

# Continuidad en la atención terapéutica a adolescentes con trastorno del espectro autista\*

ANA MARÍA JIMÉNEZ PASCUAL<sup>1</sup>

## RESUMEN

*Continuidad en la atención terapéutica a adolescentes con trastorno del espectro autista.* se exponen algunos de los problemas detectados durante un año en un grupo de adolescentes diagnosticados de trastorno del espectro autista (TEA) y sus familias: necesidad de mantener una intervención terapéutica incluyendo también a los padres; necesidad de estar al tanto de las vicisitudes por las que pasan (cambios físicos y psíquicos), del posible incremento de ciertos mecanismos de defensa (primitivos) y el peligro de dependencia; a nivel escolar, importancia de trabajar en las dificultades metodológicas y contar con una figura de referencia. **Palabras claves:** *adolescentes, trastorno del espectro autista (TEA), grupo de padres, mecanismos de defensa, dificultades escolares y relacionales.*

## ABSTRACT

*Continuing the therapeutic care in autistic adolescents.* After treating an Autism Spectrum Disorder (ASD) teenage group and their families during a year, the following problems have been detected: the need to maintain a therapeutic intervention both for teenagers and their parents; the need to be aware of their vicissitudes (physical and psychic changes), the possible increase of certain (primitive) defence mechanisms and the danger that dependency can lead to. Working on the methodological difficulties at school and having a figure of reference were also detected during the treatment. **Keywords:** *adolescents, autism spectrum disorder (ASD), parent group, defence mechanisms, school and relational difficulties.*

## RESUM

*Continuïtat en l'atenció terapèutica a adolescents amb trastorn de l'espectre autista.* S'exposen alguns dels problemes detectats durant un any en un grup d'adolescents diagnosticats de trastorn de l'espectre autista (TEA) i les seves famílies: necessitat de mantenir una intervenció terapèutica incloent també els pares; necessitat d'estar al corrent de les vicissituds per les quals passen (canvis físics i psíquics), del possible increment de certs mecanismes de defensa (primitius) i el perill de dependència; a nivell escolar, importància de treballar en les dificultats metodològiques i comptar amb una figura de referència. **Paraules clau:** *adolescents, trastorn de l'espectre autista (TEA), grup de pares, mecanismes de defensa, dificultats escolars i relacionals*

## Introducción

Quisiera hablar acerca de ciertos aspectos de algunos adolescentes diagnosticados de trastorno del espectro autista (TEA), los cuales me despiertan más interrogantes que certezas. Quisiera reflexionar sobre algunas de ellas.

Estos adolescentes comenzaron tratamiento en nuestro servicio (del área Mancha Centro, en Alcázar de San Juan), en el Hospital de Día Infante - Juvenil (HDIJ), cuando tenían entre dos y cuatro años de edad. Una vez dados de alta en este dispositivo, han pasado a seguimiento ambulatorio, volviendo a su terapeuta de origen.

\*Ponencia presentada en el VIII Congreso Europeo y XXX Congreso de SEPYPNA. Abril 26-27-28 2018. Bilbao.

<sup>1</sup>Psiquiatra. Ex jefe del servicio de Psiquiatría y Salud mental del área Mancha Centro. Ex coordinadora de la USMIJ. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). [Contacto: anaymazhar@telefonica.net](mailto:anaymazhar@telefonica.net)

Recibido: 31/7/18 - Aceptado: 4/3/18

En primer lugar quisiera marcar que si bien en edades tempranas hay bastantes publicaciones sobre esta problemática (Larban, 2012; Alcamí et al., 2008; Hobson, 1995), existe muy poca información sobre los adolescentes, y menos una formación reglada, desde una aproximación psicodinámica y relacional, para el abordaje clínico en estas edades.

Si bien hay un programa claramente establecido en nuestro Servicio para el diagnóstico y el tratamiento (Jiménez et al., 2001; Jiménez, 1999), fundamentalmente en hospital de día (HD), de los niños con TEA, cuando pasan de nuevo a nivel ambulatorio, por lo general se plantea una observación y un seguimiento y, en algún caso, la administración de medicación para síntomas psiquiátricos que puedan presentar, quedando al criterio de cada profesional la actuación a seguir.

Por otra parte, a pesar de que la problemática psíquica de estos adolescentes está considerada dentro del espectro autista, en relación al diagnóstico, coincidimos con diversos autores (Tustin, 1992; Katschnig, 2010) al considerar que existe una dificultad en este punto, porque en las clasificaciones oficiales, el diagnóstico se hace basado en los síntomas observables, en los rasgos descriptivos externos y no en las reacciones de fondo que provocan dichos signos.

En nuestro trabajo, partimos que si bien en muchos casos puede haber una posible implicación de componentes genéticos, el autismo puede ser utilizado como mecanismo de defensa frente a determinadas vivencias o ante la dificultad de organizar las mismas.

Planteamos, así mismo, que aunque haya una predisposición genética, hay que conocer e intentar entender la organización emocional y relacional y sus problemas, así como las manifestaciones psíquicas sintomáticas.

En nuestro trabajo, consideramos que los trastornos del espectro autista, además de las dificultades en las interacciones sociales y de comunicación, con alteraciones neurocognitivas características (Rivière y Martos, 1998), presentan trastornos afectivos y de los procesos de pensamiento: oscilaciones rápidas del humor, crisis de angustia intensas y masivas, fobias muy graves y por lo general extravagantes, raras; risas discordantes y crisis de cólera;

rituales, y alucinaciones, evidenciando claros componentes psicopatológicos y no solo déficits cognitivos (Houzler, 2005).

En estas patologías, partimos de que el niño vive envuelto en sus propias sensaciones (Tustin, 1992), con experiencias que, bien por motivo orgánico, bien por un motivo psíquico-relacional, bien la conjunción de ambos, no se organizan para poder ser asimiladas, provocando posibles vivencias terroríficas. Esto crea una serie de mecanismos de defensa, de funcionamiento muy rígido, que tienden a repetir en la relación con el otro, creando círculos viciosos difíciles de romper (Winnicott, 1979).

En relación con nuestro grupo, cada uno de estos adolescentes, además de la supuesta base genética y orgánica, ha nacido en el seno de una familia con todos sus avatares, con un modo de relación marcado por las distintas situaciones que atraviesan y por la personalidad de los padres de cada uno de ellos.

### Tratamiento en Hospital de día / Terapia intensiva

Para poder comprender mejor el trabajo realizado con estos adolescentes, paso a recordar en forma resumida las bases del funcionamiento del hospital de día.

Este hospital de día está concebido de forma parcial, como un tratamiento psicoterapéutico intensivo. Esto posibilita que los niños y adolescentes sigan acudiendo a sus centros escolares (todos los niños están escolarizados en sus colegios correspondientes) y que se lleven a cabo tratamientos prolongados.

Este funcionamiento hace necesario el apoyo en la comunidad, estableciendo un trabajo coordinado, especialmente con el nivel educativo y Servicios Sociales de base. Para ello, es importante diferenciar y especificar los lugares de atención, evitando confusiones entre el nivel educativo y clínico, que deben estar coordinados y no funcionando en redes paralelas.

El trabajo clínico de terapia intensiva del hospital de día está basado en la escucha y comprensión de la dinámica emocional de cada niño y en la de la dinámica grupal, tanto de los adolescentes, como del funcionamiento del equipo terapéutico, marcada y en muchos casos determinada por las psicopatologías de los pacientes.

Las reuniones de síntesis semanal por parte del equipo terapéutico son la base fundamental del funcionamiento de este dispositivo.

Como señala Misés (1992), el abordaje de estos niños “debe englobar una doble vertiente terapéutica y educativa que es preciso articular entre sí, en una aproximación multidimensional donde la preponderancia de dichas intervenciones variará según el caso y según las circunstancias”. Por ello también se utilizan técnicas cognitivas, pero siempre dentro de un marco relacional.

Por una parte, el equipo terapéutico ha de poder vincularse al niño para contener sus ansiedades, favoreciendo los procesos de pensamiento. Por otra, la vida relacional ha de posibilitar la expresión de ansiedades, afectos, conflictos intrapersonales y relacionales, a través de un encuadre firme y estable y un ámbito contenedor, que garantice una continuidad de cuidados, para el logro de un cambio que vaya más allá de la simple desaparición o disminución de síntomas concretos.

La acción terapéutica se centra “en la posibilidad de establecer con el niño una relación que ofrezca garantías suficientes de estimulación y continuidad” (Burnand, Manzano y Palacio-Espasa, 1993). En el trabajo con los niños más pequeños, nos basamos en el desarrollo del bebé y de las interacciones tempranas, siendo fundamental el concepto de contención descrito por Bion (1966) y de empatía de la figura materna, descrito también por Winnicott (1979).

En esta primera fase del tratamiento, es necesario posibilitar una relación estable, empática, estimulante y no intrusiva con un monitor/a. A través de este encuentro, se va creando el entramado de la intersubjetividad presimbólica. En este primer periodo, es necesario conocer y respetar este cascarón protector que aparece en forma de estereotipias o evitando la mirada y contacto, así como comprender la transferencia infantil, hasta que hayan podido tener otros modos de protección (Tustin, 1992).

En un segundo momento, es importante ir trabajando en la adquisición de la propia identidad, ayudar al niño a consolidar la imagen de sí mismo diferente de los otros, y a poder reconocer sus emociones y las de los demás

A través de esta relación privilegiada, con sus

interrupciones diarias, semanales y vacacionales, se pueden elaborar las angustias de separación y de individuación, una vez establecido el vínculo. Según algunos autores (Hobson, 1995), estas angustias están en la base de los aspectos psicopatológicos de esta problemática.

Por último, es importante estar atentos a los sentimientos y conflictos con los otros, comunes a los demás niños, pero procesados en algunos casos de manera diferente, para que puedan ser afrontados y resueltos con mayor facilidad.

A la vez, se trabaja con los padres, a través de una reunión de grupo semanal, donde se pretende ayudar en la comprensión del comportamiento de sus hijos, de su funcionamiento psíquico y de contener y elaborar sus ansiedades y dudas. Así mismo, se mantiene una coordinación permanente con el medio escolar -con los mismos objetivos, prácticamente, que en las reuniones de padres- pero, a la vez, para coordinar actuaciones.

### Seguimiento y continuidad de atención terapéutica

Comencé a ver a estos adolescentes una vez dados de alta en el hospital de día. Algunos de ellos habían realizado un grupo de post-alta, pero otros solo habían mantenido un vínculo laso con la Unidad de Salud Mental en el último año, lo que había generado cierta ansiedad en los padres y descuidando, en algún caso, el paso al instituto. Algunas de las familias habían buscado apoyo en asociaciones de personas con esta problemática.

Con todos ellos y con sus familias, tenía un buen vínculo, porque había sido la coordinadora del HD y la psiquiatra terapeuta del mismo durante varios años y su terapeuta inicial.

En la derivación de nuevo a consulta, no había unos objetivos claros. Se trataba de hacer un seguimiento, pero ¿qué nos piden los adolescentes con TEA? ¿Qué necesitan? ¿Qué les pedimos o esperamos de ellos? Tras entrevistas y evaluación de cada chico y sus familias, se pudo apreciar:

A nivel de los padres, la necesidad de ser atendidos, escuchados y mantener un vínculo terapéutico (no sentirse abandonados), pero

también mantener el vínculo entre ellos, ya que se habían creado fuertes lazos entre las diferentes familias que habían acudido durante años al HD, que incluían las reuniones de padres. También la preocupación por la evolución de sus hijos en la adolescencia, especialmente a nivel relacional con iguales. Así mismo, preocupación por el aprendizaje y los métodos de enseñanza.

En la valoración de los chicos, se apreciaban necesidades terapéuticas inciertas y muy diferentes en cada uno. Las dificultades fundamentales y manifiestas inicialmente detectadas fueron la relación con iguales y el aprendizaje. No se detectaban síntomas, aunque sí dificultades en su evolución que, junto con las preocupaciones parentales, nos llevó a plantear iniciar el grupo de padres, con una frecuencia mensual, y una entrevista individual o consulta terapéutica, también mensual, con cada chico, con el objetivo de valorar mejor y estar al tanto de posibles ansiedades encubiertas y de su funcionamiento mental. Partía de la importancia de no conformarse y quedarse con que el diagnóstico explica su comportamiento y su funcionamiento mental, sino de intentar comprenderlo también en tanto defensas frente a ciertas ansiedades.

Todos ellos ya habían pasado por tratamientos grupales en el HD y en el grupo de post-alta, y se habían trabajado las habilidades sociales también, por lo que volver a plantear un grupo centrado en este tema -ya que era uno de los mayores problemas de todos ellos-, no tenía sentido.

Tanto para los chicos como para las familias, era muy importante no perder clases, por lo que este planteamiento fue muy bien aceptado. Además, permitía mantener el vínculo terapéutico y seguir ofreciendo un apego seguro. Por otra parte, mantener este vínculo, pero sin una relación psicoterapéutica intensiva, podría propiciar la autonomía de los chicos y la búsqueda de recursos propios.

### **Grupo de padres**

Al grupo acuden sobre todo las madres, aunque ocasionalmente viene algún padre. Podemos pensar en la función familiar que ejercen estas madres, donde el padre está implícito.

Aunque si bien es cierto que la mayor parte de padres trabajan fuera de casa, a diferencia de las madres, existe por lo general una ligazón mayor de los chicos a ellas, funcionando más como una diáda, donde en algunos casos el padre es rechazado de forma activa por el hijo.

Durante el año que trabajé con este grupo, además de las reflexiones hechas en éste, unas madres calmaban las ansiedades de otras, al haber ya experimentado las mismas situaciones, aportando también soluciones importantes. Se intentaban comprender los relatos sobre sus hijos que traían mensualmente, así como lo observado en consulta con ellos.

La problemática que aparece es la siguiente. Prácticamente todas las madres plantearon inicialmente la necesidad de la adaptación al Instituto (IES) y la necesidad de una auxiliar terapéutica (AT); es decir, aparece, en primer lugar, el tema escolar como mayor preocupación.

Posteriormente, se fue trabajando sobre la necesidad de entender determinados comportamientos de estos hijos, como signos de búsqueda de autonomía e individuación, así como una forma de comunicación o expresión emocional.

Además, se vio la necesidad de la aceptación de la realidad personal de cada chico, como la baja tolerancia a la frustración de muchos de ellos -desfase curricular de la mayoría-, aún a pesar de estar integrados en una escolaridad normalizada, etc. Y la importancia de buscar e impulsar sus propios intereses y capacidades personales para fomentar relaciones con iguales.

Por último, aparecieron con claridad la sobreprotección y las dificultades de individuación de ambas partes de la diáda.

### **Problemática de los adolescentes**

Paso a exponer la problemática manifestada por los chicos, aunque sería imprescindible tratar de indagar en la problemática latente existente.

### **Problemática planteada en el aprendizaje**

Todos los chicos del grupo muestran interés por los estudios y, por lo general, son bastante

trabajadores y responsables. Pero también muestran ansiedad frente a los exámenes, temor a no concentrarse, a ponerse nerviosos. El aprendizaje propiamente dicho es un tema fundamental, tanto para los chicos como para los padres. Y aquí nos encontramos con, al menos, tres circunstancias diferentes.

El primer problema que nos encontramos es el paso de primaria a secundaria. Todos los chicos han tenido importantes apoyos en primaria y han estado bastante arropados por sus iguales. Además de las ansiedades de los padres, aparecen las ansiedades de los chicos, que las cifraría dentro del proceso de individuación, del temor a lo desconocido propio de esta edad, la incertidumbre sobre sus propias capacidades, pero con unas características específicas.

En el caso de estos adolescentes, es necesario cuidar este paso tan importante para todo chico; en un primer momento, identificando una figura de referencia (tutor, profesor de apoyo, cuidadora...), que ayude a contener ansiedades y a procesar la avalancha de sensaciones.

Una segunda cuestión es la necesidad de que algunos de estos chicos puedan tener una adaptación metodológica, y no curricular, ya que esta última implica no titular. Es decir, en ocasiones, las preguntas y las explicaciones hay que hacerlas en base a su funcionamiento mental, a cómo procesan la información, pues si solo se atiende a lo curricular, por lo general se plantea un nivel más bajo de lo que en realidad tienen, ya que pueden ser confundidos con deficiencias intelectuales.

Eduardo está en el primer año de instituto. En la valoración clínica está organizado, orientado en tiempo y espacio, pero con unas dificultades muy importantes para organizar las frases, utilizando tiempos verbales incorrectos o expresiones también incorrectas. Tanto el orientador como el jefe de estudios realizan adaptaciones curriculares, bajando su nivel como si se tratase de un retraso mental. De esta manera, solo podría optar a un ciclo formativo básico, pero no continuar la escolaridad normal. La profesora de Pedagogía Terapéutica (PT) está en contra de esa decisión, ya que cuando ella le formula las mismas cuestiones de forma diferente, Eduardo no tiene problemas en contestarlas.

Un tercer aspecto que surge es la actitud

frente a las evaluaciones y exámenes. En el caso de Javier (Jiménez et al., 2010), su nivel de aprendizaje es bueno y no requiere apoyos. Pero durante el primer año se negaba a hacer exámenes, angustiándose muchísimo frente a los mismos. Fue la profesora de PT la que, después de establecer un buen vínculo, le exigió realizar exámenes; sino, no podría hacer otras tareas que le gustaban. Cuando retomamos las consultas, pudimos entender el gran miedo de Javier al fracaso, a suspender. Al principio, accedió a hacer los exámenes sin que le dijeran la nota, y posteriormente toleraba saberla, que por lo general era buena. Posteriormente, pudo tolerar suspender en tres ocasiones.

Su comportamiento frente a los exámenes, ¿corresponde a exigencias narcisistas importantes? Posiblemente hay un temor a fracasar, a no cumplir las expectativas del otro, donde se suma el desbordamiento emocional incrementado en esas situaciones.

Por una parte, una vez establecido el vínculo con algunos profesores, tiene un funcionamiento simbiótico en todas las situaciones que causan ansiedad, dependiendo mucho del adulto. Y también una actitud pasiva donde deja que el adulto le haga las cosas, como ponerle calcetines cuando fueron de excursión y estuvieron patinando. La madre también le tutoriza mucho, y manifiesta miedos a que no sepa afrontar situaciones nuevas, a que se pierda y se angustie, etc. Con los profesores más serios o distantes, se apartaba y no quería trabajar.

Por otra parte, es muy exigente consigo mismo. Todo ello nos puede indicar una gran fragilidad yoica, una fragilidad narcisista, con un Ideal del Yo muy omnipotente (aunque habría que pensar si en ocasiones no obedece a una regresión con un funcionamiento en Yo Ideal).

Para algunos autores (Tustin, 1992), en los bebés con autismo, la separación de la madre, con la que estaban muy unidos, les deja una impresión de mutilación. Este sentimiento de que les falta algo les vuelve muy exigentes, con un anhelo de *completud* y de perfección inalcanzable, sensibles y con vulnerabilidad externa. La encapsulación autista tiene por función tapar esta pseudo-amputación.

¿Podría ser éste el origen de la exigencia de Javier? No obstante, accedió a ser valorado,

a exponerse, frente a la presión del otro, a la norma del otro. ¿Qué es el Otro, pues, para Javier? En este caso, el instituto y la profesora de apoyo representan claramente el tercero, el que pone la norma.

Posiblemente también podemos entenderlo dentro del proceso adolescente (aunque marcado por estas motivaciones planteadas anteriormente) como una gran angustia a enfrentarse a sus propias capacidades. Javier colabora muy bien en las pruebas psicométricas estructuradas de inteligencia que se le realizan, pero se angustia terriblemente, hasta el punto de no poder hacerlo, cuando se le intenta pasar un prueba proyectiva, como el Test de Apercepción Temática (TAT). Podemos pensar que tras esta angustia, aparece o se incrementa una regresión, con actitudes más simbióticas y de pasividad que provocan también la sobreprotección de los otros.

En el caso de Nerea, aunque con matices diferentes, también se plantean dificultades a la hora de los exámenes, que las podemos enmarcar en este mismo proceso de individuación. En primaria, Nerea tuvo apoyos y en el instituto está en las clases ordinarias, no de apoyo; solo hace algunos exámenes con la auxiliar terapéutica (AT) delante, que le explica la pregunta si no la entiende, pero nunca la ayuda en las respuestas. El equipo psicopedagógico (no los profesores) planteaban quitar esta metodología de trabajo y que hiciera los exámenes como los demás, sin considerar sus características.

Álvaro también ha manifestado gran ansiedad al quitarle la AT en los exámenes, quedándose bloqueado; ha podido solucionarlo poco a poco, con el empuje animoso de sus profesores.

La presencia de la AT tranquiliza a estos chicos porque actúa como un Yo auxiliar, pero favorece su dependencia. Por otra parte, como hemos visto en el caso de Javier, es importante no responder solo a lo manifiesto. Es muy importante intentar comprender el significado latente de un comportamiento dado. Por ello, si bien parece necesario en un primer momento contar con este apoyo, tal vez sea una buena medida que intenten estar sin él/ella. Al igual que en la relación terapéutica, y en la dependencia -protección con la madre especialmente-, se puede dificultar así el proceso de

individuación y reforzar determinados mecanismos de defensa.

### **Problemática en las relaciones sociales**

Uno de los aspectos cruciales en la adolescencia es la importancia del grupo de amigos. No obstante, en las personas con TEA, el rasgo más destacado de su problemática es la falta de relaciones sociales normales. El motivo parecería estar en la falta de empatía (aunque en nuestro grupo, muchos se angustian y/o preocupan ante las emociones expresadas por allegados) y en la falta de imaginación.

En el caso de algunos chicos de nuestro grupo de adolescentes con el que trabajé el último año, sí les importa la gente, pero ¿en qué sentido y en qué medida? Cuando Nerea no te mira, dice que es por vergüenza. A Javier le angustia mucho fallar, no hacer bien algo. Pone una barrera terrible para que no entremos en su mundo interno, pero ¿qué mundo interno tiene? ¿Cuáles son sus deseos, sus necesidades? Sí que está con iguales, pero de forma pasiva; es decir, sin manifestar claramente el deseo de estar con ellos, sino *provocando* para que los otros propongan hacer cosas por y para él.

En algunos de los chicos de nuestro grupo, se aprecia un mayor repliegue en sí mismos. Lo entendemos como una defensa autista, tras experiencias de rechazo, y por lo general, se aprecia un desfase importante en su maduración, mostrándose ingenuos y simples en sus planteamientos.

Por otra parte, se plantea que son “muy sensibles a las burlas y críticas de los compañeros”, aunque posiblemente como la mayoría de adolescentes. Pero hay que preguntarse si ellos son blanco de mayor burla. Constatamos que no siempre, pero el problema parecería radicar en su fragilidad yoica y una mala elaboración del exceso de emociones, que les provoca un desbordamiento emocional, causante de malestar y ansiedades. Como expresan algunas personas con autismo (Grandin, 2006), las emociones generadas por el contacto con un otro abruman y desbordan, aunque se deseen.

Estas dificultades para hacer y mantener amigos y el diferente nivel de ¿maduración?, además de aumentar las defensas de evitación, observamos que en nuestro grupo pueden

favorecer un aumento de dependencia a la madre, dificultando de nuevo el proceso de individuación.

Aunque todos los chicos del grupo siguen teniendo dificultades en la relación con iguales, podemos discernir diferencias entre ellos. Es importante entenderlas para poder dar una respuesta más apropiada.

Javier mostró interés por los demás chicos en el instituto, pero no se relacionaba con nadie. El primer año quiso acercarse a un chico, pero como éste huyó y le rechazó, Javier le perseguía, causando aún más rechazo en el otro chico. Lo pudo dejar en paz después de un tiempo de ser amonestado y aleccionado, pero da la impresión que por mandato externo y no por verdadera asunción de la situación. La escuela, de nuevo, actuando como un tercero que impone la ley. ¿Qué indica este comportamiento?: ¿dificultad de empatía? ¿Funcionamiento fuera de la realidad? ¿Imposibilidad de tolerar la frustración?

Posteriormente, nos aclara que perseguía a ese niño porque quería molestarle. No era, pues, sólo pocas habilidades sociales, sino tal vez rabia del rechazo, de no poder admitir -a nivel narcisista- que alguien no quisiera estar con él....

En el curso siguiente, dice sentirse bien con iguales, aunque no le gusta salir con ellos. Intentamos con la madre comprender esto. Partimos de que procesa mal las emociones y que el trato con iguales o situaciones poco estructuradas le desbordan.

En consulta, cuenta que en el recreo pasea y no tiene muchas ganas de hablar con nadie. No obstante, los compañeros le apoyan y han creado un grupo para trabajar con él en el recreo, con el objetivo de adornar la clase en Navidad. Mantiene su pasividad también con sus iguales. Así, su compañero de pupitre es el que ha dicho que él quiere ir a una excursión y también va a participar en un teatro leído. Vemos mejoras en sus habilidades sociales, aunque él no las busca, sino que los otros se la proporcionan y él asiente. Esta pasividad relacional puede indicar un asegurarse no ser rechazado (¿pasividad narcisista?).

Fuera del ámbito escolar, apenas sale de casa, salvo con su madre y ocasionalmente con

sus hermanos y padre.

Nerea ha mostrado mucho interés por estar con iguales pero, a diferencia de Javier, lo busca activamente, aunque es rechazada con frecuencia y, en muchas ocasiones, es el blanco de las burlas.

Tiene un pensamiento muy concreto y simple. Intenta, por ejemplo, integrarse en un grupo de chicos. Por una parte, intenta agradarles y encontrar su lugar; cuando vio que los otros se reían cuando contó un chiste, continuamente contaba chistes, lo que obviamente cansaba a los demás. Por otra parte, su comportamiento en consulta es algo bizarro: hace muecas, saca la lengua, sonrío o parece hablar con alguien imaginario, comportamiento que también tiene con iguales. Cuando se lo haces notar, por lo general deja de hacerlo. En algún momento comenta que hace gestos feos, cuando alguien le da rabia, sobre todo por envidia.

En ocasiones, se ríe sin motivo aparente. Al preguntar, dice que es porque se está acordando de algo gracioso, que sí te puede explicar. En este caso, es importante entender que se ha desconectado de la situación, tal vez cuando ésta es difícil, por lo que lo podemos considerar como un mecanismo de defensa.

Tiende a disculpar a sus compañeros, alegando que lo hacen sin querer o lo hacen en broma. Estas disculpas van más encaminadas a salvaguardar su herida narcisista (evitar mostrar la vulnerabilidad, el malestar que siente....), negándolo, pero también evitar hacer daño a los otros y ser aún más rechazada. Por lo general, tiende a negar dificultades en el primer momento, aunque después sí puede verbalizarlas.

Parecería que desea estar con los otros, pero no puede interesarse por ellos, por lo que dicen, por sus vidas, sus sentimientos.... De nuevo aquí surgen dudas: ¿son defensas narcisistas, dificultades de empatía o propias de muchos adolescentes con yo frágil y temores sobre su propia valía?

Pero, por otra parte, presenta cierta confusión con la realidad. En una ocasión, en consulta comunicó que “el profe me ha mirado y sonreído, le gusto”. Parecería que cualquier muestra de afecto o cuidado por parte de un chico la lleva a pensar que está enamorado de ella (“están por mí”). Muchas de las dificultades con iguales

también están en relación con esta situación, ya que actitudes del chico que le gusta, por ejemplo, son interpretadas por ella en este sentido de enamoramiento, pero también un acercamiento normal de alguna chica a este chico es vivido por Nerea con gran rabia y celos, agrediendo o con deseo de agredirla.

### Conclusión

A lo largo de este año de trabajo con estos adolescentes, se evidencia la necesidad de mantener una intervención terapéutica incluyendo también a los padres, ¿pero cuál?

Parece importante partir de que los adolescentes con TEA tienen que afrontar los cambios físicos y psíquicos como cualquier adolescente y, por tanto, los clínicos debemos estar al tanto de las vicisitudes por las que pasan, del posible incremento de ciertos mecanismos de defensa y la posible aparición de síntomas.

Vemos que en estos procesos adolescentes, por la mayor dificultad que posiblemente tienen estos chicos para organizar sus sensaciones y emociones ante el desbordamiento que todo esto nuevo les provoca, pueden aumentar las defensas de escisión, evitación, narcisistas y regresivas, principalmente, aumentando la dependencia (especialmente a sus madres), dificultando el proceso de individuación. Éste puede verse también entorpecido por la actitud más protectora de las madres, angustiadas y preocupadas por el sufrimiento de los hijos y por su futuro.

Podemos apreciar peculiaridades en la organización de su personalidad, con un Yo inmaduro, frágil en muchos casos, con un narcisismo también muy frágil y con mecanismos de defensa más primitivos frente a ansiedades que generan ansiedad.

En la investigación realizada por Palacio y Manzano (1987) sobre la evolución de niños tratados en centro de día en Ginebra, apareció que la mayoría que había tenido una evolución positiva, en la edad adulta presentaban personalidad de tipo narcisista o esquizoide.

Ateniéndonos solamente a lo manifiesto planteado por los chicos y sus familias, a nivel escolar vemos la importancia de trabajar en las dificultades metodológicas que tienen. Una

adaptación curricular no es suficiente, ya que es necesario entender su forma de aprendizaje y adaptarse a ella. Así mismo, parece necesario contar en un primer momento con el apoyo de una AT en el instituto, pero evitando una dependencia y una protección excesiva que puede entorpecer el proceso de individuación.

El otro aspecto esencial planteado es el área de las relaciones con iguales. Es importante admitir las diferencias que existen, especialmente en su comportamiento y madurez. No podemos pretender una igualdad a ultranza sino poder participar en algunas cosas, aunque en otras no podrá ser. Por ejemplo, las compañeras de Nerea la llaman para salir por la tarde, pero cuando ellas continúan por la noche, la engañan diciendo que se van a casa.

Así mismo, es importante conocer e implementar las capacidades de cada adolescente, aunque es fundamental ayudarles a afrontar su propio comportamiento, muchas veces inadecuado y causante de mayor rechazo de los iguales, para que pueda elaborarlo; han de asumir su propia responsabilidad y las consecuencias. Para ello, no es suficiente enseñar habilidades sociales, sino comprender los motivos que los llevan a ese comportamiento (en muchos casos, celos, envidia, vergüenza, rabia por dificultades de frustración, etc.).

Se debería trabajar conjuntamente a nivel escolar, familiar y en consulta, para buscar estrategias encaminadas a mejorar su fragilidad yoica y narcisista, especialmente de forma indirecta.

Todo esto hace que nuestra intervención no sea fácil, a riesgo de *sobreinvolucrarnos* y aumentar estas regresiones y dificultar aún más este proceso de individuación.

En este contexto, el grupo de padres (madres) parece una herramienta terapéutica de primer nivel. Éste posibilita, además de mantener las alianzas terapéuticas y ser una buena plataforma de seguimiento y observación del comportamiento de estos adolescentes, contener las ansiedades de los padres (madres) sobre el presente y futuro de sus hijos, disminuyendo así las actitudes sobreprotectoras. Así mismo, es un espacio terapéutico esencial para comprender ciertos comportamientos de los chicos, darles un sentido y permitir y alentar



la entrada de un tercero (bien el padre, bien las normas escolares, bien un profesor/a, o los propios compañeros), que rompa el funcionamiento simbiótico con la madre y favorezca el proceso de individuación.

Por otra parte, quisiera remarcar la importancia de las intervenciones psicoterapéuticas regladas en aquellos casos donde se aprecia un mayor desbordamiento y un peor manejo de la realidad, ya que existe un riesgo importante de aparición de un cuadro psicopatológico más serio.

A mi entender, la dificultad que tienen estos adolescentes en ligar sus sensaciones a representaciones mentales que les ayude a transformar las excitaciones (en estas edades en muchos casos sexuales) en experiencias mentalizadas genera una gran ansiedad. Esto hace necesario que se busquen alternativas para poder ayudar a mentalizar y a poder representar estas sensaciones.

En nuestro grupo, hemos visto que si las defensas de evitación (autistas) y regresivas fallan aparece una gran ansiedad (Javier), e incluso puede aparecer sintomatología psicótica, como en el caso de Nerea.

## Agradecimientos

Mi profundo agradecimiento a los adolescentes que han participado en este trabajo y a sus padres, por todo lo que me han enseñado y por la confianza depositada en el personal clínico.

## Bibliografía

- Alcamí, M., Molins, C., Mollejo, E., Ortiz, P., Pascual, A., Rivas, E. y Villanueva, C. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la red de Salud mental*. Madrid: Cogesin.
- Bion, W. R. (1966). *Elementos en Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Burnand, S., Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (1993). La acción terapéutica de los Centros de Día. En J. Manzano y F. Palacio-Espasa (comp.), *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona: Paidós.
- Grandin, T. (2006). *Pensar con imágenes, Mi vida con el autismo*. Barcelona: Alba.
- Hobson, R. P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.
- Houzler, D. (2005). Les signes précoces de l'autisme et leur significations psychopathologiques. En B. Golse y P. Delion (comp.), *Autisme: état des lieux et horizons*. Toulouse: Éres.
- Jiménez, A. M. (1999). Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XIX, 69, pp. 151-159.
- Jiménez, A. M. (coord.). (2001). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista Asociación española de Neuropsiquiatría*, vol XXI, nº 77, pp. 115-124.
- Jiménez, A. M., Fuertes, P., Casas, I., Bustamante, M. L., Ruiz, J. y Cabezas, B. (2010). Intervención clínica en Unidad de Terapia Intensiva (hospital de día a tiempo parcial) en Trastorno Autista: A propósito de un caso. *Cuadernos De Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 50.
- Katschnig, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges in the profession. *World Psychiatry*, 9(1): 21-28.
- Larban, V. J. (2012). *Vivir con el autismo. Una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro.
- Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (1987). *Estudio sobre la Psicosis Infantil*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Misés, R. (1992). Pautas orientadoras en el tratamiento de la psicosis autísticas. En Ph. J. Parquet, C. Bursztejn y B. Golse (ed.), *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Rivière, A. y Martos, J. (Comp) (1998). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Tustin, F. (1992). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Winnicott, D. W. (1979). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.