

La psicopatologia infantil estudia els problemes psicològics que poden aparèixer en la infantesa. Aquesta no ha de ser considerada com una extensió de la psicopatologia de l'adult, ja que no hem de considerar al nen com un adult en miniatura, sinó com un nen, amb les alteracions peculiars d'aquesta etapa. Els problemes conductuals i emocionals, s'han de considerar sobre la base en què el nen, individu en desenvolupament constant, té canvis conductuals i cognitius que es produeixen en funció de la maduració física i del desenvolupament psicològic (Campbell, 1993). Aquests canvis són l'objecte d'estudi de les diferents teories i models evolutius que descriuen el curs normal del desenvolupament, proporcionant una norma mitjançant la qual es poden jutjar i conceptualitzar anomalies conductuals i emocionals (Wicks-Nelson i Israel, 1997). Per la comprensió de patrons de conducta inadaptada, s'han de descobrir els processos i mecanismes que mitjancen el seu desenvolupament (Aguilar i altres, 2000).

Des d'aquest punt de vista evolutiu, ens emmarquem en la perspectiva de la psicopatologia del desenvolupament. Aquesta sorgeix davant les limitacions en les quals es troba el concepte de desenvolupament tradicional i els conceptes psiquiàtrics utilitzats als anys 70. S'ocupa de l'estudi dels factors implicats en el desenvolupament i la seva aplicació en tots els camps. La recerca des d'aquesta perspectiva s'ha mostrat molt productiva, identificant-se com el punt d'inici pel disseny de les intervencions (Glantz i Leshner, 2000; Kazdin, 1997; Toth i Cicchetti, 1999), especialment per les intervencions preventives (Cicchetti, 1993; Luthar i Suchman, 1999). Rutter i Sroufe al 1984 descriuen la psicopatologia de desenvolupament com "l'estudi dels orígens i curs

dels patrons individuals de la conducta inadaptada”, i es basa més en com és el procés de desenvolupament, que en el resultat obtingut en aquest procés. Una altra definició és la de Kazdin (1989) que la defineix com “l’estudi de la disfunció clínica en el context de processos de maduració i de desenvolupament”.

Des d’aquesta perspectiva es tenen en compte 3 punts fonamentals: el paper del desenvolupament, la cocausalitat o processos causals, i la continuïtat-discontinuïtat entre normalitat i psicopatologia. Es basa en que en un desenvolupament continu intervenen una sèrie de factors biològics, psicològics i socials, que interactuen entre ells, donant lloc a la normalitat o anormalitat de la conducta, i passant de la normalitat a la patologia mitjançant un procés continu o quantitatiu, o un procés discontinu o qualitatiu (Rutter, 1986).

El concepte clau per comprendre la psicopatologia, és que els factors causals actuen per la interrelació entre ells i no només per l’efecte separat de cadascun d’aquests factors (Gottlieb i Tucker, 2002). Els diferents factors interactuen entre ells de forma bidireccional, donant lloc al desenvolupament individual, i en aquesta interrelació, s’ha d’incloure una dimensió temporal, que indicarà quan aquesta influència pot donar lloc a un canvi al llarg del desenvolupament.

En aquesta cocausalitat o processos causals, Gottlieb i Tucker (2002) proposen un sistema de desenvolupament psicobiològic on intervenen 4 tipus de factors: ambientals (físics, culturals i socials), conductuals, activitat neural i activitat genètica. Aquests factors interactuarien entre ells, donant lloc al desenvolupament individual i on la influència entre els diferents components, serà la clau per comprendre el desenvolupament.

Per comprendre aquesta relació de causalitat, Hood i Cairns (1989) mostren un exemple amb l'agressivitat. Aquests van examinar la influència de l'ambient social sobre l'agressivitat, mostrant així que aquesta no és únicament donada per trets genètics. Per aquest estudi, van classificar a una mostra de rates en agressives i no agressives. Seguidament, van agafar una part de les rates agressives i una part de les no agressives i les van criar en un ambient aïllat, sense el contacte de cap més rata. La resta de les altres rates agressives i no agressives, va ser criades en un entorn social en companyia de més rates. Els resultats van indicar que les rates criades aïlladament, que en un principi eren classificades com a agressives, continuaven mostrant alts nivells d'agressivitat, mentre les que no es mostraven agressives tampoc s'hi mostraven ara. En les rates criades en companyia, en un entorn social, tant les inicialment agressives com les no agressives, mostraven els mateixos nivells d'agressivitat, que eren nivells baixos. Amb aquest exemple s'observa que independentment de la influència genètica que predisposa a l'individu a ser agressiu, entren en joc altres factors, que interactuen entre ells, donant lloc a un desenvolupament determinat.

En la psicopatologia del desenvolupament hi ha dos pilars importants que justifiquen la presència de la causalitat. En primer lloc, molt sovint, la condició psicopatològica no es manifesta per ella mateixa fins a l'edat adulta i per tant, implica factors socials i altres factors del desenvolupament, que poden haver afectat de forma retrospectiva (abans de la presentació del trastorn). En segon lloc, la creença de que les condicions que donen lloc a una alteració mental, són degudes a una disfunció en el cervell, és una visió determinista i s'han de tenir en compte els factors socials, conductuals i físics, que poden haver ocasionat aquesta disfunció cerebral, que conseqüentment dóna lloc a aquesta alteració mental (Gottlieb i Tucker, 2002).

En el desenvolupament de la psicopatologia es consideren possibles continuïtats i discontinuïtats entre la normalitat i la anormalitat, així alguns trastorns mentals poden ser una continuació de la normalitat, fins el punt extrem del rang de normalitat (Plomin, 1991; Rutter i Sandberg, 1985). Per exemple, el trastorn depressiu, vindria a ser quantitativament major que els sentiments “normals” de tristesa. Per altra part, hi ha trastorns que difereixen qualitativament de la normalitat, com observa Plomin (1991) en el retard sever, que seria qualitativament diferent a la intel·ligència normal, i per tant en aquest cas el procés de la normalitat a la anormalitat seria un procés discontinu.

En aquest procés de la normalitat a la anormalitat, Shirk i altres (2000), parlen de 3 conceptualitzacions de processos: el procés dinàmic, el longitudinal i el transaccional. I malgrat són processos diferents, estan interrelacionats entre ells.

En el procés dinàmic, la psicopatologia del desenvolupament es basa en que la presència de disfunció ve donada pel joc complex de múltiples processos psicològics, socials i biològics (Cicchetti i Thoth, 1998). La interrelació d'aquests processos i la seva actuació com a factors de risc no produeixen el mateix resultat en tots els individus (Kazdin i Kagan, 1994). La interacció entre múltiples factors en el desenvolupament de la psicopatologia, fa possible que un mateix trastorn es manifesti en diferents individus per raons diferents (Shirk, 1999).

En el procés longitudinal, la psicopatologia del desenvolupament se centra en els orígens i curs dels patrons inadaptats. La psicopatologia es consideraria com el joc acumulatiu de factors de risc i factors protectors al llarg del temps (Cicchetti i altres, 1988).

En el procés transaccional, la psicopatologia del desenvolupament parla de múltiples transaccions entre les característiques ambientals i característiques del nen,

que tenen una relació dinàmica i recíproca que pot incrementar o decrementar la probabilitat de psicopatologia (Cicchetti i Thoth, 1998).

Per una millor aproximació i comprensió del desenvolupament normal i patològic, la recerca en psicopatologia del desenvolupament ha d'incloure mètodes i dissenys d'estudi més consistents:

En primer lloc, perquè aquests processos puguin ser compresos adequadament per les investigacions, s'han d'incloure estudis longitudinals en poblacions de risc, així com també estudis epidemiològics de gran escala (Rutter i altres, 2000). Els estudis de seguiment que exploren els mateixos nens al llarg del temps, ens proporcionen informació sobre els canvis en les conductes problemàtiques, la importància de determinats grups de símptomes i també quins factors predisposen la continuïtat o discontinuïtat d'una conducta anormal. El coneixement sobre la continuïtat i discontinuïtat de la psicopatologia a través del temps és indispensable per respondre a qüestions de l'origen i desenvolupament de la psicopatologia des de la infantesa a l'adulesa (Cicchetti, 1990). En segon lloc, degut a que múltiples vies (o interrelació de diferents factors) poden arribar a ocasionar un mateix trastorn (equifinalitat) i que una mateixa via (o interrelació dels mateixos factors) poden donar lloc a diferents trastorns (multifinalitat) (veure apartat de "Factors de risc"), és necessari realitzar estudis en grans mostres per tal d'examinar les diferències individuals en el procés relacional (Cicchetti i Cannon, 1999). En tercer lloc, hem de considerar tota la gran varietat de factors que poden contribuir a la presència d'un trastorn mental. I finalment, la recerca interdisciplinària en la qual es col·laboren des de diferents científics de diferents disciplines pot ajudar en la definició i en la recerca dels trastorns psicopatològics, així com els mètodes analítics més apropiats per explorar els diferents processos que

intervindrien en el desenvolupament de la psicopatologia. I aquest treball conjunt en estudis de població general, població d'alt risc i poblacions clíniques, és fonamental (Cicchetti i Lynch, 1995).

En l'estudi de la continuïtat-discontinuïtat de la psicopatologia, els primers estudis longitudinals en poblacions no clíniques (Mc. Farlane i altres, 1954) van suggerir que la majoria de símptomes experimentats per nens petits eren trastorns que formaven part del desenvolupament i que desapareixien a mesura que el nen es feia gran. Això va fer concloure a Robins (1979), que les conductes anormals manifestades abans dels sis anys no tenen un valor predictiu d'una futura psicopatologia. Però mentre alguns problemes poden ser transitoris com el trastorn d'eliminació (Mc. Farlane, 1954; Wicks -Nelson i Israel, 1997), les pors (Mc. Farlane i altres, 1954) i els trastorns de son entre d'altres, estudis més actuals observen la continuïtat de problemes psicològics des dels primers anys de vida (Pierce i altres, 1999; Richman i altres, 1982).

Per altra part, en l'enfoc dimensional en l'estudi de l'estabilitat de la psicopatologia, també ha observat una gran estabilitat pels diferents problemes psicològics que s'inicien en edat de preescolar (Achenbach i altres, 1995; Pianta i Caldwell, 1990; Pianta i Castaldi, 1989; Verhulst i Van der Ende, 1992). Alguns autors han trobat que el 50% de preescolars amb problemes psicològics continuen mostrant-los al cap de 5 anys (Campbell, 1995; Richman i altres, 1982). Hofstra i altres (2000) també observen aquesta continuïtat en nens de 4 a 16 anys, dels quals se'ls va fer un seguiment de 14 anys. Al cap de 14 anys, el 41% de nens eren descrits amb problemes psicològics per part dels pares i el 29% eren descrits amb problemes psicològics per ells mateixos. D'aquesta manera, els autors conclouen que els problemes de la infantesa i també adolescència persisteixen en un considerable grau en l'adulthood i observen que els nens

que eren adolescents a l'inici de l'estudi (12-16 anys) mostraven més estabilitat en els seus problemes que subjectes d'edats compreses entre 4 i 11 anys a l'inici del tractament. En adolescents, Ferdinand i Verhulst (1995) examinen l'estabilitat de problemes conductuals i emocionals dels 13 als 16 anys, en base al CBCL, i observen que dels nens amb puntuacions de problemes psicològics totals que es trobaven en el nivell clínic, el 27.3% continuen mostrant-se en aquest rang al cap de 8 anys. En una revisió de diferents estudis longitudinals realitzats de 1970 fins a finals de la dècada dels 90 (Hofstra i altres, 2000) s'observa una estabilitat moderada dels problemes de conducta des de la infantesa a l'adolescència, observant-se que els trastorns externalitzants mostren una major estabilitat que els internalitzants. Lavigne i altres (1998) van estudiar l'estabilitat dels trastorns emocionals i de conducta dels 2 als 5 anys, basant-se en criteris DSM-III-R. Es va observar que l'estabilitat dels trastorns de conducta era més elevada que la dels trastorns emocionals (0.71 vs 0.45) i quan els trastorns de conducta es donaven en comorbiditat amb un altre trastorn, l'estabilitat disminuïa (0.54). Per altra banda, la continuïtat del trastorn era més important quan el trastorn apareixia després dels 4 anys.

En el cas de la conducta externalitzant i dins d'aquí la conducta agressiva i antisocial, els preescolars que mostren aquestes conductes sovint les mantenen en edat escolar (Cummings i altres, 1989; Pierce i altres 1999) i també semblen mostrar una continuïtat en l'adolescència i la primera joventut (Mc. Mahon i Forehand, 1988; Pierce i altres 1999; Weiss i Hechtman, 1986), així com també en l'adulthood (Olweus, 1979).

En la conducta antisocial, Moffitt (1993) parla de dos tipus de conducta antisocial; aquells que mostren una conducta antisocial persistent des dels primers anys de vida i aquells que mostren una conducta antisocial durant l'adolescència. En el

primer cas, ho atribueix a dèficits sòcio-emocionals i dèficits en el desenvolupament neuropsicològic (com pot ser un temperament difícil o dèficits en les habilitats cognitives), i es mostra una marcada continuïtat, severitat i freqüència de la conducta antisocial a través del temps. Aquí la conducta antisocial es considera com una síndrome patològica, a diferència del segon grup, on la conducta antisocial es considera com una simptomatologia transitòria en què l'adolescent busca la seva identificació i independència d'entre conductes no acceptades socialment. Aquesta teoria és recolzada parcialment per Aguilar i altres, (2000), trobant dèficits sòcio-emocionals en els primers anys de vida en el grup de conducta antisocial persistent, però no dèficits neuropsicològics.

La hiperactivitat observada en nens de preescolar, també sembla mostrar una continuïtat en l'edat escolar (Campbell i altres, 1977; Campbell i altres, 1978) i adolescents que han estat hiperactius de petits, tendeixen a manifestar més dèficits acadèmics i manca d'habilitats socials i aproximadament la meitat continua mostrant conductes desadaptatives en l'edat adulta (Weiss i Hechtman, 1986).

Per altra part, malgrat que en la conducta internalitzant en general (referent a la simptomatologia depressiva, ansietat i inhibició) no s'ha trobat una continuïtat tant clara (Gertsen i altres, 1976) en estudis més actuals, s'observen vincles més específics entre els problemes emocionals en la infantesa i els posteriors com és en el cas de la depressió. (Cantwell i altres, 1994). La influència de les variables psicològiques i/o socials sobre els problemes de conducta anormal en la infantesa, es mostra de gran importància en la continuïtat o discontinuïtat d'aquests problemes.

Situats en aquest marc evolutiu, serà obvi que tinguem en compte l'edat, el desenvolupament i el context, alhora de considerar l'existència o no d'una conducta



anormal. El nen que no para de moure's i tocar-ho tot als dos anys, pot ser que simplement experimenti i descobreixi tot el que l'envolta. Té per tant una conducta normal per la seva edat, però aquesta pot incapacitar al nen quan tingui sis anys i hagi d'aprendre a llegir i a escriure, i comenci a aixecar-se de la cadira, ho toqui tot i a vegades xafi coses sense voler i que no sigui capaç de concentrar-se ni un moment. També aquest comportament arribarà als límits de la paciència dels pares, mestres i tots els que l'envolten. Totes aquestes característiques faran que aquestes conductes es vegin com anormals, podent no ser o ser classificades segons criteris categorials o dimensionals.

Hi ha una sèrie de conductes problema que formen part de l'edat, són transitòries o adaptatives i no s'ha de donar més importància de la que tenen si aquestes van desapareixent al llarg del desenvolupament. Entre aquestes conductes hi ha rebequeries, que no s'han de considerar més com a símptomes de trastorns de conducta o altres patologies severes, sinó també com una forma de comunicació del nen, per protestar o cridar l'atenció als pares. La conducta agressiva és una altra característica del desenvolupament dels infants durant el període que va dels 2 als 3 anys. En aquesta edat, l'hostilitat té un paper adaptatiu i només quan ells no aprenen a regular aquestes conductes l'agressivitat es pot convertir en un problema. A partir dels 4 anys van apareixent altres formes d'hostilitat més subtils que no és l'agressivitat física. Són les mentides, que poden ser considerades com adaptatives fins als 5-6 anys. Els nens i les nenes que continuen tenint aquestes conductes més enllà del seu període crític, aniran afegint altres conductes antisocials i pot desenvolupar un trastorn de comportament durant l'edat escolar i altres etapes ulteriors de la vida (Dorado i Jané, 2002).

En la identificació de la conducta anormal també serà important la informació de diferents adults que coneguin el nen. El nen té una capacitat molt reduïda per expressar els seus sentiments i problemes, donant a vegades una informació reduïda (Edelbrock i altres, 1985). Els pares, mestres o altres adults faran d'intermediaris expressant aquests problemes sota la seva percepció, emocionalitat i tolerància, i per tant identificar-los en menor o en major mesura. Si tenim més d'un informant tindrem una identificació més fiable del problema en qüestió. Per altra part, és molt important la informació que obtinguem del nen, mitjançant mètodes i avaluacions diverses.

La demanda d'ajuda de professionals en salut mental pels nens d'edat preescolar, acostuma a ser petita. Fergusson i col·laboradors (1993) observen un decrement molt important de la prevalença de psicopatologia quan es basen únicament amb les necessitats d'ajuda expressades pels pares. De la mateixa manera, en l'estudi de Kroes i col·laboradors (2001) s'observa que el 93.3% dels pares no creuen en la necessitat d'ajuda professional i quan es té en compte la demanda d'ajuda dels pares, la prevalença total baixa del 45.2% al 5.7% i on s'observa una major decrement de prevalença és amb els trastorns d'ansietat i trastorns de l'eliminació. Per altra part, entre els pares de nens amb 2 o més trastorns, un 4.2% demana ajuda, mentre en nens d'un sol trastorn, únicament l'1.5% de pares consideren necessària la intervenció d'un professional. Aquesta poca necessitat d'ajuda per part dels pares, posa en dubte la severitat d'alguns diagnòstics classificats per l'Associació Americana de Psiquiatria (DSM-IV, 1994) en aquest grup d'edat (Kroes i altres, 2001). Però per altra part, hem de tenir en compte els factors que afecten a la necessitat d'ajuda dels pares, podent tenir entre d'altres coses una visió subjectiva que subestimi el problema o bé tenir prejudicis en l'ajuda que pot donar un professional i/o com aquesta ajuda pot afectar al seu fill.

Els símptomes més freqüents pels que s'acudeix a consulta, són els problemes de conducta i els escolars, en segon lloc els problemes somàtics i en tercer lloc i en menor proporció els problemes típicament psíquics, referents a problemes emocionals, afectius i cognitius (Rodríguez Sacristán, 1995). De fet, en la informació obtinguda per part dels pares s'observa que aquests són més bons informadors de la psicopatologia externalitzant (Ezpeleta i altres, 1997) i a vegades poden sobreestimar el trastorn, com és el cas de TDAH (Gómez i altres, 1999). Per altra part, els problemes internalitzants poden estar subestimats (Sourander i altres, 1999).

Com es pot veure, la família és més sensible a conductes que alterin la seva vida familiar o escolar, de fet són els problemes més fàcils d'identificar, mentre la simptomatologia depressiva, ansiosa i obsessiva, és menys observable i és més difícil d'identificar als ulls dels adults. Aquesta dificultat en percebre la psicopatologia internalitzant ens fa pensar que molts nens i adolescents amb necessitat d'atenció psicològica no reben una ajuda apropiada, perquè els seus problemes no són identificats pels seus pares.

La psicopatologia infantil és una ciència complicada, que ha de tenir en compte tant el canvi i desenvolupament constant dels nens, com tots els factors que poden predisposar o influir en el període pre i postnatal a les anormalitats psíquiques.

L'estudi de la psicopatologia infantil és relativament nou. Malgrat abans del segle XIX ja es troben algunes referències aïllades, no és fins al segle XIX i principis del XX, quan es produeix un gir important, essent l'inici de l'evolució i l'especialització de la psicopatologia infantil. Aquest període es considera de consolidació, en que hi ha una acumulació progressiva dels coneixements i un increment notable de les publicacions (Domènech i Canals, 1995). D'aquí fins a l'actualitat s'ha recorregut un

llarg camí, però encara queden molts temes per acabar de resoldre, com és la naturalesa de la psicopatologia infantil, els models de conceptualització, els agents etiològics, els sistemes per aconseguir una intervenció eficaç i la categorització i la classificació (Campbell, 1993).