

La classificació dels trastorns mentals en la infantesa és un tema que s'ha deixat de costat durant molts anys, basant-se en una classificació centrada en l'adult, sense tenir en compte les diferències que ens trobem en el nen. El fet de classificar el nen en un tipus de trastorn és una qüestió delicada, degut a la poca delimitació i estabilitat que mostren aquests trastorns al llarg del desenvolupament del nen. La majoria de professionals de la salut mental, durant més de la meitat del segle XX han considerat que la classificació de trastorns mentals en nens i adolescents és contraproductiu i aquest punt de vista encara és compartit per a alguns professionals en l'actualitat (Domènech i Ezpeleta, 1995). Però encara que fos contraproductiu pel nen o adolescent en particular, es necessiten sistemes de classificació per tal d'avançar en el nostre coneixement de psicopatologia infantil. Un sistema de classificació ens permetrà conèixer amb fiabilitat la prevalença dels diferents trastorns mentals quan es realitzi un estudi epidemiològic, de la mateixa manera que ens permetrà comprovar l'efectivitat d'un tractament. Per altra part també ens permet estandarditzar la psicopatologia i que hi hagi un acord entre els diferents especialistes de la salut mental del nen.

Actualment, la necessitat d'un sistema de classificació és reconeguda per la major part d'especialistes, i constantment s'intenta acurar al màxim possible, la classificació. Malgrat tot, és un aspecte complex degut que el nen canvia molt ràpidament, té un constant desenvolupament i això pot donar lloc a la desaparició d'un trastorn o bé a canvis en l'expressió simptomatològica. Per altra part, la comorbiditat en els diferents trastorns es dona molt freqüentment en aquesta etapa infanto-juvenil, a l'igual que hi ha poc acord alhora de determinar quins trastorns hi ha realment en

aquesta etapa (sobretot abans dels sis anys). Tots aquests aspectes dificulten la tasca de fer una bona classificació. Malgrat tot, l'interès hi és i actualment trobem diferents sistemes que intenten delimitar i posar noms als problemes psicològics dels nens i adolescents.

Els sistemes més freqüentment utilitzats són els sistemes categorials, que es basen principalment en que s'han de complir una sèrie de símptomes per entrar en un diagnòstic concret.

Els sistemes categorials més coneguts són el Manual Diagnòstic i Estadístic, (DSM) creat per l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) i el Sistema de Classificació Internacional de Malalties ("ICD" o "CIM" o "CIE"), creat per l'Organització Mundial de la salut (OMS). Aquests dos sistemes es basen fonamentalment en la psicopatologia de l'adult, però en les últimes revisions, han anat incorporant cada vegada més trastorns de psicopatologia infantil (DSM-IV, APA, 1994; DSM-IV-R, APA, 2000; CIE-10, OMS, 1992) i fins i tot la OMS al 1996 va publicar la classificació multiaxial de trastorns psiquiàtrics en nens i adolescents (versió en castellà, OMS, 2001). Però malgrat l'interès per adaptar-se a la psicopatologia infantil, el DSM i el CIE, són sistemes basats fonamentalment en l'adult i tenen mancances en nens i no consideren els aspectes evolutius ni els problemes psicopatològics en nens petits. Per exemple, quan el nen presenta algun tipus de trastorn que no està considerat en l'apartat de trastorns de la infància i adolescència, s'han de seguir els criteris dels adults, com és el cas dels diagnòstics de depressió, esquizofrènia o trastorns de la personalitat. De la mateixa manera, la valoració de la psicopatologia comòrbide en casos d'individus amb retard mental també és difícil. Una altra mancança d'aquests dos sistemes és que tenen poc en compte el factor evolutiu i els canvis ràpids en l'expressió dels símptomes. En

aquest període de vida, l'evolució del trastorn canvia la seva expressió, i no es poden descriure processos estables.

Un altre intent de poder conèixer i diagnosticar la psicopatologia infantil, des d'una perspectiva categorial, és la Classificació Francesa dels Trastorns Mentals de la Infància (Misès i altres, 1991) centrant-se únicament en el nen i l'adolescent. Traduït al castellà per García (1993), l'objectiu d'aquest sistema és conciliar la rigidesa de qualsevol taxonomia i el moviment dinàmic propi de la psicopatologia de la infància, particularment en dos extrems: els primers anys de vida i l'adolescència. Pretén situar al nen en un moment concret dins un procés evolutiu que pot presentar moltes modificacions i on hi ha una interrelació de factors, en canvi constant (García, 1993).

Per nens més petits, dins d'una visió categorial, la Classificació Diagnòstica: 0-3, CD:0-3, Diagnostic Classification: zero to three, o DC: zero to three (NCCP, 1998), és un sistema categorial i descriptiu, que pretén descriure problemes i conductes no explicades en altres sistemes de classificació i per altra part descriure manifestacions inicials de trastorns que són descrits en altres sistemes per a adults i nens més grans. Contempla al nen petit com un individu en constant interacció en l'entorn, tenint en compte el seu nivell de desenvolupament.

Els sistemes de classificació categorial, són els més utilitzats a nivell internacional amb una gran difusió. Intenten delimitar i definir trastorns amb exactitud i això és difícil en la infantesa, degut al desenvolupament constant, al poc coneixement que es té encara actualment dels trastorns que es presenten en la infantesa i consegüentment la dificultat d'ubicar al nen en una classificació determinada. Molts cops els trastorns en aquestes edats no es poden englobar en uns criteris determinats i si es fa, és d'una manera aproximada. Un altre inconvenient és el perill de posar una

etiqueta al nen, que pot condicionar socialment, el que pensin d'ell i la manera de tractar-lo, pel fet d'estar classificat en una categoria diagnòstica. I això, per molt que el trastorn pugui desaparèixer al llarg del desenvolupament, en certa manera el pot marcar.

Com a alternativa a aquests sistemes categorials, hi ha els sistemes de classificació dimensional, més acceptats des del model de la psicopatologia del desenvolupament i els quals han estat utilitzats en el nostre estudi. Aquests són sistemes més flexibles i valoren els aspectes evolutius i de continuïtat o discontinuïtat. Les classificacions dimensionals no es basen en un diagnòstic clínic com els sistemes categorials, sinó que deriven de l'aplicació de mètodes estadístico-matemàtics, analitzant la tendència de diferent simptomatologia a agrupar-se, donant lloc a diferents dimensions de la conducta. A diferència dels sistemes categorials, que es basen en característiques necessàries i suficients per la presència o absència d'un trastorn determinat, els sistemes dimensionals, consideren que formar part d'un grup és qüestió de grau, així l'individu pot formar part de diferents grups en major o menor grau. Els casos de psicopatologia més clars o purs seran aquells que tindran moltes característiques d'una "categoria" o dimensió i molt poc de les altres. Per altra part, els casos menys clars, podran mostrar característiques de moltes categories diferents. Aquest sistema de classificació pot ser l'adequat en psicopatologia infantil ja que els trastorns en nens, es manifesten generalment poc clars, podent mostrar una àmplia varietat de problemes.

El procediment general en la creació de sistemes dimensionals, consisteix en que una àmplia mostra de població respongui a la presència o absència d'un llistat de conductes anormals. Aquestes respostes es quantifiquen d'alguna manera (per exemple: 0 = absència, 1 = presència) i mitjançant proves estadístiques, s'identifiquen conductes

que solen aparèixer juntes. A aquests grups de conducta se'ls anomena factors, síndromes o conglomerats.

En múltiples estudis, i utilitzant diferents instruments, s'ha mostrat l'evidència de l'existència de dues dimensions generals, síndromes o àmplies categories. La primera dimensió s'ha anomenat: Externalitzant (Achenbach, 1966), Problemes de conducta (Peterson, 1961), Agressió (Miller, 1967) o Infracontrol (Achenbach i Edelbrock, 1978) entre d'altres. Algunes de les característiques associades a aquesta dimensió són les baralles, rebequeries, desobediència, destrucció, delinqüència i agressivitat. Per altra part, la segona dimensió rep el nom d'Internalitzant (Achenbach, 1966), Problemes de personalitat (Peterson, 1961), Inhibició (Miller, 1967), o Hipercontrol (Achenbach i Edelbrock, 1978), entre d'altres, i algunes de les característiques associades són l'ansietat, depressió, retraïment, timidesa i somatitzacions. L'obtenció de les mateixes dimensions en diferents investigacions i diferents poblacions, han mostrat la validesa d'aquests dos grans grups de síndromes.

Un dels sistemes dimensionals més coneguts i de més ús en psicopatologia infantil és el Child Behavior Checklist (CBCL) de Thomas Achenbach (Achenbach, 1991). Aquest sistema es va elaborar mitjançant l'anàlisi factorial dels ítems sobre problemes de conducta que havien contestat els pares de 2300 nens de consulta psiquiàtrica. Les anàlisis es van fer per separat en les edats de 6 a 11 anys i de 13 a 17 anys i en funció del sexe. D'aquestes anàlisis, les dimensions resultants de la primera anàlisi factorial són les escales de banda estreta, un total de 8 escales que són síndromes específiques, que reben el nom de: retraïment, somatitzacions, ansietat/depressió, problemes de pensament, hiperactivitat, agressivitat i delinqüència. Les dimensions de les anàlisis de segon ordre són les escales de banda ampla, on s'obtenen tres dimensions

o síndromes més generals: la dimensió internalitzant, que agrupa les escales de retraïment, somatitzacions i ansietat/depressió; la dimensió externalitzant que agrupa la delinqüència i agressivitat i una tercera dimensió de tipus mixt que agrupa els problemes de pensament i la hiperactivitat, que no han pogut estar associades d'una manera clara en cap de les dues dimensions anteriors. La validesa d'aquestes dimensions ha estat demostrada en molts estudis, observant una estabilitat al llarg del temps. (Hofstra i altres, 2000; Verhulst i Van Der, 1992).

Al 1991, Achenbach (Achenbach, 1991) revisa l'instrument obtenint informació des de diferents fonts (pares, mestres i el propi nen), fent un instrument més uniforme per les diferents edats i sexes i amplia l'instrument, fins als 18 anys. Les dimensions resultants (internalitzant, externalitzant i mixt) i les escales més específiques (retraïment, somatitzacions, ansietat/depressió, problemes de pensament, hiperactivitat, agressió i delinqüència) són les mateixes per cada grup d'edat, de 4 a 11 anys i de 12 a 18 anys, però les normes de puntuació varien en cada grup. I en el grup d'edat de 4 a 11 anys es considera l'escala de problemes sexuals que és optativa i no té la mateixa consideració que les altres escales, sinó que ens proveeix d'una guia per veure si el nen puntua alt o baix en aquests problemes.

El nen és avaluat mitjançant la complementació dels pares d'una escala, on s'han de tenir en compte els últims 6 mesos, per afirmar o negar l'existència dels diferents ítems. Aquesta escala consisteix en dues parts; en la primera part, es pregunta sobre les capacitats del nen a nivell d'activitat, a nivell escolar i a nivell social, obtenint una puntuació de competència en cada un d'aquests nivells i una puntuació de competència a nivell general. Aquestes puntuacions s'anomenaran T, que compara al nen, en una mostra de la seva edat i sexe. En línies generals, quan el nen mostri una puntuació T de

36 o inferior es trobarà en el rang clínic, és a dir, els seus nivells de competència seran molt inferiors als esperats per la seva edat, una T de 37 a 40 es considerarà que el nen es troba en el límit entre normal i una T superior a 40, significa que el nen es troba en la normalitat podent presentar major o menor competència. I es considerarà una puntuació de T 55, quan el nen es troba en el percentil 50 de la població. Aquesta puntuació variarà en funció de com és el nen i com major sigui, la competència del nen serà major.

La segona part consisteix en 113 ítems, que fan referència a problemes de conducta i emocionals. Aquesta part és la que se centra en la psicopatologia. Els ítems es puntuen des de 0 que indica l'absència de la conducta, 1 que indica una presència moderada i 2 que indicaria una presència clara i constant. Aquesta segona part ens dóna una puntuació T de la dimensió internalitzant, una puntuació T de la dimensió externalitzant, una puntuació T total (de totes dues dimensions) i una puntuació T per cada una de les escales, que comparen al nen en una mostra de la seva edat i sexe. Una puntuació T de 50, en qualsevol de les dimensions o escales, indica que el nen es troba en el percentil 50 de la població. En les escales es considerarà que l'obtenció d'una puntuació T de 50 a 66 es troba dins la normalitat, una T de 67 a 70 en el límit del normal (70 correspon al percentil 97.7 aproximadament) i una T de 71 o superior ja es considerarà que el nen es troba en el rang clínic. En la puntuació T total i la puntuació T internalitzant i T externalitzant, els criteris variaran una mica, considerant que el nen que es troba entre una puntuació T de 50 a 59, estarà dins de la normalitat, de T 60 a T 63 (corresponents als percentils 82 i 90 respectivament) el nen es trobarà en el límit de la normalitat i de T 64 en endavant en el rang clínic. El fet que el nen obtingui una puntuació que es troba en el rang clínic, no vol dir que aquest sigui normal o anormal.

No hi ha un bon criteri per distingir categòricament els nens normals i anormals. A més tots els procediments mostren errors de mesura i altres limitacions i això juntament amb el canvi constant que fa el nen, impossibilita aquesta consideració. Les puntuacions obtingudes s'han de considerar més aviat, com una puntuació obtinguda en un continu de punts (Achenbach, 1991)

D'altra banda, en aquesta segona part, el CBCL ens dóna un altre tipus de puntuació, és la puntuació clínica, que apareix en cada escala i ens permet comparar el nen en una mostra clínica. Així doncs, la doble informació del CBCL ens situa al nen en la població no clínica i la població clínica, tenint en compte l'edat i sexe. Les puntuacions T quedaran representades visualment en un perfil gràfic per les competències i en un altre perfil pels problemes conductuals i emocionals.

El CBCL també conté una escala per nens de 2 a 3 anys, per obtenir informació per part dels pares, de problemes emocionals i conductuals dels nens. Consisteix en 99 ítems específics i opcions per afegir-hi problemes addicionals. Els ítems es puntuen igual que el CBCL per nens de 4 a 18 anys, però a diferència de 6 mesos, el període on s'han d'haver manifestat les conductes, és de 2 mesos, degut als canvis tant ràpids de desenvolupament que caracteritzen aquests primers anys.

Tenint en compte la importància de diferents informants, per tal d'obtenir informació del nen o adolescent, el CBCL, té dues extensions: el Teacher Report Form (TRF), que permet al mestre avaluar els problemes conductuals i d'adaptació que observa en els seus alumnes de 5 a 18 anys, i el Youth Self Report (YSR), on el nen d'11 a 18 anys s'avalua a ell mateix.

En el TRF, 25 dels ítems de problemes conductuals que es troben en el CBCL, són substituïts per 25 ítems més adequats. De la mateixa manera, els ítems de



competència, de la primera part del CBCL, són substituïts per 4 característiques que es poden observar fàcilment a l'escola, aquestes són: “En quina mesura s’esforça l’alumne per treballar?”, “Com és d’apropiada la seva conducta?”, “En quina mesura aprèn?”, “En quina mesura és feliç?”. Per altra part la informació del rendiment acadèmic és més precisa que en el CBCL. Les dimensions i escales són les mateixes que en el CBCL, i s’afegeix una escala nova que és la Impopularitat.

En el YSR, 16 ítems del CBCL se substitueixen per uns altres 16 més adequats i uns altres 7 es modifiquen per adequar-se millor als adolescents. A part de les dimensions i escales del CBCL, el YSR també inclou l’escala d’impopularitat.

El CBCL, també inclou altres instruments de mesura, com és el Young Adult Behavior Checklist (YABC) que juntament amb el Young Adult Self Report (YASR) estan desenvolupats per obtenir informació dels pares i autoinformes dels joves adults, en format similar al CBCL i YSR. I finalment el Parents Follow-up Report Form (PFRP) que s’utilitza per assessorar el funcionament del nen, adolescent i joves adults en els serveis de salut mental i similars.

S’ha demostrat que hi ha una relació entre les dimensions del CBCL i el DSM; amb major puntuació en el CBCL, major és la probabilitat de ser diagnosticat en un trastorn classificat en el DSM. Edelbrock i Costello, (1988) analitzen associacions entre puntuacions de les 8 escales del CBCL i els diagnòstics fets a través de l’entrevista DISC-P, que es basa en criteris DSM i s’observa una relació significativa. Aquesta relació ha estat reforçada per Steinhausen i altres (1997), que observen una forta relació entre les puntuacions obtingudes en el CBCL i en l’entrevista DISC, que es basa en criteris DSM-III-R. De la mateixa manera, Novik (1999), reafirma aquesta capacitat per identificar nens amb psicopatologia clínica.

L'ús del CBCL, va molt més enllà de la classificació. Aquesta és una eina que ens permet treballar en molts tipus d'estudis, com és en els estudis epidemiològics, on el CBCL ha estat utilitzat com a sistema d'*screening* de molts estudis de doble fase i també s'ha utilitzat com a predictor de resultats en molts estudis longitudinals. Com a instrument d'*screening* sembla ser igual d'adequat en població general, que l'escala de Rutter (Rutter Parental Questionnaire) i l'escala Quay-Peterson: Revised Behavior Problem Checklist (Bilenberg, 1999).

Per altra part la conducta externalitzant i internalitzant sembla mostrar una estabilitat a llarg termini i la conducta externalitzant sembla predir pitjors pronòstics a l'igual que el nen que es troba en el grup de risc en dos o més escales en comparació als nens que només puntuen alt en una escala (Bilenberg, 1999).

Un dels inconvenients que trobem en el CBCL, és que mai ha estat proveït de validesa de diagnòstic en nens de mostra clínica, però aquest ens pot servir com una guia per la categorització d'un diagnòstic temprà (Bilenberg, 1999).

En general, malgrat la consideració dels aspectes evolutius, els sistemes dimensionals no parteixen directament de la clínica i ens trobem en l'inconvenient que síndromes de poca prevalença, com és l'autisme infantil, no queden reflectits en la classificació. Per altra part al ser sistemes més flexibles, perden l'objectivitat i operativitat de la que es basen els sistemes categorials. (Domènec i Ezpeleta, 1995).