleja, comparte lo siguiente: “no debemos escuchar críticas destructivas para así poder seguir avanzando, yo paso bastante de lo que me dicen. Si detrás de la crítica hay una base sólida, quizá escucho”.

Hablan también sobre la literalidad, una característica en común. C.: “hay personas que esperan otras respuestas, se pueden tomar a mal aquello que digo con sinceridad. Si preguntan algo es porque quieren que sea sincero, sino, no preguntaría”. También comparten lo expresado por el terapeuta, en ocasiones tienden a no mirar a la persona con la que conversan, refieren que puede ser un factor que altera la recepción de un mensaje verbal.

Las siguientes sesiones que se analizan son la veintisiete y veintiocho, donde se trata la motivación mediante el visionado de un capítulo del programa “Viajando con Chester”, concretamente el testimonio de Enhamed, un nadador de élite con ceguera. La reflexión compartida en el grupo está muy relacionada con la temática de las anteriores sesiones. En resumen, lo que más se repite en esta sesión es lo siguiente: “ser lo que te propones y no quien los demás piensan”. Es una historia de superación que en la mayoría de ocasiones no aplicamos a nuestras vidas, a la mínima nos rendimos”. Entre todos sacan 3 conclusiones muy importantes: “dar tiempo a que lleguen los objetivos planteados, que las metas sean realistas y que el peor enemigo es uno mismo junto a los pensamientos negativos”.

En la sesión treinta, C. manifiesta a sus compañeros los pensamientos que tiene en relación a la participación general en el grupo. Refiere que siente que es él quien más interviene y que le gustaría que los demás incrementaran sus intervenciones. Lo hace de manera asertiva sin exigir directamente nada a nadie, pero sí que defiende sus pensamientos. Sus compañeros no discrepan con las palabras de C. pero tampoco comentan nada al respecto.

Las tres últimas sesiones del grupo que se presentan en este trabajo se enfocan en tratar la identidad. Se detecta una dificultad para hablar de proyectos y para obtener una autodefinición de ellos mismos. Se trabaja mediante un documento dónde se explica que es la identidad y a partir de aquí, se propone elaborar un mapa conceptual sobre la suya propia, teniendo en cuenta las siguientes ideas: metas, logros, pensamientos, valores, gustos, fortalezas, emociones, familia, intereses, habilidades, amigos y debilidades. A continuación, se muestran las conclusiones de C.: “a pesar de que no me considero nadie en especial, soy un chico con muchos conocimientos, soy una enciclopedia andante. Se me da muy bien la informática. El lema de mi familia es: lo único imposible es volver de la muerte, así que síguelo intentando. Yo tengo uno propio: haz lo que te salga de las narices sin tocarme las mías”. Por último, también presenta algunos de sus objetivos, refiere querer cambiar el pensamiento que tiene sobre sí mismo y confiar más en él, sobre todo en relación a su trabajo.

Finalmente, se decidió seguir con las sesiones grupales más de lo que se tenía previsto (la fecha límite inicial era el mes de diciembre de ese mismo año) dado al buen funcionamiento que mostraba el grupo. A pesar de esto y como se ha explicado anteriormente, no se ha podido describir la continuidad de este grupo dado a que la autora del trabajo finalizó su periodo de prácticas en el centro.

### **Evaluación final del proceso y resultados de la terapia**

A continuación, se presentan los resultados de las evaluaciones pre-post realizadas a C. Se recuerda y se debe tener en cuenta que el formato que inicialmente se había pensado para realizar el grupo, se vio alterado a causa de la situación de pandemia por Covid-19. No sólo se aumentaron el número de sesiones mensuales, dada la dificultad de seguir intercalándolas con el grupo familiar, sino que también se dejó de realizar de forma presencial y se empezó a hacer en formato virtual. Presencialmente

sólo se pudieron realizar las dos primeras sesiones. Al cabo de un mes de la segunda sesión, se reanudó el grupo terapéutico en este nuevo formato.

Los resultados que se muestran a continuación han sido compartidos con C. y comparados con sus expectativas al inicio del grupo, las cuales fueron las siguientes: “Aprender y aceptar que no soy el único con estos problemas en hablar en grupo. Entender que no estoy solo. Conocer personas con características similares y quizás hacer amigos”. Refiere compartir la mayoría de los resultados obtenidos donde se muestran cambios positivos, pero discrepa y reitera su dificultad, sobre todo, en aquellos en relación a mostrar al otro sus propios puntos de vista o defender su propia opinión.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas a C. en los meses de febrero y diciembre. También se incluyen las descripciones de estos. Como se ha referido anteriormente, las dos pruebas psicométricas utilizadas han sido el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) y la Escala de Habilidades Sociales (EHS).

Primeramente, se presentan los resultados obtenidos en el TECA (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

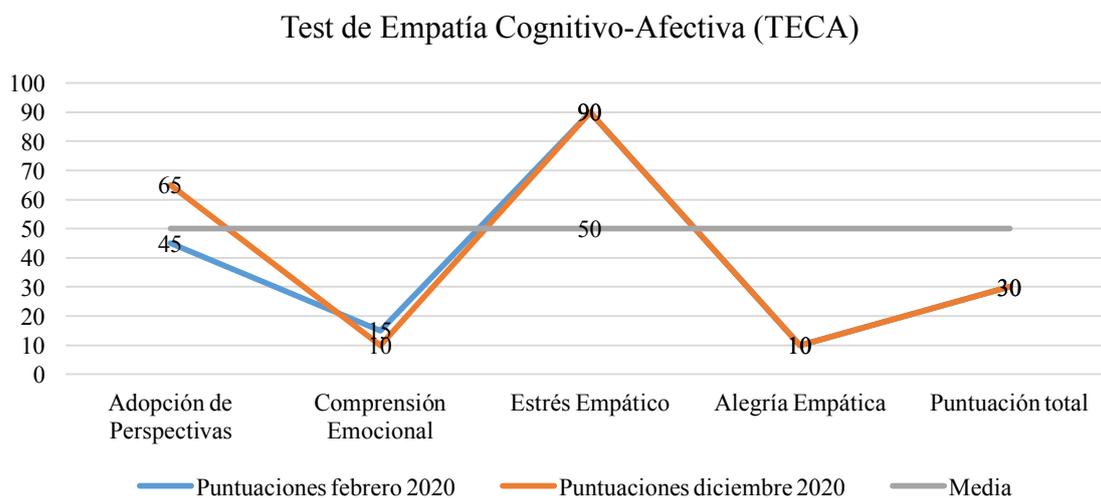
*Resultados del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)*

Escalas	Puntuaciones febrero 2020	Puntuaciones diciembre 2020	Media
AP (Adopción de Perspectivas)	45	65	50
CE (Comprensión Emocional)	15	10	50
EE (Estrés Empático)	90	90	50
AE (Alegría Empática)	10	10	50
Puntuación total	30	30	50

Seguidamente, se muestra la representación gráfica (ver Figura 3) de los resultados indicados en la tabla anterior.

### Figura 3

*Resultados del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)*



Como ya se ha explicado anteriormente, la empatía cognitiva se mide mediante las dos primeras escalas presentadas en el gráfico de los resultados obtenidos por C., en las dos evaluaciones del TECA. Y la dimensión afectiva de la empatía con las dos siguientes, “estrés empático” y “alegría empática”.

En la primera escala, “adopción de perspectivas”, se refleja una mejora significativa a la facilidad que puede presentar el paciente para comunicarse y relacionarse con los demás y a tender a tener un pensamiento más flexible.

Por el contrario, no se ha visto una mejoría en la escala de “comprensión emocional”. C., tiende a tener dificultades para identificar y comprender los diferentes estados emocionales de las personas que le rodean. De la misma manera, puntuaciones bajas en esta escala también reflejan falta de habilidades sociales, comunicativas y dificultad de relación con los demás.

En referencia a la escala de “estrés empático”, no existen diferencias entre la primera y la segunda evaluación. En ambas, C., ha obtenido puntuaciones bastante más elevadas en relación con la media estipulada. Esto estaría relacionado con la tendencia a tener buenas redes sociales. Como es en el caso, altas puntuaciones en esta escala también reflejan la sobre-preocupación e implicación del paciente en los problemas de los demás.

Por último, tampoco se han obtenido puntuaciones diferenciadas en la escala de “alegría empática”. C., es una persona que no tiende a compartir las emociones positivas de los demás, pudiendo llegar a mostrar indiferencia por los logros ajenos.

En referencia a la puntuación global, a pesar de haber obtenido ciertas mejoras en algunas escalas de este test, la mejora no se considera como significativa, ya que tal y como se muestra tanto en la tabla como en el gráfico la puntuación total se sigue encontrando por debajo de la media.

Seguidamente, se presentan los resultados obtenidos en la EHS (ver Tabla 3).

**Tabla 3**

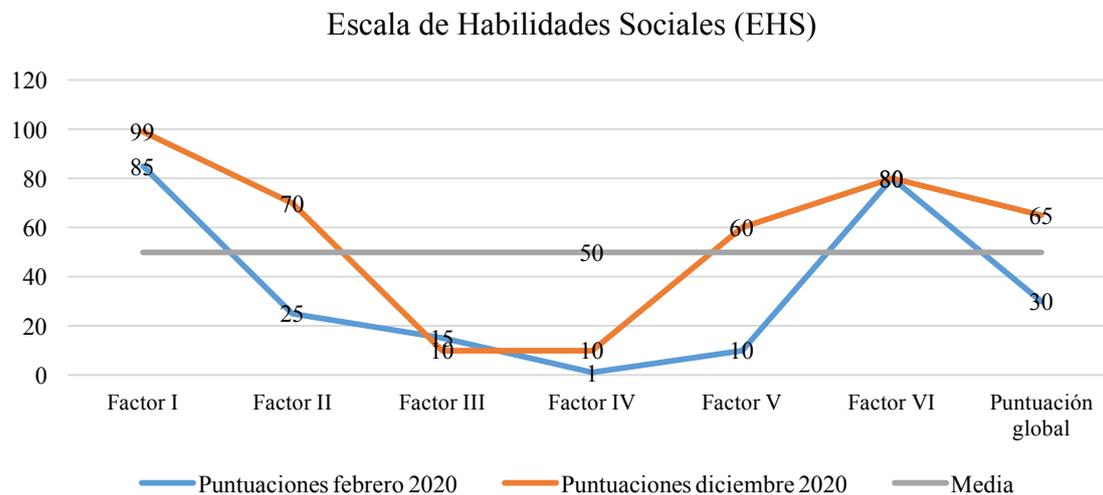
*Resultados de la Escala de Habilidades Sociales (EHS)*

Escalas	Puntuaciones febrero 2020	Puntuaciones diciembre 2020	Media
Factor I: Autoexpresión en situaciones sociales	85	99	50
Factor II: Defensa derechos propios	25	70	50
Factor III: Expresión enfado o disconformidad	15	10	50
Factor IV: Decir no y cortar interacciones	1	10	50
Factor V: Hacer peticiones	10	60	50
Factor VI Iniciar interacciones positivas con el otro género	80	80	50
Puntuación global	30	65	50

A continuación, se muestra la representación gráfica (ver Figura 4) de los resultados indicados en la tabla anterior.

#### Figura 4

*Resultados de la Escala de Habilidades Sociales (EHS)*



En referencia a las puntuaciones obtenidas por C. en el Factor I (“Autoexpresión en situaciones sociales”) evaluado en la EHS tanto en el mes de febrero como en el de diciembre, vemos que el paciente ha aumentado la puntuación en éste. Esto hace referencia a la facilidad que él tiene para exponer tanto sus sentimientos como opiniones a los demás y, también, a la libertad de hacer preguntas.

Una de las diferencias más notorias entre puntuaciones se ha dado en el Factor II, donde se hace referencia a la “Defensa de los propios derechos como consumidor”, en nuestro caso, como participante del grupo terapéutico. En la primera evaluación con la EHS la puntuación obtenida por el paciente se encontraba por debajo de la media, esto significaba que presentaba dificultades para expresar asertivamente la defensa de los propios derechos. Por el contrario, en la segunda evaluación, C., ha obtenido unas puntuaciones significativamente por encima de la media, donde se evidencia una mejora en la facilidad para expresarse de forma asertiva ante los demás y defender su razón.

No se han obtenido diferencias destacables en las puntuaciones obtenidas en el Factor III: “Expresión de enfado o disconformidad”, las cuales se siguen encontrando por debajo de la media. C., tiende a presentar dificultades para expresar discrepancias y a callar ante molestias ocasionadas por los demás por tal de evitar situaciones conflictivas.

De la misma manera, a pesar de que las puntuaciones del Factor IV, “Decir no y cortar interacciones” han variado entre febrero y diciembre, las puntuaciones no son significativas. El paciente presenta dificultades para decir “no” y terminar con conversaciones o acciones no beneficiosas, o que no son de su agrado, con el otro.

En referencia a la capacidad de hacer peticiones a los demás de algo que C. desea, tanto a personas conocidas como desconocidas, se ve reflejado en las puntuaciones de diciembre obtenidas en el Factor V que el paciente ha aumentado muy significativamente la tendencia a presentar facilidad para pedir al otro aquello que es de su agrado.

Por último, la puntuación obtenida en diciembre en el Factor VI: “Iniciar interacciones positivas con el género opuesto”, en relación a la de la primera evaluación no presenta variación. C., es una persona que tiende a tener facilidad para iniciar diferentes interacciones con personas del otro género, en este caso con chicas.

A diferencia con el TECA, en la EHS se consigue un resultado global significativamente positivo. La puntuación obtenida en diciembre dobla la de febrero, esta última se encontraba por debajo de la media, a diferencia de la conseguida en el post. A pesar de que siempre existe una constante mejora de cualquier habilidad, C., ha conseguido incrementar sus habilidades sociales, destacando significativamente la defensa de sus propios derechos y opiniones, algo que se ve claramente en el transcurso del grupo, y también en poder realizar peticiones al otro con más facilidad.

## Discusión

El encuadre del grupo se ha visto modificado en diferentes ocasiones, creando facilitadores y limitaciones en el proceso terapéutico, para lograr los objetivos principales del grupo referenciado en el presente trabajo.

El hecho de realizar el grupo virtualmente ha podido ser un facilitador para la comodidad entre los participantes, como ocurrió en el caso de C. Por el contrario, se cree que el formato virtual, puede también haber dificultado la vinculación entre los participantes y los terapeutas, cuestionándonos la de C., tal y como refiere Ribé (2021). A pesar de esto, cabe destacar que C. fue uno de los participantes que en la primera sesión expresó su incomodidad grupal y planteó la opción de abandonar las sesiones después de la tercera si esta sensación no disminuía. Por lo contrario, ha sido la persona que más ha intervenido en las diferentes sesiones realizadas, algo que, muy probablemente, haya facilitado el formato virtual.

Por otro lado, se considera que el poder realizar sesiones semanales (y no bimensuales como estaba indicado) pudo actuar como otro facilitador tanto para el vínculo entre los participantes y terapeutas, como para la obtención de resultados significativamente positivos en el estudio pre-post presentado anteriormente.

También, cabe la duda de si haber combinado las sesiones descritas anteriormente con las de sus familiares hubiera ayudado a incrementar la mejora individual dado a que, las personas de su entorno, estarían trabajando a la vez diferentes recursos para complementar lo aprendido en las sesiones con los pacientes.

El año en el que se inició el grupo, 2020, se describe socialmente como cambiante y, esto, ha tenido una afectación grupal. En ocasiones, diferentes situaciones, externas o internas, han dificultado la estabilidad en las tareas a realizar preparadas por

el terapeuta. En consecuencia, puede que esto haya afectado al logro de los objetivos principales.

A pesar de lo anterior, no es de menor importancia referirse a la aparente unión grupal que se ha creado entre la mayoría de ellos. Algo visible en el momento en que los participantes proponen al terapeuta la opción de realizar un grupo de *WhatsApp*, canal que han utilizado para informar entre compañeros su asistencia, o no, al grupo. Y, también, compartir diferentes elementos de interés mutuo.

Éste trabajo ha mostrado el ejemplo de mejora de un caso único. Con esto se quiere hacer hincapié, por un lado, a la idea de que no se puede generalizar este progreso en todos los casos con características similares a las del individuo presentado en este trabajo. Por otro lado, se quiere reforzar la idea de Hervás et al. (2012) de que, a pesar de ser el TEA conocido como un diagnóstico crónico, pueden existir casos con mejora en diferentes aspectos. Con estas intervenciones no se pretende eliminar toda la sintomatología, pero sí dotar a las personas de herramientas para facilitar su cotidianidad. De esta manera y apoyando la aportación de Gómez (2020), se quiere remarcar la importancia de realizar más intervenciones grupales en los Centros públicos de Salud Mental. De esta manera, también, se facilitaría el funcionamiento de estos centros. A pesar de la situación social que ha enmarcado el grupo referenciado y las actuales dificultades asistenciales que presenta el Sistema de Salud Público, cabe destacar el esfuerzo para poder acompañar a todos los individuos que más lo han necesitado durante este año tan cambiante.

Por último, y en visión de futuras investigaciones, se plantea la idea de estudiar si el formato virtual puede ser un facilitador para las mejoras sintomáticas de las personas diagnosticadas de TEA o, de lo contrario, no existen diferencias significativas para la mejora en relación al formato elegido para realizar el tratamiento grupal.

## Referencias

- Alcantud, F., Alonso, Y. y Mata, S. (2017). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero*, 47(4), 7–26.
- Álvarez, R., Franco, V., García, F., García, A.M., Giraldo, L., Montealegre, S., ... Saldaña, D. (2018). *Manual didáctico para la intervención en atención temprana en trastorno del espectro del autismo*. Sevilla: Federación Autismo Andalucía.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5 (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Amor, A. (2010). Programa de tratamiento psicoterapéutico en un grupo de pacientes adultos con un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 38, 94-100.
- Arias, E., Castelló, C., Fieschi, E., Mestres, M. y Soldevila, A. (2014) Investigación observacional: una experiencia de intervención en niños con TEA basada en la teoría de las neuronas espejo. *Temas de Psicoanálisis*, 7(1).
- Arias, E., Fieschi, E., Castelló, C., Miralbell, J., Soldevila, A., Sánchez, E., Anguera, M.T. y Mestres, M. (2015). Efectos de la imitación en la interacción social recíproca en un niño con Trastorno del Espectro Autista Grave. *Revista de Psicopatología de la Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 25, 9-20.
- Arias, E., Fieschi, E. y Mestres, M. (2015). La imitació del nen autista en la psicoteràpia psicoanalítica: *fonaments, disseny i aplicació*. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 32(1), 124-138.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.

- Cortés, M., y Contreras, M. (2007). *Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses)*. *Arch Argent Pediatr*, 105(5), 418-426.
- Gismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Gómez, R. (2020). *Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 133-159.
- Hervás, A. (2016). *Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista*. *Rev Neurol*, 62(1), 9-14.
- Hervás, A., y Sánchez, L. (2014). *Autismo. Espectro autista*. Psiquiatra infanto-juvenil. Barcelona.
- Hervás, A., y Rueda, I. (2018). *Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista*. *Revista de Neurología*, 66(1), 31-38.
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., y Sánchez, L. (2012) *Los trastornos del espectro autista*. *Pediatría Integral*, 16(10), 780-94.
- López, B., Fernández, I. y Abad, F. J. (2008) *TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Málaga, I., Blanco Lago, R., Hedrera-Fernández, A., Álvarez-Álvarez, N., Oreña-Ansonera, V. A., y Baeza-Velasco, M. (2019). *Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista en Niños en Estados Unidos, Europa y España: Coincidencias y Discrepancias*. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 4-9.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, MG., Etchepareborda, MC., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). *Modelos de intervención en niños con autismo*. *Revista de Neurología*, 50, 77-84.
- Pisula, E. (2010). *The autistic mind in the light of neuropsychological studies*. *PTBUN, Nencki Institute of Experimental Biology*, 70, 119-130.

- Ribé, J. (2021). *Técnica en psicoterapia analítica grupal: Experiencia desde la asistencia pública*. Herder Editorial.
- Rizzolatti, G. y Fabbri-Diestro, M. (2010). Mirror neurons: from discovery to autism. *Exp Brain Res*, 200, 223-237. Springer.
- Roy M., Dillo W., Hinderk, M. & Ohlmeier, M. (2009). Asperger's syndrome in adulthood. *Deutsches Arzreblatt International*, 106, 59–64.
- Ruggieri, V. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *RevNeurol*, 56(1).
- Slaughter, V. (2016). Autism. *Magill's Medical Guide*. Salem Press.
- Varela, D., Ruiz, M., Vela, M., Munive, L., y Hernández, B. (2011). *Conceptos actuales sobre la etiología del autismo*. *Acta Pediátrica de México*, 32(4), 213-222.
- Viloca, Ll. (2003). El niño autista. Detección, evolución y tratamiento. CEAC: Barcelona.
- 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.