

**Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de
l'Esport**

Màster Universitari en Psicologia General Sanitari

Treball Final de Màster

**L'ALIANÇA TERAPÈUTICA EN UN CAS
D'AUTISME INFANTIL**

Presentat per:
Gemma Mantes García

Tutora:
Meritxell Pacheco Pérez

Barcelona, 16 de Gener del 2020

Índex

Resum	1
Abstract.....	2
Marc teòric.....	3
Context del cas i mètode.....	7
Pacient	7
Formulació del pla diagnòstic	12
Curs de l'aliança terapèutica i la verificació del diagnòstic	15
Discussió i conclusions.....	26
Referències	30

Resum

El següent treball presenta els objectius d'establir aliança terapèutica en un infant amb autisme i observar com aquesta aliança afecta la simptomatologia de l'infant. El pacient és un nen de 9 anys amb una hipòtesi diagnòstica d'autisme. A sessió, l'infant presenta un alt nivell d'agressivitat, ansietat i nul·la col·laboració per realitzar les proves diagnòstiques, motiu pel qual s'intervé en l'aliança terapèutica. Es van observar sis sessions del pacient en el seu centre de referència de Salut Mental. Els resultats obtinguts mitjançant l'anàlisi de les observacions de les sessions mostren que l'infant presentava una disminució de la simptomatologia ansiosa i agressiva i una major col·laboració. Finalment es conclou que s'ha creat un vincle terapèutic i continuen les dificultats per establir una aliança terapèutica. També, es conclou que el vincle terapèutic ha contribuït a la disminució de la simptomatologia agressiva i ansiosa i ha millorat la col·laboració de l'infant.

Paraules clau: aliança terapèutica, autisme infantil, vincle terapèutic, adherència al tractament.

Abstract

This paper presents the objectives of establishing a therapeutic alliance in a child with autism and observing how this alliance affects a child's symptomatology. The patient is a 9-year-old with a diagnosis of autism. During the session, the infant shows a high level of aggression, anxiety and lack of collaboration in performing the diagnostic tests, therefore that's why the therapeutic alliance is needed. The patient was observed at his Mental Health center for six sessions. The results obtained by analyzing the observations of the sessions shows that the anxiety and the aggressive symptoms of the child decreased, and on the other hand his collaboration increased. Overall, we can confirm that a therapeutic bond has been created and that there is difficulty in establishing a therapeutic alliance. It's also concluded that the therapeutic bond contributes to drop the aggressive and anxious symptoms and an increase of the child's collaboration.

Key words: therapeutic alliance, autism child, therapeutic bond, treatment adherence.

Marc teòric

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2018), 450 milions de persones pateixen actualment un trastorn mental, dels quals entre un 50% i un 65% reben tractament, on entre un 20-50% d'adults (Benetti & Cunha, 2008) i entre un 40-60% d'infants i adolescents (García, Delgado & Sánchez, 2013) abandonen prematurament la teràpia. Malgrat aquestes dades alarmants en la població infantil, només entre 1-2% dels estudis fan referència a l'abandonament prematur de la teràpia infantil (Nock & Ferriter, 2005).

A causa d'aquests resultats, diferents investigadors han observat quines són les variables que intervenen en l'adherència al tractament terapèutic tant en adults com en infants, on autors com Bueno, Córdoba, Escolar, Carmona & Rodríguez (2001), Sharf (citada a Mellado et al., 2018), Swift i Greenberg (2012) van observar que l'edat té un paper important, ja que en l'adolescència s'observen majors dificultats en l'adherència, Bueno et al. (2001), Passos i Camacho (2000), Nix, Bierman, McMahon i *Conduct Problems Prevention Research Group* (2009), apunten a factors demogràfics com la raça o ètnia, el nivell educacional i a un nivell socioeconòmic baix i conviure amb un dels dos progenitors, Hillis, Eagles i Eagles (1993), Pellerin, Costa, Weems i Dalton (2010), van observar que el diagnòstic, la duració de la malaltia i la simptomatologia són variables que ajuden a predir l'adherència al tractament terapèutic, on Hamilton, Moore, Crane i Payne (2012), van observar que els diagnòstics amb pitjor pronòstic d'adherència eren els pacients diagnosticats amb abús de substàncies, psicosi i esquizofrènia.

Mitjançant aquests estudis s'observen moltes similituds respecte a l'adherència al tractament dels infants i dels adults, però, per altra banda, podem observar diferències. Nock i Ferriter (2005) apunten que la teràpia d'adults, l'adult és l'únic responsable de la seva adherència, participació i assistència a la teràpia, mentre que a la teràpia infantil, els pares tenen un paper clau, ja que aquests tenen la responsabilitat de l'assistència, la participació i l'adhesió de l'infant. Reyes et al. (2016) observen que, a diferència dels adults, els responsables del

tractament, adherència i decisions de tractament són els cuidadors primaris. Finalment, Nock, Ferriter i Holmberg (2007) donen èmfasi al fet que les creences positives de pares i fills sobre l'eficàcia del tractament prediuen una major adherència, mentre que en els adults amb la seva motivació pel canvi i les seves creences positives sobre l'eficàcia del tractament prediu una major adherència (Sirvent, 2009).

Diferents autors han observat que una variable clau perquè es realitzi una adherència al tractament terapèutic, tant en adults com en infants, és l'aliança terapèutica (Bissonnette, 2008; Chávez, Benítez & Ontiveros, 2014; Nieto & Pelayo, 2009; Sharf, Primavera & Diener, 2010).

Els orígens de l'aliança terapèutica es troben en la teoria psicodinàmica, on el 1956, Zetzel l'anomena per primer cop (citada a Waizmann et al., 2015). Anys més tard, el 1979, Bordin redefineix l'aliança terapèutica mitjançant un enfocament transteòric, on expressa que l'aliança terapèutica és una funció en la qual terapeuta i pacient col·laboren mútuament en la realització de les tasques, metes i vincles. Així, segons aquest autor, l'aliança terapèutica es realitza mitjançant tres components: l'acord del pacient i el terapeuta en les metes del tractament, l'acord entre el pacient i el terapeuta en les tasques del tractament i la qualitat emocional del vincle entre el terapeuta i el pacient (Bordin, 1979). Tot i que altres autors han realitzat altres definicions de l'aliança terapèutica, actualment es segueix utilitzant la definició de Bordin, ja que és una definició que travessa tots els marcs teòrics i és utilitzada com a base per a la construcció d'una gran varietat d'escala d'avaluació que existeixen actualment (Waizmann et al., 2015).

Pel que respecte a l'estudi de l'aliança terapèutica en infants i adolescents, s'observa que, com en l'estudi de l'adherència terapèutica, hi ha una manca d'estudi en aquesta població, ja que, el 2006, la metanàlisi realitzada per Kazdin, Whitley i Marciano (2006), va concloure que només 23 estudis analitzaven aquesta variable en la població infantil i adolescent davant de

2000 investigacions que estudiaven aquesta variable en adults. Tot i els pocs estudis realitzats, aquests han pogut observar una correlació significativa entre l'aliança terapèutica infantil i els resultats de la teràpia (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006; Shirk & Karver, 2003), encara que, tot i disposar d'aquests resultats que suggereixen que l'aliança terapèutica no mostra diferències entre els adults i els infants i adolescents, no és clar si els resultats dels estudis de l'aliança terapèutica en adults és generalitzable en la psicoteràpia infantil i adolescent (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Zack, Castonguay i Boswell (2007), van observar que el component de l'aliança terapèutica que fa referència a l'acord entre pacient i terapeuta en les metes del tractament, implica que el pacient sigui capaç de conceptualitzar metes a llarg termini i enllaçar-los amb les tasques realitzades a les sessions terapèutiques, fet que a causa del desenvolupament cognitiu dels infants i adolescents, els hi sigui difícil comprendre o formular els objectius de la teràpia. Així, Zack, Castonguay i Boswell (2007), subratllen que la manca de desenvolupament, sumat al fet que molts pacients infantils i adolescents arriben a teràpia sense interessar-se en els objectius ni amb el tractament, fa que el component de la planificació de metes sigui poc probable per l'aliança terapèutica infantil, encara que molts autors continuen utilitzant el model d'aliança terapèutica d'adults que depèn d'aquest component.

Per altra banda, com s'ha pogut observar en l'adherència al tractament, els pares tenen un paper fonamental en aquesta, ja que s'ha observat que l'aliança que els pares formen amb el terapeuta pot estar associades a l'augment del compromís, la contenció, la satisfacció, l'ús de les tècniques apreses a la teràpia i el manteniment de la teràpia, mentre que l'aliança dels infants/adolescents amb el terapeuta, pot estar associada a la millora dels símptomes (Abrishami & Warren, 2013; Hall, Kansas & Kansas Social and Rehabilitation Services, 2006).

Un cop observada l'aliança terapèutica en infants i adolescents, ens preguntem com aquesta es pot desenvolupar en trastorns amb dèficit en la comunicació i en la interacció social, com és el cas del trastorn de l'espectre autista. Aquest trastorn és un trastorn del

neurodesenvolupament caracteritzat per alteracions en la interacció i en la comunicació social en diferents contextos, a més de la presència de patrons restrictius i repetitius de comportament, interessos o activitats (American Psychiatric Association [DSM-V], 2013). Com s'ha pogut observar anteriorment, la investigació sobre l'aliança terapèutica en infants és limitada i molt més reduïda que en adults. Per aquest motiu, si reduïm la cerca a l'aliança terapèutica en infants amb autisme, la cerca és encara molt més limitada. Aquesta falta d'investigació de l'aliança terapèutica, segons Houlding (2014), pot ser degut a les manifestacions conductuals que aquests pacients presenten, ja que aquestes poden crear la creença errònia de que l'aliança en aquesta població no és important. Autors com Donoghue, Srallard i Kucia (2011), argumenten que els dèficits de comunicació i els dèficits socials que presenten aquests infants, provoca que l'aliança terapèutica amb aquests sigui irrellevant pel resultat del tractament. Per altra banda, Bromfiel (2012), mitjançant la teràpia individual amb infants amb la síndrome d'Asperger, expressa que ha pogut observar la necessitat que tenen aquests infants de crear una connexió cap als altres i la capacitat que posseeixen de formar relacions terapèutiques.

Un altre fet que cal remarcar, és que autors com Abrishami i Warren (2013) i Hall, Kansas i *Kansas Social and Rehabilitation Services* (2006), associaven l'aliança terapèutica entre infants o adolescents i terapeuta amb una millora de la simptomatologia. Ara bé, en el cas dels infants amb autisme, s'ha pogut observar l'existència d'un efecte paradoxal en les relacions entre procés i resultat, ja que mitjançant un estudi realitzat per Googman, Chung, Sischel i Athey-Lloyd (2017), s'ha pogut observar l'existència d'una bidireccionalitat entre la relació terapèutica i els símptomes, on un augment de la simptomatologia indicaria la incomoditat de l'infant davant del desenvolupament de l'aliança terapèutica.

A causa de la falta d'informació respecte a l'aliança terapèutica en infants amb autisme i com aquesta repercuteix a la simptomatologia que presenta l'infant, el següent estudi, mitjançant l'exemplificació d'un cas, té com a objectiu observar la formació de l'aliança

terapèutica en un infant amb una orientació diagnòstica d'autisme i com aquesta aliança afecta a la simptomatologia de l'infant.

Context del cas i mètode

El cas presentat s'ha escollit a causa de que a les sessions l'infant mostrava un augment de la simptomatologia molt significatiu, provocant dificultat per poder administrar les proves diagnòstiques pertinents.

Per garantir el rigor metodològic de l'estudi, s'han realitzat notes al llarg de les sessions supervisades per la psicòloga referent del cas.

Pel que fa al procés diagnòstic es va realitzar a un Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de l'hospital referent que pertany a la xarxa de l'assistència sanitària pública. Pel que respecte a les dades que disposem abans de conèixer el cas, al tractar-se d'una primera visita amb el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), mitjançant l'història clínica del pacient, vam poder observar que no disposava de cap derivació de cap centre de salut mental ni havia realitzat consulta amb cap Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP).

Finalment, per garantir l'anonimat del pacient i de la família, s'han modificat noms, edats i lloc de residència.

Pacient

En Marc és un pacient de 9 anys que estudia 3r EP en una escola pública de Barcelona, escola nova des d'aquest any. Actualment viu amb els seus pares, tot i que el pare realitza una feina que provoca que estigui durant llargues estàncies fora de casa, i un germà de 15 anys, per tant, en Marc és el germà petit (veure Figura 1). Pel que respecte als interessos d'en Marc, mostra especial interès pels jocs de construcció.

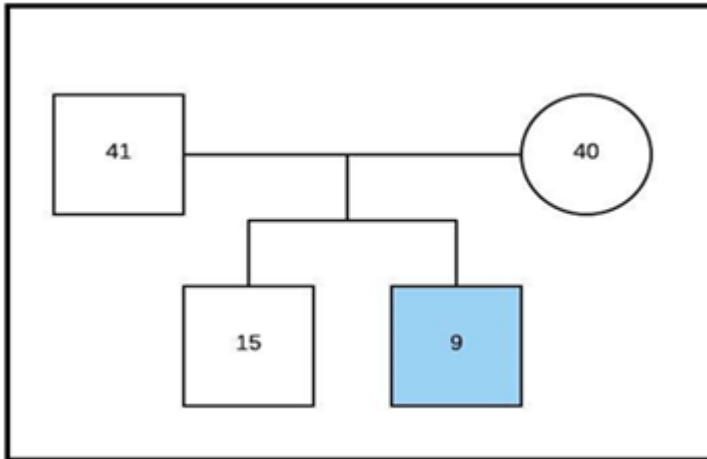


Figura 1. Genograma familiar d'en Marc

Pel que respecte a antecedents mèdics i psiquiàtrics, tant del pacient com els familiars, no hi ha constància.

Seguidament, pel que fa referència a l'anamnesi, l'embaràs va ser normatiu, de 40 setmanes, de forma natural. Durant aquest període, la mare no va prendre cap tipus de medicació. Seguidament, es va realitzar lactància materna fins als 9 mesos i es va introduir sòlids als 7 mesos. Els pares no van observar dificultats en els canvis de textura. Actualment, els àpats estan preservats. Pel que respecte al son, de nadó dormia bé, però actualment es sol despertar a mitja nit i va a dormir amb els pares perquè té por. També, s'observa que quan la mare a l'endemà ha d'anar a treballar, en Marc es desperta a mitja nit. Pel que fa al desenvolupament del llenguatge, les primeres paraules van aparèixer al voltant de l'any, primeres frases de dos o tres paraules, als 18 mesos, en la comunicació no verbal, els pares defineixen atenció conjunta i senyalar però amb mirada poc mantinguda. Pel que respecte a la motricitat, va començar a gatejar pel voltant de l'any, la bipedestació al voltant de l'any i la deambulació als 13 mesos. Els pares no informen de problemes en la motricitat fina o gruixuda. Pel que respecte al control d'esfínters, als dos anys va aparèixer, però, actualment, hi ha presència d'enuresis primària nocturna, i problemes a l'escola per anar al lavabo. Pel que respecte a l'autonomia, els pares el defineixen com un nen autònom però que mostra queixes a

l'hora de tenir que realitzar les tasques. A més, expressen que té por a quedar-se sol. Pel que fa a l'àrea social, expressen que a la guarderia era un nen observador que no iniciava interacció, dinàmica que actualment es manté. Pel que respecte al joc, no va realitzar joc simbòlic, però és capaç de realitzar-lo si se li demana. En el joc és literal i mostra un joc agressiu. També s'observa que entén les bromes i és capaç de fer-ne, però si es riuen, ho percep com que es riuen d'ell. Pel que respecte al nivell d'aprenentatge i a l'escola, en Marc mostra dificultats en adquirir aprenentatges i, des de que va canviar d'escola, presenta molts mals de panxa, diarrees i negativa a assistir-hi. Finalment, els pares el descriuen com un nen perfeccionista, amb moltes pors, que es frustra ràpid quan no sap fer alguna cosa, motiu pel qual a vegades arriba a agredir a altres o a si mateix mitjançant cops de cap, és escrupolós i amb molta por a equivocar-se, motiu pel qual es nega a realitzar tasques a l'escola. Pel que fa a l'actualitat, en Marc es troba en una etapa de canvi de rutines i espais, ja que la família s'ha mudat recentment i ha canviat d'escola, on treballen amb uns horaris diferents a l'antiga escola d'en Marc.

En referència al motiu de consulta, els pares esmenten que acudeixen al Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) a causa que observen que en Marc presenta dificultats en la part social, ja que no es relaciona a l'escola amb cap alumne, fet que provoca que a casa mostri molta agressivitat i desafiament.

A consulta, en Marc presenta heteroagressivitat cap a les psicòlogues, cap als seus pares i a objectes que estan presents a la consulta. No deixa que els familiars ens facilitin informació sobre la seva història de vida o la problemàtica que presenta, ja que es posa a cridar, insultar i agredeix físicament als familiars perquè no ho diguin. Aquest fet va provocar moltes dificultats per recollir l'anamnesi i el motiu de consulta. També a sessió mostra nul·la col·laboració per contestar les preguntes que se li realitzen i realitza respostes agressives, amb incapacitat de modular el to de veu. Pel que respecte a les observacions realitzades en aquesta primera sessió, s'observa que en Marc no manté contacte ocular amb les psicòlogues ni amb els familiars,

presenta una postura rígida i nega asseure's a la cadira. Per altra banda, al determinar límits de comportament dins la sessió, com per exemple no insultar ni realitzar conducta agressiva, en Marc disminueix el nivell d'agressivitat quan no ens dirigim a ell, tot i que continua agafant als familiars dels braços perquè no facilitin informació i realitza ganyotes al llarg de la sessió, i al dirigir-nos a ell torna a augmentar el nivell d'agressivitat.

Finalment, es van donar els següents testos de cribratge als pares: *Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto nivel de Funcionamiento (EA)* (Belinchón, Hernández & Sotillo, 2008), *ADHD Rating Scale-IV: Home version* (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 2008), *Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)* (Rutter, Bailey & Lord, 2005), *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach & Rescorla, 2001) i el *Cuestionario de Conducta de Conners para padres (CTRS-48)* (Conners, 1989). I a l'escola: *Teacher's Report Form (TRF)* (Achenbach & Rescorla, 2001), *Escala de Conners para profesores (CTRS-28)* (Conners, 1989), *ADHD Rating Scale-IV: Teacher's version* (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 2008) i *l'Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto nivel de Funcionamiento (EA)* (Belinchón, Hernández & Sotillo, 2008).

En la taula següent es mostren els resultats obtinguts en els tests de cribratge realitzat pels pares d'en Marc:

Taula 1

Resultats dels Tests de Cribratge: Pares

<u>EA</u>	<u>ADHD</u>	<u>SCQ</u>	<u>CBCL</u>	<u>CTRS-48</u>
PD= 29 PP= 1.6	A: PD=1 H: PD=2	PD= 9	Aïllament: PD= 9 Queixes somàtiques: PD= 1 Ansietat/depressió: PD= 12 Problemes socials: PD= 1 Alteració pensament: PD= 3 Inatenció: PD= 3 Conducta delictiva: PD= 3 Conducta agressiva: PD= 17 Internalització: PD= 22 Externalització: PD= 20 Total: PD= 49	A: PD= 4 PC= 53 B: PD= 3 PC= 57 C: / D: PD= 2 PC= 40 E: PD= 7 PC= 68 F: PD= 5 PC= 56

Nota. Els resultats marcats en negreta són les puntuacions significatives.

Finalment, en la taula següent es mostren els resultats obtinguts en els tests de cribratge realitzats per l'escola:

Taula 2

Resultats dels Tests de Cribratge: Tutor

<u>EA</u>	<u>ADHD</u>	<u>TRF</u>	<u>CTRS-28</u>
PD= No significativa	A: PD= 6 H: PD= 2	Aïllament: PD= 15 Queixes somàtiques: PD= 0	A: PD= 5 PC= 59 B: /
PP= 3.5		Ansietat/Depressió: PD= 11 Problemes socials: PD= 9	C: PD= 15 PC= 72 D: PD= 5 PC= 53
		Alteració pensament: PD= 5 Inatenció: PD= 20	
		Conducta delictiva: PD= 0	
		Conducta agressiva: PD= 3	
		Internalització: PD= 25 Externalització: PD= 3	
		Total: PD= 63	

Nota. Els resultats marcats en negreta són les puntuacions significatives.

Formulació del pla diagnòstic

La fase diagnòstica és un element indispensable per poder realitzar un diagnòstic i, posteriorment, realitzar una bona teràpia, ja que aquesta fase és la que guiarà al terapeuta a l'hora de realitzar i formular el pla de tractament. Si no es realitza una bona fase diagnòstica i s'extreu un diagnòstic erroni, pot provocar que el terapeuta realitzi decisions errònies per dur a terme el tractament, provocant un cert risc de manteniment de la simptomatologia que presenta

el pacient i la no millora d'aquesta (Capurro & Rada, 2007). Aquesta fase diagnòstica es realitza mitjançant tres etapes (Capurro & Rada, 2007):

- La generació d'hipòtesis diagnòstiques, on mitjançant l'observació i la recollida d'informació de la simptomatologia del pacient, el terapeuta es crea una imatge mental del que li pot estar succeint a la persona.
- Refinament de la hipòtesi diagnòstica, on s'obté nova informació de la història del pacient, sigui mitjançant entrevista o tests, que ajudarà a discriminar entre les diferents hipòtesis generades anteriorment.
- Verificació del diagnòstic, on finalment es verifica la hipòtesi diagnòstica mitjançant tests més específics.

Mitjançant la primera sessió realitzada amb en Marc, es va recollir la informació necessària per poder construir les hipòtesis diagnòstiques, informació que vam extreure dels pares, i es va realitzar una observació de la conducta i la simptomatologia que presentava en Marc a sessió. Finalment, mitjançant la informació obtinguda del motiu de consulta, la realització de l'anamnesi, la descripció que realitzen els pares del pacient i l'observació dels símptomes descrits pels familiars, es va realitzar una hipòtesi diagnòstica d'autisme. Tot i realitzar aquesta hipòtesi diagnòstica, es va decidir donar uns tests de cribratge per la família del pacient i els professors, esmentats anteriorment, per poder observar si hi havia la presència d'autisme, trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat i per avaluar conductes desadaptatives i problemes emocionals.

Seguidament, per realitzar el refinament de la hipòtesi diagnòstica, es va concertar una visita amb psiquiatria del nostre centre, on la professional va esmentar que en Marc no va mostrar col·laboració, fet que va dificultar la recollida de dades, però que la seva impressió diagnòstica era d'autisme, fet que corroborava la nostra hipòtesi principal.

A continuació, vam concertar una reunió amb el representant de l'Equip d'Assessorament i orientació Psicopedagògica (EAP) assignat a la zona. Mitjançant aquesta reunió, es va poder obtenir informació d'en Marc a l'escola, on el professional esmenta que els professors el defineixen com un nen que no parla, no realitza contacte ocular, no expressa necessitats i no interactua amb els companys o els mestres, no mostra interès social, fet que provoca que acostumi a estar sol, es mostra absent a les classes, presenta greus dificultats en l'aprenentatge i gran dependència de l'adult, por a estar sol i falta d'iniciativa. Pel que respecte al comportament, presenta un grau elevat d'angoixa, baixa tolerància a la frustració, a vegades insulta i quan arriba o surt de l'escola insulta, crida, amenaça, colpeja i realitza puntades de peu. A més, expressen que presenta un comportament estrany, ja que no reacciona ni amb la veu ni amb gestos ni amb sons. Finalment, el professional esmenta que creu que en Marc podria tractar-se d'un cas d'autisme, fet que dóna suport a la nostra hipòtesi inicial.

Posteriorment, es van recollir els tests entregats als pares i a l'escola, on els resultats obtinguts (vegeu taules 1 i 2), també donen suport a la nostra hipòtesi inicial.

Finalment, mitjançant els resultats obtinguts als tests i a la informació rebuda per part del professional de l'EAP i la psiquiatra del nostre centre, es va decidir activar el protocol TEA amb en Marc, per poder realitzar una verificació del diagnòstic. Pel que respecte al protocol TEA, és el protocol que segueixen els professionals del centre per realitzar la fase diagnòstica del Trastorn de l'Aspecte Autista (TEA). Aquest protocol consta de la realització de tres tests: *La Escala de Inteligencia de Wechler para niños-V* (WISC-V; Wechsler, 2014), *Entrevista para el diagnóstico del autismo-revisada* (ADI-R; Rutter, Le Couter & Lord, 2003) i *la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2* (ADOS-2; Rutter et al., 2012).

A causa de la nul·la col·laboració d'en Marc, la negativa a què els pares ens poguessin facilitar informació i l'agressivitat que presentava a les sessions, es va decidir primer treballar

l'aliança terapèutica per, posteriorment, poder iniciar les proves del protocol TEA. Així doncs, es concerten visites cada dues setmanes per poder tenir una continuïtat de l'aliança terapèutica i poder començar a formar part de la rutina d'en Marc, ja que durant la primera sessió vam poder observar que els canvis provoquen un augment de l'angoixa d'en Marc.

Curs de l'aliança terapèutica i la verificació del diagnòstic

Per treballar l'aliança terapèutica amb l'objectiu de realitzar les proves pertinents per verificar el diagnòstic, es van organitzar les sessions amb periodicitat quinzenal i sempre a la mateixa hora, amb una duració de trenta minuts. A les primeres sessions, acceptem que un dels progenitors estigui a consulta amb l'infant, però, progressivament, acordem una disminució de la participació d'aquest a la consulta, amb l'objectiu d'aconseguir realitzar sessions individuals amb en Marc.

Pel que respecte a les sessions, cada sessió amb en Marc es desglossa en tres parts:

1a) Conversa: Espai on es conversa amb el familiar que acompanya a l'infant respecte a com han anat les setmanes i si han observat canvis en el comportament d'en Marc. També és un espai destinat a poder realitzar i iniciar una comunicació amb en Marc.

2a) Joc/ Realització de la prova diagnòstica: Espai destinat a treballar el vincle amb en Marc i, a sessions posteriors, a realitzar la prova diagnòstica pertinent.

3a) Devolució de la sessió: Espai on es retorna a en Marc i al familiar que l'acompanya com ha anat la sessió i quins avenços s'han observat.

A continuació es mostren les taules resum de les sessions amb les observacions de l'aliança terapèutica, la presència de la simptomatologia present a l'escola i a sessió i la col·laboració d'en Marc al llarg de les sessions (vegeu taules 3, 4, 5, 6, 7 i 8).

Taula 3

Realització de Vinclle: Sessió 1

<u>Aliança terapèutica</u>	<u>Simptomatologia a l'escola</u>	<u>Simptomatologia a sessió</u>	<u>Col·laboració a sessió</u>
Tasca: Realitzar joc	Somatitzacions	Agressivitat (insults, crits, cops de taula, intent d'agressió)	Conversa: Nul·la
Meta: Realització de vinclle	Por	Rigidesa corporal	Realització de joc: Parcial
Vinclle: Reforç positiu, marcar límits	Agressivitat	Ganyotes	
	Angoixa	Nervis	
	Aïllament social	No contacte visual	
		Mal interpretació del context	

Abans d'entrar a sessió 1, se li pregunta a en Marc si vol anar a la sala de jocs, on ell contesta mitjançant una resposta agressiva (“*vols que et pegui idiota?*”, “*ets una estúpida*”) i realitza un intent d'agressió a la psicòloga. Així que en Marc mostra conductes i verbalitzacions agressives (vegeu Taula 3).

Pel que respecte a la primera part de la sessió, en Marc no deixa que el familiar acompanyant participi a la conversa i, si ens dirigim a ell, realitza insults, cops de taula, ganyotes i crits. Per aquest motiu, es realitza la implementació de límits de comportament, on s'observa que en implementar-los, en Marc deixa d'insultar, però no de cridar, realitzar cops o fer ganyotes.

Seguidament, a la segona part de sessió s'esmenta que l'objectiu d'aquesta és que puguem conèixer-nos més, així que es proposa realitzar un joc mitjançant dues cartes de diferents colors (una verda i l'altre vermell), del qual cada persona haurà d'expressar alguna cosa que li agradi o desagradi i els altres hauran d'aixecar la carta que es correspon al seu gust. Al principi del joc, en Marc no participa, però observa dissimuladament les respostes sense

realitzar contacte visual amb les psicòlogues. Al cap d'una estona, canvia les cartes de l'acompanyant i, mitjançant l'ajuda de l'acompanyant, expressa que aquelles són les seves respostes, així que se li esmenta que pot utilitzar les seves pròpies cartes. Finalment en Marc participa al joc, realitzant preguntes i contestant a les preguntes, tot i que contesta el contrari del que pensa realment. A causa d'aquest fet, algunes respostes provoquen que en Marc i els presents riguin, fet que provoca comentaris d'en Marc com “*de què us rigueu?*”, “*no us rigueu de mi*”. Aquí s'observa que en Marc no compren que els altres puguin riure del mateix que ell i realitzi la mala interpretació de que els altres es riuen d'ell. A causa d'aquest mal entès, se li explica que tal com a ell li fan riure les seves respostes, a nosaltres també.

Finalment es realitza la devolució de la sessió on ens centrem a realitzar reforç positiu d'haver deixat d'insultar i haver participat en el joc.

Taula 4

Realització de Vinclle: Sessió 2

<u>Aliança terapèutica</u>	<u>Simptomatologia a l'escola</u>	<u>Simptomatologia a sessió</u>	<u>Col·laboració a sessió</u>
Tasca: Realitzar joc	Somatitzacions	Agressivitat (insults, crits, cops de taula, intent d'agressió)	Conversa: Nul·la
Meta: Realització de vinclle	Por	Rigidesa corporal	Realització de joc: Activa
Vinclle: Reforç positiu, marcar límits	Agressivitat	Ganyotes	
	Angoixa	Nervis	
	Aïllament social	Riure peculiar	
		No contacte visual	

Abans d'entrar a sessió 2, anem a buscar a en Marc a la sala d'espera, i quan li diem que pot entrar, torna a mostrar la mateixa conducta agressiva que a la sessió anterior i torna a realitzar un intent d'agressió a la psicòloga.

Seguidament, a la primera part de la sessió, no s'observen canvis respecte a l'anterior, ja que no hi ha participació per part d'en Marc i quan ens dirigim a ell, aquest realitza insults, crits, cops de taula i ganyotes, on a l'implementar el límit, el nivell d'agressivitat disminueix.

A la segona part de la sessió, s'esmenta que l'objectiu és realitzar conjuntament una construcció mitjançant peces. A l'inici de l'activitat, en Marc realitza queixes respecte a les peces (*"hi ha molt poques"*), a les psicòlogues (*"no ho sabreu fer perquè sou unes inútils"*) i a l'activitat (*"això és una merda"*) i es nega a col·laborar, tot i que es queda observant la construcció. Seguidament, la psicòloga esmenta que si ens podria ajudar, ja que no se'ns dóna tan bé com a ell fer construccions, i en Marc entra en el joc. Mitjançant aquest s'observa que en Marc continua seguint poc receptiu a les preguntes que li realitzem, però ens ordena algunes tasques (*"feu una casa"*). A mesura que avança la construcció es realitza reforçament positiu de la seva habilitat amb el joc. Finalment, abans d'acabar la tasca, a causa d'un error, la psicòloga desmunta aquesta, on en Marc mostra tolerància a la frustració i esmenta *"podem marxar ja?"*, sense cridar ni mostrar ràbia, només mostrant resignació.

Finalment es realitza la devolució explicant-li a en Marc que aquest últim fet ha sigut sense voler i es realitza reforç positiu del seu comportament, la seva tolerància a la frustració i la seva participació.

Taula 5

Començament de WISC-V: Cubs, Semblances i Matrius. Sessió 3

<u>Aliança terapèutica</u>	<u>Simptomatologia a l'escola</u>	<u>Simptomatologia a sessió</u>	<u>Col·laboració a sessió</u>
Tasca: Començar WISC-V	Somatitzacions	Agressivitat (insults, crits, cops de taula)	Conversa: Nul·la
Meta: Realització WISC-V	Por	Rigidesa corporal	Realització de la prova: Activa
Vincle: Reforç positiu, marcar límits	Agressivitat	Ganyotes	
	Angoixa	Nervis	
	Aïllament social	No contacte visual	
		Baixa tolerància a la frustració	

Pel que respecte a la tercera sessió, a causa de l'observació de la disminució de l'agressivitat a mesura que passa el temps de la sessió i, tot i mostrar queixes i negativa al principi, en Marc acaba col·laborant. Per aquest motiu es decideix començar la primera prova diagnòstica del protocol TEA.

Abans d'entrar a sessió 3, s'observa que en Marc no realitza cap intent d'agressió cap a la psicòloga, tot i que continuen les ganyotes, crits i insults (vegeu Taula 5).

Pel que respecte a la primera part de la sessió, no s'observen canvis pel que fa a les altres sessions, i s'implementen els límits de conducta, on s'observa que, en implementar-los, en Marc deixa de realitzar insults.

Seguidament, es planteja que aquesta sessió es realitzaran uns jocs que ens ajudarà a observar quines són les virtuts i les dificultats que presenta en Marc i que el joc cada vegada es complicarà més. A més, s'implementa la consigna que l'acompanyant no pot participar ni dir res. Així que s'inicia la prova de cubs, on en Marc, al principi expressa queixes cap a la prova ("això és una merda", "és molt fàcil"), però es mostra concentrat i col·laborador. Tot i les

queixes que expressa en Marc, a causa de la col·laboració que presenta, en aquesta sessió es realitzen també les proves de semblances i matrius. Mitjançant aquestes proves del WISC-V (Wechsler, 2014), es va poder observar la baixa tolerància a la frustració que presenta en Marc, ja que cada vegada que es complicava la prova i no sabia la resposta immediatament, realitzava cops a la taula o a terra i cridava (“no ho sé”, “jo que sé”, “contesta tu”).

Finalment es realitza la devolució de la sessió on es reforça positivament la col·laboració, el comportament i la concentració i es comenta que a la pròxima sessió se seguirà realitzant més jocs.

Taula 6

Seguiment del WISC-V: Dígits i Claus. Sessió 4

<u>Aliança terapèutica</u>	<u>Simptomatologia a l'escola</u>	<u>Simptomatologia a sessió</u>	<u>Col·laboració a sessió</u>
Tasca: Continuar WISC-V	Agressivitat	Agressivitat (insults en separació, crits, cops de taula)	Conversa: Nul·la
Meta: Realització WISC-V	Por	Por a quedar-se sol	Realització de la prova: Activa
Víncle: Reforç positiu, marcar límits, situació de perdó	Aïllament social	Rigidesa corporal Ganyotes Nervis No contacte visual Baixa tolerància a la frustració	

Abans d'entrar a sessió 4, l'acompanyant comenta si la psicòloga el pot acompanyar a buscar uns papers i proposa que en Marc es quedi amb mi a soles. En Marc realitza conducta agressiva mitjançant insults cap al familiar (“No, idiota, desgraciada...”). En marxar el familiar, en Marc em comença a insultar cridant (“Guarra, asquerosa, filla de...”), on s'observa que en

Marc presenta una expressió facial de por a estar a soles sense el familiar. Finalment apareix l'acompanyant en sentir els crits i en Marc para la conducta agressiva.

Pel que respecte a la primera part de la sessió, no s'observen canvis pel que fa a les anteriors sessions.

Seguidament, a la segona part de la sessió, es realitza la prova de dígit, on en Marc realitza la prova, excepte la d'ordre creixent, ja que mostrar queixes i negativa a continuar. Per aquest motiu, es proposa realitzar la prova de claus, on s'observa que en Marc presenta dificultats per entendre la consigna, i al començar, comença a escriure de dreta a esquerra i s'observa dificultats per trobar els símbols d'exemple en el paper. A causa de començar la prova al revés, és necessari aturar-la i repetir-la, on en Marc mostra frustració mitjançant cops de taula. Seguidament se li proposa realitzar la prova de vocabulari, on el nen no mostra col·laboració i verbalitza expressions com: *“podem marxar ja?”*, *“marxem”*, *“fes-ho tu”*...

A causa de la nul·la col·laboració, decidim realitzar la devolució, on reforcem positivament la seva col·laboració inicial i la millora de la seva agressivitat al llarg de la sessió.

Finalment, l'acompanyant demana que en Marc em demani perdó pel que m'ha dit, i en Marc realitza una disculpa, on se li accepta aquesta i es realitza psicoeducació de la seva emoció de por i nerviosisme.

Taula 7

Seguiment del WISC-V: Dígits ordre creixent. Sessió 5.

<u>Aliança terapèutica</u>	<u>Simptomatologia a l'escola</u>	<u>Simptomatologia a sessió</u>	<u>Col·laboració a sessió</u>
Tasca: Continuar WISC-V	Nervis	Rigidesa corporal	Conversa: Nul·la
Meta: Realitzar WISC-V	Por Aïllament social	Agressivitat (cops a l'acompanyant i realitzar sorolls de ràbia)	Realització de prova: Parcial
Vinçle: Acord de tasca, reforç positiu, acceptació de la tasca		Contacte visual poc mantingut Ganyotes	
Establim metes i objectius de la fase diagnòstica		Baixa tolerància a la frustració	

Abans d'entrar a sessió 5, no s'observa conducta agressiva ni intents d'agressió cap a la psicòloga (vegeu Taula 7).

Pel que respecte a la primera part de la sessió, no hi ha col·laboració d'en Marc i realitza agressió cap a l'acompanyant quan contesta a les preguntes, però no cap a les psicòlogues. A més, en aquesta sessió en Marc no realitza crits ni insults cap a les psicòlogues o a l'acompanyant. Mitjançant aquesta part de la sessió, s'observa una disminució significativa del nerviosisme i de l'agressivitat d'en Marc.

Seguidament, es comunica la realització dels dígits en ordre creixent. A l'explicar com funciona la prova, en Marc no mostra queixes. En ser el seu torn, es queda callat i no col·labora. Finalment, l'acompanyant li expressa que ha de col·laborar per marxar, així que en Marc durant els exemples realitza la mateixa contestació ("no ho sé") amb un mig somriure. Seguidament es decideix acordar realitzar una prova i podrà marxar, fet que provoca que en Marc accepti realitzar la prova. Mitjançant aquesta prova, s'observa que en Marc comença a realitzar contacte visual amb les psicòlogues, tot i que és poc mantingut.

Finalment, a causa de la disminució de l'agressivitat d'en Marc a sessió, es decideix compartir els objectius i les metes de la fase diagnòstica, on en Marc expressa que no vol que l'ajudem, que ell ja està bé així.

Taula 8

Seguiment del WISC-V: Vocabulari. Sessió 6

<u>Aliança terapèutica</u>	<u>Simptomatologia a l'escola</u>	<u>Simptomatologia a sessió</u>	<u>Col·laboració a sessió</u>
Tasca: Realitzar prova de vocabulari del WISC-V	Nervis Por	Rigidesa corporal Contacte visual no mantingut	Conversa: Activa amb el familiar
Meta: Realitzar WISC-V	Aïllament social	Baixa tolerància a la frustració	Realització de prova: Parcial/Activa
Vincle: Joc del detectiu, acord de tasca, reforç positiu, marcar límits		Instrumentalització	

Abans d'entrar a sessió 6 no apareix conducta agressiva.

Pel que respecte a la primera part de la sessió, s'observen canvis significatius pel que fa a les anteriors sessions, ja que no hi ha presència de conducta agressiva (insults, crits, cops de taula...). A més, en Marc permet que el familiar respongui a les nostres preguntes, i si alguna pregunta la vol mantenir en secret, somriu i agafa al familiar i li expressa “*per què els hi has dit?*”, en forma de joc. A causa d'aquest comportament, iniciem un joc d'endevinar les respostes, on en Marc verbalment no realitza pistes però sí que mostra somriure a l'apropar-nos a la resposta correcte. També s'observa que hi ha un major contacte visual cap a les psicòlogues, tot i que no és mantingut. Un altre fet que es pot observar és que en Marc participa activament a la conversa, tot i que només es dirigeix al familiar. Finalment, s'observa com en Marc realitza una instrumentalització del familiar agafant la seva màniga per netejar-se les sabates brutes (vegeu Taula 8).

Pel que respecte a la segona part de la sessió, realitzem la prova de vocabulari. Al principi en Marc comença a no col·laborar, com a la sessió anterior (“*no ho sé*”, “*que contesti el papa*”), així que es realitza l’acord de mínim acabar aquesta activitat per poder marxar, així que decideix col·laborar. Mitjançant aquesta prova es pot observar com en Marc presenta dificultats per definir i posar exemples de les paraules tot i saber el significat (“*sé el que és però no sé com dir-ho*”, “*no sé cap exemple*”). També es pot observar com apareix la frustració per no saber definir les paraules, però a diferència d’altres sessions, no apareix conducta agressiva, només una pujada del to de veu.

Finalment es realitza la devolució de la sessió, on s’esmenta el sentiment de felicitat que ens produeix la seva tranquil·litat en les últimes sessions i la seva col·laboració. També es realitza l’acord que en la pròxima sessió haurà d’acabar les quatre activitats que li queden.

Al final de sessió, a l’esmentar la propera visita, en Marc esmenta que no podrà venir. A continuació es mostra la transcripció del moment:

Marc: “*No podré venir perquè és el meu aniversari*”.

Psicòloga: “*Doncs a mi m’agradaria molt que vinguessis perquè així et podem felicitar el dia del teu aniversari*”.

Marc: “*No vindré, no vindré, no vindré*”.

Familiar: “*Hauràs d’escollir si anar a l’escola o venir aquí*”.

Marc: “*Em quedaré a casa*” (riu).

Familiar: “*Això sí que no*” (riu).

Marc: “*Sí, perquè passo de venir aquí perquè m’amarguin*”.

Psicòloga: “*Nosaltres t’amarguem el dia?*”

Marc: *“Sí (riu). Així que no penso venir”*.

Familiar: *“Ja ho veurem això”* (riu).

Marc: *“No vindré, no vindré, no vindré, no vindré... Encara que sé que acabaré venint però no voldré venir”*.

Psicòloga: *“Doncs a mi em faria molta il·lusió que vinguessis i poder-te felicitar el dia del teu aniversari”*.

Mitjançant aquest fet es pot observar com en Marc ha acceptat que les visites formen part de la seva rutina, ja que tot i mostrar negativa a venir, accepta que acabarà venint a consulta. També s’observa una millora respecte a l’agressivitat, ja que en la situació descrita no mostra agressivitat ni nerviosisme en verbalitzar la negativa d’assistir a la propera sessió. Finalment, es va observar una segona instrumentalització, ja que en sortir, en Marc va agafar la mà del familiar per obrir la porta.

Al llarg de les sessions realitzades amb en Marc, les entrevistes amb els familiars i l’entrevista amb el representant de l’Equip d’Assessorament i orientació Psicopedagògica (EAP), s’ha pogut observar com en Marc presenta deficiències persistents en la comunicació i en la interacció social tant a l’escola com a les sessions, insistència en la monotonia i rigidesa cognitiva, ja que al canviar les rutines per causes familiars o al venir a sessió ha produït l’aparició de l’agressivitat, i interessos restringits, com els jocs de construcció. També, mitjançant l’anamnesi hem pogut observar que aquests símptomes i comportaments ja eren presents en la primera infància i que actualment causen un deteriorament clínicament significatiu en l’àrea social (vegeu taules 1 i 2). Observant aquests fets, veiem que en Marc presenta, segons el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-5) (American Psychiatric Association [DSM-V], 2013), tots els criteris diagnòstics del Trastorn de l’Espectre Autista (TEA).

Finalment, mitjançant les sessions, també s'ha pogut observar com la intervenció en el vincle ha produït canvis en la simptomatologia i en la col·laboració d'en Marc a sessió. Pel que respecte a la simptomatologia, s'ha pogut observar com l'agressivitat i els nervis han anat disminuint al llarg de les sessions, a una constància similar a l'escola, fet que ens mostra que tant a l'escola com a les sessions s'ha anat realitzant un vincle que ha pogut facilitar la disminució d'aquesta. També, s'ha produït la millora del contacte visual, on al principi era nul i al final ha sigut poc mantingut, i ha aparegut nova simptomatologia, com la instrumentalització del familiar acompanyant. Pel que respecte a la col·laboració, s'ha pogut observar que en millorar el vincle, també ha millorat la col·laboració d'en Marc al llarg de les sessions, tant a la part de conversa com a la de joc/realització diagnòstica, on ha mostrat menys queixes i, a les últimes sessions, no ha aparegut la negativa de realitzar la prova diagnòstica pertinent a aquella sessió.

Discussió i conclusions

En el present estudi s'ha presentat el cas d'en Marc, un nen de 9 anys que presenta moltes pors, enuresi primària nocturna, problemes d'aprenentatge, somatitzacions a l'escola, interessos restringits i agressivitat. A més, en l'actualitat es troba en una etapa de canvi, ja que ha realitzat un canvi de domicili amb els familiars, un canvi d'escola i horaris de rutina. En realitzar les proves de cribratge i les entrevistes amb la psiquiatra i el representant de l'Equip d'Assessorament i orientació Psicopedagògica (EAP), s'observen problemes d'inatenció, aïllament, baixa tolerància a la frustració, angoixa i falta d'interès social. A causa de la simptomatologia manifesta a les primeres sessions, la nul·la col·laboració d'en Marc i les dificultats dels professionals per poder realitzar la fase diagnòstica, es realitza l'objectiu de realitzar aliança terapèutica amb en Marc. A més, a l'observar la falta d'informació present respecte a l'aliança terapèutica amb infants amb autisme, es va proposar l'objectiu d'observar com aquesta aliança afecta la simptomatologia de l'infant.

Pel que respecte a l'aliança terapèutica, tal com s'ha observat anteriorment, aquesta es produeix quan terapeuta i pacient col·laboren mútuament en la realització de les tasques, metes i vincles (Bordin, 1979). El vincle fa referència a la xarxa de connexió entre el pacient i el terapeuta que inclou la confiança mútua i l'acceptació mútua (Horvath & Luborsky, 1993). En el cas presentat d'en Marc, s'ha pogut observar que en les últimes sessions accepta que ha d'assistir a les sessions i ha augmentat la confiança cap a les psicòlogues, ja que ha augmentat el contacte visual i ha participat en la conversa. Per aquests fets podem esmentar que s'ha aconseguit establir l'inici d'un vincle terapèutic. Per altra banda, s'observa que en la sessió 7, a l'exposar les metes i els objectius, en Marc rebutja l'ajuda de la psicòloga referent i rebutja realitzar un canvi de comportament, fet que dificulta l'aliança terapèutica. A més, al llarg de les sessions s'observa que en Marc no observa com a problemàtic el seu comportament, fet que provoca que no pugui trobar un sentit a venir a les sessions ni als objectius ni metes proposades. Aquest fet posa èmfasi a la hipòtesi realitzada per Zack, Castonguay i Boswell (2007), ja que segons aquests autors a causa del desenvolupament cognitiu de l'infant, li és difícil poder comprendre les tasques i les metes de la teràpia, fet que s'ha pogut observar en el cas d'en Marc. Per aquests motius, a causa de la no acceptació o comprensió de les metes i les tasques, podem concloure que no s'ha pogut realitzar una aliança terapèutica.

Seguidament, autors com Donoghue, Srallard i Kucia (2011), expressen que els dèficits de comunicació i els dèficits socials que presenten els infants amb autisme fan que l'aliança terapèutica sigui irrellevant pels resultats obtinguts a la teràpia. En el cas d'en Marc, hem pogut observar com la creació del vincle terapèutic ha sigut fonamental perquè l'infant col·laborés a les sessions i disminuís el nivell d'agressivitat al llarg d'aquestes. És clar que en tractar-se d'un vincle molt recent i a causa de la falta de comprensió d'en Marc per les tasques i les metes, no podem expressar que s'hagi format una aliança terapèutica amb l'infant, però, seguint la línia de Bromfiel (2012), si un inici de vincle terapèutic o relació terapèutica.

En referència a com afecta l'aliança, o en el nostre cas el vincle terapèutic, a la simptomatologia de l'infant, hem pogut observar com en augmentar el vincle hi ha hagut disminució de la simptomatologia agressiva i ansiosa, fet que ha provocat que es pogués observar altra simptomatologia que quedava tapada per l'agressivitat i l'angoixa. Per tant, a diferència de Googman, Chung, Sischel i Athey-Lloid (2017), no s'ha observat cap efecte paradoxal de l'aliança terapèutica, on en augmentar aquesta, es produís un augment de la simptomatologia.

Al llarg de les sessions amb en Marc, s'han pogut observar certes limitacions. Una clara limitació ha sigut el temps de les sessions, ja que aquestes només tenien una durada de trenta minuts, i la continuïtat, ja que aquestes es realitzaven de manera quinzenal. Tot i haver pogut observar l'inici d'un vincle, creiem que en modificar el temps de la sessió i la continuïtat setmanal, s'hagués establert un vincle en menor temps, ja que l'acceptació i la confiança d'en Marc envers la psicòloga referent s'hagués produït en una menor quantitat de temps. També, s'ha pogut observar com a limitació el temps de l'observació del cas, ja que al disposar de més temps, s'hagués pogut presenciar més sessions i observar la direcció de l'evolució del vincle terapèutic. Una última limitació que s'ha pogut observar fa referència al context, ja que aquest no ha permès l'enregistrament de les sessions, fet que ha dificultat l'observació sistemàtica del procés i la realització de conclusions més rigoroses sobre la relació entre el procés psicoterapèutic i el resultat.

Com a conclusió, mitjançant el cas presentat s'ha pogut observar la creació d'un vincle terapèutic i les dificultats de poder assolir l'aliança terapèutica. A més, s'ha pogut observar com el vincle terapèutic ha produït la disminució de la simptomatologia agressiva i ansiosa.

Finalment, pel que respecte a línies futures, es recomanaria als professionals la realització d'una observació d'en Marc a l'escola per poder observar i comparar la

simptomatologia que presenta l'infant en aquest context amb la que presenta a sessió, ja que es podria observar si sense la presència dels familiars apareix nova simptomatologia o si la ja present augmenta. A més, mitjançant aquesta observació, es podria realitzar una comparació entre el vincle que s'ha realitzat a sessió amb el que presenta en Marc a l'escola.

Referències

- Abrishami, G. & Warren, S. (2013). Therapeutic alliance and outcomes in children and adolescents served in a community mental Health System. *Journal of Child & Adolescent Behavior, 1*(2), 1-7.
- Achenbach, T. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist for ages 6-18* (Sardinero, E., Pedreira, J. y Muñiz, J.). Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Belinchón, M., Hernández, J. M. y Sotillo, M. (2008). *Personas con síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE.
- Benetti, S. y Cunha, T. (2008). Abandono de tratamiento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 60*(2).
- Bissonnette, J. (2008). Adherence: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 63*(6), 634-643.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Bromfield, R. (2012). *Doing therapy with children and adolescents with Asperger syndrome*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bueno, A., Córdoba, J. A., Escolar, A., Carmona, J. y Rodríguez, C. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Españolas de Psiquiatría, 29*, 33-40.
- Capurro, D. y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile, 4*(135), 534-538.

- Chávez, E., Benítez, E. y Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2), 111-117.
- Conners, C. (1989). *Conners Rating Scales* (Farré, A y Narbona, J.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Donoghue, K., Stallard, P. & Kucia, J. (2011). The clinical practice of cognitive behaviour therapy for children and young people with a diagnosis of Asperger's syndrome. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 89-102.
- DuPaul, G., Power, T., Anastopoulos, A. & Reid, R. (2008). *ADHD Rating Scale-IV* (Ortiz, J., Carbonés, J., Riera, R. i Ezpeleta, L.). New York: The Guilford Press.
- García, I., Delgado, G. y Sánchez, J. (2013). Neurofeedback y adherencia terapéutica en el TDAH. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 9, 15-16.
- Googman, G., Chung, H., Fischel, L. & Athey-Lloyd, L. (2017). Simulation modelling analysis of sequential relations among therapeutic alliance, symptoms and adherence to child-centered play therapy between a child with autism spectrum disorder and two therapists. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 455-466.
- Hall, T., Kansas, L. & Kansas Social and Rehabilitation Services. (2006). Therapeutic Alliance with Children and Families. *Review of the National Literature*, 1-64.
- Hamilton, S. Moore, A., Crane, D. & Payne, S. (2011). Psychotherapy drop-outs: Differences by modality, license and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 333-343.
- Hillis, G., Eagles, A. & Eagles, J. (1993). Premature termination of psychiatric contact. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, 100-107.
- Horvarth, A. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.

- Houlding, K. (2014). Exploring the therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy with children with autism spectrum disorder: An interpretative phenomenological approach. (Treball de màster no publicat). Brock University, Ontario.
- Kazdin, A., Whitley, M. & Marciano, P. (2006) Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology, Psychiatry*, 47, 436-445.
- Mellado, A., Suárez, N., Gloger, S., Pérez, C., Dagnino, P. y Krause, M. (2018). Autocriticismo en pacientes con depresión y su recuperación en el abandono de psicoterapias breves: Explorando el rol mediador de la alianza terapéutica y el rol moderador de la edad de los pacientes. *Psyche*, 27(2), 1-18.
- Nieto, L. y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, 85, 61-75.
- Nix, R., Bierman, K., McMahon, R. & Conduct Problems Prevention Research Group. (2009). How attendance and quality of participation affect treatment response to parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 429-438.
- Nock, M. & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149-166.
- Nock, M., Ferriter, C. & Holmberg, E. (2007). Parent beliefs about treatment credibility and effectiveness: Assessment and relation to subsequent treatment participation. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 27-38.
- Organització Mundial de la Salut (OMS). (2018). Trastornos Mentales. Recuperat de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Passos, S. & Camacho, L. (2000). Factors associated with immediate drop-out of outpatient treatment for drug abuse in Rio de Janeiro. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 513-517.
- Pellerin, K., Costa, N., Weems, C. & Dalton, R. (2010), An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental Health clinic. *Community Mental Health Journal*, 46(3), 273-281.
- Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A. y Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Honduras*, 84(4), 125-132.
- Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. (2005). *SCQ The social Communication Questionnaire* (Peña, J. y Santamaría, P.). Los Angeles: WPS Western Psychological Services.
- Rutter, M., Le Couter, A. & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)* (Nanclares-Nogués, V. y Cordero, A.). Los Angeles: Western Psychological Services (WPS).
- Rutter, M., Lord, C., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule second edition* (Luque, T.). California: Western Psychological Services.
- Sharf, J. Primavera, L. & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637-645.
- Shirk, S. & Karver, M. (2003) Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud Mental*, 33, 51-58.

- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 547-559.
- Waizmann, V., Doran, J., Bloger, K., Gómez, J. M., Safran, J. y Roussos, A. (2015). Escala de negociación de alianza terapéutica (ANS-A): Evidencias de su validez y confiabilidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 24*(3), 243-254.
- Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children* (Corral, S., Arribas, D., Santamaría, P., Sueiro, M. y Pereña, J.), 5th Edn. San Antonia: PsychCorp.
- Zack, S., Castonguay, L., & Boswell, J. (2007). Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15*, 278-288.