

## Avaluació de la qualitat de l'entorn familiar en les diferents cultures

Bielsa, A.

### RESUM

**OBJECTIU:** Examinar l'extensió de l'acord entre els clínics de diferents cultures quan es tracta d'avaluar la qualitat de l'entorn familiar de l'Infant i l'efecte que el país, llengua i factors d'educació tenen sobre aquesta classificació.

**MÈTODE:** 87 professionals de la salut de Malàsia, Espanya, Austràlia, Indonèsia, Estats Units, Dinamarca i Singapur van estudiar set exemples de casos utilitzant l'Escala Global de l'Entorn Familiar. Aproximadament la meitat (54%) eren psiquiatres. Un 26% va realitzar la classificació després d'assistir a una sessió de formació; la resta, un 64%, després de llegir un manual de formació.

**RESULTATS:** En global, l'acord entre els estudis (*intraclasse*) va ser 0,84 (interval de confiança 95%: 0,68-0,96). No hi va haver diferències significatives en l'acord segons el país, llengua, formació o grup professional, tot i que hi va haver diferències de país en les classificacions donades a 2 casos. La majoria dels classificadors van trobar prou clara la descripció dels punts d'anclatge principals (86%), manual de formació (95%), i casos clínics (97%).

**CONCLUSIONS:** Clínics de diferents cultures semblen ser capaços de fer classificacions globals sobre la qualitat de l'entorn familiar que siguin fiables i consistents quan utilitzen casos clínics. Això es pot aconseguir amb una mica de formació. Les classificacions globals sobre la qualitat de l'entorn familiar poden ser una eina útil per a la investigació en l'àmbit de la salut mental i en el treball clínic.

**PARAULES CLAU:** Escales d'avaluació, entorn familiar, fiabilitat del creuament cultural.

L'entorn familiar al qual els individus estan exposats, sobretot durant els primers anys de vida i la infància, té una influència considerable en el desenvolupament de psicopatologies. Els estudis utilitzen diferents mesures per estimar la qualitat d'aquest entorn, com el nivell socioeconòmic, escales d'adversitat psicosocial i informe propi, observacional o entrevista; instruments bàsics que quantifiquen aspectes del funcionament familiar o models de creences professionals que seran clínicament rellevants. La utilitat d'algunes d'aquestes escales ha estat revisada recentment. No obstant, hi ha una manca d'instruments per mesurar aquest concepte de forma senzilla, fiable i de manera que sigui acceptable pels clínics.

Un nou instrument, l'Escala Global de l'Entorn Familiar (GFES), ha estat desenvolupat per tal de cobrir aquesta mancança. La GFES busca quantificar, a través d'una classificació global, la idoneïtat de l'entorn familiar en el qual un nen es cria. Això es fa tenint en compte la capacitat de la família per donar al nen una bona atenció física i emocional, llaços relacionals segurs, consistència i uns límits apropiats no punitius. Al ser una mesura global, la GFES té el cost de la possible pèrdua d'especificitat, ja que les variables familiars que influeixen en un tipus de resultat no tenen per què ser les mateixes que afectin altres resultats.

Dades preliminars suggereixen que les classificacions del GFES són fiables i que estableixen conceptes i prediccions vàlides: 1) L'acord entre clínics que estan avaluant pacients actualment era acceptable ( $r$  intraclasse = 82). 2) Hi havia una correlació moderada entre classes socioeconòmiques ( $r = 0,40$ ); resultats adversos ( $r = 0,76$ ) i classificacions de GFES. 3) Nens amb trastorns de comportament nerviosos van rebre una classificació més baixa en el GFES que aquells amb ansietat o depressió. 4) Els nivells de la GFES han tingut una contribució significativa en la predicció de desenvolupament de desordres de la personalitat i funcionament psicosocial en adults joves. 5) Nens i adolescents amb desordres obsesso-compulsius va semblar que necessitaven menys medicació de manteniment com millor era el seu entorn familiar.

L'ambient en el qual els clínics i investigadors operen avui en dia està caracteritzat pel ràpid accés a la informació d'arreu del món i la disminució dels recursos clínics i d'investigació. En aquest context, els instruments, una vegada publicats, són sovint utilitzats extraoficialment o amb mínima informació. Per tant, és important establir que els professionals que apliquen una determinada mesura entenen les bases per a fer l'avaluació i el significat dels punts clau. Això augmentaria la consistència dels resultats entre els diferents avaluadors i els diferents centres. També és necessari determinar si les avaluacions estan influenciades per diferències culturals i, si és així, en quina mesura ho estan. L'objectiu principal de l'estudi era estimar el grau de coincidència entre clínics de diferents països quan utilitzaven la GFES en una sèrie de casos, i examinar els factors que influïen en les seves avaluacions: país, llengua, i tipus de formació. Com a objectius secundaris es buscava esbrinar la claredat, efectivitat i acceptabilitat del manual formatiu i dels casos clínics, i quin grau d'explicitar i utilitat percebien els clínics en l'escala GFES.

## **MÈTODES**

### **Escala i casos clínics**

L'escala GFES (veure apèndix 1) té una estructura similar a l'eix V del DSM-III-R. Els avaluadors han de puntuar l'ambient familiar en el qual creix l'Infant en una escala contínua entre 1 i 90, segons la seva qualitat. L'escala GFES, el manual formatiu i els casos clínics han estat traduïts al castellà, i més tard revisats per un castellanoparlant natiu per tal de comprovar que el contingut fos idèntic al de la versió anglesa. Dos dels 3 casos presentats es presenten a l'apèndix 2. El cas 1 hauria de tenir una puntuació aproximada de 65, reflectint que el pitjor ambient va persistir més de 12 mesos abans dels 3 anys d'edat. En el segon, on el pitjor ambient va ser present prèviament a l'adopció, hauria de tenir una puntuació de 10. Aquests casos són similars als 7 utilitzats en l'estudi pel que fa a l'extensió i al tipus d'informació.

### **Mostra**

Professionals de diferents països (n=23,26%) que assistien a sessions formatives sobre GFES en conferències internacionals van haver d'avaluar 7 casos clínics. La sessió formativa va consistir en la descripció de la GFES, normes d'ús i punts claus, avaluació de 3

casos clínics i discussió. Aquests 3 casos il·lustren normes específiques per a l'aplicació de la GFES.

Un altre grup de clínics (n=64.74%) va ser convidat a llegir el manual formatiu i avaluar els mateixos 7 casos. Aquest manual resumia la informació presentada a les sessions. La diferència respecte de les sessions és que no hi havia discussió dels 3 casos utilitzats com exemples (que eren els mateixos tant en les sessions com en el manual), tot i que al manual hi havia una avaluació indicativa i la seva justificació.

Els clínics també van haver d'omplir un breu qüestionari sobre la seva professió, la seva opinió sobre la claredat de les instruccions del manual i dels casos clínics, si havien trobat dificultats utilitzant l'escala, la claredat de les descripcions dels punts clau, i quina utilitat trobaven a la GFES. Els professionals que assistien a les sessions no van ser preguntats sobre el manual.

Tots els espanyols, tret de 3, van utilitzar la versió espanyola del manual i de l'escala. La resta d'avaluadors van utilitzar la versió anglesa. El nivell de coneixement d'anglès dels avaluadors de llengua no anglesa no es coneix.

La professió i nacionalitat dels avaluadors es presenta a la Taula 1. El grup "altres" en les professions correspon a 17 psiquiatres en formació (20%), 4 treballadors socials (5%) i 1 pediatra (1%). Gairebé la meitat (49%) es consideraven eclèctics en la seva pràctica, el 13% realitzaven teràpies cognitivo-conductuals, el 12% realitzaven psicoteràpia dinàmica, i el 9% tenien una orientació cap a l'àmbit biològic. Altres eren terapeutes familiars, tenien altres interessos clínics o bé o van respondre.

### *Taula 1*

#### *Nombre d'avaluadors segons el país d'origen i la professió*

<i>País d'origen</i>	<i>Professió</i>			<i>Total</i>
	<i>Psiquiatra</i>	<i>Psicòleg</i>	<i>Altres</i>	
Malàsia	10	6	6	22 (25%)

Espanya	15	3	2	20 (23%)
Austràlia	8	7	3	18 (21%)
Indonèsia	6	0	6	12 (14%)
Altres <sub>a</sub>	8	2	5	15 (17%)
Total	47 (54%)	18 (21%)	22 (25%)	87

a Inclou 9 avaluadors dels EUA, 9 de Dinamarca i 1 de Singapur.

### **Anàlisi estadística**

Les diferències entre les avaluacions segons el país es van examinar mitjançant un anàlisi de la variància unidireccional, fent les comparacions utilitzant la diferència menys significativa de Bonferroni. La incidència entre els avaluadors va ser estimada calculant la *r* intraclasse. Tots els percentatges van ser arrodonits a la xifra més propera. Per tal d'examinar l'efecte de l' idioma, es van fer 3 grups: "Anglès" (clínic d'Austràlia i EUA), "Anglès – no natiu" (clínic de països de parla no anglesa que van llegir l'escala, el manual i els casos en anglès) i "Espanyol" (espanyols que van llegir la traducció a l'espanyol).

### **RESULTATS**

Nou avaluadors no van entendre o bé van malinterpretar el cas clínic 5, i van donar-li puntuacions molt anormals (>60). A banda d'aquestes puntuacions, la més alta per al cas 5 va ser 30, i la mediana 10. Si s'avalua el pitjor ambient familiar al qual el nen va ser exposat com a mínim un any, la puntuació de la GFES en aquest cas seria molt baixa (aproximadament 10). Aquestes 9 avaluacions (1% del total: 1 d'Indonèsia, 1 de Dinamarca i 7 de Malàsia – totes del grup "Anglès – no natiu") van ser excloses de les anàlisis, excepte en els punts indicats. Els clínics no van avaluar un cas en 4 ocasions, que es van comptabilitzar com a "absents".

La mitjana de les avaluacions de la GFES per a cada cas i el país dels avaluadors es representen a la Taula 2. Els clínics van donar puntuacions similars a cada cas independentment del seu país d'origen, però hi havia diferències estadísticament significatives en els casos 5 i 7. Els clínics de Malàsia van donar puntuacions més baixes al

cas 5 que els d'Indonèsia, i els espanyols van puntuar el cas 7 més baix que els clínics d'altres països. Hi havia una tendència dels clínics del grup "Anglès – no natiu" a donar puntuacions més altes (mitjana=63.6) que els del grup "Anglès" (M=59.9) i "Espanyol" (M=58.3). La manca d'una variació sistemàtica i total de les puntuacions es va confirmar amb una anàlisi multivariant: no hi ha efecte del país ( $F_{4,578}=0.64$ , no significatiu), de l'idioma ("Anglès", "Anglès-no natiu" i "Espanyol") ( $F_{2,578}=0.17$ , NS), grup professional ( $F_{2,578}=0.13$ , NS), o tipus de formació (sessió formativa, manual) ( $F_{1,578}=0.16$ , NS), tot i que la fiabilitat d'aquestes troballes està limitada pel tamany de la mostra.

### Taula 2

*Puntuacions mitjanes per a cada cas clínic segons el país dels avaluadors*

Cas clínic	Total (n=87)	Malàsia (n=22)	Espanya (n=20)	Austràlia (n=18)	Indonèsia (n=12)	Altres (n=15)
1	75.2	75.5	74.4	76.0	72.2	77.3
2	69.3	72.8	67.1	69.2	68.3	68.3
3	50.1	50.7	44.3	49.9	53.6	54.1
4	79.0	81.0	79.7 <sub>a</sub>	76.4	75.9	80.5
5*	9.2	13.4 <sub>b</sub>	9.6	8.4	5.5 <sub>c</sub>	8.1 <sub>c</sub>
6	69.1	69.8	72.1 <sub>d</sub>	64.4	70.5	69.5
7**	72.2	74.3	63.5	75.6	75.7	74.0

<sup>a</sup> Un cas absent

<sup>b</sup> 7 casos exclosos

<sup>c</sup> 1 cas exclòs

<sup>d</sup> 3 casos absents

\*  $p < 0.01$  (els avaluadors de Malàsia van donar puntuacions més altes que els indonesos); \*\*  $p > 0.001$  (els avaluadors espanyols van donar puntuacions més baixes que els d'altres països)

La coincidència entre els avaluadors (r intraclasse) segons el país, mètode de formació, professió i llengua es presenta a la Taula 3. La fiabilitat va des de 0.74 per als

psicòlegs fins a 0.88 per als qui van assistir a les sessions formatives. En conjunt, la fiabilitat és de 0.84. No hi ha diferències significatives entre els grups (intervals de confiança del 95%). Si s'inclouen les 9 puntuacions que van ser excloses, la fiabilitat decreix: en conjunt seria 0.75 (IC 95% 0.55-0.94), per als avaluadors indonesos seria 0.79 (IC 95% 0.41-0.90), per als de Malàsia seria 0.53 (IC 95% 0.31-0.85), i per als del grup "Altres" seria 0.82 (IC 95% 0.65-0.96). No obstant, aquestes diferències incloent i excloent aquestes 9 puntuacions no són significatives (Ics 95%). Això podria no haver estat així si la mostra hagués estat formada per més avaluadors i més casos clínics.

*Taula 3*

*Coincidència entre avaluadors (r intraclass) en avaluar 7 casos clínics*

	<i>Nº avaluadors</i>	<i>Coincidència entre avaluadors</i>	<i>Interval de confiança 95%</i>
<b>País</b>			
Malàisia <sup>a</sup>	22	0.79	0.73-0.97
Espanya	20	0.83	0.66-0.96
Austràlia	18	0.87	0.71-0.97
Indonèsia <sup>b</sup>	12	0.87	0.74-0.97
Altres <sup>b</sup>	15	0.87	0.61-0.95
<b>Tipus de formació</b>			
Manual formatiu <sup>c</sup>	64	0.82	0.65-0.96
Sessió formativa	23	0.88	0.75-0.97
<b>Grup d'idioma</b>			
Anglès	27	0.86	0.71-0.97
Anglès-no natiu <sup>c</sup>	43	0.85	0.69-0.96
Espanyol	17	0.82	0.64-0.96
<b>Grup professional</b>			
Psiquiatres <sup>d</sup>	47	0.86	0.71-0.97
Psicòlegs <sup>d</sup>	18	0.74	0.54-0.93

Altres <sup>a</sup>	22	0.87	0.73-0.97
---------------------	----	------	-----------

- <sup>a</sup> 7 puntuacions excloses
- <sup>b</sup> 1 puntuació exclosa
- <sup>c</sup> 9 puntuacions excloses
- <sup>d</sup> 4 puntuacions excloses

Només el 5% dels avaluadors van considerar que l'escala GFES era difícil o força difícil d'utilitzar, mentre que el 95% van opinar que era fàcil o força fàcil. La gran majoria (86%) van trobar satisfactòries les explicacions dels punts claus, mentre que una petita proporció els van trobar una mica vagues (13%) o confusos (1%). La gran majoria van trobar clares o força clares les explicacions del manual formatiu (95%) i dels casos clínics (97%). El 82% dels clínics van considerar útil o molt útil l'escala GFES, i la resta van opinar que podria ser útil en determinades ocasions. Entre les possibles aplicacions, una mica més de la meitat (55%) van considerar que la GFES era útil dins del context clínic, el 80% que ho era en l'àmbit de la recerca i el 49% en avaluacions de resultats. No hi ha diferències entre aquestes puntuacions pel que fa a l'idioma, però això podria ser degut al petit tamany de la mostra.

## DISCUSSIÓ

La coincidència entre els avaluadors és força elevada ( $r$  intraclasse=0.84), i és comparable a l'obtinguda en un estudi previ on tota els avaluadors van assistir a sessions formatives ( $r$  intraclasse=0.82) (Rey et al., 1997a). La fiabilitat de les puntuacions de la GFES és semblant o superior a les obtingudes en altres mesures globals d'interès clínic i científic. Per exemple, l'Escala de Valoració Global de Nens (CGAS) va mostrar una coincidència entre avaluadors ( $r$  intraclasse) de 0.84 quan 5 psiquiatres infantils van avaluar 19 casos clínics (Shaffer et al., 1983). En un marc clínic, 4 estudis sobre la fiabilitat de diverses escales semblants a la CGAS van mostrar una coincidència moderada entre avaluadors ( $r=0.53-0.66$ ) (Rey et al., 1995). La fiabilitat test-retest de la GFES també és acceptable ( $r=0.91$ ) (Rey et al., 1997a).

De llarg, la majoria dels avaluadors van trobar l'escala, el manual formatiu i els casos clínics prou entenedors. Concretament, no hi va haver diferències entre els grups d'idioma ("Anglès", "Anglès-no natiu" i "Espanyol"). No obstant, no se sap si alguns clínics que van creure que havien comprès els punts clau i les instruccions per a l'avaluació realment ho havien fet. No sembla que hi hagi gaires diferències de coincidència entre els que van assistir a la sessió formativa ( $r$  intraclasse=0.88) i els que van llegir el manual ( $r$  intraclasse=0.82). Hi va haver una tendència dels clínics del grup "Anglès-no natiu" a donar puntuacions més elevades, cosa que podria haver estat significativa si la mostra hagués estat més gran. No obstant, el fet de llegir el manual podria no ser prou entenedor per alguns clínics, i podria fer que no apliquessin la norma que cal puntuar el pitjor ambient familiar que persistís més d'un any. Cap dels 23 clínics que van assistir a les sessions formatives van cometre aquest error, mentre que 9 dels 64 que van llegir el manual (14%) no van entendre bé aquesta norma. Aquesta és la causa que aquests 9 avaluadors donessin puntuacions anormalment elevades al cas clínic 5. No obstant, no és del tot segur que aquest error fos degut a la lectura del manual, ja que aquests 9 clínics pertanyien al grup "Anglès-no natiu", i per tant també podria ser per una pobra comprensió de l'anglès. A la vista d'aquests resultats, aquesta norma ha estat remarcada i subratllada a la versió revisada del manual formatiu. La causa de les diferències entre països (Taula 2) en les puntuacions dels casos 5 i 7 i les seves implicacions clíniques no estan del tot clares i requeriran un estudi posterior. El cas 5 descriu un nen adoptat que va tenir una infància molt deprivada, mentre que el 7 descriu el cas d'una nena els pares de la qual tenien un matrimoni estable i bo, però no eren conscients de la seva disciplina, i la mare la sobreprotegia; culpaven els altres dels problemes de la seva filla i alhora els minimitzaven. Les diferències en aquestes puntuacions poden reflectir percepcions culturals.

Aquest estudi sembla confirmar un informe previ que explica que els resultats de la GFES romanen estables en les diferents cultures (Rey et al., 1997a). Els avaluadors de diferents països i professions semblen utilitzar els punts clau de la mateixa manera Això suggereix que no fan falta canvis en la descripció d'aquests punts clau per a que siguin utilitzats en una cultura o context específic, un cop la raó fonamental i les normes d'ús s'hagin entès.

La majoria dels avaluadors van creure que la GFES és útil en clínica, en recerca i en l'avaluació de resultats. Tot i que hi ha evidències que confirmen la seva validesa constructiva i predictiva (Rey et al., 1997a,b; Wever and Rey, 1997), encara queda certa quantitat de treball abans de treure conclusions definitives sobre la utilitat clínica i científica d'aquest instrument. Per exemple, el motiu principal per decidir puntuar els pitjors 12 mesos va ser reduir la variació i incrementar la coincidència entre avaluadors. Això pot ser massa restrictiu. És probable que avaluar els pitjors 12 mesos i l'ambient familiar actual doni una perspectiva més ajustada o sigui de més utilitat, sobre tot en casos on l'ambient canvia al llarg del temps (veure cas 2, Apèndix 2). La fiabilitat, validesa i utilitat d'avaluar l'ambient familiar actual (per exemple, 6 mesos passats), si les puntuacions tendeixen a variar quan es fan prospectivament i si els problemes o diagnòstics de l'infant influeixen en la percepció del clínic, són àrees que s'han d'estudiar.

### **Limitacions**

Donada la naturalesa oportunista de la mostra, els avaluadors implicats en l'estudi poden no haver estat representatius dels professionals que treballen en aquest àmbit en cadascun d'aquests països, i a més a més el coneixement de l'anglès pot haver estat un problema en alguns casos. D'altra banda, la traducció a l'espanyol no era literal (Brislin, 1986). També cal tenir en compte que avaluar casos clínics exemplars i resumits no és el mateix que avaluar pacients reals en un context clínic. Els pacients reals se'ns presenten amb problemes més complexos i ambigus que no pas els que es poden reflectir en un breu cas que serveixi com a exemple, i els clínics poden interpretar la informació de manera diferent. Per tant, és d'esperar que la coincidència entre avaluadors a la pràctica clínica real sigui més baixa que quan s'interpreten casos exemplars. Això no sembla ser un factor major amb la GFES: la coincidència entre avaluadors va ser molt similar ( $r$  intraclasse=0.89) a l'obtinguda quan 211 pacients escollits a l'atzar i valorats en 4 serveis clínics van ser avaluats per parelles d'un conjunt de 49 clínics. A més a més, la coincidència també va ser similar quan es va utilitzar com a base per a les avaluacions de la GFES la informació de registres mèdics ( $r$  intraclasse=0.90) (Rey et al., 1997a).

## **Implicacions clíniques**

Aquesta mesura simple i barata d'avaluar la qualitat de l'ambient familiar pot ser útil per als clínics de diferents cultures i àmbits professionals. Requereix poca formació (llegir un manual, que es fa en menys d'una hora) i res més si s'ha fet una valoració competent del desenvolupament i de l'aspecte psicosocial. L'escala GFES pot ser una eina útil en salut mental, tant en la recerca com en la pràctica clínica.

## **APÈNDIX 1**

### **ESCALA GLOBAL DE L'AMBIENT FAMILIAR**

Cal considerar l'ambient familiar en una escala contínua hipotètica entre 1 i 90, segons la qualitat de l'ambient familiar en el qual el nen s'ha desenvolupat. Cal donar una puntuació total al pitjor ambient familiar al qual el nen ha estat sotmès durant un període substancial de temps (com a mínim 1 any) abans dels 12 anys. L'avaluació ha de basar-se en la qualitat total de l'ambient familiar, sense estar influenciada pel grau de patologia de l'infant. Cal integrar informació de molts tipus, i les puntuacions s'han de basar, en la mesura del possible, en evidències objectives i positives. Cal considerar l'estabilitat de l'entorn familiar (família, escola, barri), si hi ha canvis en les figures parentals al llarg del temps, la consistència de la disciplina i l'establiment de límits, expectatives, cura apropiada i afecte (tant negligent com sobreprotector). Una família monoparental o no tradicional no s'ha de valorar negativament si no hi ha altres factors.

### **Puntuació**

*81-90: Ambient familiar adequat.* Estable, segur, nutritiu, amb cura consistent, afecte, disciplina i expectatives raonables.

*71-80: Ambient lleugerament insatisfactori.* Principalment estable i segur però hi ha alguns conflictes i inconsistències sobre la disciplina o les expectatives (ex: un dels pares pot estar absent sovint per malaltia o feina; el nen pot necessitar un tractament especial), alguns canvis d'escola o residència.

*51-70: Ambient moderadament insatisfactori.* Desacord parental moderat (que pot haver donat lloc a separació o divorci), conflicte inadequat o moderat sobre la disciplina i les expectatives, cura moderadament insatisfactòria, canvis freqüents de residència o d'escola.

*31-50: Ambient familiar pobre.* Desacord parental persistent, separació hostil amb problemes per la custòdia, exposició a més d'un padrastre/madrastra, inconsciència parental substancial o cura inadequada, abús (per figures parentals o germans) o negligència, poca supervisió, canvis molt freqüents de residència o d'escola.

*11-30. Ambient molt pobre.* Diverses i breus figures parentals (ex: pares de facto), conflicte parental sever, cura inapropiada, evidència d'abusos substancials (ex: disciplina cruel) o negligència, o greu manca de vigilància parental.

*1-10: Ambient extremadament pobre.* Ambient familiar molt distorsionat, el nen sovint és custodiat per l'estat, vivint en institucions o amb diferents famílies d'acollida al llarg del temps. Hi ha evidència d'abusos severs, negligència o deprivació.

*0: no tenim prou informació per fer l'avaluació.*

## **APÈNDIX 2**

2 dels 3 casos exposats en la formació es presenten, inèdits, a continuació.

### **Cas 1**

Tom, 13 anys, viu en un petit poble del camp. Es presenta amb una història de comportament inapropiat, disruptiu i de cerca d'atenció a l'escola.

En Tom està al segon curs de l'institut i a classe és disruptiu i cerca atenció. Tot i que va tenir problemes amb aquests comportaments a l'escola primària, durant el darrer any s'havia estabilitzat força. Des del començament de l'institut, aquestes dificultats havien ressorgit. Té dificultat de concentració, és sorollós a classe, irrespectuós amb les propietats escolars i no obeeix les ordres dels mestres. Diuen que a classe fa coses per cridar l'atenció dels altres alumnes i fer-los riure. Ells el provoquen dient-li que faci coses que els fan riure però que a ell li porten problemes. La seva mare diu que té un caràcter viu, i que de vegades s'ha enutjat i ha llançat objectes quan les coses no anaven com ell volia. Ella pensa que el comportament d'en Tom és immadur, i tot i que li agradaria que fos més independent, es preocupa enormement quan va sol a algun lloc. Per tal de fer un esforç per ajudar en Tom,

l'ha apuntat en un grup de Boy Scouts. La seva àvia ha expressat la seva preocupació sobre la immaduresa d'en Tom, la seva dependència i els buits que creu que té en l'aprenentatge degut a absències en les seves primeres etapes escolars a causa de malaltia. Pensa que el fet que en Tom tingui problemes d'aprenentatge a l'escola és la causa del seu comportament a classe.

En Tom és fill únic i viu amb la seva mare de mitjana edat. Ella va ser diagnosticada d'esclerosi múltiple quan en Tom tenia 3 anys. Viu d'una pensió d'invalidesa. No obstant, ella explica que la seva malaltia es troba estable i no li limita la mobilitat, tot i que sí que ho va fer en el passat. El pare d'en Tom va abandonar la família pels volts del diagnòstic de l'esclerosi múltiple de la mare, quan en Tom tenia 3 anys. Aparentment era un alcohòlic important i no podia enfrontar-se a la situació de viure amb un nen petit i una dona malalta. Abans que marxés van haver-hi força discussions i abusos verbals, però no físics. Des de llavors, en Tom no ha tingut cap contacte amb el seu pare. En Tom passa bastant temps a casa de la seva àvia, la qual sembla tenir un paper coparental. La mare i l'àvia admeten la presència de tensió entre elles per com s'han de fer anar les coses amb en Tom. La mare ha explicat que quan era nena la seva mare la sobreprotegia molt, i creu que ara ho fa amb en Tom. Quan ella era petita, cada cop que anava a veure la seva àvia havia de trucar a casa quan arribava, tot i que el trajecte només era de 2 carrers. El càstig físic mai ha estat aplicat, i en Tom acostuma a respondre a les recriminacions. En Tom va néixer a terme després d'un embaràs sense complicacions. La mare recorda poc els detalls del seu desenvolupament, però no refereix haver estat mai preocupada pel tema. En Tom es va separar de la seva mare per anar a la llar d'infants i a l'escola sense problemes. Va anar a 4 escoles de primària per trasllats de la família. La seva trajectòria escolar ha estat inferior a la mitjana i els mestres sovint comenten que ho podria fer millor.

## **Cas 2**

La Lana, de 10 anys, va ser referida per fracàs escolar, mentides i robatoris. L'escola havia plantejat la possibilitat que la Lana tingués un trastorn per dèficit d'atenció.

La Lana havia tingut problemes continus al llarg de la seva trajectòria escolar, però aquests havien empitjorat al llarg dels anys. Li costa concentrar-se, no pot fer els deures, és

disruptiva i xerraire a classe i és rebutjada pels altres nens. Aquest rebuig sembla ser degut a les seves mentides i els seus robatoris, els quals han estat un gran problema, tot i que recentment han millorat. Roba coses de casa i dels altres nens, i després menteix per encobrir-se. En ocasions ha explicat falses històries (ex: que havia estat violada, que un inexistent germà gran l'havia pegat...). La Lana és considerada una nena carinyosa, que li agrada la gent i es socialitza molt bé, sobre tot amb gent gran.

La Lana viu amb els seus pares adoptius de mitjana edat. Tots dos treballen tot el dia, ella com a dependenta i ell té el seu propi negoci. La mare biològica era una dona molt trastornada (problemes de drogues i alcohol, autolesions, hospitalitzacions psiquiàtriques), i probablement va abusar de la nena i del cert va ser negligent, sobre tot quan la Lana tenia entre 2 i 4 anys. La Lana va començar a viure amb els seus pares adoptius als 4 anys, i des de llavors ha viscut sempre amb ells. No hi ha hagut cap contacte entre la Lana i cap dels seus parents, però això no ha estat un problema per a ella. Quan va anar a viure amb els seus pares adoptius, la Lana era una nena extremadament activa, desinhibida i en ocasions una mica espantada. Això es va anar estabilitzant gradualment. La Lana va tenir problemes des que va començar a anar a l'escola. No obstant, les dificultats no semblaven interferir massa amb el seu aprenentatge durant els 2 primers anys. Els tests psicòmètrics mostraven que les seves habilitats estaven dins dels rangs de normalitat, i les seves capacitats eren coherents amb les seves habilitats.

La mare adoptiva estava preocupada, però una mica inflexible. Ella era la disciplinària. El pare adoptiu estava menys implicat però semblava més càlid i afectiu envers la Lana. Tots dos se sentien molt dolguts i decebuts pels robatoris de la Lana.