

## **Seguint les regles del joc:**

El discurs terapèutic de la *normalitat* i els Trastorns de Conducta

---

**Júlia Noguera Prat**

[inoqueraprat@gmail.com](mailto:inoqueraprat@gmail.com)

Tutor: Julio Zino Torrazza

**Departament d'Antropologia Social, Universitat de Barcelona**

Treball de final de Màster en Antropologia i Etnografia

Curs Acadèmic 2016-2017, setembre 2017

*«Todos saben que existe, todo el pueblo de Omelas. Algunos han ido a verlo, otros se contentan únicamente con saber que está allí. Todos saben que tiene que estar. Algunos comprenden la razón, otros no, pero ninguno ignora que su felicidad, la belleza de su pueblo, la ternura de sus amigos, la salud de sus hijos, la sabiduría de sus becarios, la habilidad de sus artesanos, incluso la abundancia de sus cosechas o el esplendor de su cielo, dependen por completo de la abominable miseria de ese niño.»*

(Le Guin, 1975).

*A la meva Mare.*

## Índex

1. Introducció.....	4
2. Problemàtica i objectius .....	9
3. Metodologia utilitzada.....	12
4. Estat de la qüestió.....	14
5. Marc teòric .....	16
5.1 Definint la <i>normalitat</i> .....	16
5.2 El poder de la norma .....	21
5.3 De la desviació al trastorn clínic.....	27
6. Els centres .....	34
7. “A casa s’està molt bé” .....	41
8. “Nanos difícils” .....	48
9. “L’ull clínic” .....	54
10. “Conductes no desitjables”.....	65
11. Les causes.....	74
12. La “ <i>tirita</i> ”.....	81
13. Conclusions.....	92
14. Referències bibliogràfiques.....	95
15. Fonts audiovisuals.....	100
16. Annexes .....	101
Annex 1: Perfil dels informants .....	101
Annex 2: Índex de Notícies .....	103
Annex 3: <i>Child Behavior Checklist</i> .....	108
– Per a infants de 1 a 5 anys:.....	108
– Per a nens i adolescents de 6 a 18 anys:.....	112

## 1. Introducció

Quan es tracta de l'educació dels infants, existeix una gran controvèrsia sobre el que és millor per aquests, sobre quina és la fórmula per aconseguir que els infants es transformin en adults decents, productius i feliços, a la vegada que moltes expectatives perquè aquests creixin i desenvolupin les seves possibilitats i capacitats al màxim<sup>1</sup>. Una aproximació a la temàtica a partir d'un recull de premsa, revela un clar interès per part de la població sobre la recerca d'una millor educació pels nens i nenes, la creació d'entorns favorables pel seu desenvolupament i, al mateix temps, una certa preocupació pels problemes que apareixen en el desenvolupament dels infants<sup>2</sup>. Què està passant? D'entrada es podria dir que cada cop ens preocupem més –o donem més importància– per les condicions i factors que poden afectar directa o indirectament al desenvolupament dels infants, en aquest sentit, la infància es troba actualment en el punt de mira de cada cop més estudis i/o investigacions. La infància s'ha convertit en l'etapa idònia de la vida dels individus per intervenir, per modelar-los i “ajudar-los” a desenvolupar-se favorablement en la nostra societat. Al·legant la permeabilitat dels infants, sembla que tots els problemes que té una societat puguin ser solucionats a través d'una “bona educació” –per abolir el racisme, la LGBT fòbia, el *Bullying* a les escoles, la violència de gènere i molts altres problemes socials, s'ha de començar per educar als infants–.

Paradoxalment, a mesura que ens centrem en la infància i mirem als infants “amb lupa”, cada cop amb més detall, ens trobem que les preocupacions sobre una “mala educació” o “mal desenvolupament” dels infants també augmenta. La llista de

---

<sup>1</sup> ***Todos los niños pueden ser Einstein si los motivas bien:*** “Tus hijos pueden alcanzar cualquier logro intelectual.”– *La Vanguardia* , *La contra* 27/09/2011. ***Finlandia: las claves del sistema educativo más exitoso de Europa:*** “El país nórdico consigue, año tras año, los mejores resultados en los informes de PISA, ¿cómo lo hace?” – *LibertadDigital.com* 10/05/2013.

Per a més informació sobre les notícies esmentades en el treball, veure l'annex 2.

<sup>2</sup> ***Uno de cada 10 niños sufre un trastorno de aprendizaje:*** “Esta problemática está directamente relacionada con el fracaso escolar.” – *El Periódico/Educación* 29/05/2015. ***Un 7% de los niños padecen trastornos en el lenguaje:*** “El problema suele ser de detección tardía y eso dificulta el tratamiento y la escolarización de los afectados. Las dificultades para comunicarse con claridad pueden convertir a estos menores en víctimas de acoso escolar.” – *El Periódico* 27/08/2016. ***Los casos de niños atendidos por hiperactividad se duplican en siete años:*** “El TDAH es el problema de salud mental más común entre la población infantil.” – *El País* 14/07/2017.

comportaments desviats o problemàtics que un infant pot presentar es fa més llarga, com més se situa la infància en el punt de mira dels experts, més “defectes” sorgeixen en el desenvolupament dels nens i nenes. Nens tirans, nens destronats, nens mentiders<sup>3</sup>, i tot un seguit d’adjectius despectius que indiquen l’existència d’una problemàtica, tendeixen a aparèixer lligats a la condició d’infància, conceptes que remarquen la creixent preocupació per l’educació dels infants, a la vegada que adverteixen que ja no només els individus adults són susceptibles de tenir “problemes”, sinó també els infants –fins fa poc no ens plantejàvem la depressió infantil, ara es contempla que els nadons puguin patir una depressió–. D’alguna manera, la infància “ha cobrat vida” com a etapa de la vida dels individus, i amb ella, les preocupacions per aquesta: el temps que passen els nens mirant la televisió, les activitats que fan els nens en el seu temps lliure, les necessitats d’atenció d’aquests, fins i tot la seva alimentació o autoestima són qüestions susceptibles de ser replantejades en tot moment per un conjunt d’experts en el tema acabats de sortir del no-res<sup>4</sup> –si plantegéssim aquestes qüestions a la generació dels meus avis, de segur que es farien un fart de riure–.

La infància passa a ser englobada en l’esfera del coneixement dels experts i, és en aquest context, on apareixen tot un seguit de patologies o trastorns que els infants poden patir: TDA/H (Trastorn de Dèficit d’Atenció amb o sense Hiperactivitat), TEA (Trastorn de l’Espectre Autista), TdC (Trastorn de Conducta), i d’altres

---

<sup>3</sup> **Nens tirans:** “Avui dia hi ha dos grans aspectes que creen problemes educatius: la manca de temps educatiu i el desconeixement del rol de pares. No sempre passa però quan hi ha poc temps per educar i conviure amb els fills, la qualitat de la capacitat d’observació i comunicació disminueix en forma alarmant. El desconeixement del propi fill facilita els dubtes i la por d’equivocar-se i, per què no, genera un sentiment de culpa que fàcilment condueix a la sobreprotecció.” – **ara.cat 16/03/2015. Síndrome del nen destronat:** “Té sis anys i un germà de tres que encanta a tots, que acapara protagonisme i, naturalment, li té gelosia. No suporta que li toquin les seves joguines o l’imiti.” – **ara.cat 23/11/2015. Nens mentiders:** “La mentida és l’acció voluntària, és a dir intencionada, d’ocultar la veritat. Però en quin moment podem afirmar que els nens i nenes ens estan ocultant intencionadament la veritat [...] Les respostes a aquestes preguntes ens donaran la clau per a poder distingir el que és un senyal d’alerta del que és una conducta normal i adaptativa. – **ara.cat 10/03/2016.**

<sup>4</sup> **Los niños ven la televisión durante más tiempo del recomendado:** *Los expertos indican que el límite se sitúa en dos horas pero las investigaciones realizadas estiman que un 63% de los menores superan esa cifra en gran medida.* – **La Vanguardia 22/01/2015. Sobrevalorar a los hijos hace que se vuelvan narcisistas:** *“El consejo de los investigadores: transmitir afecto a los hijos sin hacerles creer que son superiores a los demás.”* – **La Vanguardia 10/03/2015. Hay que educar a los niños para afrontar la frustración:** *“Walter Mischel, profesor de Psicología y teórico del autocontrol, publica su libro ‘El test de la golosina’ sobre 50 años de investigación.”* – **La Vanguardia 04/05/2015.**

patologies, apareixen com a explicació dels comportaments dels infants que es consideren desviats, com a justificació del “mal desenvolupament” dels nens i nenes, patologies que tot i ser relativament noves, augmenten any rere any segons les estadístiques<sup>5</sup>. De forma general, les causes de l'augment d'aquests trastorns s'argumenten a partir d'una millor detecció dels trastorns, així sorgeixen tot un seguit de centres especialitzats en la infància, encarregats de la detecció i tractament d'aquests trastorns. Augment que respon a l'augment de la preocupació dels pares i mares que, sota la pressió de tanta informació sobre tot el que pot anar malament en el desenvolupament dels infants, tot el que pot afectar en el seu rendiment i capacitats que es pot evitar a través d'unes pautes “correctes”, acudeixen als professionals encarregats de la petita infància a la recerca de consell sobre la criança dels seus fills, contribuint així a la creació de la necessitat d'aquests centres, que més que aparèixer de nou, redirigeixen el seu camp d'actuació: En un inici els CDIAPs (Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç) –encarregats de reconduir els problemes o dificultats dels infants d'entre zero i sis anys–, només estaven dirigits a infants que presentessin discapacitats, síndromes o lesions cerebrals, actualment però, aquests infants representen un tant per cent molt baix dels infants que són atesos en aquests centres. El gran gruix d'infants atesos el representen nens i nenes que mostren dificultats o retards lleus en el seu desenvolupament –no gategen a temps, no parlen a temps, etc.–, així com totes aquestes “noves” patologies mencionades. Sorgeix així tot un saber especialitzat en el desenvolupament dels infants encarregat de determinar què és normal i que no ho és, a establir una línia entre normalitat i patologia, amb la subseqüent definició dels símptomes, mètodes de diagnosi i de tractament d'aquests trastorns<sup>6</sup>. I com és

---

<sup>5</sup> ***Aumentan en España los trastornos de conducta en menores durante la crisis económica:*** “La crisis económica también ha tenido un impacto en el comportamiento de niños y adolescentes, ya que en los últimos años se ha detectado un aumento significativo de diagnósticos de trastornos de conducta en menores, según los resultados de un informe del Hospital San Joan de Déu de Barcelona, en colaboración con Laboratorios Ordesa.” – **La Vanguardia 27/01/2016. Com més crisi, més nens amb problemes de conducta:** “La falta de límits i els problemes econòmics, darrere de l'augment dels trastorns de comportament.” – **ara.cat 28/01/2016**

<sup>6</sup> ***Detectar problemas de conducta en niños y adolescentes:*** “El comportamiento agresivo o el desafío a las figuras de autoridad son algunos de los síntomas que alertan sobre un posible trastorno de comportamiento.” – **La Vanguardia 28/04/2015. Suport positiu de la conducta:** “El primer que pensem quan algú amb dificultats del desenvolupament mossega, crida, dóna cops de peu, dóna cops, llença coses a terra, molesta, etc. [...] Aquesta visió negativa de la conducta ens pot fer pensar que aquesta persona ho fa per provocar o molestar, la qual cosa ens genera sentiments d'enuig, irritació i tensió i, per tant, ens fa actuar i respondre amb crits, amenaces o càstigs. El suport conductual positiu (SCP) pretén

d'esperar, una extensa discussió sobre les causes d'aquests trastorns i comportaments desviats que poden afectar als infants<sup>7</sup>.

Arribats a aquest punt, resulta inevitable qüestionar-se si aquests diferents comportaments pels quals els pares són derivats a centres especialitzats han de ser entesos com a comportaments desviats o com a comportaments “naturals” en la infància, qüestionar-se com es determina que és “normal” i que és “patològic” en el desenvolupament dels infants. Aquesta preocupació deriva dels mètodes utilitzats en el tractament d'aquests trastorns, que passen, en la majoria de casos per la medicació dels infants. A manera de resum, podríem dir que ens trobem davant un comportament o grup de comportaments definits com a *anormals* o desviats, que representen un problema per part d'un segment de la població, així, la infància com a constructe social, es troba estretament lligada al saber mèdic especialitzat en aquest grup social que determina el que és normal i el què no en la conducta dels infants –cosa que es pot veure a través de l'augment de centres i experts especialitzats en les desviacions en aquesta etapa, com els CDIAPs–. Quan les formes prèvies o tradicionals de control social destinades a controlar les desviacions, passen a ser considerades com a insuficients o inacceptables, resulta probable que apareguin els controls mèdics, d'aquesta manera la medicina passa a fer-se càrrec de les desviacions en la conducta dels individus per tal de reconduir-les o pal·liar-les, establint els límits o marges de la noció de “normalitat” a través de la ciència – amb tota una sèrie de manuals i guies que legitimen el saber mèdic–. Així, per poder medicalitzar l’“anormalitat”, és necessari disposar d'alguna forma mèdica de control

---

que la nostra visió envers aquestes conductes en persones amb dificultats del desenvolupament canviï.” – **ara.cat 07/01/2016. Actuacions contra els problemes de conducta dels infants:** “Aplicar una teràpia psicològica, introduir canvis d'hàbits i la suplementació amb omega-3 són les mesures més emprades pels pediatres per abordar els problemes de conducta en nens. Aquesta és una de les principals conclusions de l'*Estudio Época* impulsat per Laboratoris Ordesa amb l'objectiu d'analitzar l'impacte dels problemes de conducta en la salut i la qualitat de vida dels menors i les seves famílies.” – **ara.cat 12/01/2016.**

<sup>7</sup> **El comportament s'hereta?:** “L'epigenètica, l'altra cara de la genètica, ens obre avui la possibilitat de comprendre com podem heretar les conseqüències d'errors educatius greus dels nostres avantpassats. Davant la pregunta: Un estil educatiu condicionat per un entorn familiar, escolar o social equivocat i que es mantingui causant trastorns de salut mental en els fills, pot afectar genèticament també els seus descendents?” – **ara.cat 17/11/2014. Los niños fumadores pasivos tienen más riesgo de desarrollar TDAH:** “Más de un 10% de los menores españoles están expuestos al humo del tabaco en sus hogares.” – **La Vanguardia 14/04/2015.**



social, a la vegada que una idea de normalitat compartida entre tota una sèrie d'institucions que treballen de forma conjunta i que actuen com a reguladors de les desviacions, normalitzant-les. Tot i que, almenys en les societats occidentals, per tal que el procés de medicalització del comportament sigui efectiu, és necessària l'existència d'algunes dades orgàniques sobre la font del "problema", però no podem oblidar que la noció de normalitat és subjectiva i està lligada al context, i aquestes causes orgàniques solen ser resumides en factors de risc, convertint-se així en dades ambigües que suposen que el comportament "anormal" està causat per una dificultat orgànica. La jurisdicció mèdica s'expandeix d'aquesta manera, buscant solucions mèdiques a problemes aparentment socials i actuant així com a mecanisme de control social i deixant de banda que la normalitat implica criteris d'ordre moral i d'ordre polític, criteris que donen peu a reflexionar sobre com es conceptualitza la infància i com són conceptualitzats els *problemes* vinculats al comportament dels infants.

## **2. Problemàtica i objectius**

Per la realització del Treball de Final de Grau (curs 2014-2015) vaig assistir a algunes de les reunions del Grup de Conducta del Tris-Tras, el CDIAP de Vic, un grup que va sorgir com a conseqüència de les demandes dels pares; destinat a pares que, tot i que tenen fills que no estaven diagnosticats de cap patologia, tenien problemes a l'hora de criar-los o consideraven que aquests presentaven algun(s) problema(s). De manera que es reunien cada 15 dies – durant cinc sessions en total– per parlar d'aquestes qüestions amb la supervisió d'una de les psicòlogues del centre. La majoria d'aquests pares ja havien assistit al centre de forma individual, però assistir al grup els permetia discutir entre ells amb llibertat de qüestions de les quals no parlarien en un altre context, ja que compartien una sèrie de preocupacions respecte als seus fills. El grup estava organitzat de forma que la psicòloga només intervenia puntualment, permetent als pares ser els qui realment s'explicaven entre ells la seva situació i intercanviaven consells, donant-se un marge de 15 dies entre sessions per tal de poder aplicar tot allò que es posava en comú en una sessió i comentar-ho en la següent.

A través de l'assistència com a observadora a tres de les cinc sessions grupals, vaig poder adquirir una idea general del funcionament del grup i una definició de la idea de normalitat que s'hi construïa. En definitiva, en assistir com a observadora a aquestes sessions pretenia determinar com s'establí la “normalitat” dins aquest grup, el què aquests pares consideraven normal i el que no en la conducta dels seus fills. Entenent la “normalitat” com a un concepte molt arbitrari, en consonància amb el que entén S. Wright com a concepte de cultura, *“como un proceso conflictivo de construcción de significado.”* (2004:131). És a dir, entenent el grup com a un espai on, a través de les dinàmiques que s'hi establien, s'imposava una definició de normalitat acceptada tant per part dels pares com per part de la psicòloga, centrant-me en el funcionament del grup al voltant d'una idea de normalitat compartida. I en el com aquesta idea no només es quedava dins el grup, com a teoria, sinó que es convertia en una sèrie de pràctiques, en accions, que es duïen a terme en l'àmbit familiar, comentades i discutides en noves sessions. El grup entès com a espai social, actua com a un mecanisme de transmissió cultural i a la vegada com a agent normalitzador pels pares que hi assistien, cosa que permet que aquests mantinguin un determinat ordre social – un conjunt d'idees, valors i normes –, tant dins el grup com fora d'aquest, a través de la interiorització de determinades maneres de pensar, sentir i actuar, en vers la conducta dels seus fills. Idees lligades a un ordre institucional. Així, es pot veure com el grup actua com a part d'un dispositiu global

dins la nostra societat. A la vegada, el fet que el centre ja no només atengui a infants diagnosticats d'alguna patologia, sinó que també atengui, cada cop més, a nens que presenten dificultats en la criança i a les seves famílies, reafirma la idea que aquestes són conductes desviades que cal tractar. Fent entendre als pares que les seves preocupacions a l'hora de criar als seus fills són el resultat d'unes conductes que surten de la normalitat establerta, reproduint així visions que són coherents amb les estructures de poder globals hegemòniques en la nostra societat.

A partir de les dades obtingudes en aquesta recerca anterior, les entrevistes realitzades al personal dels centres visitats per a la realització d'aquesta nova investigació, i les memòries consultades dels centres<sup>8</sup>, es pot observar com la demanda de centres com aquests ha augmentat molt en els últims anys. El nombre d'infants que assisteixen als centres ha augmentat significativament en els últims anys, per posar un exemple, en el CDIAP de Vic –que és el centre del que dispo de més dades estadístiques– es pot veure clarament com, des de l'obertura del centre l'any 1982 fins a l'actualitat, tant el nombre de nens, com el motiu de consulta dels pares i com el tipus de diagnosi que es fa, han presentat canvis notoris –doblant el nombre de participants en tan sols 6 anys d'activitat<sup>9</sup>–. Les dificultats que un infant pot presentar en el seu desenvolupament i que necessiten ser tractats<sup>10</sup> han augmentat. En un inici els centres només tractaven infants que presentessin una discapacitat, actualment però, es diagnostiquen i tracten tot tipus de dificultats o necessitats que els infants puguin presentar relacionats amb la conducta d'aquests: les dificultats de comunicació i de mobilitat, com és el cas dels nens als quals els és difícil aprendre a gatejar, caminar o agafar objectes, i d'altres. A la vegada que es fa un seguiment dels infants amb l'objectiu de realitzar una tasca preventiva. Està clar

---

<sup>8</sup> Considero important remarcar que no tots els centres que he visitat disposaven de memòries anuals, i en el cas dels que sí, no tots m'han permès consultar-les. Les dades aquí exposades fan referència a les dades a les quals he tingut accés, ja que considero que, de forma general, tots els centres visitats segueixen una mateixa línia.

<sup>9</sup> Des del 2006, on van accedir un total de 339 infants en tot l'any, el nombre ha augmentat considerablement, arribant a l'any 2012 a acollir un total de 682 nens i nenes i l'any 2013 un total de 749 infants en tot el centre. Podem observar com hi ha hagut un creixement mitjà del 12,36% dels nens que reben atenció en aquest centre. Creixement que no s'ha aturat segons la informació de les entrevistes.

<sup>10</sup> Tot i que els motius de sol·licitud als centres estan estretament relacionats amb les diferents etapes evolutives dels infants, segons mostren les memòries dels centres, la gran majoria d'aquests accedeixen generalment als centres en primer lloc per problemes en la parla de l'infant, en segon lloc per problemes de desenvolupament motriu i, en tercer lloc, per problemes d'atenció i/o conducta.

que la població ha augmentat, però actualment hi ha moltes més conductes que són considerades problemàtiques en comparació amb anys anteriors. Els grans augments de nens que pateixen TDA/H (Trastorn de Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat), i els que pateixen TEA (Trastorn de l'Espectre Autista) o TOC (Trastorn Obsessiu Compulsiu), excloent els casos més greus, indiquen que els límits de la normalitat són cada cop més estrets. Tots aquells nens que no entrin dins del perfil d'allò que és considerat normal en la nostra societat, com aquells massa moguts o aquells que són massa tímids, són derivats a centres especialitzats com als CDIAPs per tal de rebre tractament per corregir aquestes desviacions en la conducta.

Es podria dir que cada cop hi han més conductes considerades problemàtiques, però són els marges de la normalitat els que es fan més estrets, o bé realment les tècniques de diagnòstic són cada cop millors i permeten filar més prim i diagnosticar patologies abans desconegudes? Com distingir un comportament normal d'un comportament patològic? Quin llindar, quina freqüència, quina distància els separa? En relació a quins criteris de selecció i diagnosi? Està clar que hi ha nens que tenen dificultats, però fins a quin punt aquestes dificultats han de passar per un diagnòstic clínic? En altres paraules, són aquestes dificultats o problemes que tenen els infants, patologies de caràcter biològic o, per contra, el que passa és que es naturalitzen determinats comportaments transformant problemes socials en problemes biològics? Amb la intenció d'aprofundir en la recerca anterior, aquesta investigació té com a objectiu l'anàlisi dels sentits que adquireixen les diferents conductes infantils per als professionals del sector especialitzats en la petita infància. Centrant-me en els professionals i el seu discurs en relació als Trastorns de Conducta, pretenc determinar com aquests construeixen una noció de normalitat compartida –de la mateixa manera que ho feien els pares del Grup de Conducta–. En altres paraules, analitzar els processos de categorització dels comportaments infantils en normals i anormals, tenint en compte les variacions interpersonals dels actors socials en funció de la seva posició social, en tant que donen lloc a diferents representacions.

### **3. Metodologia utilitzada**

Per tal de dur a terme aquesta investigació, s'analitzen els discursos terapèutics de diferents professionals que participen en el procés de derivació, diagnòstic i tractament dels infants que tenen Trastorns de Conducta, així com les seves experiències i opinions en relació a aquest procés. Tot això a través de les diverses entrevistes realitzades a un total de set informants. Al mateix temps, per tal de complementar les dades obtingudes durant les entrevistes –dades referents a l'activitat dels centres–, alguns dels centres visitats van possibilitar la consulta de les memòries anuals publicades de cada centre on es mostren les xifres referents als usuaris d'aquest servei, que permeten una visió general de l'evolució dels centres pel que fa als infants atesos i el motiu de l'atenció entre d'altres.

Respecte al perfil dels informants<sup>11</sup>, quatre d'ells són psicòlogues que treballen en centres especialitzats en el desenvolupament infantil, sigui en CDIAPs o en centres privats, de manera que s'encarreguen del procés de selecció, diagnosi i seguiment dels infants que requereixen atenció, siguin infants amb Trastorns de Conducta o infants amb qualsevol altre tipus de trastorn que requereixi atenció psicològica. També he entrevistat a un neuropediatre encarregat de realitzar derivacions d'infants a aquest tipus de centres i una neuropsicòloga especialitzada en Trastorns de Conducta. A la vegada que una fisioterapeuta, que tot i no tractar infants amb trastorns de caràcter psicològic, realitza diagnòstics i valoracions dels infants que acudeixen al centre on treballa, derivant-los, si és necessari, a les psicòlogues del seu equip. De la mateixa manera que en el procés de derivació, diagnòstic i seguiment dels infants hi participen professionals de diferents àmbits per tal d'obtenir una visió interdisciplinària i global d'aquests, per dur a terme aquesta

---

<sup>11</sup> Per veure en més detall el perfil dels informants, consultar l'annex 1. Aprofito per senyalar que els noms reals dels informants han estat modificats per mantenir-ne l'anonimat a petició d'aquests, de la mateixa manera que no revelo els centres en els quals treballen, que a part de revelar a quin sector pertanyen, n'he obviat els noms. A diferència del TFG, on la recerca es va dur a terme en un sol centre, centrant-se en el funcionament d'un dels grups de pares i, per tant, resultava apropiat revelar el nom del centre i es va acordar amb les informants que no els molestava que utilitzés els seus noms. Aquesta investigació no s'ha realitzat en un únic centre, sinó que he entrevistat diferents informants de diversos centres de Barcelona, centrant-me en els discursos d'aquests, sense entrar en detall sobre les polítiques de cada centre en particular. D'aquesta manera, considero que resulta irrellevant revelar la identitat dels informants, per tal d'evitar que aquests siguin concebuts com a "representants" d'un centre en concret, ja que poden no estar d'acord amb alguns aspectes del funcionament dels centres on treballen. Prefereixo que s'entenguin els informants no com a part d'un centre particular, sinó com a part d'un dispositiu global major: La xarxa de centres i sectors especialitzats en la petita infància.

recerca, on el que s'analitza és el discurs terapèutic d'aquests professionals, he intentat englobar al menys un professional de cada àmbit que intervé en aquest procés. Amb la idea de mostrar i comparar tot el ventall de mirades que es posen sobre els infants, donant valor, precisament a les petites similituds o diferències entre els seus discursos<sup>12</sup>.

Les treballadores del CDIAP Tris-Tras de Vic, ja les coneixia de la realització del Treball de Final de Grau dut a terme exclusivament en aquest centre, i a través d'elles he pogut accedir a altres centres i contactar amb professionals del sector. Considero important senyalar que la introducció en aquest camp d'estudi no m'ha resultat fàcil; tot i intentar contactar amb tot tipus de centres i fundacions especialitzades en el desenvolupament dels infants pel meu compte, la majoria de centres del sector no han estat interessats a participar en el meu projecte, sent així que la forma més efectiva de trobar informants ha estat contactar amb ells directament a través dels contactes que he anat realitzant durant la investigació, és a dir, en comptes d'adreçar-me al centre, contactar amb ells de forma personal, més enllà del centre on treballen. La majoria d'entrevistes s'han dut a terme al lloc de treball dels informants –a petició d'aquests–, i totes han estat gravades i degudament transcrites, la duració d'aquests ha estat condicionada en funció de si aquests es trobaven dins el seu lloc de treball i/o en el seu horari laboral.

Aquest treball es basa en l'entrevista en profunditat, utilitzada com a medi d'interacció i observació dels discursos i pràctiques dels informants. La investigació se centra en el discurs i experiències dels professionals especialitzats en infants, a qui van dirigides les preguntes de recerca, no en els infants. Així, s'analitza la conducta dels infants des de la perspectiva dels informants, a través dels significats i definicions socialment adquirits per aquests, lligats a l'ordre institucional d'una societat que es manté a través de processos de socialització i transmissió cultural que permeten la incorporació d'uns valors específics. D'aquesta manera, l'entrevista resulta la tècnica idònia per a l'objectiu d'aquesta recerca, ja que permet als subjectes descriure la seva pròpia realitat i pràctiques, a la vegada que justificar-les i dotar-les de significat.

---

<sup>12</sup> Destaco que existeixen dues grans línies de trançament dels infants diagnosticats amb trastorns mentals: Conductista i psicoanalista, de manera que moltes de les contradiccions entre discursos de diferents informants, responen a les diferències de conceptualització d'aquestes línies, explicades amb més detall en el cos del treball.

#### **4. Estat de la qüestió**

Des de la disciplina antropològica, sobre infants diagnosticats amb Trastorn de Conducta en particular no s'ha treballat, de fet, cal recordar que l'antropologia no és famosa per posar els infants en el seu punt de mira, d'aquí la reflexió de M. Mead sobre el seu marit «*Reo decidió que él se ocuparía de la cultura y me dejaría la lengua, los niños y las técnicas.*» (1977:210). De fet, l'Escola de Cultura i Personalitat és el corrent que més ha abordat la infància dins l'antropologia des de conceptes de la infància lligats a la noció de "socialització", amb l'objectiu de mostrar com l'individu es transforma en el que el medi vol que sigui. El que si s'ha treballat més en antropologia, és el TDA/H (Trastorn de Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat), sent així que la línia d'articles fets sobre el tema és argumentar que el TDA/H podria no existir com un trastorn, sinó més aviat com a un conjunt de conductes i comportaments infantils que han de ser interpretats dins el seu context cultural, com a part d'un fenomen sociocultural determinat (Anderson, 1996; Jacobson, 1999; McGinnis, 1997; Shrag; Divoky, 1975; Zuckerman, 2000). Però en general, els treballs d'investigació sobre aquest trastorn que més abunden són aquells fets des de disciplines com a Psicologia, la Pedagogia i la Medicina sobre la definició i abordatge d'aquest trastorn. El mateix passa en el cas dels Trastorns de Conducta, treballats i analitzats quasi exclusivament des d'una perspectiva psicològica, màxim exponent de la qual és P. J. Frick<sup>13</sup>, expert en psicologia clínica i, concretament, en el diagnòstic dels Trastorns de Conducta.

De totes maneres, la conceptualització del TDA/H com la manera contemporània de significar la dispersió i, en un nivell més ampli, la diversitat en les escoles, que adopten la majoria d'articles d'antropologia dedicats el tema, és extrapolable als trastorns relacionats amb la conducta en el que se centra aquesta investigació. La dispersió o la falta d'atenció en els infants, és vista per la majoria de disciplines com a una diferència del grau de desenvolupament evolutiu dels infants, així adquireix el caràcter de patologia o de problema d'aprenentatge. Així, molts antropòlegs, relacionen la problemàtica del TDA/H amb pràctiques pròpies de l'escolarització, fonamentades en una suposada homogeneïtat de la categoria d'infància, cristal·litzades en la divisió per graus i la construcció de normativitats i normalitat a través dels sabers pedagògics (Baquero, 2009; Leavy, 2013). De fet, el

---

<sup>13</sup> Amb articles com: FRICK, P. J. (2001) Conduct Disorder: Recent research and implications for serving children and adolescents in the juvenile justice system. University of New Orleans: Department of Psychology.

TDA/H i el TdC (Trastorn de Conducta), des d'aquesta perspectiva, no estan tan allunyats l'un de l'altre, els dos tenen entrades similars en el DSM –o Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals, publicat per l'Associació Americana de Psiquiatria–, i són equiparables si entenem aquests trastorns com a maneres de conceptualitzar la normalitat i l'anormalitat en el comportament infantil. Així doncs, el TdC és qüestionable, igual que ho és el DSM, en la mateixa mesura que ha estat qüestionat el TDA/H i la influència del DSM en el seu diagnòstic (Bianchi, 2012).

L'associació entre el TDA/H i el nen “maleducat” que fan molts autors (Leavy, 2013), reconceptualitza el TDA/H com a categoria del sentit comú (Gramsci, 1975), i condensa els significats de desobediència, falta de respecte cap als “altres”, incompliment de normes dins i fora de l'espai escolar, entre d'altres (Leavy, 2013: 638). Considero que el TdC es pot abordar, tal com s'ha fet amb el TDA/H, com a unes determinades conductes concebudes com a desviades i impròpies dels infants, dins i fora l'escola, però sobretot dins l'escola, i que el personal docent vincula a la falta de límits per part dels pares i mares, o a algun altre factor, associant les conductes dels nens amb aquests trastorns a les dels alumnes “maleducats” (ibíd.). El que pretenc senyalar, és que tot i la manca de bibliografia sobre els Trastorns de Conducta, les idees aportades per articles sobre el TDA/H són fins a cert punt extrapolables a aquest tema. De manera que, igual que altres trastorns en infants, la conceptualització del TdC, té molt a veure amb la noció de “mala conducta” i amb el discurs sobre què està bé i el que no, entenent el que està bé com a moralment correcte, com a “normal”: esperar el teu torn, respectar els límits, acatar ordres. Si l'infant es comporta correctament, no li passa res, no té cap patologia o trastorn. En el TDA/H, el discurs pedagògic construeix una normativitat sobre com s'ha de comportar l'infant, al mateix temps que alimenta representacions socials sobre com haurien de ser els nens i les nenes (Leavy, 2013:684), i considero que no és diferent del que passa amb els Trastorns de Conducta.



## **5. Marc teòric**

### **5.1 Definint la *normalitat***

Per poder definir la *normalitat* i els límits d'aquesta en la conducta dels infants, és a dir, el quines són aquelles conductes que són considerades normals o acceptables en infants, quines no ho són, i el motiu pel qual es consideren així, cal primer de tot plantejar què s'entén per *normalitat*. Tal com apunta Carlota Gallén (2006), l'anàlisi de la noció de *normalitat* no es pot desvincular de l'anàlisi de l'alteritat, és a dir, de l'anàlisi dels processos de creació d'identitat. Les identitats sempre són relacionals i impliquen relacions de poder, l'establiment de jerarquies. És a través d'aquests contrastos que les identitats *substancialitzades* imaginem fronteres fixes i delimitades que, en teoria, delimiten societats homogènies, és a dir, que perquè pugui existir un "nosaltres" primer ha d'existir un "ells" (Grimson, 2008). Així, és tot el que se li oposa el que fa possible la identitat "[...] tot allò que s'estén a l'altre costat dels límits de qualsevol *nosaltres* social." (Gallén, 2006:11). D'aquesta manera, l'alteritat en tant que constructe social, està lligada a les classificacions dels individus, inherents a la formalització d'un pensament col·lectiu. Mary Douglas (2007) senyala que, com a individus, de tots els estímuls que percebem, seleccionem únicament aquells que ens interessin, i els nostres interessos estan regits per la tendència a crear configuracions conegudes com a *schema* (2007:54). En altres paraules; en percebre objectes construïm configuracions en les quals objectes tenen formes conegudes i se'ls assigna un nom, de forma que la següent vegada que són percebuts són fàcilment ordenats dins les configuracions, així, qualsevol cosa que percebem és quelcom preseleccionat i organitzat en l'acte de percebre.

En tant que els individus no viuen aïlladament, la cultura, a través dels valors establerts, actua com a intermediària en les experiències dels individus, preestableix algunes categories bàsiques per a tots els individus que operen com a esquemes d'apreciació, percepció i acció, en els quals certs valors i idees estan ja ordenats de forma més o menys rígida (Douglas, 2007:59). Valors i idees que no són absoluts, sinó que indiquen situacions respectives, és a dir, que no existeixen per si sols, sinó que neixen en oposició a uns altres; «*El universo entero se divide en dos mundos contrarios donde las cosas, los seres y los poderes se atraen o repelen, se implican o excluyen, según graviten uno u otro de los dos polos.*» (Hertz, 1909:113). És doncs, en percebre objectes o idees anòmales, que els límits de les classificacions preestablertes dels que les anomalies no formen part es clarifiquen. Tots els

elements rebutjats pels sistemes ordenats resulten així de la reacció que condemna qualsevol objecte o idea que tendeixi a confondre's o a contradir-se amb els sistemes de classificació d'una societat (Douglas, 2007:59). Partint d'aquestes idees, l'alteritat, en tant que oposició a la noció de *nosaltres*, no integra la diferència, Émile Durkheim i Marcel Mauss (1996) apunten que la producció social de l'alteritat implica inevitablement ordenar i separar tant individus com grups socials, cosa que a la vegada implica disposar-los a partir de relacions d'inclusió i exclusió, és a dir, l'alteritat esdevé en la majoria de casos, sinònim d'inferioritat i opera a partir d'un sistema de representació que assigna als considerats estranys un seguit de trets diferencials negatius, els quals «[...] poden ser completament fantasiosos i que, paradoxalment, troben en aquesta naturalesa imaginària la clau de la seva irrevocabilitat.» (Gallén, 2006:12). És per aquest motiu que els sistemes de classificació actuen com a instruments de poder i de control, són, en paraules de Pierre Bourdieu; «[...] *principios de división inseparablemente lógicos y sociológicos que, al producir unos conceptos, producen unos grupos, los mismos grupos que los producen y los grupos-control que se producen.*» (1988:490). Les classificacions actuen doncs, com a mecanismes normalitzadors que treballen homogeneïtzant i dotant de coherència tant la percepció com el pensament que es troben a la gènesi mateixa de tota forma d'identitat (Gallén, 2006:14).

«Tenim així que totes les taxonomies [...] haurien de ser contemplades com a exsudats del poder polític o/i de les majories socials i el seu destí consistiria a justificar, legitimar, explicar, per, al capdavall, acabar aplicant formes de vigilància i control sobre sectors humans prèviament inferioritzats.» (ibíd.:15).

Seguint aquesta línia, E. Goffman (2006) senyala que una de les característiques més importants d'aquesta inferiorització, recau en què aquesta és naturalitzada per l'individu, en paraules de l'autor: «[...] *el individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros*» (2006:17). Dit d'una altra manera, el nom crea el grup que anomena, el naturalitza, el dota al mateix temps d'atributs i d'atribucions (Gallén, 2006:15). Podríem dir doncs, que les classificacions i les nominacions inherents a aquestes, actuen en certa manera de forma performativa<sup>14</sup>, ja que els actors socials es pensen a ells mateixos –i als

---

<sup>14</sup> Entenent la *performativitat* en termes de J. L. Austin (1962) quan parlava d'enunciats performatius; anunciats dotats de la capacitat de referir-se a una entitat que ell mateix constitueix, com un acte performatiu, que efectivament realitza un acte (Aguilar, 2007) Un enunciat que en descriure un estat de les coses té un valor de veritat determinat o determinable a través de l'experiència (Recanati, 1981:77).

altres— en relació a la posició social que ocupen en un moment i espai social determinats. D'acord amb el que senyala P. Bourdieu (2005), per cada una de les posicions dins un camp hi ha una determinada distribució de capitals<sup>15</sup> que es manifesta com a un determinat catàleg de “drets” i “deures” que condicionen la posició, el comportament, les decisions i la capacitat d'influir dels individus dins un determinat espai social. D'aquesta manera, l'*habitus* –esquemes de pensar, sentir i actuar, associats a la posició social dels agents-actors<sup>16</sup>– actua com a punt de partida per explicar la trajectòria de la individualitat, és a dir, per entendre els esquemes de codificació dels individus (Bourdieu, 1985). Així doncs, el fet de classificar a una persona en una categoria determinada, fa que aquesta es pensi a ella i construeixi la seva identitat en relació a la categoria en la qual és encasellada.

La classificació dels individus actua així com a estri per a la dominació, ja que els dominats reben d'ells mateixos la imatge d'éssers que han de ser realment sotmesos per causa de mancances, excessos o desviacions que els aparten de la normalitat que aquells que dominen encarnen (Gallén, 2006:15). Per tant, les classificacions actuen com a mitjà a través del qual es traça una línia entre el que és acceptable i el que no és acceptable pels individus, és a dir, entre el que és normal i el que no ho és. Tal com senyala Émile Durkheim (1997), la normalitat i l'anormalitat no poden establir-se d'una manera absoluta, així doncs, són conceptes amb una gran implicació moral i ètica, que deriven de la concepció del *bé* i del *mal* d'una societat. Émile Durkheim va ser un dels primers teòrics a abordar les funcions socials desviació o anormalitat i per tant, un dels primers a definir la noció de *normalitat*. L'autor proposa unes regles relatives a l'explicació dels fets socials establint relacions de causalitat en els fets socials per tal de comprendre la realitat social. En manifestar aquestes les necessitats que treballen la societat (1997:146),

---

<sup>15</sup> El capital és allò que és eficient en un camp determinat i que, per tant, permet al seu portador exercir un poder, una influència i d'aquesta manera existir en un camp determinat. En el treball empíric, determinar que és el camp, quins són els límits d'aquest, i determinar quines espècies de capital actuen en ell i dins quins límits actuen els seus efectes, són una mateixa cosa, ja que les nocions de capital i de camp són interdependents. (Bourdieu, 2000; Bourdieu, 2005).

<sup>16</sup> L'*habitus* contribueix a construir el camp com a món significatiu, dotar-lo de sentit i de valor per als seus participants. Tal com exposa P. Bourdieu en *Habitus* (Bourdieu, 1990), l'*habitus* és quelcom que s'ha adquirit, però que s'ha encarnat de manera durable en el cos dels individus en forma de disposicions permanents, lligat, per tant, a la història individual. L'*habitus* doncs, fa que reproduïm les condicions socials de la nostra pròpia producció, però de manera relativament imprevisible, és a dir, és la capacitat de crear pràctiques, discursos o obres tot i que no és innata, sinó històricament constituïda i funciona de manera sistemàtica, de manera que és també adaptació, i s'ajusta constantment al món que ens rodeja.

un fet social només pot ser explicat per un altre fet social<sup>17</sup>. Tots els fets socials, exposa, presenten formes patològiques que resulta necessari analitzar (Durkheim, 1993:151, vol. II), així aquest autor entén la sociologia com el mitjà de producció teòric per determinar el que és normal i el que és patològic des del punt de vista d'una societat, allò socialment "sa" i desitjable per als individus, i allò socialment "malalt" i indesitjable per als individus.

*«La observación, conducida según las reglas anteriormente indicadas, confunden dos órdenes de hechos, muy desemejantes en ciertos puntos; aquellos que son todo lo que deben ser y aquellos que debieran ser muy diferentes de lo que son, los fenómenos normales y los fenómenos patológicos.»* (Durkheim, 1997:71).

Tant per les societats com pels individus, la salut és bona i desitjable, al contrari, la malaltia és quelcom dolent que ha de ser evitat. Però per distingir de forma objectiva i científica la salut de la malaltia, únicament es pot fer a través d'indicacions generals, és a dir, l'estat de salut no pot ser encarnat per un sol subjecte individual, sinó que s'estableix en relació a les circumstàncies més comunes: Indicacions generals que actuen de referència per tal de modificar la conducta, per ser tractada i orientada de forma individual en cada cas particular. Si entenem la malaltia com a *«[...] algo evitable que no está implicado en la constitución regular del ser viviente. [...] Aun en las de más gravedad, las consecuencias son poco temibles si sabemos luchar contra ellas con las armas de que disponemos.»* (Durkheim, 1997:74). Podem afirmar que *«[...] la enfermedad nos obliga sencillamente a adaptarnos en forma distinta que la mayoría de nuestros semejantes.»* (Durkheim, 1997:75). Així el que determina l'existència d'una malaltia és la pertorbació del funcionament normal de les funcions, en aquest cas, de l'organisme, cosa que només resulta possible si s'ha establert amb anterioritat en què consisteix l'estat "normal".

Per a E. Durkheim, per tal de determinar l'estat normal d'un fenomen, sigui aquest biològic o sociològic, s'ha de tenir present que tot fenomen pot presentar-se de formes diferents segons el cas estudiat; pot presentar-se de forma general, és a

---

<sup>17</sup> La premissa de l'autor és que cal *«[...] considerar los hechos sociales como cosas.»* (1997:45), com a coses socials en tant que són un producte de l'activitat humana. Coses que tenen com a missió posar en pràctica determinades idees, innates o no, que acompanyen a les relacions dels actors socials entre si (ibíd.:47) i que, per tant, formen un conjunt de regles que determinen d'una manera efectiva la conducta (ibíd.:55), d'aquesta manera l'autor planteja que els fenòmens socials han de ser estudiats per si mateixos, és a dir, deslligats dels subjectes conscients que els representen; estudiar-los objectivament, com a coses exteriors, com a motlles que donen forma a les nostres accions (ibíd.:56).

dir, si no en la totalitat dels individus, si en la gran majoria, i encara que no sigui de forma idèntica, les variacions que presenta entre individus, són mínimes. Però també pot presentar-se de forma excepcional, és a dir, que no només es presenti en una minoria d'individus, sinó que també ho faci de forma temporal en la vida dels individus, essent temporals doncs, tant en el temps com en l'espai. Podem distingir per tant, dues varietats de fenòmens; normals i patològics, respectivament (1997:77-78). Seguint aquesta definició, els fenòmens normals es confondrien amb la mitja –el tipus mitjà– i tota desviació d'aquest tipus mitjà, suposaria una patologia. En conseqüència, un fet només pot considerar-se patològic en relació a una categoria establerta. Les condicions de salut o malaltia, com les nocions de normal o patologia, no poden definir-se en abstracte i d'una manera absoluta, així, no es pot oblidar que el que és normal per una societat o un grup social –d'edat per exemple– no té per què ser-ho per un altre. Tampoc es pot oblidar que de la mateixa manera que la salut és part de la naturalesa dels organismes o, tal com apunta E. Durkheim, de la naturalesa de les coses, també ho és la malaltia.

Podem resumir, doncs, que els fenòmens normals, són aquells caracteritzats per la generalitat (Durkheim, 1997:80). El caràcter normal dels fenòmens s'ha d'analitzar en relació a les seves raons, és a dir, es buscaran, per tal de determinar si un fenomen és normal o no, les causes o raons que han fet que aquest sigui generalitzat, així es podrà veure si aquest està «[...] *necesariamente implicado en la naturaleza del ser.*» (ibíd.:81), de no ser així, si les condicions que van originar el fenomen ja no es donen i, per tant, es tracta només d'un hàbit que han adquirit els actors socials, es pot considerar, afirma l'autor, que el fet no té per què ser normal, sinó que és patològic, per universal que sigui, cosa que implica que un fet només pot ser considerat normal en tant que útil i/o necessari. Seguint aquesta lògica, la salut podria ser confosa amb la malaltia, en tant que les dues són quelcom natural en els organismes, però la malaltia es diferencia de la salut en tant que no manté relació amb el tipus mitjà. L'autor exemplifica aquestes idees a través del crim com a fenomen de caràcter patològic indiscutible per a moltes ciències: El crim s'observa en totes les societats, en formes diferents i a través d'actes que no són considerats a tot arreu com a crims, però sempre i a tot arreu hi ha hagut conductes que han fet necessàries repressions de tipus penal. El crim, no només no disminueix al llarg de la història de la humanitat, sinó que augmenta, cosa que indicaria, contràriament a l'opinió dels criminòlegs, que el crim és quelcom normal en les societats, ja que està lligat a les condicions de tota vida col·lectiva (Durkheim, 1997:86).

*«Hacer del crimen una enfermedad social, equivaldría a admitir que la enfermedad no es algo accidental, sino que, por el contrario, deriva en ciertos casos de la construcción fundamental del ser vivo; sería borrar toda la distinción entre lo fisiológico y lo patológico.» (ibíd.:86).*

Així, “patològic” seria que existís un excés de criminalitat en un espai temps determinat, però no ho seria en absolut l’existència de criminalitat en una societat. Aquestes afirmacions equivalen a pensar que el crim constitueix un factor de salut pública, una part integrant de tota societat “sana”, però això és precisament el que exposa l’autor. Una societat sense crim és “impossible” si definim el crim com a un acte que ofèn a determinats sentiments col·lectius, dotats d’una energia i d’una fermesa particulars. En conseqüència, per tal que en una societat no existís el crim, seria necessari que els sentiments que ofenen als actors socials es trobessin per igual en totes les consciències individuals, sense cap excepció. Però encara que això passés, el crim no desapareixeria, simplement canviaria de forma, ja que en sortirien de noves (Durkheim, 1997:86-87). És a dir, el grau d’ofensa augmentaria en els actes no considerats criminals fins llavors, que es tornarien criminals, faria falta, perquè no existís el crim, que tots els individus compartissin una determinada consciència moral de tal manera que no hi hagués possibilitat d’ofendre als altres: *«Para que desaparecieran los asesinos, sería necesario que el horror de la sangre derramada fuera mayor que el que produce en las clases sociales donde se reclutan los asesinos.» (ibíd.).*

En definitiva, seguint les idees d’aquest l’autor, el crim no només és normal, sinó que resulta necessari, ja que està lligat a les condicions fonamentals de la vida en societat, és per aquest motiu que resulta útil; en tant que és solidari és indispensable per l’evolució normal de la moral i del dret (1997:89). D’aquesta manera, les desviacions resulten funcionals, ja que contribueixen a consolidar els valors i normes culturals, essent una part indispensable del procés de creació i manteniment d’aquests, és a dir, la desviació reforça el sentiment de col·lectivitat dels individus i contribueix a definir els límits morals d’una societat. Podríem dir doncs, que la desviació no només resulta útil, sinó també és necessària per a una societat “sana”.

## **5.2 El poder de la norma**

Per a E. Durkheim, els fets socials són tots aquells actes independents a l’individu, aquells que existien amb anterioritat a aquest i que li han estat transmesos a través de l’educació. Podríem dir que són tots aquells drets i deures inherents al

rol social dels actors socials, i que funcionen de forma independent a l'ús que els actors socials en fan de forma individual, són per tant, maneres de pensar, sentir i actuar que existeixen amb independència a les consciències individuals (Durkheim, 1997:36). Dotats a la vegada d'una força imperativa i coercitiva a través de la qual s'imposen en l'individu, és a dir, s'afirmen a partir del moment en què intentem resistir-nos a ells: «*La conciencia pública impide todo acto que la ofenda, por la vigilancia que ejerce sobre la conducta de los ciudadanos y las penas especiales de que dispone.*» (ibíd.). La coerció, sigui directa o indirecta –ja que no per ser indirecta resulta menys efectiva– és el mecanisme a través del qual els individus es mantenen dins la norma: La consciència col·lectiva promou la cohesió del grup com a conseqüència de la repressió que implica, és a dir, que els individus desviats, que no pensen el mateix que els altres són fàcilment detectables, així els individus que no segueixen el pensament hegemònic d'una societat creen un gran sentiment de rebuig per part de la resta d'individus, els individus doncs, no es desvien per temor a la repressió social i d'aquesta manera es manté la solidaritat i la cohesió del grup (Durkheim, 1982; 1993, vol. II).

Seguint aquestes idees, Carlota Gallén exposa que mentre que les anomalies morals han de ser reprimides, condemnades i castigades, les minusvalideses, discapacitats, deficiències i altres formes *d'inferiortizació*, han de ser redreçades vers la norma en la mesura del possible o, com a mínim, alleujar-ne les conseqüències, és a dir, normalitzar-les a través de l'atenció, la cura o l'assistència –entre altres mecanismes– (Gallén, 2006:35). D'aquesta manera, «l'etiologia de la desviació no es troba en els comportaments anòmals, sinó en tasques d'etiquetatge de percentatges poblacionals com a *anòmals*» (ibíd.:41). El poder disciplinari, tal com exposa Michel Foucault (1995), és un poder que, en lloc d'excloure, té com a funció principal la de “*enderezar conductas*”, és a dir, la disciplina, fabrica individus, és la tècnica específica d'un poder que concep els individus a la vegada com a objectes i instruments del seu exercici (1995:175). Tal com exposa l'autor: «*Las disciplinas [...] reticulan un espacio que las leyes dejan vacío; califican y reprimen un conjunto de conductas que su relativa indiferencia hacía sustraerse a los grandes sistemas de castigo*» (ibíd.:183). D'aquesta manera, tots els sistemes disciplinaris funcionen com un petit mecanisme penal, que utilitza com a càstigs procediments subtils amb l'objectiu de fer penables les fraccions més petites de la conducta, a la vegada que donar una funció punitiva als elements en aparença indiferents de l'aparell disciplinari.

*«Me parece que uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX es aquel mediante el cual el poder –por así decirlo– se hizo cargo de la vida. Se trata de una toma de poder sobre el hombre en tanto que ser viviente, es decir de una especie de estatalización de lo biológico, o por lo menos, de una tendencia que conduce a lo que se podría llamar estatalización de lo biológico.»* (Foucault, 1992:247).

Segons senyala Foucault (1992), en els segles XVII i XVIII apareixen tècniques de poder centrades especialment sobre el cos, el cos individual. Es tracta d'aquells procediments a través dels quals s'assegurava la distribució espacial dels cossos individuals i l'organització –al voltant d'aquests– de tot un camp de visibilitat, juntament amb totes les tècniques gràcies a les quals es cuidava als cossos i es procurava augmentar-ne la força útil a través del treball, l'ensinistrament, etc., que són les tècniques de racionalització i d'economia d'un poder que s'aplicava de la manera menys costosa possible, a través de tot un sistema de vigilància, de jerarquia, d'inspecció, d'escriptura, de relacions<sup>18</sup>. En resum, es tractava d'una tecnologia disciplinària del treball instaurada a finals del segle XVII. (Foucault, 1992:250). Més endavant, durant la segona meitat del segle XVIII, apareix una tecnologia de poder no-disciplinària, en termes de Foucault *«No en el sentido de que ésta excluya la técnica disciplinaria propiamente dicha, sino en el sentido de que la incorpora, la integra [...]»* (ibíd.). Aquesta nova disciplina de poder no-disciplinària s'aplica a la vida, més que al cos dels individus, en altres paraules, el poder disciplinari procura regir la multiplicitat d'individus en tant que aquesta multiplicitat pot i ha de ser resolta en cossos individuals, als que es pot vigilar, ensinistrar, utilitzar i, eventualment, castigar. La nova tecnologia de poder no-disciplinària també es dirigeix a la multiplicitat dels individus, però la diferència recau en què aquesta multiplicitat es resumeix en una massa global, en processos conjunts que són específics de la vida –com els naixements, la mort, la producció o la malaltia–, i s'efectua no en direcció a l'individu-cos, sinó en direcció a l'individu-espècie, en el sentit de la massificació. És el que Foucault anomena bio-política de l'espècie humana (Foucault, 1992:251).

---

<sup>18</sup> Cal remarcar que en termes de Foucault, el poder no és quelcom que es divideix entre els que el retenen com a propietat exclusiva, i els que no el tenen i el pateixen. Més aviat és quelcom que circula i funciona en cadena (1992:39), no es troba localitzant en un lloc específic, no es troba en les mans d'algú en concret, no es tracta d'una riquesa o un bé. *«El poder funciona y se ejerce a través de una organización reticular. Y en sus mallas los individuos no sólo circulan, sino que están puestos en la condición de sufrirlo y ejercerlo [...]»* (ibíd.). Els individus són elements de la composició del poder, així que el poder no "s'aplica" als individus, sinó que es transmet a través d'aquests: l'individu és un efecte del poder i, al mateix temps, és un element de composició del poder.



Però no només es desplaça l'objecte d'intervenció del poder –del cos a la població– sinó que l'objecte del “crim”, allò sobre el que s'aplica la pràctica penal, també es modifica «[...] *la calidad, el carácter, la sustancia en cierto modo de que está hecha la infracción, más que su definición formal.*» (Foucault, 1995:25). Sota el nom de crims i delictes, se segueixen jutjant objectes jurídics definits pel Codi Legal, però també es jutgen passions, instints, anomalies, inadaptacions... es castiguen no només les agressions, sinó també les agressivitats, no només l'acte violent en si, sinó també les causes d'aquest, les motivacions que porten als individus a l'acte. Les explicacions d'un acte són maneres de classificar un individu, i les mesures de seguretat que acompanyen la pena, no estan tan destinades a sancionar la infracció, sinó a controlar l'individu, a neutralitzar el seu estat “perillós”, a modificar les seves disposicions delictuoses (ibíd.), a canviar l'individu i les seves motivacions.

«[...] *inscribir solemnemente las infracciones en el campo de los objetos susceptibles de un conocimiento científico, proporcionar a los mecanismos del castigo legal un asidero justificable no ya simplemente sobre las infracciones, sino sobre los individuos; no ya sobre lo que han hecho, sino sobre lo que son, serán y pueden ser.*» (ibíd.:26).

Els mecanismes de poder que emmarquen l'existència dels individus, s'adapten i s'apoderen dels aparells que s'ocupen de la seva vida quotidiana, la seva identitat, la seva activitat, dels seus gestos aparentment sense importància, i els vigilen (ibíd.:82). Així la justícia es torna més subtil i més fina, es divideix per englobar zones més estretes del cos social, per tal d'assegurar una millor d'aquest poder «[...] *repartido en circuitos homogéneos susceptibles de ejercerse en todas partes, de manera continua, y hasta el grano más fino del cuerpo social.*» (ibíd.:85). Això es pot exemplificar a través de la manera com la qüestió de la bogeria ha evolucionat en la pràctica penal<sup>19</sup>: la consideració del delicte varia si l'infractor es troba en estat de demència en el moment de l'acte, no és que no es pugui declarar a un individu a la vegada culpable i boig, però en com més boig, menys culpable és, i viceversa. Culpable, si, però per tancar-lo i cuidar-lo més que per castigar-lo, la sentència es modifica d'acord amb els suposats graus d'una malaltia o trastorn, el que implica inevitablement un judici de normalitat i anticipacions sobre el futur dels delinqüents (Foucault, 1995:27). No fa falta que parlem de bogeria, podem extrapolar aquesta explicació a la més petita desviació: «*La sentencia que condena o absuelve no es*

<sup>19</sup> Tal com fa Foucault a: FOUCAULT, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. México, D. F. : Fondo de Cultura Económica.

*simplemente un juicio de culpabilidad, una decisión legal que sanciona: lleva en si una apreciación de normalidad y una prescripción técnica para una normalización posible.»* (ibíd.). Les institucions subestamentals com les mèdiques o psiquiàtriques actuen com a jutges en aquest nou plantejament; són qui decideix en última instància si un individu és “perillós”, i quina és la millor manera de protegir-se d’ell, com intervenir per modificar-lo i si és preferible reprimir o curar, duen a terme, en definitiva, un “tractament medico-judicial”.

En el nou sistema penal –definit en els segles XVIII i XIX–, es jutgen no només els delictes, i el poder de jutjar ha estat transferit a altres institucions subestamentals no jurídiques que requalifiquen el saber. Existeix tot un nou règim de veritat i tota una nova multitud de papers en l’exercici de la justícia criminal. Es formen un saber, unes tècniques, uns discursos “científics” que s’entrellacen amb la pràctica del poder de castigar (Foucault, 1995:29). El cos es troba així immers en un camp polític, ens trobem davant la utilització econòmica del cos, en el que aquest no és útil si no és productiu i es troba sotmès, però ja no a través de mecanismes disciplinaris violents que actuen sobre el cos, sinó a través de mecanismes subtils de regulació que fan que els individus es mantinguin dins de l’ordre, *«[...] no castigar menos, sino castigar mejor; castigar con una severidad atenuada quizá, pero para castigar con más universalidad y necesidad; introducir el poder de castigar más profundamente en el cuerpo social.»* (Foucault, 1995:86). La divisió constant entre normal i anormal, a la que tots els individus estan sotmesos, permet l’existència de tot un conjunt de tècniques i d’institucions que s’atribueixen la tasca de mesurar, controlar i corregir als anormals. Aquesta divisió fa funcionar els dispositius disciplinaris i els mecanismes de poder que es disposen al voltant de l’anormalitat, per marcar-la i modificar-la (Foucault, 1995:203). Tots aquests principis es materialitzen en el *Panòptic* de Bentham al que fa referència l’autor, que és la figura arquitectònica que representa aquesta composició de marcar i modificar l’anormalitat a través de tècniques disciplinàries.

*«[...] en la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro una torre, ésta, con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tienen dos ventanas, una que da al interior, correspondiente a las ventas de la torre, y la otra, que da al exterior, permite que la luz atraviase la celda de una parte a otra.»* (ibíd.).

El Panòptic ha de ser entès, més que com un edifici en particular, com a un model generalitzable de funcionament, una manera de definir les relacions de poder amb la

vida quotidiana dels individus (Foucault, 1995:208). Sempre que ens trobem davant una multiplicitat d'individus als quals se'ls hagi d'imposar una tasca o una conducta, podrà ser utilitzat l'esquema del panòptic. L'arquitectura del Panòptic és bàsicament l'arquitectura perfecta per a una presó, ara bé, segons Foucault les tècniques de la institució penal es transporten al cos social sencer, entenent el panòptic com a un edifici transparent on l'exercici del poder és controlable per la societat sencera (ibíd.:211). Per Foucault, el poder de castigar de les institucions penals no és diferent del de curar de les institucions mèdiques o el d'educar de les institucions escolars, tots ells són, en definitiva, mecanismes que analitzen les distribucions, desviacions, series, combinacions, i que utilitzen instruments per fer visible, registrar, diferenciar i comparar. Ens trobem a pertot jutges de la normalitat: professors, metges, treballadors socials, etc. Que no només exerceixen el poder dins les institucions, sinó també a l'exterior d'aquestes –les escoles no només exerceix control cap als alumnes, sinó també cap als pares d'aquests–.

*«La “disciplina” no puede identificarse ni con una institución ni con un aparato. Es un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, implicando todo un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de metas; es una “física” o una “anatomía” del poder, una tecnología.»* (Foucault, 1995:218).

L'objectiu dels aparells disciplinaris doncs, és reduir tot el que no s'ajusta a la regla, tot el que s'allunya d'aquesta; les desviacions i, per tant, el càstig disciplinari és essencialment correctiu. Així, aquest mecanisme permet la classificació de les conductes i de les qualitats a partir de dos valors oposats com són el *bé* i el *mal*, de manera que tota conducta queda encasellada o bé en el camp de les bones conductes o en el de les males conductes, cosa que a la vegada permet una jerarquització i comparació de les unes, respecte a les altres. Quedant senyalades doncs, les desviacions, competències i actituds de les persones, així com castigar o recompensar els individus. Els individus queden diferenciats entre ells d'acord amb el terme mitjà o al grau òptim al qual s'han d'acostar a través del seu comportament: *«hacer que juegue, a través de esta medida “valorizante”, la coacción de un conformidad a realizar»* (Foucault, 1995:188). En altres paraules, traçar un límit que defineix la frontera de l'anormalitat *«la penalidad perfecta que atraviesa todos los puntos, y controla todos los instantes de las Instituciones disciplinarias, compara, diferencia, jerarquiza, homogeneiza, excluye. En una palabra, normaliza»* (ibíd.).

És d'aquesta manera, que apareix, a través de les disciplines, el poder de la norma: A partir del qual la noció de “normal” s'estableix com un principi de coerció en l'ensenyança, amb la instauració d'una educació estandarditzada que acull tot un

joc de normalitats –o signes d’adscripció a un cos social homogeneïtzat–, que tot i que obliga a l’homogeneïtat, permet la desviació en tant que individualitza als individus, i fa útils les diferències (Foucault, 1995:189). L’educació, en tant que part d’un sistema disciplinari, té com a objecte constituir al ser social, d’aquesta manera, és a través de l’educació –en analitzar-la– que es pot veure el com en la història, s’ha constituït un ésser social –en aquest sentit, pares i mestres no són res més que representats i intermediaris del medi social–. Així, segons E. Durkheim, les manifestacions privades dels fets socials, sempre són en part socials, en tant que reproduïxen un model col·lectiu, i constitueixen així un estat del grup que es repeteix en els individus perquè se’ls imposa; «*existe en cada parte porque está en el todo, lejos de que esté en el todo porque está en las partes*» (Durkheim, 1997: 41). En tant que són maneres de pensar, sentir i actuar, els fets socials són també “maneres de ser” col·lectives que s’imposen a l’individu igualment que ho fan les “maneres de fer”. Les divisions d’una societat són morals i l’organització d’una societat només pot ser estudiada a través del dret públic, ja que és aquest dret el que la determina, de la mateixa manera que determina les relacions domèstiques i cíviques dels actors socials (ibíd.:43).

«*Cuando se miran los hechos tales como son y como siempre han sido, salta a los ojos que toda educación consiste en un esfuerzo continuo para imponer a los niños maneras de ver, de sentir y obrar, a las cuales no habrían llegado espontáneamente.*» (ibíd.:38).

### 5.3 De la desviació al trastorn clínic

El concepte de *normalitat*, doncs, és un artefacte categorial socialment construït (Gallén, 2006:20). Si afirmem que la noció de *normalitat* no remet a una qualitat natural, la separació de normal/anormal no forma part de la condició humana (ibíd.:33), per tant, resulta difícil determinar què és normal i què no en les societats humanes, ja que les idees de normalitat i anormalitat són conseqüència de factors polítics i econòmics directament vinculats amb les dinàmiques de politització, centralització política, homogeneïtzació cultural, subjectivació i secularització, entre d’altres (ibíd.:34). Michel Foucault (1961) ja exposava que la bogeria, lligada a les nocions de *malalt* i *malaltia*, no pot ser entesa al marge de la seva naturalesa d’eina d’exclusió social, és a dir, que resulta de determinades circumstàncies polítiques, econòmiques i socials associades al procés de modernització. Segons senyala Ulrich Beck (1992), la comunitat científica actua com a font de legitimació de la modernització i del desenvolupament que aquesta implica; la ciència és la institució a través de la qual es pretén el control social del canvi, anticipant el futur amb

l'objectiu de planificar-lo, així es legitima l'acció social a partir de la nova ètica tecnocràtica, que substitueix la religió i proporciona a l'home modern una nova interpretació de la naturalesa i de la societat, i es crea la il·lusió que a través de la ciència, i la tecnologia que es deriva d'aquesta, l'home pot transcendir la naturalesa i, des de fora d'aquesta, dominar-la (Sevilla Guzmán, 2008:8). L'extensió dels principis científics a qualsevol àmbit d'explicació, fa que aquests es converteixin en la nova fórmula de legitimació que proporciona una interpretació del món per l'home modern. D'aquí deriva el fet que els discursos científics, legals i mediàtics encapçalin el càrrec de definir els riscos, i per tant, de dominar les posicions polítiques i socials respecte als riscos «[...] *in advanced modernity the social production of wealth is systematically accompanied by the social production of risks*» (Beck, 1992:19).

Així, el càlcul i definició dels riscos està relegat quasi exclusivament en termes i fórmules científiques<sup>20</sup>, deixat de banda d'aquesta manera els significats socials, culturals i polítics d'aquests. Aquest fet deriva en una definició i gestió dels riscos que deixa de banda a les persones (ibíd.:24), aproximació que dona lloc a la gestió i càlcul dels riscos en termes de *mitjanes* [average] que més que resultats reals el que fan és donar lloc a idees i conclusions molt pobres pel que fa a danys socials centrant-se només en aquells danys de caràcter biològic. En paraules de Beck:

*«[...] the calculation of risk as it has been established so far by science and legal institutions collapses. Dealing with these consequences of modern productive and destructive forces in the normal terms of risk is a false but nevertheless very effective way of legitimizing them»* (1992:22).

El coneixement assoleix d'aquesta manera una nova significació política; en tant que els riscos, per a U. Beck, no són apercebibles per a la població no experta, ja que no poden ser identificats pels nostres sentits, només poden ser percebuts de manera objectiva pels experts, la ciència és la que té l'última paraula pel que fa a l'existència i els efectes dels riscos. Si traslladem aquestes idees al procés de construcció de la *normalitat*, podem veure com la ciència és, en última instància, la institució que determina que és acceptable i normal i que no, per posar un exemple, en el camp de la salut mental, el DSM –o manual de diagnòstic estadístic de problemes mentals, publicat per l'associació americana de psiquiatria– és una guia que els professionals segueixen al peu de la lletra a l'hora de determinar quines conductes són o no

<sup>20</sup> Definint el risc «[...] *as the probabilities of physical harm due to given technological or other processes.*» (Beck, 1992), de forma general, o com a «[...] *the probability that members of a category will develop or contract disease.*» (Kavanagh; Broom, 1998:437), en les ciències de la salut.

problemàtiques i poden ser o no considerades patològiques, però no podem oblidar que aquests manuals són permeables a ideologies –en un inici, el DSM contemplava l'homosexualitat com a una patologia medicable– i permeten convertir als individus en un conjunt de dades estadístiques i a la vegada, convertir en biològics problemes o dificultats socials.

El grau de comportament anormal que entra en l'esfera de la medicina és cada cop major, gran part de l'anormalitat que abans era considerada maldat, ara és considerada malaltia (exemples: depressió, obesitat, alcoholisme, hiperactivitat, delinqüència....). La medicalització de determinats comportaments és possible quan aquests són definits socialment com a anormals i com a problemes que necessiten ser solucionats per part d'algun segment de la població, quan les formes tradicionals de control social per a controlar aquests comportaments considerats anormals, resulten ineficients o inacceptables, és probable que apareguin els controls mèdics. Les formes i mètodes de control social canvien i, en ser la medicina en la nostra societat una forma cada cop més poderosa i corrent de control social, és aquesta la que es fa responsable dels "desviats" per reconduir-los. Així, per a la medicalització de l'anormalitat, resulta necessari disposar d'alguna forma mèdica de control social (Conrad, 1982:146), i que proporcioni dades orgàniques sobre la font del problema. Finalment, la medicina com a forma de control social menys costosa, més senzilla i eficaç (ibíd.:151), se suporta a través d'agències professionals i governamentals per l'acceptació del comportament anormal com a problema mèdic legítim.

Tal com senyalen Iván De la Mata i Alberto Ortiz (2007), en les últimes dècades s'ha produït una transformació de les necessitats i demandes sanitàries de la població, així com de l'oferta que es realitza des dels serveis de la salut (2007:39). L'àmbit d'actuació de la medicina s'ha expandit i ara engloba molts problemes que anteriorment no eren considerats entitats mèdiques. Aquest procés de medicalització ha colonitzat una gran varietat de manifestacions de la vida quotidiana dels individus, a la vegada que cada cop més es defineix la malaltia des de simples símptomes o signes, aspectes estètics, per la presència de factors de risc o per la probabilitat de patir, en el futur, una malaltia (ibíd.). Definició lligada a l'ordre institucional d'una societat que es manté a través de processos de socialització i transmissió cultural que permeten la incorporació d'uns valors específics estretament lligats a la disciplina mèdica, encarregada en última instància de determinar el límit de la normalitat. El procés de diagnòstic de les malalties i, concretament dels trastorns mentals, consisteix en una sèrie d'estratègies preventives que impliquen la dissolució de la noció de *subjecte*, reemplaçant-la per una combinació construïda de

factors, els factors de risc (Castel, 1983:219) i que representen importants implicacions a la pràctica: el moment de la intervenció deixa de ser una relació directa entre el pacient i el professional, l'accent recau en la construcció d'un flux de població a partir de l'articulació de factors abstractes que són susceptibles de "produir un risc". Implicacions pràctiques que a la vegada es prolonguen en implicacions polítiques; aquestes formes de gestió s'inscriuen en un pla de governabilitat característic de les societats actuals. L'examen del pacient tendeix així a convertir-se en l'examen del seu historial, en un procés en el qual el pacient es manté pràcticament anònim i que culmina, ja no en la relació metge-pacient, sinó en una sèrie d'exàmens parcials que constitueixen el seu historial, que no és res més que una acumulació objectiva de dades (ibíd.:220).

Dins aquest procés general de medicalització, els professionals que treballen en els serveis de la salut mental estan assistint a un increment de diferents demandes per part de la població que no es corresponen amb els trastorns o malalties clàssiques i que tenen una resposta sanitària molt dubtosa (De la Mata; Ortiz, 2007:39-40). Són demandes que més aviat estan relacionades amb sentiments desagradables i/o malestars que apareixen en el context de situacions quotidianes, la població accepta cada cop menys que «[...] *el sufrimiento es una parte inevitable del enfrentamiento consciente a la realidad y llega a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad para la intervención de la ciencia aplicada.*» (ibíd.:40). La nova cultura mèdica integra aquests problemes com a problemes de caràcter clínic, apartant-los del seu context subjectiu o intersubjectiu amb l'objectiu de neutralitzar-los a través d'una solució tècnica, incrementant així el consum de serveis sanitaris. El resultat d'aquest procés és una societat més medicalitzada i amb una major percepció de malestar i dependència: «*Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas.*» (De la Mata; Ortiz, 2007:41). El concepte de "malaltia" en una societat determinada sobre el qual el sistema sanitari està legitimat a intervenir, i sobre el qual els ciutadans se senten legitimats a sol·licitar una intervenció mèdica, no ve determinat per l'existència objectiva i natural d'una sèrie de condicions patològiques, sinó que es tracta d'un fenomen de construcció social (ibíd.). La semiologia psiquiàtrica –el llenguatge descriptiu amb el qual conceben els símptomes i signes de les malalties mentals– no té l'estabilitat i consistència dels seus anàlegs mèdics (ibíd.), en el sentit que no poden establir una correspondència entre la malaltia i la suposada lesió de l'òrgan que la causa, disfunció fisiopatològica o causalitat etiopatològica. Així, es troba en espera que els progressos tecnològics resolguin l'ambigüitat de la disciplina, posant en relleu les

dificultats teòriques del mateix concepte de malaltia, la seva definició i classificació. La qüestió dels límits entre el que és normal i el que és patològic resulta un dels debats constitutius de les disciplines psiquiàtriques, tant en un sentit positiu per definir la malaltia com en un sentit negatiu per definir la no malaltia (ibíd.).

Les successives reduccions o ampliacions dels marges de l'objecte psiquiàtric no obeeixen tant a l'avenç del coneixement científic sobre la naturalesa d'unes suposades malalties mentals, com a un procés de construcció social d'una estructura conceptual que legitima la intervenció tecno-sanitària (De la Mata; Ortiz, 2007:42). En el context dels canvis culturals i econòmics de les últimes dècades en els quals la tecnologia i el mercat ocupen un espai central com a nous referents significatius, la medicina i la salut mental, juntament amb els sistemes assistencials busquen al malalt i a la malaltia en la comunitat, fins i tot abans de la seva existència (ibíd.:44). La nova tecnologia psiquiàtrica engloba categories i processos socials, riscos del cicle de la vida i nous dilemes amorals: les relacions laborals, la insatisfacció de la societat de consum, els problemes a l'escola, els problemes de parella, la violència, i molts d'altres. «*En años recientes la jurisdicción de la clase médica se ha ensanchado y ahora abarca muchos problemas que antes no eran definidos como entidades médicas.*» (Conrad, 1982:130), la definició i *etiquetació* del comportament anormal com a problema mèdic, com a malaltia, obliga a la disciplina mèdica a aportar algun tipus de tractament per aquest.

S'institucionalitza així tot un sistema d'experts repartit en diferents agències de l'Estat, inclosos en nous dispositius de salut mental, que busquen no només atendre la malaltia, sinó pal·liar les contradiccions d'una societat "moderna" cada cop més complexa (De la Mata; Ortiz, 2007:45). L'ampliació de l'objecte d'atenció de la psiquiatria i la salut mental es produeix de forma similar a la resta de la medicina: ampliació, tecnificació, especialització i amb un sentit de recerca activa de la mobilitat al servei d'un model públic de salut. La salut es converteix en objecte de consum i font de valor social, que lluny de limitar-se a la demanda, es regeix per la paradoxa de: «*[...] cuantos más recursos sanitarios tenga una sociedad, más enferma se siente.*» (De la Mata; Ortiz, 2007:45). El procés de la *psiquiatrització* u *psicopatologització* del comportament humà a través del qual es conformen les percepcions de la salut subjectiva i les necessitats d'atenció, troba nous arguments els principis dels quals procedeixen del nou mercat de la tecnologia de la salut i la intimitat (ibíd.:46). Els canvis socials que porta el nou ordre econòmic apunten una nova cultura en la qual la individualitat prima sobre els processos col·lectius. Així, la identitat es converteix en un procés en continua construcció: en la societat de



consum i les possibles eleccions de les quals disposen els individus, es multipliquen els comportaments i conductes que són fruit d'aquesta llibertat aparent i d'aquesta individualització forçada que produeix noves formes de desvinculació social (ibíd.:47). S'imposa d'aquesta manera la necessitat d'experts que suportin a l'individu, l'aconsellin i curin els seus sentiments de dubte i fracàs en els àmbits familiars, socials i laborals, que són entesos com a responsabilitats exclusives de l'individu. Insatisfacció que és "solucionada" a través de la psicoteràpia i els psicofàrmacs i així, «[...] *aliviar el sufrimiento en un paisaje social en el que las alternativas de reconstrucción colectiva parecen olvidadas.*» (ibíd.).

L'afany de justificar a través de la científicitat la causalitat biològica del comportament humà, dóna lloc a guies com el DSM que estableixen una correspondència entre la conducta humana com a objecte i la semiologia psiquiàtrica (De la Mata; Ortiz, 2007:48), actuant així com a falsa consciència que impedeix veure tot el procés de construcció social i ideològic que té darrere. Les classificacions psiquiàtriques es realitzen per consens entre comitès d'experts on la influència de diversos *lobbies* es pot rastrejar sense problemes (ibíd.), entre ells la indústria farmacèutica<sup>21</sup>. Aquests manuals estableixen classificacions que, lluny de delimitar el seu objecte d'atenció, donen lloc a un augment progressiu de les categories diagnòstiques dels trastorns mentals, a la vegada que donen lloc a una disminució del llindar diagnòstic que fa que el nombre d'individus diagnosticats augmenti de forma constant «[...] *llevando en los últimos años a auténticas "epidemias" de depresión, fobia social, trastorno por déficit de atención, trastorno por estrés postraumático, por poner algunos ejemplos.*» (ibíd.). Aquest canvi en la concepció de la malaltia mental que reflecteixen les classificacions de les malalties, ha tingut un efecte important en el procés de medicalització del conjunt de patiments emocionals i conductes que denominem malestar. La disciplina biomèdica és la disciplina dominant a l'hora d'explicar tot tipus de patiment el context del capitalisme postmodern, la salut no escapa a la centralitat que el mercat adquireix en la vida social (ibíd.:49). En aquest mercat, ampliar l'oferta assistencial a través de la creació

---

<sup>21</sup> La indústria farmacèutica s'ha desenvolupat fins a constituir la segona indústria al món en termes de concentració de capital, per tant aquesta indústria és una de les activitats més lucratives de la nostra societat. Els dos camps més prometedors d'aquest sector són els fàrmacs destinats a situacions de la vida quotidiana, que són bàsicament les emocions, i els fàrmacs destinats a la sexualitat. Cal remarcar que el gran benefici que aquests medicaments suposen per la indústria farmacèutica no vénen donats per l'increment de les psicosis i els trastorns greus, sinó més aviat per l'increment de malalties lleus, malestars i adversitats humanes, que són les capes més àmplies de la població (Martínez, 2006:45).

d'una nova demanda és una manera d'obtenir majors beneficis econòmics: el malestar, la intimitat i els sentiments es poden rendibilitzar amb potencials clients consumidors de psicofàrmacs i teràpies psicològiques. La salut és transformada en mercaderia, de la que es beneficien la indústria farmacèutica, les empreses sanitàries i els sectors professionals instaurant el malestar dels individus com a una demanda de salut mental, malestar que requereix atenció.

*«De estos agentes creadores de necesidad la industria farmacéutica tiene un papel estelar en reducir al discurso médico los sentimientos derivados de vivir en esta sociedad. La industria farmacéutica transforma su estrategia de marketing pasando de la venta de fármacos a la venta de enfermedades.»* (De la Mata; Ortiz, 2007:49).

Aquest procés de *psiquiatrització* descontextualitza el dolor i el sofriment del context de l'individu, de l'entorn social en el qual es desenvolupa, per passar a ser concebuts com a problemes que requereixen una resposta sanitària, perdent així tot significat i normalitzant-se en virtut d'un diagnòstic i un tractament. Però aquesta atenció no resol el problema, la salut no depèn en exclusiva de l'assistència, i bona part dels problemes atesos no tenen solució psicològica ni psiquiàtrica.

En resum, per poder parlar de la noció de *normalitat* hem de tenir present que aquesta és una construcció social que deriva dels sistemes simbòlics de valors i normes d'una societat, delimitant així, com a classificació, els límits del que és acceptable i el que no per als individus. El que no és acceptable –les desviacions–, resulta així necessari perquè pugui existir la noció del que és acceptable i “normal”. A la vegada, aquestes classificacions permeten l'existència de determinats ideals de com han de ser els individus, actuant com a mecanismes normalitzadors lligats a una determinada ideologia, *«[...] entonces somos víctimas de una ilusión que nos hace creer que hemos elaborado por nosotros mismos lo que se nos impone desde fuera»* (Durkheim, 1997:38). Determinats ideals que, en el cas de la societat occidental, marca la disciplina mèdica com a “nova forma de religió”, encarregada en última instància de definir la categoria de normalitat i, juntament amb aquest procés, ens trobem davant la creixent utilització de la medicina com agent de control social, a través de la intervenció mèdica, pretén limitar, modificar, regular, aïllar o eliminar el comportament anormal socialment definit utilitzant medis mèdics en pro de la salut (Conrad, 1982:130). Però és a través de l'educació que es transmeten una sèrie de pautes de pensar, sentir i actuar institucionalitzades que controlen i fan previsibles els “comportaments desviats” dels actors socials. Seguint les idees de S. Barriga (1979), la socialització dels individus que es duu a terme a través de l'educació permet ajustar el comportament dels individus a les exigències normatives del

context social exterior, anul·lant així les peculiaritats per les quals se'ls considera "desviats" de la norma social. En definitiva, la por a ser diferents és el mecanisme regulador per excel·lència, i és a través de l'educació i els processos de socialització que incorporem aquestes idees de com hem de ser i, per tant, de com volem ser: "normals".

## **6. Els centres**

El concepte positivista de la malaltia entén la malaltia com la presència d'un morbo en un organisme, impedit així el funcionament o, més aviat, el "bon funcionament" dels òrgans fisiològics d'aquest<sup>22</sup>. En aquesta definició es troba implícita la suposada existència d'alguna norma de funcionament o de "bon funcionament" utilitzada com a patró de mesura, a la vegada que suposa que aquest estat normal pot ser reconegut per un professional mèdic (Conrad, 1982:131). Més enllà del fet que aquesta definició limita la malaltia al mal funcionament dels òrgans, és important senyalar que la majoria de dificultats que anomenem malalties o trastorns mentals, no concorden en absolut amb aquesta definició<sup>23</sup>. En contrast amb aquest punt de vista positivista, el posicionament relativista entén que una entitat o condició és una malaltia només si aquesta és reconeguda i definida com a tal per la cultura, una condició universal com la "salut" es troba així limitada pel coneixement cultural, les condicions i adaptacions al medi. Des de l'Escola de Cultura i personalitat es van esforçar a remarcar la relativitat cultural en l'esfera de la normalitat: «[...] *the range of normality in different cultures does not coincide, [...]. Aberrant behavior in either culture could never be determined in relation to any least common denominator of behavior.*» (Benedict, 1989:237). Seguint aquestes idees, la gran majoria d'individus nascuts i educats en una societat determinada, adopten la conducta dictada per la societat, i les diferents característiques psicològiques dels individus no són en absolut biològiques, sinó que són atribuïbles a l'estructura social particular de cada societat (Mead, 1963), en definitiva, des d'aquest punt de vista, és la cultura la que defineix la personalitat i comportament dels individus. Seguint aquestes idees, l'actuació adequada dels individus en una societat, és una de les maneres en què la normalitat és definida d'acord amb

---

<sup>22</sup> Així es troba definit el concepte pel diccionari: «Nom genèric de tot procés morbós considerat des de la causa inicial fins a les darreres conseqüències.» o «Alteració en l'estat del cos o d'algun òrgan que interromp o pertorba les funcions vitals, pertorbació de l'estat de salut.» (VV.AA., 2007)

<sup>23</sup> De fet, es troben definits a part com una: «Deficiència en el procés d'organització de la personalitat, que comporta alhora un procés de regressió.» (VV.AA., 2007)

l'establiment d'un terme mitjà sobre la conducta socialment aprovada. Això representa un "problema" pels que difereixen de les seves modalitats culturals, que poden ser considerats com a aberrants per una societat, o per contra, poder ser considerats completament normals i no caure mai en l'òrbita de la psiquiatria per altres societats (Benedict, 1989:238). Segons R. Benedict, l'única raó per la qual determinades conductes no apareixen inscrites en els manuals de psiquiatria com a patològiques en una societat determinada, és perquè estan sostingudes pels principis de la civilització –per exemple, l'arrogància, vista com a anormal en moltes societats, és vista com a quelcom premiable i admirable en la nostra societat (1989:240)–. Per què si no és considerat com a patològic que un nen mati a un animal de companyia però no que un home mati a la seva esposa? Entren aquests homes en tractaments farmacològics i són desresponsabilitzats dels seus actes en tant que estan malalts? Tots coneixem la resposta. Per què és doncs justificable i normal que els nens que es mostrin com "agressius" siguin medicats?

Està clar que existeix una gran variabilitat en la interpretació i definició dels fenòmens fisiològics, els conceptes "Salut" i "Malaltia" són construccions socials i no existeixen de forma "natural", sense que algú les reconegui i defineixi.

*«Si hay, por supuesto, acontecimientos que se producen naturalmente, incluyendo virus infecciosos, tumores malignos, rupturas de tejidos, constelaciones poco corrientes de cromosomas, pero estas cosas no son enfermedades ipso facto. Sin el significado social que los seres humanos les dan, estas cosas no constituyen enfermedades ni morbo.»* (Conrad, 1982:134).

Les malalties són judicis que els éssers humans emeten en relació a les condicions que existeixen en el món natural, *«En cierto sentido la enfermedad, al igual que la belleza, depende del espectador.»* (Conrad, 1982:136). Són essencialment construccions socials, construccions hipotètiques creades per nosaltres mateixos. Es tracta d'un acord o consens social general sobre què, "objectivament", es defineix com a malaltia, però un acord en definitiva. La malaltia és un judici negatiu –no és un estat desitjable–, no tots els estats biològics anormals es consideren malalties o indesitjables i a la vegada, la majoria de trastorns mentals no tenen una clara evidència psicològica –o, si la tenen, en la majoria de casos és qüestionable– i tot i això, són considerats una malaltia. En les societats occidentals, la tasca de delimitar quines conductes requereixen tractament clínic i quines no, recau en la disciplina mèdica, encarregada de delimitar un "estat de salut" dels individus que serveix de referència per establir els comportaments patològics. La disciplina mèdica però, tendeix a *biologitzar* els comportaments, és a dir, "l'estat de salut" és un estat de

salut biològica, i en contrapartida, les patologies també són considerades com a biològiques. Per posar-ne un exemple, encara ara existeix certa tinència a pensar les diferències entre el comportament dels homes i de les dones en termes biològics: som diferents perquè biològicament el nostre cervell i hormones són diferents. Encara que des de la medicina s'hagi refutat aquest argument, senyalant i demostrant que el cervell d'homes i dones és igual, ho ha fet en termes biològics. L'explicació donada des de les ciències socials que defensa que el procés de socialització pel qual, homes i dones, interioritzen les normes i valors "adequats al seu sexe" en el context de la societat i que, per tant, és a través de la cultura que es transmet de generació en generació a través del procés de socialització, que els individus interioritzen la cultura específica de la societat en la qual es troben (Brullet, 1996). Però l'explicació que les diferències de comportament entre homes i dones venen donades per la cultura, no resulta suficient per explicar aquestes diferències: l'única disciplina legitimada per definir qüestions relatives al comportament humà i els límits de la normalitat d'aquest, és la disciplina mèdica, que ofereix explicacions en termes biològics, "demostrades científicament".

En les societats occidentals es dona per suposat que la majoria de malalties tenen alguna base bio-fisiològica o orgànica, tot i que aquesta base no és un requisit perquè un estat pugui considerar-se com a una malaltia (Conrad, 1982:135). La construcció social de la malaltia corresponent a l'anormalitat del comportament, està subjecte a una major ambigüitat i interpretació que els problemes manifestament bio-fisiològics. Aquestes condicions relatives al comportament definides com a malalties, reflecteixen els valors socials i les cosmovisions generals d'una societat. Talcott Parsons (1975) conceptualitzava la malaltia com a anormalitat a causa de l'amenaça que representa per l'estabilitat d'un sistema social: Tant la criminalitat com la malaltia són formes de designar el comportament anormal en una societat, les dues constitueixen la violació d'unes normes –socials i mèdiques respectivament– de la vida social, però la diferència entre les dues, recau en les causes que se'ls atribueix. L'anormalitat que apareix com a *intencionada* és definida generalment com a delictes; quan apareix com a *no intencionada*, generalment és definida com a malaltia. En conseqüència, les respostes socials a la criminalitat i a la malaltia són diferents: al criminal se'l castiga amb l'objectiu d'alterar les seves motivacions i portar-les dins el convencionalisme, per contra, al malalt se'l tracta amb l'objectiu d'alterar les condicions que impedeixen el seu convencionalisme (Conrad, 1982:137).

Existeix actualment una tendència d'investigació que pretén determinar com pot un nen encantador convertir-se en un adult violent, que pretén comprendre la

gènesi de la violència. Entenent la violència no com a “exclusiva dels adults”, sinó com a un “tret característic” dels infants. Defensen que els infants neixen amb tendències violentes, “capaços de sobreviure a la selva” i relacionen els problemes de conducta en infants al voltant dels 3-4 anys, amb el risc que aquests es converteixin en adolescents violents i, en un futur, en possibles adults criminals. Així, pretenen prevenir la criminalitat en adults a través del control de la conducta dels infants, igual que el que pretén prevenir el càncer a través del control del tabaquisme –idees que han penetrat en els dirigents polítics preocupats per la prevenció i la seguretat–. En definitiva, entenent la violència com a biològica, com a qüestió que ha de ser abordada i gestionada de forma clínica, però no totes les formes de violència. Com ja he comentat, no és el mateix que un home pegui a la seva dona i que un infant pegui a altres infants, les alarmes socials que es disparen no són les mateixes, els mètodes de regulació d'aquests dos tipus de violència no són els mateixos: l'adult que pega a la seva dona serà jutjat pels seus actes en termes legals, l'infant passarà a disposició clínica, i se'l des-responsabilitzarà dels seus actes encasellant-lo com a malalt. La idea que es defensa des de la disciplina mèdica, és que la violència és un procés: un no es desperta un matí i decideix ser un criminal, sinó que és quelcom que s'incuba dins els individus des que aquests són infants, i va *in crescendo* a mesura que l'individu creix –si no s'intervé–. En el cas de la infància, no només la medicina és l'encarregada de determinar el límit del què és normal i el que no en la conducta, també ho són la psicologia i la pedagogia, que contribueixen a les representacions d'un model determinat d'infància “normal” i que s'articulen en diagnòstics de patologies com el TDA/H (Trastorn de Dèficit d'Atenció i/o Hiperactivitat), el TEA (Trastorn de l'Espectre Autista) o els TdC (Trastorns de Conducta). La infància constitueix un fenomen relacional, divers i desigual, que es construeix històrica i socialment. Entendre la infància com una construcció social, implica reconèixer-la com a una categoria social específica, producte de processos històrics relativament recents, lligats a l'arribada de la modernitat occidental (Leavy, 2013:677). En aquest context, diversos sabers científics han jugat papers fonamentals en la construcció i delimitació de la infància, establint les distincions d'aquesta respecte a altres grups socials. Dins la disciplina mèdica, la infància és definida com un camp específic d'intervenció: la pediatria, amb professionals especialitzats en l'estudi i la diagnosi d'aquesta etapa de la vida humana (ibíd.). D'aquesta manera les nocions de *creixement* i *desenvolupament* constitueixen el “nucli definitori de la condició infantil” (Colángelo, 2008:3), que no només en justifiquen l'abordatge mèdic específic, sinó també la intervenció de tota una sèrie de

professionals que dictaminen allò que és esperable o no de la conducta infantil per la creació d'una vida socialment acceptada (Leavy, 2013:677).

En el nostre context, molts dels infants que es sospita que no entren en la norma, en la definició de “normalitat”, són redirigits, a través de diversos canals, als Centres d'Atenció Precoç i Desenvolupament Infantil (CDIAPs) centres especialitzats en el desenvolupament en la primera infància. L'Atenció Precoç és un servei que està integrat en el Sistema Català de la Generalitat de Catalunya, de manera que n'hi ha com a mínim un a cada comarca a tot Catalunya. N'hi ha que depenen directament de la Generalitat de Catalunya i, com amb tot, n'hi ha que depenen d'entitats privades o concertades, que depenen d'un finançament privat, algunes de les més importants són: la Fundació ADANA, inscrita en el Registre de Fundacions Privades de la Generalitat de Catalunya, especialitzada en el diagnòstic, el tractament i la investigació del TDA/H o la UTAE –Unitat de Trastorns de l'Aprenentatge Escolar– de Sant Joan de Déu, entre d'altres. La principal diferència entre els centres públics i els privats, recau en què els segons, actuen, a més, en l'àmbit docent i de recerca, oferint en molts casos formacions per als professionals del sector. A grans trets, aquests centres, siguin públics o privats, tenen com a objectiu principal detectar, atendre, i preveure, com més aviat millor, els infants que presentin trastorns en el seu desenvolupament, crònics o transitoris, o un risc de presentar-los. Bàsicament estan especialitzats en infants d'entre zero i sis anys, tot i que prioritzen l'atenció en els nens d'entre zero i quatre anys que presentin alguna dificultat en el seu desenvolupament, sigui mental o física. L'Atenció Precoç, a part d'anar adreçada als infants, també va adreçada a les famílies d'aquests infants, de manera que l'àmbit d'actuació d'aquest servei inclou tant l'infant com la seva família i l'entorn on es desenvolupa l'infant, tal com afirmen els seus treballadors, es tracta d'un espai on els pares poden consultar qualsevol aspecte del desenvolupament del seu fill que els preocupi, així que també va adreçat a aquells infants que presentin dificultats en la criança. En general doncs, els usuaris d'aquests centres són aquells infants, i les seves famílies, que pateixin algun trastorn en el seu desenvolupament o amb factors de risc a patir-ne un, entenent-se com a trastorn en el desenvolupament: una disfunció transitòria o permanent, sigui de caràcter neurològic, psicològic o sensorial que presenti un infant en el seu procés de desenvolupament. I entenent-se com a factors de risc: el risc de patir aquests trastorns quan l'infant es troba genèticament, biològicament, socialment o psicològicament, predisposat o no en una situació de patir-ne un.

Són aquests centres, que en el cas de la petita infància s'encarreguen d'establir límits sobre el que és "normal" i el que és "patològic" en la conducta i desenvolupament dels infants<sup>24</sup>. Encarregant-se de diagnosticar, tractar i fer un seguiment de tots aquells infants diagnosticats o no d'alguna patologia, que presentin algunes característiques fora de la normalitat, del que s'espera d'ells a la seva edat. «*La infancia se configura en el ámbito teórico y abstracto como una etapa especialmente idónea para ser troquelada que dará lugar a la emergencia de dispositivos institucionales concreto.*» (Álvarez-Uría; Varela, 1991:24), l'aprenentatge i desenvolupament "correctes" dels infants es garanteixen així a través d'una sèrie de sabers científics, vinculats a la medicina, la psiquiatria i la psicologia, que dictaminen quins són els models/ "ideals" de créixer (Leavy, 2013:677). Aquests centres consten de diversos professionals, a saber: psicòlegs, neuropediatres, logopedes, treballadors socials, fisioterapeutes, pedagogues, persones a càrrec de l'administració i gestió del centre i una o vaires persones encarregades de la supervisió del centre. De manera que cada infant rep l'assistència "adequada a les seves necessitats", ja que es fa un seguiment i una valoració contínua sobre tots els nens del centre en funció del desenvolupament particular de cada infant.

A la vegada, des dels centres es dóna molta importància a la coordinació entre tots els serveis que l'infant pugui estar utilitzant; com l'escola, llar d'infants o altes, igual que en tot el seu entorn immediat, com la família. La construcció de la infància està estretament lligada al saber pedagògic, que parteix de representacions i conductes definides com a ideals o esperables dels infants, a través de les quals es doten de sentit les significacions dels discursos dels subjectes adults en l'àmbit escolar (Leavy, 2013:677). El saber pedagògic prescriu normatives sobre com han de ser els infants en l'àmbit escolar, de la mateixa manera que la medicina i altres sabers científics estipulen el com han de créixer. Aquests sabers expliciten "normalitats", maneres normals de viure (ibíd.), "normal" fa així referència al que és esperable, al què és moralment correcte respecte als infants i a les seves famílies.

---

<sup>24</sup> Les baixes es poden produir per causes diverses com per la decisió dels pares o tutors legals, però generalment el motiu principal de les baixes és que l'infant ha assolit l'edat mínim d'admissió al centre o bé perquè aquest ha millorat o superat les dificultats que tenia. Quan els infants superen l'edat màxima d'atenció als CDIAPs, són derivats als CSMIJs (Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil), un servei sanitari destinat a proporcionar assistència ambulatoria especialitzada en la salut mental a la població infantil i juvenil –a partir dels 6 anys–. Aquests centres, igual que els centres d'Atenció Precoç, realitzen diagnòstics, tractaments i seguiments als pacients, els dos tipus de centres tenen un funcionament molt similar, diferenciant-se només per la franja d'edat que engloben.



Tots aquells casos escolars que no compleixen amb les expectatives, constitueixen la diferència i són derivats a centres especialitzats en la infància per tal de corregir aquestes diferències.

## **7. “A casa s’està molt bé”**

És a través d’aquestes institucions que es transmeten un conjunt de coneixements relatius a l’educació dels infants, unes regles de comportament apropiades que els pares han de seguir per tal d’assegurar una educació “apropiada” pels seus fills. Es transmeten una sèrie de pautes de comportament institucionalitzades que controlen i fan previsible els “comportaments desviats” dels infants. Seguint les idees de S. Barriga (1979), es podria dir que el que es duu a terme en aquests centres especialitzats en la petita infància, és la socialització dels pares per tal que aquests aprenguin a ajustar el comportament dels seus fills a les exigències normatives del context social exterior, anul·lant així les peculiaritats per les quals se’ls considera “desviats” de la norma social, motiu pel qual els pares acudeixen al centre; perquè el comportament dels seus fills no és el “normal”.

«També hi ha un canal que és per iniciativa del propi pare, que alguna cosa el preocupa del seu fill, i truca per iniciativa pròpia perquè coneix el servei, ja sigui per una amiga, per un company, perquè ja havia vingut o perquè: “la meva germana és mestra i m’ho ha dit...” [...] “Hi ha de tot... Mira, l’última que he fet per iniciativa de la família tenia pors, moltes pors, l’altra conducta, un altre un nen adoptat que volien fer un seguiment de desenvolupament *aviam* com havia anat...”» (Sílvia, psicòloga).

L’accés a aquest servei és directe, és a dir, la família hi pot accedir directament, ja sigui per iniciativa pròpia, per recomanacions de l’escola o del pediatre de l’infant, cosa que passa sovint, normalment la majoria d’infants que accedeixen al centre ho fan a partir de les recomanacions del seu metge. Per accedir al servei, doncs, només cal que els pares o tutors legals de l’infant firmin la sol·licitud d’atenció per al centre. Seguidament se’ls fa una entrevista on s’informa la família dels tipus de serveis que se’ls pot oferir, aquesta entrevista la realitza normalment una treballadora social, que és qui s’encarrega de les demandes d’admissió del centre. En funció del motiu de demanda, aquesta és valorada dins el centre per uns professionals o uns altres, depenent de les necessitats de l’infant, un cop valorada aquesta sol·licitud, es decideix si cal fer o no un seguiment de l’infant, i si cal que aquest rebí un tractament, i un cop admesos ja poden firmar el contracte assistencial amb el centre per començar el procés corresponent a les demandes de l’infant. Seguint la línia de S. Barriga doncs, es podria dir que aquests centres, de la mateixa manera que ho fan els hospitals psiquiàtrics i les escoles, entre altres coses, filtren les contradiccions del nostre context social, és a dir, el que fa és filtrar la conducta d’aquests infants i dels seus pares, i així els socialitza en els valors de la ideologia dominant de la nostra societat. D’aquesta manera el centre, com a organització,

manté i transmet els elements essencials del sistema de referència, elements en els quals les organitzacions es basen en adoptar uns o altres quadres de valors i normes (Barriga, 1979:24)<sup>25</sup>.

El neuropediatre, que realitza derivacions des del CAP (Centre d'Atenció Primària) on treballa, explica que, tot i que s'intenten resoldre els problemes de criança o de conducta que puguin presentar els infants des de l'ambulatori, reconduint les pautes dels pares o de la vida quotidiana dels infants, en alguns casos l'atenció que s'ofereix des d'aquestes institucions no resulta suficient, és en aquest moment on, des del CAP, es recomana als pares o tutors legals dels infants a acudir a centres especialitzats, siguin públics o privats. El principal motiu pel qual deriva infants als centres d'atenció precoç és el "retard", retard en el llenguatge per exemple –entre els Trastorns de Conducta, el més freqüent, senyala, és el trastorn de comunicació, que entraria dins el sac dels Trastorns de Conducta<sup>26</sup>–. «Si, que veuen un nen amb un caràcter difícil, que costa una mica de reconduir, llavors la família quan demanen diuen que realment a casa costa, doncs llavors és quan la mestra diu: "Doncs aneu aquí i demaneu ajuda.", i llavors venen aquí i arriben aquí.» (Sílvia, psicòloga), els principals derivadors són escoles i pediatres, que són els que recomanen als pares anar a un Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç, així que tot i que són els pares els que presenten les seves preocupacions als centres en última instància. De forma general, és des de l'escola que es comuniquen les preocupacions dels mestres als pares o família de l'infant, i aquests últims són els que acudeixen al pediatre, qui els deriva als CDIAPs per una atenció més completa o adequada. Generalment, és a l'escola on sorgeixen més "problemes", concretament a les guarderies, on els nens comencen a socialitzar per primera vegada fora del seu context familiar, i és aquí on es troben amb dificultats per adaptar-se a les normes o límits.

«Clar, perquè és disrupció, o sigui, tu a casa estàs molt bé! Tu a casa estàs perfecte, tens tot el que necessites i moltes vegades hi ha nens que no necessiten tant. Però clar, si has d'anar a l'escola, és trobar-te amb qui has de conviure, i aquestes

---

<sup>25</sup> Aquest paper socialitzador i reproductor d'aquestes organitzacions es vincula amb la idea de dispositiu: "[...] *el conjunto de las instituciones, de los procesos de subjetivación y de las reglas en que se concretan las relaciones de poder.*" (Agamben, 2011:252).

<sup>26</sup> La categoria "Trastorns de Conducta", engloba tota una sèrie de trastorns associats a la conducta, que poden variar en funció de l'individu i que es troben classificats en el DSM. Aquesta distinció està degudament explicada en el següent apartat del treball.

habilitats socials són les que moltes vegades hi ha una mancança [...]» (Sònia, psicòloga).

Els trastorns associats a la conducta, com la majoria de trastorns mentals en infants, són trastorns que solen aparèixer en el moment en què els infants entren a la guarderia o a l'escola, ja que és el moment en què han de començar a socialitzar i a seguir normes molt més pautades que potser a casa seva. Sobre aquest punt, El DSM-V (APA<sup>27</sup>, 2013) –la cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals– deixa clar que, aquests trastorns, tot i que són molt més visibles a l'adolescència que a la infància, generalment apareixen quan els infants comencen anar a la guarderia, encara que els primers símptomes significants sorgeixen normalment entre la infància i l'adolescència. Els Trastorns de Conducta també poder ser diagnosticats en adults, però els símptomes apareixen sempre abans dels setze anys (APA, 2013:473) i el seu desenvolupament és variable entre individus tot i que de forma general, en la majoria dels individus desapareixen en entrar a l'edat adulta «*Many individuals with conduct disorder –particularly those with adolescent-onset type and those with few and milder symptoms– achieve adequate social and occupational adjustments as adults.*» (APA, 2013:473). En aquest punt sembla que estan d'acord tots els informants als quals he entrevistat; senyalen que la majoria de derivacions d'infants als centres provenen de l'escola, ja que els problemes comencen quan els nens comencen anar a l'escola, i són els mestres els que criden l'atenció a les famílies.

«En un P3 tu esperes que els nens arribin a uns nivells... a l'escola poden comparar normalitat amb anormalitat, allà poden observar relació social, a la consulta [del pediatre] no. Allà poden observar el tema de l'atenció, la conducta també, a nivell d'hàbits també, si és capaç d'organitzar-se, planificar una tasca, van seguint el dia a dia, si el pediatre es passés vuit hores al dia amb els nens, també ho detectaria!» (Alba, psicòloga).

En l'àmbit educatiu, el discurs pedagògic es construeix al voltant d'ideals escolars als quals els alumnes han d'arribar. La pedagogia com a disciplina acadèmica és un discurs prescriptiu, l'anàlisi del qual, es basa en estipular quins ideals són desitjables i quins no. «*En el marco de la obsesión normalizadora de la escuela*» (De la Vega, 2010:77), la pedagogia «*[...] construye normas, hace una explicitación usual de la 'normalidad' y por ende una proclamación lisa y llana de lo no deseable.*» (Baquero; Nadorowsky, 1990:2). Emet ideals de manera explícita i qualifica de “verdader” i

---

<sup>27</sup> Abreviació de : *American Psychiatric Association*.

“normal” tot allò que considera beneficiós; construeix una determinada normativitat, més enfocada en el procés d’aprenentatge que en el procés d’ensenyança, i que, per tant, resulta més individualitzant, focalitzada als problemes d’aprenentatge, fonamentada en una visió psicològica del subjecte infantil.

*«De este modo, los gabinetes psicopedagógicos comienzan a funcionar en los colegios privados, articulando saberes psicológicos y pedagógicos. El establecimiento de estos dispositivos reconoce su sentido en una determinada normatividad y normalidad pedagógica que encuentra su legitimidad en modelos teóricos de la clínica médica y/o psiquiátrica.»* (Leavy, 2013:678).

Existeixen, doncs, tota una sèrie d’institucions que actuen en relació a les institucions escolars, aplicant coneixements psicològics per tal d’assolir un procés d’aprenentatge adequat a les necessitats dels infants. Essent així que el treball psicopedagògic està estretament lligat a la detecció d’aquells aspectes de la psicologia d’un infant que estan impedit el seu aprenentatge. G. Spindler (2007), exposa que els nounats *«[...] llegan a convertirse en seres humanos que hablan, piensan, poseen una moral, creen y valoran; [...] se convierten en miembros de grupos, en participantes de sistemas culturales.»* (2007:205), a través de diverses tècniques educatives que fan possible la transmissió cultural. La forma en què cada cultura cria als seus infants de maneres diferents, es veu reflectida en els diferents esquemes de pensar, sentir i actuar de cada cultura, esquemes que s’adquireixen a través de la transmissió cultural, així doncs els mètodes que adopta cada cultura per la transmissió cultural també són diferents. En altres paraules, cada cultura té formes culturalment pautades de fer que els infants aprenguin determinades lliçons que els permetrà convertir-se en els adults que la societat en la qual es troben espera que siguin, és el que l’autor anomena “pautes de formació infantil”, una pauta de conducta en el context de molts subsistemes que governen la vida adulta d’una societat determinada. Les cultures estan pautades, la gran majoria, de tal forma que introdueixen discontinuïtats en l’experiència dels infants, per tal que els infants es puguin desplaçar des dels rols adequats de la infància als rols de la vida adulta (Spindler, 2007:212), ruptures en la manera en com havien succeït les coses fins llavors, que consisteixen una tècnica de transmissió cultural en si mateixa, com ara el fet de passar de dormir amb els pares i anar a dormir sol o tenir un germà petit. Així doncs, els pares que assisteixen als CDIAPs, ho fan perquè, segons el que expliquen els professionals, no saben gestionar aquestes discontinuïtats, situacions en les quals les pautes de la vida dels seus fills canvien. D’aquesta manera el que aprenen als centres són una sèrie de pràctiques que els permeten gestionar-les amb

l'ajuda dels professionals del centre, aprenen a situar el comportament dels seus fills, a determinar si aquest és adequat o no en un infant i en com suavitzar-lo o suprimir-lo.

*«Los profesionales de la salud mental, principalmente a través de sus órganos corporativos, también participan del mercado sanitario divulgando un discurso científico que certifica su papel de expertos y que sitúa la psiquiatría y la psicología de forma casi omnipresente en la vida de las personas.»* (De la Mata; Ortiz, 2007:49).

Les tècniques que permeten un control minuciós del cos, imposen docilitat i es recullen en reglaments són el que M. Foucault anomena "disciplines". Aquestes troben el seu èxit en la utilització d'instruments simples, a saber: La vigilància jeràrquica, en tant que la vigilància ha de ser una mirada que "vegi sense ser vista", per exemple, es construeixen edificis que no estan fets per ser vistos ni per veure l'exterior, per tal de permetre un control interior, per això apareixen construccions com l'hospital-edifici o l'escola-edifici; I El càstig disciplinari, amb les seves pròpies lleis, els seus delictes especificats, les seves formes particulars de sanció i les seves instàncies de judici, *«En el corazón de todos los sistemas disciplinarios funciona un pequeño mecanismo penal.»* (Foucault, 1995:183). Les disciplines estableixen una *infra-penalitat* que engloba l'espai que escapa a les lleis, qualifiquen i reprimeixen un conjunt de conductes no acceptables. L'escola, com a institució disciplinària exerceix una *micro-penalitat* del temps –retards, absències, interrupcions–, de l'activitat –falta d'atenció, accés de moviment–, de la manera de ser –desobediència, descortesia–, de la paraula –insolència, accés o falta de parla–, del cos –actituds "incorrectes", gestos impertinents– i, fins i tot, de la sexualitat –indecència–. Utilitzant com a càstig una sèrie de procediments subtils, que van des del càstig físic lleu, a privacions menors i a petites humiliacions, es tracta de fer penables les fraccions més petites de la conducta i de donar una funció punitiva als elements en aparença indiferents de l'aparell disciplinari (ibíd.). L'ordre que els càstigs disciplinaris han de fer respectar és a la vegada un ordre "artificial", disposat de manera explícita per una llei: un programa, un reglament escolar; i a la vegada és un ordre definit per uns processos naturals i observables: la duració de l'aprenentatge, el temps d'un exercici, el nivell d'aptitud. En definitiva, el càstig disciplinari té com a objectiu penalitzar tot el que no s'ajusta a la regla, tot el que s'allunya d'ella, per reduir les desviacions i, per tant, és essencialment correctiu (Foucault, 1995:184).

Aquest mecanisme classifica les conductes i les qualitats a partir de dos valors oposats del bé i del mal, tota conducta és classificada el camp de les bones i

males notes, del bon i mal comportament i, en aquest procés, els aparells disciplinaris jerarquitzen els “uns” en relació als “altres”, entre “bons alumnes/bones persones” i “mals alumnes/males persones”. Aquesta diferenciació classifica als individus, les seves virtuts, el seu nivell, el seu valor, etc., senyala la desviació i jerarquitzava les qualitats, les competències i les aptituds dels individus, al mateix temps que els castiga i recompensa en funció d'aquests factors “universalment” establerts, que indiquen com han de ser els alumnes, quines han de ser les seves capacitats i limitacions. L'escola permet la comparació entre individus, és un espai de diferenciació i el principi d'una regla a seguir (ibíd.:187); diferencia als individus els uns dels altres a través de la comparació d'acord amb una regla de conjunt – ja funcioni com a llinyar mínim, com a terme mitjà a respectar o com a grau òptim al qual un s'ha d'acostar–, mesura en termes quantitativs i jerarquitzava en termes de valor de les capacitats, el nivell i la “naturalesa” dels individus. En altres paraules, marca el límit del que és acceptable i el que no, la frontera entre el que és normal i el que no entra en el llinyar de la normalitat, la diferenciació, en definitiva, normalitza. La categoria de *normal* s'estableix com a principi de coerció en l'ensenyança amb la instauració d'una educació estandarditzada i l'establiment de les escoles normals – en contraposició a les anomenades “escoles especials” destinades a tots aquells que no arriben a la normalitat–, s'estableix tot un “joc de graus de normalitat” (ibíd.:189) que tenen una funció classificadora, jerarquitzadora i de distribució de rangs. El poder de la norma obliga a l'homogeneïtat, i individualitza en tant que permet les desviacions, determinant els nivells d'aquestes i fent útils les diferències ajustant-les les unes a les altres.

«Si les aules fossin més petites o hi *haguessin* més professionals, estarien controlats, i el problema són aquells nanos que són intel·ligents, llavors això dificulta, perquè un professor està amb 27 nanos, i no té temps de veure que el nen està intentant fer això o això altre. I fins i tot poden ser nens que poden tenir intencions de fer-se mal, un nen va arribar en un punt en què pel fet de fotre a la persona que tenia a davant es treia el cordill del pantaló i feia com si s'escanyés. O sigui, la qüestió és que tenia el control de la situació, estava per sobre la professora.» (Sònia, psicòloga).

Juntament amb això, el model escolar disciplinari que caracteritzava l'escolarització dels nostres pares, resultava suficientment efectiva en un moment donat com a agent de control social de la infància; si un infant no acotava les normes, era fàcil treure'l de l'escola i posar-lo a treballar. Actualment resulta molt difícil, i és molt poc probable que un infant sigui expulsat de l'escola elemental, no hi ha lloc per un

individu de menys de 16 anys fora de l'escola, d'alguna manera o altre ha d'encaixar a l'escola ordinària. Al mateix temps, hi ha molta pressió social perquè els nens i adolescents segueixin amb els seus estudis un cop passada l'edat d'escolarització obligatòria: els estudis es consideren un requisit indispensable per aconseguir un "bon" lloc de treball en la vida adulta. En fer-se inacceptables els controls socials tradicionals duts a terme a l'escola –el cop de regle ja no és considerat un càstig admissible en les aules–, i juntament l'educació, podríem dir més "permissiva" en el context familiar dels infants, es creen noves condicions més acceptables i efectives de control a les aules. «*El problema de los niños que causan trastornos en las aulas de la escuela elemental probablemente ha existido siempre y lo único que es nuevo es nuestro modo de afrontarlo.*» (Conrad, 1982:145), l'escola perd la seva capacitat de control social, així sorgeixen iniciatives com les classes especials i la derivació dels infants que creen conflicte a l'aula en centres mèdics especialitzats en la modificació del comportament dels infants i, en el cas que siguin diagnosticats amb un trastorn de la conducta, se'ls fa un tractament psicològic, amb o sense fàrmacs, fins passada l'edat d'escolarització.



## **8. “Nanos difícils”**

Què s'entén però per Trastorns de Conducta? De forma general s'entén que «Són nens que presenten un tipus de comportament constant on l'actitud tendeix a ser *negativista*, desafiament, desobedient, provocadora i en molts casos hostil, dirigida principalment a les figures d'autoritat.» (ara.cat 24/11/2014)<sup>28</sup>, però no és fàcil trobar una definició exacta entre els professionals del sector, a través de les entrevistes realitzades, es fa evident que la nomenclatura d'aquests trastorns resulta confusa, fins i tot entre els professionals del sector. En general, els professionals no fan una distinció clara entre els Trastorns de Conducta i els *problemes* de conducta, però existeix una gran diferència entre els dos conceptes; Els problemes de conducta no són considerats una patologia, com a mínim no al DSM, però si segueixen un tractament psicològic els infants que en tenen, tal com passa als CDIAPs per exemple, entrarien dins aquesta categoria, nens amb problemes amb les rutines que segueixen un tractament psicològic. En les entrevistes realitzades a les professionals dels CDIAPs, es pot veure com en parlar de Trastorns de Conducta fan referència a aquells infants que, sense presentar cap patologia, presenten problemes de criança:

«Són nanos més... normalment més petits dels quatre anys i mig, i l'únic que s'ha de treballar és el fet de la modificació de la conducta. Nens sense cap altre dèficit, sense cap altra patologia.» [...] “Doncs solen ser... és tota la part emocional de l'infant, que normalment solem veure-ho més en *rabietes*... nanos als que se'ls ha de començar a aplicar més límits i normes. I solen ser nanos que se sol donar molt més a casa que no pas a l'escola, perquè a casa... per X motius costa una mica més d'aplicar aquestes normes i límits, i sobretot quan diferents horaris entre pares i mares... doncs és una mica guiar i assessorar les famílies de com aplicar normes i límits a casa. » (Sílvia, Psicòloga).

Això pot resultar contradictori amb la mateixa definició de trastorns de conducta, ja que en ser *trastorns* són considerats com a patologia, almenys per definició. En demanar exemples sobre infants que assisteixen als centres per un trastorn de conducta, expliquen que una família hi assistia perquè el seu fill mostrava una conducta agressiva cap als seus pares, cosa que relacionaven amb el fet que el pare, per motius de feina, no fos gaire sovint a casa, una altra perquè el seu fill

---

<sup>28</sup> **Trastorn de conducta: Desafiament:** “Són nens que presenten un tipus de comportament constant on l'actitud tendeix a ser negativista, desafiament, desobedient, provocadora i en molts casos hostil, dirigida principalment a les figures d'autoritat.” – **ara.cat 24/11/2014**

estava gelós de l'atenció que els pares donen a la seva filla petita, ja que es tracta d'un nadó, i una altra família perquè tenia problemes a l'hora d'ensenyar al seu fill a anar a dormir sol<sup>29</sup>. Podríem dir a grans trets que aquests exemples fan referència a situacions noves per als infants, a les que ni els pares ni els infants s'han acostumat i que, per tant, els pares no saben gestionar a casa i busquen ajuda en els professionals dels centres. D'aquesta manera, els informants, defineixen els Trastorns de Conducta com dificultats en la criança, és a dir, nanos on a casa no se'ls posa límits o són incapaços de seguir una rutina, en paraules textuais "nanos difícils".

Mentre que, d'altra banda, els Trastorns de Conducta, tal com els defineix el DSM, són considerats una psicopatologia que requereix medicació per a una millora en els infants/joves que els pateixen. Els trastorns associats a la conducta es troben presents en aquest manual des de l'any 1980, el DSM-5 –l'última versió del DSM publicada l'any 2013– inclou els Trastorns de Conducta dins l'apartat "*Disruptive, Impulsive-Control, and Conduct Disorders*" (APA, 2013:461), que inclou condicions relatives a l'auto-control de les emocions i el comportament. Mentre que altres trastorns presents en el DSM també inclouen problemes en la regulació de les emocions i/o conducta, els trastorns en aquest apartat es diferencien de la resta en el sentit que són els únics que es manifesten en comportaments que violen, en paraules textuais «[...] *the rights of others (e.g., Aggression, destruction of property), and / or that bring the individual into significant conflict with societal norms or authority figures.*» (APA, 2013:461). Les causes d'aquests problemes en l'auto-control d'emocions i comportaments, tal com s'exposa al DSM-5, pot variar significativament entre els diferents trastorns que apareixen en aquest capítol i entre els diferents individus diagnosticats d'aquests trastorns. El capítol inclou, com a Trastorns de la Conducta: «*Oppositional defiant disorder, Intermittent explosive disorder, conduct disorder, antisocial personality disorder, pyromania, Kleptomania,...*» (APA, 2013:461), i altres trastorns disruptius, impulsius i/o de conducta especificats o no especificats. Tots els trastorns presents en aquest capítol inclouen problemes en la regulació emocional i de comportament, la variació entre trastorns recau en l'èmfasi relatiu a dos tipus d'autocontrol: Per exemple, els criteris diagnòstics dels Trastorns de Conducta estan focalitzats bàsicament en la falta de control de comportaments que violen els drets dels altres i/o les normes socials –tot i

---

<sup>29</sup> Aquests són alguns dels molts exemples que exposen treballadores dels diferents CDIAPs a les quals he realitzat entrevistes en referència a infants que acudeixen al centre per Trastorns de Conducta.

que la majoria de símptomes relatius al comportament, com pot ser l'agressivitat, s'entenen com a conseqüència de la falta de control de les emocions–; En l'altre extrem, trobem els criteris de diagnosi del Trastorn Intermitent-Explosiu, que se centren en la falta de control de les emocions, com ara reaccions agressives no controlades, desmesurades en relació a l'estímul que les ha provocat. Entremig els dos extrems podríem trobar el Trastorn Desafiant-Oposicional, en el qual els criteris diagnòstics es troben entre la falta de control de comportaments –discussions constants i desafiaments– i la falta de control de les emocions – irritació i agressivitat–. Pel que fa a la piromania i la cleptomania, el manual senyala que són diagnòstics poc comuns, relacionats amb la falta de control de comportaments impulsius, estretament lligats a comportaments específics –encendre foc i robar– que alliberen les tensions dels individus. La resta de trastorns disruptius, impulsius i/o de conducta especificats o no especificats que apareixen en aquest capítol, s'inclouen dins una altra categoria de trastorns els quals, si bé inclouen símptomes de trastorns associats a la conducta, el nombre de símptomes no concorda amb el llindar de diagnòstic de la resta de trastorns presents en el capítol, encara que hi hagi evidències de problemes clínics relacionats amb la simptomatologia.

Això posa de manifest el fet que entre els professionals del sector utilitzen la nomenclatura “trastorns de conducta” de forma confusa i, fins i tot, incorrecta «Hi ha molts infants diagnosticats de trastorn de conducta, també en centres privats, però sobretot als CDIAPs que, en realitat, només tenen problemes de conducta, sense cap patologia.» (Carla, neuropsicòloga). Això planteja un problema en la meua recerca, i és que totes les entrevistes fetes fins al moment d'aquesta entrevista, l'objecte d'estudi no era l'adequat: Representa que he estat fent entrevistes amb diverses psicòlogues de diversos centres de desenvolupament infantil i un neuropediatre, que entenen que el concepte “Trastorn de Conducta”, inclou problemes que no encaixen segons la definició del DSM i l'explicació d'aquesta informant en un trastorn de conducta. Pot ser que tinguin una idea errònia del que és un trastorn de conducta? O simplement fan un diagnòstic genèric? Sobre aquest punt, una de les informants, neuropsicòloga especialitzada en Trastorns de Conducta, senyala que en molts casos la formació dels professionals del sector és incompleta per a diagnosticar correctament aquests trastorns, en molts casos, un cop acabada la formació inicial, els professionals no “es posen al dia” amb els nous avanços de la teoria, i tenint en compte que en aquest àmbit, els tractaments i, fins i tot, les definicions i nombre de trastorns existents està en constant moviment, això genera conflictes dins el sector. A la vegada, el creixent nombre de famílies que

acudeixen a aquests centres, fa que aquests vagin col·lapsats de feina i no puguin atendre a tots els infants per igual, en molts casos, expliquen els informants «No pots atendre a tots els nens que requereixen un seguiment, per falta d'hores i professionals.» (Montse, psicòloga). Així, aquests es veuen obligats a escollir els casos que consideren més "greus" i no atendre a molts d'altres que potser també ho necessiten.

A la vegada, els problemes de conducta poden derivar en Trastorns de Conducta, o més aviat, en els termes que utilitzen els professionals: molts nens que acudeixen als centres diagnosticats amb problemes de conducta, poden ser nens amb Trastorns de Conducta que encara no s'han manifestat del tot. En tractar amb infants molt petits, de 0 a 5-6 anys, els Trastorns de Conducta més greus no es mostren fins a edats més avançades – que un nen de 0 a 4 anys faci una rabieta o pegui a un altre nen, no causa les mateixes preocupacions entre els adults que quan ho fa un nen de més de 6 anys– així que atendre a nens amb problemes de conducta seria una manera de prevenir aquests infants de desenvolupar possibles trastorns en un futur. La mateixa explicació és extrapolable a aquells infants que encara no van a l'escola, el fet que no es relacionin de forma habitual en un context fora del familiar, fa que els Trastorns de Conducta passin desapercebuts, ja que és a l'escola on més problemes de comportament sorgeixen entre infants –com ja he comentat, és des de l'escola, que es deriven més infants als centres d'atenció precoç–, a casa, explica una de les informants «Els infants no tenen per què comportar-se de forma agressiva si els pares no són massa estrictes amb ells, van fent, i és quan surten de la seva "zona de confort" quan aquests tenen dificultats per relacionar-se degut al trastorn que pateixen.» (Carla, neuropsicòloga).

El que fan, doncs, des de tots aquests centres o institucions especialitzats en el comportament i desenvolupament dels infants, és una labor preventiva. El *Panòptic* de Bentham del que ens parla M. Foucault (1995), està dissenyat com a edifici perfecte per a exercir la vigilància: situant el vigilant en la torre central i tancant els anormals en les cel·les perifèriques, es crea un estat conscient i permanent de visibilitat que garanteix el funcionament automàtic del poder, els individus es troben perfectament individualitzats i constantment vigilats. El poder funciona a la vegada perquè no és verificable: els individus de les cel·les no poden saber amb certesa quan se'ls vigila i quan no, però estan segurs que sempre poden ser observats (Foucault, 1995:205). D'aquesta manera poc importa qui exerceix el poder, aquest s'automatitza i es *des-individualitza*, a la vegada que individualitza als observats per aquest, «*El Panóptico es una máquina maravillosa que, a partir de los*

*deseos más diferentes, fabrica efectos homogéneos de poder.»* (Foucault, 1995:206). D'aquesta manera es perfecciona l'exercici del poder en tant que permet reduir el numero dels que l'exerceixen i multiplicar a aquells sobre els que s'exerceix, perquè permet intervenir en tot moment, la pressió constant que s'exerceix sobre els individus actua fins i tot abans que es cometin faltes o desviacions, actua també com a mecanisme de prevenció. El Panòptic permet establir diferències entre els individus, localitzar aptituds en relació a una evolució "normal" d'aquests, així pot ser utilitzat per a modificar el comportament dels individus, per a reeducar la conducta d'aquests. Permet fins i tot constituir un aparell de control sobre els seus propis mecanismes: els treballadors, tècnics, professionals, són constantment jutjats pels seus superiors, i així successivament, les seves conductes poden ser igualment modificades imposant els mètodes considerats més efectius, sent ells responsables del "fracàs" dels que estan sota la seva responsabilitat. No són responsables les psicòlogues dels centres d'atenció precoç del rendiment escolar dels nens als quals tracten? Si segueixen portant-se "malament" i tenint problemes a casa i a l'escola, si realment es "converteixen" en adults violents, no caurà la responsabilitat sobre elles?

Davant el dubte, els centres prefereixen atendre a infants que tot i no estar diagnosticats de cap patologia, podrien desenvolupar-ne alguna en tant que són infants de "risc", infants que si no se'ls fa cap seguiment, podrien "empitjorar" sota la responsabilitat del professional que ha descartat un seguiment. Així els Centres d'Atenció Precoç, entre altres coses, tenen una important labor preventiva, i els són derivats molts més infants dels que haurien de atendre per a realitzar consultes. Cal remarcar que no tots els pares fan cas d'aquestes recomanacions dels especialistes respecte a portar els seus fills en centres especialitzats, segons explica el neuropediatre, alguns no són partidaris d'acudir a un psicòleg, sobre aquest fet, explica que no comparteix l'opinió dels pares que prenen aquesta decisió: Els Trastorns de Conducta són més fàcils de solucionar o reconduir si els infants són menors de 5 anys, un cop entrats en l'adolescència els nens han interioritzat una sèrie de comportaments i actituds que són més difícils de deixar o canviar, a la vegada, són més reticents a qualsevol tipus de tractament i, sobretot, a prendre medicació. Afegeix, que en els casos on es requereix medicació, és millor començar a aplicar-la en infants més petits, ja que es pot anar deixant a mesura que entren a l'adolescència, un cop acabat el període d'escolarització –donant a entendre que la medicació és requerida només en aquesta etapa, com a ajuda per encaixar i ser productiu dins el sistema educatiu–. Així doncs, recomana l'atenció d'un psicòleg per

aquests infants, remarcant el fet que els motius pels quals els pares són contraris a aquest “tractament”, és perquè ells també requereixen atenció psicològica. En aquest discurs, hi intervenen dos elements molt interessants: un en relació a la mal·leabilitat dels infants menors de 5 anys, s’entén que les conductes violentes són més fàcils de reconduir com més petits són els individus, entenent que la violència és quelcom que es pot modificar a través d’un seguiment i/o tractament psicològic i, per tant, que no només és quelcom no desitjable en els individus, sinó que és quelcom que ha de ser tractat per a ser evitat. Per altra banda, el fet que “critiqui” la decisió dels pares que es neguen a portar els seus fills a Centres d’Atenció Precoç, dóna a entendre que els professionals de l’àmbit mèdic no conceben com a vàlida cap explicació ni cap tractament per aquest tipus de conductes que no sigui la mèdica. En altres paraules, que per a ells el discurs científic és inqüestionable. Ells mateixos es troben immersos en una xarxa de relacions de poder que els “afecta” directament, és a dir, sí que els dispositius disciplinaris funcionen com a mecanismes de poder que es disposen al voltant de l’anormalitat, per marcar-la i modificar-la (Foucault, 1995:203), i a la vegada aquestes tècniques es transporten al cos social sencer, igual que en el *Panòptic* de Bentham. Entenent el panòptic com a un edifici transparent on l’exercici del poder és controlable per la societat sencera (Foucault, 1995:211) i, per tant, no només exerceixen el poder dins les institucions, sinó també a l’exterior d’aquestes, i no només això, sinó que les mateixes institucions es troben dins aquesta xarxa de poder i mecanismes normalitzadors: El mateix saber científic és un saber institucionalitzat, regulat i normalitzat per institucions –com les acadèmiques– . «*El concepto de normalización empezó a aplicarse antes al médico que al enfermo.*» (Foucault, 1977:369). La normalització dels metges i de la disciplina i saber mèdics, suposa la subordinació de la pràctica mèdica a un poder administratiu superior, els professionals de la medicina obtenen així el seu poder de l’autoritat que els atorga el seu saber, els metges passen a ser administradors de la salut<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> No hi ha exercici del poder possible sense una certa economia dels discursos de veritat del poder «*[...] estamos sometidos a la producción de la verdad del poder y no podemos ejercer el poder sino a través de la producción de verdad.*» (Foucault, 1992:34). El saber prolonga i reforça els efectes del poder (Foucault, 1995:36), les disciplines tenen el seu propi discurs, són creadores d’aparells de saber i coneixement, i a diferència del discurs de la llei, aquest discurs es regeix per la “regla natural”, la norma. La medicina com a disciplina, defineix el codi de la normalització dins el domini de les ciències humanes, apropiant-se del saber clínic, produint un tipus de poder i de saber “neutralitzat” per la consagració científica (Foucault, 1992:48).

## **9. “L’ull clínic”**

Així, a través de la medicina es construeixen tota una sèrie de premisses sobre les competències i capacitats de comprensió dels infants, basades en criteris eteris que són reproduïts en una multiplicitat de pràctiques escolars i psicopedagògiques, tals com la definició dels problemes de desenvolupament o aprenentatge. Criteris aparentment objectius, basats en estudis científics, però que en realitat depenen en gran mesura del professional que atengui als infants. El procés que es segueix a l'hora de fer la valoració i diagnòstic dels infants que accedeixen als centres per primera vegada difereix entre centres públic i privats: En el cas dels centres públics, les famílies venen derivades per diferents serveis, normalment públics, poden venir de salut, de part del pediatre, però la majoria estan derivats per les escoles, ja sigui escola bressol o ordinària, i una petita part ve derivada dels serveis socials, però, com ja he comentat, és la família la que s'ha de posar en contacte amb els centres. De manera que els centres reben una demanda per part de la família de l'infant que és recollida generalment per la treballadora social del centre, que és la mateixa persona que realitza una primera entrevista amb la família per fer una primera valoració del l'infant i del seu l'entorn: analitza el motiu de la demanda, la preocupació de la família, el d'on venen derivats, és el que anomenen “primera acollida a la família. Un cop feta aquesta primera valoració, en funció del motiu de demanda, és una altra professional la que inicia el procediment, una fisioterapeuta, una logopeda, una psicòloga o, en algun cas, el neuro-pediatre<sup>31</sup>. Aquesta segona entrevista es fa de forma interdisciplinar – dues o més professionals d'àmbits diferents– en presència de l'infant i dels pares.

«Per exemple, si és un problema de llenguatge, qui l'acull sol ser la logopeda i una psicòloga o una pedagoga, perquè sabem que moltes demandes de pares venen per una cosa, però aquest no és el problema, per això sempre intentem ser dues persones.» (Montse, psicòloga). «Jo no vull prendre aquesta decisió sola. Qui sóc jo

---

<sup>31</sup> Sense entrar en detall, parlo de les treballadores dels centres, en femení perquè em sembla important recalcar que en tots centres que he visitat, totes les treballadores són dones, excepte els gerents i un neuropediatre extern que visita un dels centres periòdicament. Aquestes idees responen a un ordre institucional global. En les societats on existeix una clara divisió sexual del treball, són les dones les que actuen com a agents *enculturadores*. La feminització educativa en l'etapa de la petita infància és un fet universal, i arreu les dones són les principals agents socialitzadores i les responsables de la cura dels infants (Ortner, 1979). Els infants, doncs, creixen i es desenvolupen dins una esfera d'interacció femenina.

per dir-li als pares que no ho fan bé? No, no, si hem de prendre una decisió tan important, hem de ser més d'una.» (Maria, fisioterapeuta)

És en aquesta segona entrevista que es fa un primer diagnòstic sobre l'infant, en base a les observacions de les professionals, es decideix si simplement donant alguns consells i pautes als pares el motiu de demanda queda solucionat o bé si és necessari fer un tractament o seguiment, ja sigui centrat en la família, en l'entorn o en l'infant. La valoració, senyalen els les treballadores dels centres públics, és sempre continua: A mesura que van treballant van valorant, en el moment en què objectius que tenien marcats ja estan assolits, donen d'alta a la família o, per contra, si les necessitats de l'infant han variat, se'l torna a derivar a una altra professional amb uns nous objectius a assolir.

«A partir d'aquí, doncs, si cal tractament ja té un professional referent, sigui qui sigui, que farà el tractament. Que no vol dir que es quedi sempre amb aquest professional, pot començar, per exemple, per un tema d'un retard de llenguatge però quan aquest llenguatge s'activa la logopeda diu: No, no, jo veig que hi ha alguna cosa més... valorem-ho. Llavors es torna a revalorar, constantment, per saber quines necessitats hi ha en cada moment...» (Alba, psicòloga).

Pel que fa als centres privats, les famílies, vinguin derivades d'on vinguin, han de passar primer pel CAP, des d'on truquen o visiten als centres per exposar la valoració mèdica que s'ha fet als infants i el motiu de demanda. En la primera visita al centre es fa, igual que en el sector públic, una entrevista amb els pares per tal de valorar el motiu de consulta i la genealogia familiar. Se'ls fa una genograma familiar «[...] perquè moltes vegades ens centrem molt en el nen, pensem que el que importa és només el nen i no, la família hi té molt a veure, jo sempre treballo de forma conjunta, que aquí ja agafes una mica de tot.» (Sònia, psicòloga), que serveix als professionals a valorar l'entorn familiar dels infants i quins són els principals cuidadors de l'infant i totes les persones properes a aquests –fins i tot si aquests tenen animals de companyia–. Es tracta d'una entrevista semiestructurada de tota l'evolució de l'infant:

«Tu tens uns punts i ells et van explicant des del moment de l'embaràs, fins al dia d'avui. I es passa per totes les etapes, parles de llenguatge, la motricitat, de tot, l'evolució i desenvolupament d'aquest nen des de que va néixer fins ara. Aquí vas veient com ha anat afectant tot això a la mare, no? Perquè també podem parlar d'una depressió post part, un embaràs no desitjat... totes aquestes coses van influint.» (Sònia, psicòloga).



Segons els especialistes del sector privat, a partir d'aquesta primera entrevista, el professional decideix si hi ha motius per seguir endavant amb el diagnòstic. Si és així, el professional procedeix a avaluar l'infant en qüestió a través de escales i qüestionaris –que poden anar adreçats tant als infants com als pares–. Els professionals senyalen que el que s'hauria de fer en tots els casos és una exploració només amb el nen, una exploració que inclou tot tipus de proves i test per valorar les capacitats d'aquest: tests d'intel·ligència que classifiquen el CI –Coeficient Intel·lectual– dels infants, les capacitats verbals, de memòria, de motricitat, etc., a la vegada que se'ls fa proves d'atenció, proves relacionades a les emocions i d'altres, per tal d'obtenir un resultat numèric:

«[...] un munt de coses que al final donen un resultat, que és el nivell d'intel·ligència d'aquest nen, i ens trobem entre 70, que és el mínim de normalitat, fins al 120 o una cosa així, hi ha la corba de normalitat, i a partir d'aquí, dins la corba veiem. Està regulat dins l'estat espanyol, veiem el nen on es troba, 70 o menys estaríem parlant, crec, de discapacitat lleu, moderada o greu, 70 seria una intel·ligència límit, i a partir de 120, superdotats, altes capacitats... però això ja comporta altes tests...» (Sònia, psicòloga).

Els tests d'avaluació de trastorns psiquiàtrics, basats en els criteris del DSM, són fruit de recerques acadèmiques, un cop publicat un test d'avaluació en una universitat o centre de recerca, aquest ha de ser validat: avaluat i corregit per provisionals del sector, així, en ser posat a prova en diferents països el test pot canviar, en altres paraules, cada país disposa del seus propis tests validats en funció de les necessitats de cada país. "TEA Ediciones"<sup>32</sup>, és la primera empresa espanyola que va començar a editar i elaborar tests i probes d'avaluació psicològica, és a dir, publica en espanyol probes procedents de centres i editorials de la resta del món, no només en relació als Trastorns de Conducta, sinó des de tot tipus de trastorns psicològics –relacionats amb l'alimentació, depressió, llenguatge, memòria, etc.– que engloben tant infants com adults, fins a projectes, cursos i formacions i tot tipus de material acadèmic. Així, en la seva plataforma online es poden trobar i descarregar tots els tests validats en aquest país, que són els que fan servir els centres i professionals per a fer un diagnòstic, tenint en compte que es van actualitzant i modificant constantment.

Molts d'aquest qüestionaris són de caràcter obligatori a l'hora de fer un diagnòstic, adreçats a pares de nens de quatre a divuit anys, serveixen per detectar

---

<sup>32</sup> Per a més informació, consultar: <http://web.teaediciones.com/Inicio.aspx>

tot tipus de trastorns, entre ells els Trastorns de Conducta –hi ha qüestionaris especialitzats per a cada trastorn psiquiàtric– d'acord amb l'apreciació dels pares o individus propers als infants. Procedint d'aquesta manera, a través del CBCC (*Child Behaviour Checklist*), validat en espanyol per la Universitat Autònoma de Barcelona, s'obté un índex general superior al 15% de nens amb problemes de conducta, aquest qüestionari destinat als pares, conté unes 113 preguntes que permeten obtenir informació sobre el comportament dels infants, conèixer els punts forts i els punts dèbils de l'infant, així com informació sobre la seva conducta<sup>33</sup>. Els Trastorns de Conducta, així com la majoria de trastorns psicopatològics en infants, es diagnostiquen d'acord amb una sèrie de pautes conductuals observables, que són registrades per les persones adultes que supervisen els infants –pares, mares, mestres, metges, etc.–, els infants apareixen així, en aquest espai institucional, com a subordinats als adults, com a éssers a protegir (Leavy, 2013:680). Els símptomes d'aquests trastorns són els comportaments del subjecte infantil, que són interpretats i significats pels diferents adults i adultes que conviuen amb ell (ibíd.:681), la conceptualització de tals conductes és la que determina si els infants presenten o no trastorns en el seu desenvolupament, i a la vegada és en aquesta conceptualització on resideix una determinada representació d'una infància “normal”. Tot el que adquireix un sentit “anormal” en la conducta dels infants requereix una consulta mèdica que determini si és normal o no: El resultat d'aquests qüestionaris determina la presència o no presència de Trastorns de Conducta dels infants, en comparació amb dades estadístiques de comportaments d'infants de la mateixa franja d'edat en relació a aspectes com: L'aïllament social, el sofriment físic, la depressió, els problemes socials, els trastorns obsessius, els trastorns d'atenció, els comportaments delictius, i els comportaments agressius, juntament amb tests d'intel·ligència, i fins i tot es té en compte l'alçada i pes dels infants. La metodologia de diagnòstic dels trastorns associats a la conducta, on són els subjectes adults que rodegen als infants els encarregats d'identificar les conductes patològiques dels infants, fa patent l'entramat de relacions asimètriques en que s'insereix la vida dels infants (ibíd.:681).

Mesurant el comportament, la intel·ligència, l'alçada i el pes, els infants resulten una suma de dades estadístiques, de fets i de gestos, dades comparades amb una mitjana estadística, situant un infant en un punt determinat d'una *campana*

---

<sup>33</sup> Veure l'annex 3 per consultar el CBCC.

de Gauss<sup>34</sup>. «El examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila, y las de la sanción que normaliza.» (Foucault, 1995:189), l'examen és una mirada normalitzadora, una vigilància que permet qualificar, classificar i castigar. L'examen va acompanyat d'un sistema de registre de d'acumulació documental, de forma que l'individu es converteix en un objecte descriptible, analitzable, que s'estudia en funció de les seves característiques particulars i la seva evolució individual, a la vegada que és un sistema comparatiu que permet l'estudi de fenòmens globals i la descripció de grups. L'examen converteix als individus en "casos", es tracta d'un mecanisme d'objectivació: els exàmens no estan personalitzats, les preguntes que hi apareixen han estat seleccionades en funció d'uns llistats establerts estadísticament. Aquest mètode de diagnòstic individualitza a aquells sobre els que el poder s'exerceix amb més força, els que es surten de la norma. Els diagnòstics, són una forma contextualitzada d'interpretar la realitat, mesurada per categories construïdes subjectivament: «Son procesos que no solo reproducen la realidad, sino que le dan entidad, producen lo que esperan, haciendo que el mundo sea como creemos que es o que debe ser.» (Cerletti, 2006,:22). Així és com els subjectes adults reproduïen representacions sobre els Trastorns de Conducta i reprenen discursos de la psiquiatria per donar-los per suposats i contrarestar-los amb un hipotètic "nen normal", mentre articulen mecanismes per discutir el seu diagnòstic (Leavy, 2013:684).

Un cop fet el diagnòstic es procedeix, si és el cas, amb un seguiment per sessions, en funció de les necessitats de l'infant i la disponibilitat del professional, fent una intervenció psicològica i, si es requereix, una prescripció de fàrmacs. També cal senyalar que no tots els centres i professionals fan el mateix seguiment, és a dir, que la resposta terapèutica –metodologia, medicació, duració, etc.– pot variar en funció del criteri de cada professional i/o centre<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Una representació gràfica de la distribució normal d'un grup de dades. Dades que es reparteixen en valors baixos, mitjans i alts, creant una gràfica en forma de campana simètrica respecte a un determinat paràmetre, coneguda com a *campana de Gauss* o campana de distribució Normal.

<sup>35</sup> Com ja he comentat, existeixen dues grans línies de seguiment dels infants diagnosticats amb trastorns mentals: Conductista i psicoanalista, en aquesta investigació, tots els informants del sector públic sembla que estan més d'acord amb la vessant conductista, i l'informant del sector privat segueix una línia més psicoanalista. Tot i això, considero que no puc generalitzar i afirmar que tots els centres públics segueixen una línia d'actuació conductista i que tots els privats una línia d'actuació psicoanalista. Així que, per a la realització d'aquesta investigació, s'accepta la premissa que la majoria de diferències entre els dos sectors són degudes al tipus de funcionament, organització i finançament d'aquests i

«Això és el que s'hauria de fer, però, no es fa, perquè en molts centres el que realment volen es posar-se a treballar, llavors, el que a mi m'ha passat moltes vegades... a la pública no ho fan, fan una entrevista amb els pares, una valoració amb els nens i ja es posen a treballar, i això està molt malament.» (Sònia, psicòloga).

Però més enllà de les diferències que ens podem trobar en el procés de valoració i diagnòstic dels infants entre el sector públic i privat, que poden anar lligades a les diferències d'organització i funcionament dels centres: A diferència dels centres privats, cada CDIAP té unes determinades hores assignades per atendre als infants, teòricament proporcionals al volum de població de la zona on es troben, cosa que explicaria el perquè les treballadores d'aquests centres es queixen amb freqüència de la falta d'hores per atendre per igual a tots als infants, i el com això els obliga a fer una major selecció de les demandes que reben, «Els CDIAPs, i aquesta és una mica la meua crítica a la pública, van tan a *tope* aquí a Barcelona... tan a *tope* que els és igual.» (Sònia, psicòloga). Tanmateix, no es pot oblidar que el perfil de famílies que acudeixen als centres és diferent, no tothom es pot permetre, econòmicament parlant, acudir a un centre privat, així el volum de demandes dels centres públics és major que en els centres privats, els quals no solen atendre al gruix d'immigració que no té recursos suficients per passar-se al sector privat.

«Jo sempre he treballat en un centre privat, per tant és molt diferent de com treballen a un CDIAP, aleshores, moltes vegades, el perfil de pares són, o gent que té diners i que ja ve directament aquí perquè diu: la pública no. O bé, que ve de la pública i com a la pública estan molt saturats i com volen ser atesos, llavors venen. També tenim alguns que treballen simultàniament eh, treballen amb la pública, però com els donen sessions cada X mesos... llavors el que fan és: així almenys estem als dos llocs.» (Sònia, psicòloga).

Podríem dir que segueixen, de forma general, línies de treball similars: afirmen utilitzar mètodes de valoració i diagnòstic "objectius", que els permeten definir i justificar els diagnòstics i tractaments dels infants als que atenen. La majoria de centres –fer una generalització potser seria massa agosarat, però tots els centres que he visitat, tan públics com privats segueixen una mateixa metodologia de diagnòstic– utilitzen manuals específics com el DSM per al diagnòstic i tractament dels trastorns psiquiàtrics com el trastorn de conducta. Generalment aquest manual és utilitzat per professionals de la salut per tal de determinar i ajudar a comunicar als pacients un diagnòstic, un cop feta una avaluació, a la vegada que pot ser utilitzat per

---

no degudes a la línia d'actuació que segueixen, ja que suposo que dins de cada sector es poden trobar tant una com l'altre.

a fins acadèmics, ja que permet categoritzar els pacients en base als criteris de diagnosi que ofereix. «El DSM? Home, doncs, l'utilitzo perquè és el manual que fem servir a la meua empresa, no puc no fer-lo servir, és una política de l'empresa.» (Maria, Fisioterapeuta).

El DSM o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, el publica l'Associació Psiquiàtrica Americana (APA o *American Psychiatric Association* en anglès). Aquest manual ofereix criteris estàndards per la classificació dels trastorns mentals, està fet en base a –a la vegada que és utilitzat per– investigadors, metges, agències reguladores de fàrmacs psiquiàtrics, asseguradores mèdiques, companyies farmacèutiques, al sistema legal i polítics –juntament amb altres manuals alternatius–. El DSM ha evolucionat a partir de sistemes d'estadístiques psiquiàtriques, de sistemes de recol·lecció de cens i de manuals de l'exèrcit nord-americà. Des de la seva primera publicació l'any 1952, el número de trastorns mentals que hi apareixen ha augmentat i canviat significativament, la primera versió contenia uns seixanta trastorns contra els casi quatre-cents que contenia al 1994 –la quarta edició–. Tot i que alguns dels trastorns que podien apareixen en les primeres versions d'aquest, han estat retirades al ja no ser considerats trastorns mentals. El DSM es també el reflex del context en el qual és publicat i és permeable a ideologies: Potser l'exemple més clar és el de l'homosexualitat: L'any 1952 l'APA inclou la homosexualitat al DSM com un trastorn de personalitat sociopàtica, "*Homosexuality: A Psychoanalytic Study of Male Homosexuals*" un estudi a gran escala sobre l'homosexualitat dut a terme l'any 1962, justificava la classificació de l'homosexualitat com a trastorn en tant que era considerada una por patològica al sexe oposat, deguda a relacions pares-fills traumàtiques. D'aquesta manera, l'homosexualitat es trobava inclosa al DSM fins l'any 1974, coincidint amb l'augment de les protestes dels activistes en defensa dels drets dels homosexuals en contra l'APA que van començar al 1970, i en conjunt amb el moviment anti-psiquiàtric iniciat als anys 60, en contra la legitimitat del diagnòstic psiquiàtric. Així doncs, després d'una votació de l'APA al 1973, el diagnòstic l'homosexualitat va ser reemplaçada pel de "trastorn d'orientació sexual" o "*Sexual Orientation Disturbance*" en la sisena impressió del DSM-II del 1974, trastorn que s'ha anat modificant en les versions posteriors del DSM fins a arribar a desaparèixer.

En la versió actual del manual, el DSM-5 però, podem veure com hi ha un apartat específic que classifica el *Gender Dysphoria* –en català traduït com a Disfòria de Gènere o també com a Trastorn d'Identitat de Gènere– com a patologia (APA, 2013:452). En realitat aquesta categoria no és nova en el DSM, la Disfòria de

Gènere és el terme amb el que l'any 1973 la psiquiatria designa la transsexualitat. En el DSM-IV apareix com a trastorn de la identitat sexual, i a partir DSM-5 és recategoritzada com a disfòria de gènere i passa d'estar inclosa en l'apartat de "trastorns sexuals", a constituir un apartat propi, amb l'objectiu, segons s'exposa al DSM, d'aclarir que, més que una patologia mental en sí mateixa, constitueix un malestar clínic significatiu associat a la condició de gènere (APA, 2013:452).

«El malestar que provoca sentir-se diferent és el que pot donar lloc al trastorn, és a dir, potser fa més referència a les conseqüències que pot tenir per a un individu el sentir-se del gènere oposat, això pot ocasionar altres trastorns com depressió o ansietat, que requereixen atenció psiquiàtrica.» (Montse, psicòloga).

El CIE (ICD o *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* en anglès), publicat per la Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1992 –amb vaires actualitzacions i edicions, i tenint en compte que es preveu substituir-lo al 2018 pel CIE-11), és un altre manual molt comú utilitzat per classificar els trastorns mentals, i de fet, és considerat el sistema oficial de classificació que utilitzen als Estats Units. El que el distingeix del DSM és que l'ICD engloba la salut en la seva totalitat, mentre el DSM es centra en el diagnosi dels trastorns mentals i és el manual més utilitzat tant a Europa com als EEUU. De fet, el DSM-IV-TR, la quarta edició, conté un codis específics que permeten fer una comparació entre els dos manuals –com que les revisions d'aquests no tenen perquè anar coordinades, aquests no solen coincidir–. En l'última versió d'aquest manual, en el CIE-10 se segueix denominant la transsexualitat com a "Trastorn d'Identitat de Gènere".

«A veure, ara em faràs dubtar... pensa que això s'està investigant, vull dir, que hi ha gent a la universitat fent revisions de tot el que apareix al DSM. I també que ja sabem [els professionals] que hi ha coses que no són del tot correctes, no t'ho has d'agafar tot al peu de la lletra! No tothom té una carrera des de fa dos anys [referint-se a mi], la majoria de gent que fa això [el DSM] es va treure la carrera abans que jo! Segurament a la nova edició ja no hi apareix.» (Maria, fisioterapeuta).

El DSM ha estat elogiat per molts per estandarditzar les categories i criteris de diagnosi psiquiàtrica, però a la vegada genera controvèrsia; la validesa o fiabilitat de les categories de diagnosi, la superficialitat dels símptomes descrits en el manual, les línies utilitzades per diferenciar categories com la de normalitat, les diferències culturals que no es tenen en compte en aquest i la medicalització dels trastorns mentals, són algunes de les qüestions que generen polèmica en torn aquest manual, l'Institut Nacional de la Salut Mental (NIMH o *National Institute of Mental Health*), per exemple, exposa que el DSM representa un sistema de classificació molt subjectiu,

al qual li falta validesa científica com per ser utilitzat entre el col·lectiu científic. Amb tot això es pot veure com el DSM i altres manuals de diagnòstic no són en absolut manuals objectius, sinó que més aviat són permeables al context i ideologies del moment; els trastorns que hi apareixen i les seves definicions varien a la vegada que ho fan les ideologies dels autors d'aquests. La normalitat s'ajusta al context, i a través de l'evolució del nombre de trastorns presents en el DSM es pot dir que el concepte de normalitat s'ha reduït considerablement, o més aviat, que la ciència engloba cada cop més comportaments: més que el fet que els límits de la normalitat sigui més estret, podríem afirmar que la ciència s'apropia cada cop més de comportaments que passen a ser considerats com a anormals. Al mateix temps, a l'agregar nous trastorns, augmenta la possibilitat que les persones siguin diagnosticades amb algun trastorn, i és que «Si mostra un símptoma present i, a més a més, aquesta persona no és massa funcional al dia a dia, doncs ja la podem etiquetar, no? Perquè en quant a criteris, fàcilment els trobes.» (Carla, neuropsicòloga).

No es tracta de posar en dubte la professionalitat i honestetat personal dels autors i coordinadors d'aquests materials, sinó més aviat qüestionar la validesa i objectivitat d'aquest tipus de documents, «*Existen grupos de presión, lobbies farmacéuticos. Los grupos de presión llevados por las farmacéuticas no es nada clandestino ni ilegítimo, sino que son prácticas reconocidas y desde luego han logrado influir en los políticos [...]*» (Dr. Pérez, catedràtic de psicologia de la personalitat, avaluació i tractaments psicològics de la Universitat d'Oviedo)<sup>36</sup>. I tampoc es pot oblidar que aquestes guies han estat finançades per empreses i no sense ànim de lucre, sinó que cada generen grans beneficis econòmics.

«Aquestes proves les compres, mira, l'última que hem comprat ens ha costat 3.000 Euros! Això és el material que tu compres, i són les eines, les màquines nostres diguéssim, i n'hi ha que són objectives en aquest moment, però no van a més... t'orienten i el diagnòstic, en molts casos acaba sent clínic, no depèn... la diferència és que tu pots fer una radiografia sobre un os trencat i dir: he fet aquesta prova i l'os està trencat, i ja està! Aquí tens proves que t'orienten... i tu veus el funcionament i el perfil, però no pots arribar a vegades, amb les proves, a un diagnòstic, no són diagnòstiques a vegades, llavors depèn del teu ull clínic.» (Alba, psicòloga).

Ens trobem així davant una situació paradoxal: els informants mostren una confiança incondicional cap al coneixement científic, sí que per un canto la ciència és

---

<sup>36</sup> Fragment d'entrevista extret del programa Retrats "TDA/H: Realitat o invenció?" (2015).

desmitificada –en tant que s’accepten les seves limitacions– però en cap cas es resta autoritat al coneixement científic: més que desconfiança tal com senyalen M. Jensen i A. Blok, ens trobem davant *“forms of ‘forced’ or ‘conditional’ trust”* (Jensen; Blok, 2008:769). Però en les entrevistes es pot veure com el diagnòstic es realitza a través d’un procediment subjectiu, que varia entre centres i entre professionals d’un mateix centre, un procediment que depèn molt de l’ull clínic de qui realitza el diagnòstic. Un diagnòstic que pot variar en funció de qui l’aplica i dels mètodes en els quals es val per aplicar-lo, el que per un professional es considera patologia no té per què ser el mateix per un altre professional. En tant que els criteris de diagnosi són totalment descriptius, el diagnòstic dependrà del professional que atengui a l’infant i a la seva família, el procés resulta així, subjectiu:

«Mira, l’altre dia vaig fer un seguiment a un nen *negrito* prematur, i no sabia que fer, i clar, vaig pensar: al seu país tindria problemes? No. Doncs ho sento però no l’atenc. No tinc per què fer el paper de l’escola, si no tenen prou personal o el que sigui no tinc per què assumir la seva feina! El nen era un cas lleu [de trastorn de conducta]. i al seu país com no hagués anat a la guarderia estaria *estupendu!* Si no encaixa a l’escola, no és el meu problema. No l’han educat com ho fem aquí i, per tant, no li podem demanar el mateix que als d’aquí.» (Maria, fisioterapeuta).

Segons Parsons (1975), existeix un “rol de malalt” culturalment disponible que legitima l’anormalitat que representa la malaltia, que atribueix al malalt una sèrie de condicions: en primer lloc el des-responsabilitza en la mesura necessària perquè es recuperi o torni a l’estat de salut, a la vegada que el des-responsabilitza de la seva condició; en segon lloc, el malalt ha de reconèixer la seva condició anormal i buscar i desitjar recobrar un estat de salut. Se l’hi atribueixen així nous drets i deures. Anomenar a quelcom “malaltia” té conseqüències en la societat i els individus, més enllà de la condició biològica de l’organisme, els “drets” i “deures” que condicionen l’individu canvien, al mateix temps que ho ha fa seva posició social, afectant el seu comportament i decisions (Bourdieu, 1985), *«La diagnosis médica afecta el comportamiento de las personas, las actitudes que adoptan ante sí mismas y las que los demás adoptan ante ellas.»* (Conrad, 1982:136). En termes de E. Goffman (1972) un diagnòstic clínic afecta la carrera moral dels individus<sup>37</sup>, *«[...] los efectos de ser tratado como enfermo mental, pueden distinguirse claramente de los efectos*

<sup>37</sup> Entenent com a *carrera*, qualsevol trajectòria social recorreguda per qualsevol persona en el curs de la seva vida, que es relaciona amb assumptes subjectius tan íntims i apreciats com la imatge del “jo” i el sentiment d’identitat, i a la vegada fa referència a una posició formal, a relacions jurídiques i a un estil de vida, i forma part d’un complex institucional accessible al públic (Goffman, 1972:133).



*que tienen sobre la vida de una persona ciertos rasgos que un médico consideraría como psicopatológicos.»* (1972:134-135). La malaltia mental és una condició que afecta les persones que han de ser tractades, però, de fet, fins que no s'aplica un diagnòstic, tots els actes d'aquestes persones són "normals", d'aquesta manera, la concepció psiquiàtrica d'una persona només adquireix significat quan s'altera el seu destí social, i en la nostra societat, aquesta alteració només es torna significativa quan la persona és sotmesa a un procés d'hospitalització (1972:134). El mateix fet de diagnosticar una persona amb un trastorn patològic la des-responsabilitza de les seves conductes i emocions, que passen a ser gestionades per professionals de la salut: el diagnòstic transfereix la causa del malestar de l'individu: el problema deixa de ser el context i passa a ser de l'individu, el qual no s'ajusta<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Estem entrant en una nova tendència? La veritat és que la tendència de des-responsabilitzar a l'individu a través de la naturalització de determinats comportaments, present en la societat actual, entra en conflicte amb la també recent tendència de la bio-descodificació i l'epigenètica: la primera fa referència a la suposada causalitat existent entre les emocions dels individus i la simptomatologia que presenten, pretén la curació dels individus a través de l'alliberació i transformació de les emocions inconscients com a mètode de curació; l'epigenètica és l'estudi de modificacions en l'expressió dels gens que no obeeixen a una alteració de la seqüència de l'ADN, modificacions causades per l'entorn, per factors ambientals que poden modificar l'estructura genètica dels individus permetent així la curació dels individus. Aquestes dues tendències relativament recents en la nostra societat, trenquen amb la dinàmica de des-responsabilitzar l'individu del seu comportament i/o dolències, fent-lo responsable d'aquests i donant a entendre que la manera de recobrar l'estat de salut és a través del qüestionament o *resignificació* que un ha de fer del seu entorn.

## **10. “Conductes no desitjables”**

Foucault (2004), senyala que la clínica suposa la visibilitat de la malaltia com a una estructura comuna en la qual la mirada i la cosa vista, l'una davant de l'altre, troben el seu lloc. La visibilitat suposa que la mirada i l'objecte estan vinculats per naturalesa i per origen, d'alguna manera la mirada mèdica és la que destapa el “secret de la malaltia”, i aquesta visibilitat és la que fa que la malaltia sigui perceptible, no és la concepció de la malaltia la que canvia, sinó la manera en què és reconeguda. «*La clínica es probablemente, el primer intento desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una practica sólo sobre el ejercicio de la mirada.*» (Foucault, 2004:130). La malaltia es presenta a l'observador d'acord amb determinats símptomes i signes que es distingeixen pel seu valor semàntic i per la seva morfologia, el símptoma és, bàsicament, la forma sota la qual es presenta la malaltia, i és a través dels símptomes que es designa un estat patològic en oposició a l'estat de salut<sup>39</sup>, «*Los síntomas dejan transparentar la figura invariable, un poco retirada, visible e invisible, de la enfermedad*» (ibíd.:131). Per altra banda, el signe anuncia, pronostica, diagnostica que hi ha alguna cosa que no funciona correctament, posa de manifest que alguna cosa es troba desviada. Foucault entén la malaltia com a una col·lecció de símptomes, el símptoma apareix com a significant de la malaltia, estableix la diferència absoluta que separa la salut de la malaltia (ibíd.:134). El símptoma es converteix en signe sota una mirada sensible a la diferència. En l'àmbit de les ciències de la salut, un símptoma és la referència subjectiva que dona un malalt de la percepció que reconeix com a anòmal o causada per un estat patològic –la malaltia–, a diferència d'un signe, que és una dada “objectiva”, observable per part d'un especialista. El que converteix un símptoma en un signe és doncs, la mirada mèdica. Seguint aquestes idees, la malaltia no existeix més enllà dels elements visibles d'aquesta, més enllà del què es pot enunciar, la clínica posa en joc la relació de l'acte perceptiu i de l'element del llenguatge (ibíd.:139). Descriure una patologia, diagnosticar-la en un individu, és veure i saber al mateix temps (ibíd.:165), el fet de donar nom a una determinada patologia a través de l'observació és integrar-la en el saber, el clínic dona nom i sentit a allò que preocupa i/o afligeix als individus, i això li atorga saber: veu i sap el que els altres no poden ni veure ni saber, el metge coneix el llenguatge de les patologies (ibíd.:166).

---

<sup>39</sup> Cal recordar que la salut és un terme mitjà que no pot ser encarnat per un sol subjecte individual, sinó que s'estableix relació a les circumstàncies més comunes. L'estat de salut ha de ser així entès com un indicador general al qual els individus s'han d'aproximar.

El DSM considera les emocions, pensaments i les conductes com a anormals si perjudiquen l'individu en la seva vida quotidiana, impedit-li treballar, anar a l'escola, relacionar-se o si aquestes són motiu de sofriment. Els trastorns presents en el capítol del DSM-5 referent als trastorns associats a la conducta, tendeixen a aparèixer en els individus en la infància o adolescència, de fet, el manual senyala específicament que són trastorns que difícilment poden aparèixer per primera vegada en individus adults. A la vegada que remarca l'existència d'una relació en el desenvolupament entre els trastorns, és a dir, el manual especifica que en la majoria de casos els Trastorns de Conducta comparteixen molts criteris amb altres trastorns, com el Trastorn Desafiant-Oposicional, sobretot en aquells casos on aquests trastorns apareixien en edats prèvies a l'adolescència, cosa que no vol dir que tots els infants amb Trastorn Desafinat-Oposicional desenvolupin un Trastorn de Conducta. Afegeix que els infants que pateixen algun tipus de trastorn de conducta són més propensos, o en paraules del manual, estan *en risc*, de desenvolupar altres problemes clínics com ansietat o trastorns depressius. La majoria dels símptomes associats a aquests trastorns són comportaments típics que apareixen durant el desenvolupament dels individus, el que els converteix en símptomes d'un trastorn, tal com apunta el DSM-5, és la freqüència d'aquests, la persistència i prevalença en les situacions que afronta l'individu, a la vegada que la relació entre els diferents comportaments que apareixen com a símptomes associats als trastorns –el fet que apareguin junts–, tot això en consideració a la normativitat de l'edat, gènere i cultura d'un individu, és el que determina si aquests comportaments són simptomàtics d'un trastorn o no. Finalment, aquests trastorns estan associats al que en el manual s'anomena "*common externalizing spectrum*", que ve a ser un tipus de personalitat, en concret estan associats a dos tipus de personalitats definides com a "*disinhibition*" i en oposició "*constraint*". Respecte a aquest punt, els informants es refereixen al concepte de personalitat com a "temperament", és a dir, segons ells «Els infants neixen amb un determinat temperament.» (Joan, neuropediatre), que determina l'externalització de la simptomatologia del trastorn, podent ser símptomes *externalitzants* – si l'infant mostra una conducta desafinant, porta la contrària i/o és agressiu– o *internalitzants* –si l'infant es mostra tímid, deprimit, trist i/o antisocial–, entenent que tant un extrem com l'altre queden fora de la campana de la normalitat i, per tant, poder ser considerats símptomes d'un trastorn.

Els criteris diagnòstics dels Trastorns de Conducta que explicita el DSM-5, i sobre els que es basen els professionals dels centres per a la realització d'un diagnòstic són els següents (APA, 2013:469-475): En primer lloc, es valora si els

infants mostren un patró de conducta repetitiu i persistent en el qual predomina la violació de les normes i regles bàsiques imposades per adults o qualsevol forma d'autoritat. Conjuntament amb això, ha d'existir la manifestació d'almenys tres dels quinze símptomes descrits a continuació durant els últims dotze mesos diagnosticats per un professional –present durant almenys sis mesos d'observació–. L'infant:

1. Fa assetjament o *bullying*, amenaça o intimida als altres amb regularitat.
2. Inicia confrontacions físiques amb regularitat.
3. Ha utilitzat un utensili o arma que pot causar danys físics importants a altres persones. Posa com a exemples: un bat de beisbol, una ampolla de vidre trencada, un ganivet o una arma de foc.
4. Ha exercit la violència física cap a altres persones.
5. Ha exercit la violència física cap a animals.
6. Ha robat i s'ha enfrontat a la víctima.
7. Ha forçat a algú per tenir relacions sexuals.
8. Deliberadament, ha provocat un incendi amb la intenció de causar danys.
9. Deliberadament, ha destrossat propietats d'altres persones.
10. Ha entrat sense permís a la propietat d'altres persones.
11. Menteix habitualment per obtenir beneficis o evitar obligacions.
12. Ha robat objectes de poc valor sense enfrontar-se a la víctima.
13. De forma habitual, surt de nit sense el consentiment dels pares o tutors legals –a partir dels tretze anys–.
14. S'ha escapat de casa durant la nit, almenys en dues ocasions mentre vivia a casa els pares o tutors legals, o una vegada però sense tornar al domicili durant un període de temps llarg.
15. Sovint falta a l'escola sense permís –a partir dels tretze anys–.

En segon lloc, es valora si aquests comportaments causen problemes clínics en la socialització de l'individu, així com en el seu rendiment acadèmic o laboral. A la vegada que es té en compte si l'individu és major de divuit anys, i si tots aquests criteris descrits no concorden amb el Trastorn de Personalitat Antisocial.

El DSM-5 senyala que s'ha d'especificar en la diagnosi: Si es tracta del tipus *Childhood-onset*: Els individus mostren almenys un símptoma característic de Trastorn de Conducta abans dels deu anys. Si es tracta del tipus *Adolescent-onset*: Els individus no mostren símptomes característics de Trastorn de Conducta abans dels deu anys. O si es tracta del tipus *Unspecified onset*: l'individu mostra criteris

diagnòstics de Trastorn de Conducta, però no es té informació suficient per determinar si els símptomes es van manifestar per primera vegada abans o després dels deu anys. A la vegada, cal especificar si l'individu presenta "emocions socials limitades": L'individu ha d'haver presentat almenys dues vegades les següents característiques durant els últims dotze mesos. Aquestes característiques reflecteixen el patró de funcionament interpersonal i emocional dels individus, no de manera espontània, sinó de manera habitual. Per tant, caldrà, per a fer un diagnòstic acurat, no només informació procedent de l'individu en qüestió, sinó també d'altres persones del seu entorn:

1. L'individu mostra falta de remordiments i/o culpa: No se sent malament o culpable en realitzar quelcom malament –excloent els remordiments que pot mostrar l'individu quan ha estat enxampat fent l'acció o quan està sent castigat–. L'individu mostra de forma general una falta d'interès o preocupació en relació a les conseqüències que poden tenir els seus actes i/o trencar normes.
2. L'individu mostra falta d'empatia: Es mostra indiferent i despreocupat vers els sentiments dels altres. L'individu sembla més preocupat pels efectes que les seves accions poden tenir sobre ell mateix, que pels efectes que poden tenir en els altres, fins i tot quan els seus actes poder fer mal als altres.
3. L'individu es mostra despreocupat pel seu rendiment: No es preocupa pel seu rendiment acadèmic, professional o d'altres. No s'esforça suficient per assolir una tasca amb els objectius clars. Normalment culpa als altres del seu baix rendiment.
4. L'individu mostra falta d'afecte: No expressa els seus sentiments i/o no mostra les seves emocions als altres, excepte de maneres superficials o no sinceres –com per exemple a través d'accions que contradiuen les emocions que mostra–, o excepte en casos on pretén obtenir algun benefici propi –emocions que es mostren per intimidar o manipular als altres–.

També cal especificar el grau del trastorn: Lleu, quan el nombre de problemes de conducta que mostra l'individu no és alt, més enllà dels que es requereixen per fer el diagnòstic, a la vegada que aquests causen poc mal als altres, per exemple: Mentir, absentisme escolar, sortir de nit sense permís, trencar normes en general; Moderat, quan el nombre de problemes de conducta que mostra l'individu i els efectes que aquests poden tenir en els altres, es troba entremig dels trastorns descrits com a

“lleus” i “severs”, per exemple: Robar sense confrontar-se a la víctima o vandalisme; O sever, quan el nombre de problemes de conducta que l'individu és molt alt, superant en excés el nombre de criteris necessaris per a fer un diagnòstic o bé aquests causen danys considerables als altres, per exemple: Relacions sexuals forçades, crueltat física, ús d'armes, robatoris amb confrontació a les víctimes, etc.

Amb aquesta definició, s'entén que els infants diagnosticats són tots aquells infants que se salten les normes, aquells que no encaixen en el seu entorn i no es comporten de la manera que la societat espera que es comportin. Definició que posa de manifest que s'encasellen els comportaments violents com a problemes clínics, entenent que la violència és un problema clínic i, per tant, que les causes d'aquesta són biològiques. La simptomatologia que descriu la Carla, especialista en trastorns associats a la conducta, a l'hora de fer un diagnòstic d'un infant és la següent:

«Un mal comportament constant i dissocial, acompanyat d'agressivitat... [...] va més enllà d'una rabieta, són nanos desafiants, molt desafiants, freds, a vegades agressius. I si no s'intervé va a pitjor, a vegades fan mal perquè si, perquè els agrada... que un nen faci mal a un animal no és normal, encara que sigui una cosa no gaire *comú*, a vegades passa. I això no és social, vull dir... ningú els ensenya, els falta empatia.» (Carla, neuropsicòloga).

En aquest punt, remarca la importància del tractament, ja que aquesta simptomatologia en infants deriva, si no s'intervé, en adults amb alguna psicopatologia. «Estem parlant d'adolescents violents, que tenen tots els números d'acabar en un reformatori.», posa l'exemple d'un nano que havia sortit feia poc per les notícies<sup>40</sup>, que havia cremat un sofà en una cova, cosa que va resultar en la mort de dos altres joves. «Aquest nano segurament pateix un Trastorn de Conducta no diagnosticat, ja que aquests actes no són propis d'un nano sa –mentalment parlant–. Saltar-se la llei és un símptoma.», llegeix del DSM. Explica que té a la consulta un nen de cinc anys que roba, quan entra en alguna botiga s'emporta automàticament alguna cosa sense pagar, sabent que el que fa no és correcte «Aquí s'ha d'intervenir, de moment és només un nano amb problemes de conducta, però pot ser que vagi a més...». El “típic” nano que a casa seva han de trucar a la policia perquè intervingui, perquè els pares no el poden controlar, que se salta la llei, que fa campana a l'escola... aquests són alguns dels exemples del que s'entendria com a

<sup>40</sup> **Fallecen tres jóvenes en un incendio en el interior de una cueva de Almería:** “La Policía Nacional, que se ha hecho cargo de la investigación, ha detenido a tres menores de edad.” – **El Mundo 04/04/2017**

un nen o jove amb un trastorn de la conducta que hauria de rebre un tractament, en tant que l'origen de la seva agressivitat i violència és biològic, genètic i, per tant, hereditari –aquest és un punt en el qual tots semblen estar d'acord, quan l'infant presenta algun símptoma, generalment els pares o algú a la família també–.

*«Especially in ambiguous situations, aggressive individuals with conduct disorder frequently misperceive the intentions of others as more hostile and threatening than is the case and respond with aggression that they then feel is reasonable and justified. Personality features of trait negative emotionality and poor self-control, including poor frustration tolerance, irritability, temper outbursts, suspiciousness, insensitivity to punishment, thrill seeking, and recklessness, frequently co-occur with conduct disorder. Substance misuse is often an associated feature.»* (APA, 2013:473).

Els criteris establerts en els manuals de diagnòstic i de classificació de trastorns mentals, no són al cent per cent coincidents entre els diferents manuals, n'hi ha de més estrictes i de més laxes, i els criteris sobre els quals s'avalua i diagnostica són totalment descriptius, descriuen una sèrie de comportaments que poden tenir els nens, no inclouen cap altre tipus de criteris o proves diagnòstiques que permetin apreciar l'existència i presència d'aquests trastorns en els individus, més enllà de la descripció de comportaments determinats sobre els quals establir i justificar el diagnòstic. Els símptomes se suposa que deriven d'alguna condició mèdica de causes biològiques, però estem parlant de comportaments en nens que deriven més de condicions que tenen a veure amb el procés d'aprenentatge d'aquests que de res més, deriven del context familiar i social en el qual es desenvolupen. Saltar-se la llei, entrar en propietats alienes, fer mal als animals.... no estan aquestes nocions determinades pel context? La legalitat i la noció de propietat no tenen per què ser les mateixes en societats diferents, són nocions acordades per una societat determinada i, fora del seu context, manquen de significat, i no cal que canviem de societat per adonar-nos-en: Fer mal als animals no està sempre "malament" en la nostra societat, o està malament el què passa als escorxadors? O el que passa al zoo o als circs? Tot depèn del context, o és que només està malament si ho fa un infant, mentre que en adults fer-ne un espectacle com en "el encierro de los Sanfermines" és quelcom "normal"? O pitjor encara, és que el grau de violència depèn només del tipus d'animal que la pateix? Crec que seria raonable afirmar que si un infant fa mal a un animal, és perquè així ho ha après. Deixant aquest tema de banda, el fet és que els "síntomes" aquí descrits poden perfectament fer variar el diagnòstic en funció del context al qual s'extrapolin.

«Si el poses a viure [al nen] en un poble o tribu de l'Amazones o de l'Àfrica, segurament aquest nen estarà ben adaptat, i el seu problema atencional li reportarà poques dificultats. Aquest mateix nen el poses en una escola de la nostra societat, competitiva, en què els nens han d'estar assegut hores, fen un treball mental, òbviament, no podrà seguir el ritme, amb moltes probabilitats de fracàs escolar i deteriorament de la seva autoimatge, etc.» (Joan, neuropediatre).

Tot i això, els infants “violents” o amb “falta d'empatia”, es tracen pel risc que “puguin anar a més”, i es converteixin en un perill, sobrepassant els límits de la violència permesa en una societat. En el camp de la psiquiatria clàssica, el *risc* es presentava essencialment sota la forma del perill que encarnava el “malalt mental”, susceptible de realitzar un acte imprevisit i violent (Castel, 1983:219). Per altra banda, la *perillositat* és una noció paradoxal en tant que implica al mateix temps la presència d'una qualitat inherent al subjecte a la vegada que una simple probabilitat: La prova del *perill* no s'obindrà més que a destemps, abans que aquest es produeixi. Així doncs, la noció de *perillositat* es basa en la hipòtesis que existeix una relació més o menys probable entre els símptomes actuals del subjecte i els actes que aquest pot realitzar en un futur (ibíd. 222). En altres paraules, establir un diagnòstic de Trastorn de Conducta, implica suposar un risc que recau l'individu en qüestió, encara que aquest no s'hagi manifestat, «*De aquí deriva la imprevisibilidad de la manifestación patológica: todos los alienados, incluso aquellos que parecen tranquilos, son portadores de una amenaza, pero la realización de dicha amenaza sigue siendo aleatoria.*» (ibíd.), els que ara semblen inofensius poden convertir-se en perillosos en un futur. El que és més: els CDIAPs fan seguiments a infants que *podrien patir* trastorns de la conducta, tenen una funció preventiva, no només respecte a aquells infants que, a causa de la patologia de la qual estan diagnosticats, “podrien ser perillosos” en un futur, sinó també respecte a aquells infants que “podrien patir una patologia” que “podria convertir-los” en infants potencialment perillosos en un futur. Aquesta forma d'intervencionisme basat en la prudència, absent a als professionals de la responsabilitat seguint la premissa “davant el dubte, val més actuar”, de manera que és millor cometre un error a l'actuar sense raó que no pas al revés, si no s'actua i l'acte es manifesta, la responsabilitat final recauria en el professional. Es tracta en definitiva, d'una política preventiva, es tracta de neutralitzar per avançat a un individu suposadament perillós (Castel, 1983:223).

Com es pot veure, es relacionen les patologies amb les condicions de vida dels individus –el context o, més aviat, context desfavorit–, raonant en termes de



“riscos objectius”: correlacions estadístiques entre una sèrie de fenòmens que categoritzen determinats sectors de la població com a “grups de risc”, inevitablement relacionades a determinades classes socials, «*Una vez más se trata de extender la intervención del psiquiatra, otorgándole nuevos papeles, convirtiéndolo en un consejero de los responsables políticos o en un auxiliar de los diferentes gestores con responsabilidades administrativas.*» (Castel, 1983:227). És així que aquestes categoritzacions i criteris diagnòstics adquireixen inevitablement implicacions polítiques i morals. La psiquiatria intervé sobre una àmplia gamma de problemes pròpiament socials, en el moment en què s'autonomitza la noció de *risc* respecte a la de *perill*: un risc no és el resultat d'un perill concret del què és portador un individu o un grup determinat, sinó que és un efecte de la correlació de dades abstractes o *factors* que fan més o menys probable la materialització de comportaments no desitjables (ibíd.:229). Es du a terme un procés de detecció d'anomalies en la infància, en el que tots els nens susceptibles de ser perillosos són sotmesos a exàmens sistemàtics que detecten –teòricament– totes les anomalies possibles que el nen pot presentar, siguin de naturalesa física, psíquica o social. A través d'exàmens que permeten registrar tant malalties o trastorns psíquics com característiques socials –com l'estat civil dels pares, la nacionalitat, o la situació laboral–, dades que poden ser interrelacionades entre si tot i ser aparentment heterogènies. «*La presencia de un conjunto o determinados factores de riesgo desencadena automáticamente una señal.*» (ibíd.:230), un especialista s'encarrega de confirmar o no la presència *real* d'un perill a partir de la probabilitat abstracta de riscs. En aquest sentit «*No se parte de una situación conflictiva observable por experiencia, sino que se la deduce, de algún modo, a partir de una definición general de los peligros que se quieren prevenir.*» (ibíd.).

L'objectiu que es busca és anticipar i impedir l'emergència d'un succés no desitjable: malaltia, anomalia o comportament desviat, es tracta en definitiva, en paraules de Robert Castel de «*[...] una nueva modalidad de vigilancia: la detección sistemática.*» (1983:230). En resum, aquestes polítiques preventives no actuen ja sobre individus, sinó més aviat sobre factors, sobre correlacions estadístiques d'elements heterogenis, descomponen al subjecte de tots els factors susceptibles de produir riscs. El seu principal objectiu no consisteix a fer front a una situació perillosa concreta, sinó en anticipar totes les figures possibles d'irrupció del perill, «*“Prevención” que eleva, en efecto, la sospecha a la dignidad científica de un cálculo de probabilidades.*» (Castel, 1983:232). Per ser “sospitós”, ja no és necessari manifestar símptomes de perillositat o d'anomalia, només cal presentar algunes

particularitats que els especialistes responsables de la definició d'una política preventiva, hagin instituint en factors de risc. «*Las ideologías modernas de la prevención están sobrecargadas de una gran ensoñación tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto del accidente concebido éste como irrupción de lo imprevisto.*» (Castel, 1983:232). Amb l'objectiu d'erradicar del crim, tals ideologies preventives construeixen nous riscos susceptibles de convertir-se en nous blancs d'actuació, riscos entre els quals es troben no només aquells "perills" inherents a l'individu, sinó també amenaces exògenes com poden ser l'alcohol, el tabac, el consum de drogues, etc. En els Trastorns de Conducta, alguns comportaments socials com l'agressivitat, els robatoris o la crueltat són redefinits i transformats en problemes biològics, atribuïts a causes genètiques i cerebrals. I aquestes condicions són medicalitzades i reduïdes a desequilibris químics quan la violència és fruit de desigualtats socials.

*«Conduct disorder diagnosis may at times be potentially misapplied to individuals in settings where patterns of disruptive behavior are viewed as near-normative (e.g., in very threatening, high crime areas or war zones). Therefore, the context in which the undesirable behaviors have occurred should be considered.»* (APA, 2013:474).

Com es pot veure, el mateix manual fa referència als símptomes com a *conductes no desitjables*, i senyala que, fora del nostre context, la diagnosi no té sentit, cosa que implica que, els comportaments, en comptes de ser biològics, expressen determinats patrons culturals i no un desordre biològic. El comportament dels infants és adquirit, i les diferències responen a contextos socials diversos, de la mateixa manera que ho fan les seves interpretacions.

## **11. Les causes**

Si agafem com a vàlida la premissa que els trastorns associats conducta no són trastorns psiquiàtrics, sinó que són conseqüència del context, que no són “problemes” biològics, que els nens que acudeixen als centres són nens que no encaixen dins el seu context, que no fan el què s’espera d’ells, no ens posarem mai d’acord amb la majoria d’informants entrevistats, per a ells, els Trastorns de Conducta si són trastorns clínics. Aquests tenen dos vessants, tal com exposen la majoria d’informants, l’entorn és modulador de la genètica –seguint les idees de l’epigenètica<sup>41</sup>–, però no causa un trastorn com a tal, el trastorn és degut en última instància a la genètica, a causes biològiques, no socials, els infants ja neixen amb aquests trastorns, «[...] és com el càncer, tu pots tenir el gen i que no es manifesti mai, doncs amb els Trastorns de Conducta passa el mateix...» (Carla, neuropsicòloga). Però no tots els informants entrevistats pensen el mateix, per a altres especialistes els Trastorns de Conducta –igual que altres trastorns com el TDA/H o el TEA– són només una invenció, sense negar que hi hagi infants que necessitin ajuda, «És *algo* totalment mental, i per això se’n diuen trastorns mentals, està tot al cap, l’únic que té el poder de canviar-ho és ell [el pacient].» (Sònia, psicòloga).

Ens trobem, doncs, davant un altre problema de definició: Per un cantó trobem aquells professionals que defensen que els Trastorns de Conducte tenen unes causes biològiques, i per l’altre aquells que defensen que els Trastorns de Conducta no són més que el resultat del context dels infants. Dins el camp de la psicologia hi ha dos vessants, una conductista, basada en la neuropsicologia, que defensa que els trastorns associats a la conducta i altres patologies relacionades amb aquests, el TDA/H i el TEA –que vénen a ser complicacions greus de trastorns associats a la conducta–, són conseqüència d’un mal funcionament cerebral, és un problema en última instància biològic i hereditari. I en contraposició, una basant psicoanalista, que defensa que aquests trastorns són conseqüència del context de l’infant. L’autisme, posa per exemple un dels informants, seria conseqüència d’una falta d’amor matern, les causes en última instància serien contextuais, resultat d’unes males relacions socials. Els conductistes però, estan totalment en contra de l’enfocament psicoanalista i dels professionals que afirmen que el TDA/H i d’altres

---

<sup>41</sup> L’epigenètica és l’estudi de les modificacions en l’expressió de gens que no obeeixen a una alteració de la seqüència de l’ADN i que són heretables. Defensa que l’activació o no activació de determinats gens, igual que les modificacions que poden patir, depenen de factors ambientals.

trastorns són “un invent farmacològic”, afirmant que aquest tipus de plantejaments no tenen “ni cap ni peus” en tant que hi ha estudis científics que validen l’existència d’aquests trastorns, descriuen els símptomes d’aquests i, fins i tot, localitzen aquests trastorns en zones concretes del cervell humà<sup>42</sup>.

«Són *varis* gens que s’expressen de diferents maneres, a més a més hi ha molt ara la cosa de l’epi-genètica, l’entorn també fa modificar aquests gens i al mateix temps aquest funcionament cerebral per tant, sí que hi ha una complexitat de desenvolupament frontal, i més amb la idea aquesta que no hi ha un únic factor biològic suficient per causar el trastorn, sinó que és una combinació de factors, una combinació de gens, una combinació de coses que ja ens fan complicar les coses. També és veritat que sempre parlem de factors de risc però també hi ha factors protectors que fan doncs que aquesta epigenètica es modifiqui, el fet de tenir un entorn estructurat, que en l’escola l’entenguin, si ha rebut atenció des del principi, a vegades fa que això estigui molt més contingut i potser passi molt desapercebut.» (Carla, neuropsicòloga).

En aquest punt entrem en un debat molt extens sobre l’existència i els factors desencadenants d’aquests trastorns. Cal destacar també que, segons exposen els informants, aquesta discussió va més enllà dels centres d’atenció precoç, essent així que ha arribat al Parlament de Catalunya, respecte a les pautes a seguir en aquests trastorns, ja que els professionals són incapaços de posar-se d’acord o arribar a un punt entremig. Havent entrevistat a professionals de els dos vessants, crec que no estan tan allunyades l’una de l’altre, així trobem també aquells professionals que es decanten per un punt entremig:

«Crec que “els Trastorns de Conducta”, existeixen per si mateixos (com existeix el càncer o l’artrosi...), independentment de si hi ha tractament o no. De fet alguns trastorns no tenen tractament, com el TEA (Trastorn de l’Espectre Autista), i és més real que la vida mateixa. Molts tenen una causa neurobiològica, o una base

---

<sup>42</sup> Mentre estava fent la investigació empírica, va sortir la notícia que segons la revista mèdica Britànica “*The Lancet*”, considerada una de les més importants en la matèria, un estudi dut a terme a l’Hospital la Vall d’Hebron, el TDAH no és un simple “mal comportament”, sinó una maduració deficient del cervell dels infants. Cal destacar que amb la simple afirmació sobre estudis científics, o referència a notícies com aquesta, s’acaba la discussió: els informants no donen peu a una discussió més extensa sobre el tema, hi ha estudis que ho demostren, ergo és cert, i per tant tota discussió és “una pèrdua de temps”.

**El TDAH no és un trastorn del comportament sinó una maduració deficient del cervell:** “És la conclusió de l’estudi més gran fet mai sobre el dèficit d’atenció i hiperactivitat, en el qual ha participat l’Hospital Vall d’Hebron i que ha publicat la revista “The Lancet” – **Notícies 324 24/02/2017**

genètica, com el TDA/H, el TOC (Trastorn Obsessiu-Compulsiu), i d'altres són de causa ambiental.» (Joan, neuropediatre).

Però el fet és que, per a la majoria d'especialistes, l'opció vàlida és la que queda legitimada per la ciència. El Manual DSM-5, més que causes, parla de factors de risc que influeixen en el desenvolupament dels Trastorns de conducta: Segons senyala el DSM-5 les causes dels Trastorns de Conducta són temperamentals, genètiques i psicosociològiques. Els factors de risc temperamentals inclouen un nen amb un temperament difícil i incontrolable, normalment relacionat amb el CI verbal d'aquest. Els trastorns associats a la conducta estan influenciats, s'exposa, tant per factors genètics com contextuals, el risc augmenta en infants amb pares –biològics o adoptius– amb algun trastorn associat a la conducta, a la vegada és més comú en infants amb pares que pateixen alcoholisme, trastorns depressius i/o bipolars, esquizofrènia o bé pares biològics que pateixen Trastorns de Conducta o TDA/H (APA, 2013:474). La història familiar generalment influeix en el desenvolupament d'aquests trastorns; els factors de risc familiars inclouen rebuig familiar i negligència, pràctiques educacionals inconscients, una disciplina massa dura o estricta, abús físic o sexual cap a l'infant, falta de supervisió, canvis freqüents de criança, la criança de l'infant a càrrec d'una institució o en una família molt extensa, la criminalitat en els pares, i psicopatologies familiars – que són hereditàries—. A la vegada que també pot considerar-se un factor de risc el context residencial, a saber: L'associació a una banda o grup delinqüent i la socialització de l'infant en una zona violenta (APA, 2013:474).

*«Raramente han descubierto los científicos las “causas” claras y directas del comportamiento anormal o, en realidad, de cualquier clase de comportamiento. [...] Esta clase de investigaciones suele ser post facto y retrospectiva y, si bien se utilizan los controles para validar los hallazgos, la aserción científico-social del comportamiento individual es bastante primitiva y poco fidedigna.»* (Conrad, 1982:147).

Pel que fa a les causes genètiques; existeixen diferències estructurals i funcionals en zones del cervell associades a la regulació i processament de l'afecte, concretament en les connexions fronto-temporals del cervell, inclosos el còrtex prefrontal i l'amígdala cerebral: l'amígdala cerebral, situada en el lòbul temporal, està implicada en processos emocionals com la por i l'empatia, es creu, doncs, que en situacions en les quals en “individus sans” l'amígdala reacciona davant situacions que inciten a la por a l'empatia, per contra, en individus amb Trastorns de Conducta, davant les mateixes situacions, es creu que existeix una petita disminució del

funcionament de l'amígdala, en altres paraules, l'amígdala no els permet identificar els indicis socials que hauria de provocar l'empatia i, per tant, es tornen agressius<sup>43</sup>. Aquestes alteracions en el funcionament cerebral, tal com senyala el DSM, «[...] *have been consistently noted in individuals with conduct disorder compared with those without the disorder. However, neuroimaging findings are not diagnostic of the disorder.*» (APA, 2013:474). L'opinió més generalitzada entre els informants és, doncs, que els Trastorns de Conducta són una "qüestió de temperament", que els infants neixen amb un determinat temperament, en molts casos hereditari, i que "això és biològic, no adquirit" (Joan, neuropediatre), tot i que amb les pautes i tractament adequats es poden reconduir a la vegada que poden empitjorar en un context de «[...] mala relació familiar, d'un mal maneigament [de la conducta de l'infant].» (Joan, neuropediatre). Aquesta descripció es contradiu clarament amb l'explicació –que fa el mateix informant– del perquè de l'augment del nombre d'infants que presenten aquesta patologia. Exposa que el motiu de l'augment de nans amb trastorns associats a la conducta, diferenciant-los d'altres patologies com el TEA, –que es diagnostiquen més a causa de la millora en els mètodes de diagnosi– és degut al fet que la sociologia del moment no és l'adequada pels nens, «[...] el context fa que els infants desenvolupin aquest tipus de trastorns perquè no és l'adequat: el ritme de vida dels pares, les separacions entre parelles amb fills petits, una millor diagnosi de la patologia també ajuda.» (Joan, neuropediatre), nens que fins fa uns anys no se'ls hagués diagnosticat de cap patologia, només se'ls hagués classificat com a nens "difícil", com a nens que "no fan cas", ara entren dins el sac dels Trastorns de Conducta. També afegeix que aquests trastorns, en qualsevol cas, no són una malaltia psiquiàtrica, sinó que són més aviat un problema en la comunicació, són la causa d'algun problema entre la família que afecta la conducta de l'infant. Així, segons aquesta explicació, es podria dir que les causes d'aquests trastorns són contextuals, són factors socials els que els provoquen. Però un cop més, per als informants no hi ha discussió possible, afirmar que els trastorns són adquirits, és el mateix que afirmar que són un "invent de les farmacèutiques" i, per tant, l'argument no és vàlid, les causes són, sens dubte, i tal com afirma el gruix del col·lectiu científic, biològiques.

La qüestió sobre les causes dels Trastorns de Conducta és potser la que ha generat més controvèrsia en aquest sector. La veritat és que la comunitat científica no es posa d'acord ni en les causes, ni en la diagnosi, ni en el tractament d'aquest

---

<sup>43</sup> Informació extreta del Documental "L'enfance sous contrôle" (2010).

tipus de trastorns; això inevitablement deriva en el debat sobre l'existència d'aquests trastorns: Per a alguns professionals, aquest debat és innecessari, gratuït i demagògic, perquè la ciència demostra que aquests trastorns existeixen.

«És una pèrdua de temps discutir si existeixen o no, està clar que si, hi ha molts estudis que ho demostren, aquesta discussió ens fa no avançar en la diagnosi i tractament. [...] és com si jo et digués que no has de portar ulleres, que la miopia no existeix, oi que és un disbarat?!» (Carla, neuropsicòloga).

Seguint aquesta línia, una gran part dels professionals del sector –cal dir que són la majoria–, opinen que aquests trastorns són trastorns del neurodesenvolupament, és a dir, que en el procés de desenvolupament del cervell, des del moment de la gestació i al llarg de tot l'embaràs i de tota la infància, fins ben entrada l'edat adulta, els infants que pateixen trastorns del neurodesenvolupament no tenen un desenvolupament normal. Potser si en molts aspectes, però en alguns no, com pot ser el cas del control dels impulsos o de les emocions, en els que presenten un infra-desenvolupament de les regions del cervell que controlen aquests aspectes. Justificant la seva postura inamovible referint-se a la literatura científica, «*La gran evidencia, la cantidad de artículos publicados, tanto en cuanto a la patología, a las causas, a los tratamientos, a la evolución, e incluso estudios más recientes respecto a la mortalidad de niños...*»<sup>44</sup> (Dra. Pàmies, Presidenta de la societat catalana de psiquiatria i psicologia infantil i juvenil)<sup>45</sup>. La ciència busca correlacions fisiològiques que es converteixen en explicacions etiològiques del comportament anormal, «*[...] se pretende que el comportamiento anormal lo ha "causado" la dificultad orgánica.*» (Conrad, 1982:148). Aquestes dades orgàniques a la vegada, depenen en gran part d'un tractament orgànic que com a mínim obtingui algun èxit, de manera que el component orgànic s'assumeix a través del tractament.

«Clar, a vegades, ubicar un símptoma a un trastorn concret és difícil... a vegades és molt fàcil perquè està molt clar, però a vegades és difícil, i sobretot és difícil perquè estem en aquesta descripció dels trastorns del neuro-desenvolupament. [...] A vegades els límits no estan clars i, per exemple, nens que podrien ser diagnosticats de Trastorn d'Ansietat o d'ansietat generalitzada, arribada a l'adolescència, se'ls diagnostica de TDA/H, no? I que llavors una mica el treball que es fa i la medicació

<sup>44</sup> Respecte al tema de la mortalitat en infants amb trastorns del neurodesenvolupament, hi ha estudis que avalen que els infants que pateixen aquest tipus de trastorns tenen més probabilitats de tenir accidents que els infants sense trastorns.

<sup>45</sup> Fragment d'entrevista extret del programa Retrats "TDA/H: Realitat o invenció?" (2015).

que se'ls dóna, determina una miqueta si és una cosa o és una altra, en funció de com ha de ser el tractament.» (Carla, neuropsicòloga).

L'evidència real que s'utilitza per fer un diagnòstic és ambigua i susceptible de ser interpretada de diverses maneres: Molts dels criteris utilitzats en el diagnòstic de Trastorns de Conducta es poden trobar fàcilment en infants que no tinguin el trastorn, tot i que en menor freqüència. El punt principal aquí, no és tant que no hi hagi components orgànics en aquests trastorns, sinó més aviat que tot i que els components orgànics no són determinants, es duu a terme un tractament en infants diagnosticats d'acord amb una hipotètica organicitat del seu comportament.

*«Ahora las escuelas cuentan con un medio más efectivo de reducir los trastornos ocasionados por tales niños; también las familias tienen menos problemas en este sentido, a la vez que los padres no tienen motivos para sentirse culpables, ya que se considera que la causa es orgánica; las compañías farmacéuticas que han fomentado en gran medida el tratamiento médico a base de estimulantes en el caso de la hiperactividad han conseguido grandes beneficios [...] de su fabricación y los propios médicos cuentan con otro medio de “ayudar” a las familias afligidas a resolver sus problemas internos.»* (Conrad, 1982:151).

En el moment en què una definició i tractament de l'anormalitat s'institucionalitzen, es desenvolupen interessos creats per mantenir tal definició. En una època en la qual la ciència i el pensament científic són els únics sobirans, qualsevol explicació de l'etiologia o el tractament ha de ser presentada de forma científica per tal de guanyar-se el crèdit de la classe mèdica i de gran part del públic. En definitiva, la medicina reflecteix l'ordre moral d'una societat –només cal recordar que mentre el consum del cànnabis és il·legal, no ho és el del tabac, tot i ser igual o més perjudicial per a la salut dels individus–, però tot i això se suposa que termes mèdics com “malaltia” i “tractament” són moralment neutrals. En col·locar l'anormalitat en el camp de la medicina, aquesta es desplaça en un pla on només els “experts” poden debatre-la i altres nivells d'intervenció queden descartats.

Per contra, hi ha altres especialistes que sostenen que aquest tipus de trastorns són una sèrie de diagnòstics fabricats, que permeten la creació d'una sèrie de criteris que permeten establir una diferència entre comportaments estimats normals en contraposició a aquells que són considerats desviats.

*«Ha habido muchísimos esfuerzos tratando de identificar alteraciones en el cerebro, neuroquímica, del neuro-desarrollo, así como genéticas, y no hay absolutamente ningún dato establecido, fiable, que pueda de una forma específica asignarse al*



*diagnostico [...]» (Dr. Pérez, catedràtic de psicologia de la personalitat, avaluació i tractaments psicològics de la Universitat d'Oviedo)<sup>46</sup>.*

Així doncs, des d'aquesta postura, es podria dir que es conceben aquests trastorns com a invencions quan s'intenta entendre'ls com a entitats clíniques definides, existeixen, si, però només en tant que entitats discursives, com a unes sigles i com a una sèrie de pràctiques que pretenen donar objectivitat al diagnòstic i als problemes als quals fa referència, en altres paraules, podem parlar de TDA/H o de Trastorns de Conducta però no considerar-los entitats clíniques.

*«El diagnostico tampoco sirve para establecer predicciones, los niños pueden inicialmente ser definidos como TDA/H y evolucionar de otra manera. Es un diagnostico que carece de validez conceptual, no esta bien definido, de hecho usar el término TDA/H hoy en día... yo creo que es una falacia. [...] en el sentido que es utilizar un diagnostico a sabiendas que no tiene validez en el sentido ético» (Dr. Pérez, catedràtic de psicologia de la personalitat, avaluació i tractaments psicològics de la Universitat d'Oviedo).*

Amb tot, no es tracta de negar l'existència d'un problema, el que s'està posant en dubte aquí és que aquest problema d'adaptació dels infants hagi de passar per un diagnòstic clínic i suposar que deriva d'una alteració neuro-biològica o genètica que no està establerta. Un cop familiaritzada amb la polèmica sobre l'existència d'aquests trastorns que existeix entre els mateixos professionals del sector, no puc evitar arribar a la conclusió que, més que discutir si els trastorns existeixen o no, la discussió gira més aviat al voltant de la qüestió de si aquests trastorns són problemes clínics o, per contra, conseqüència de causes contextuais. Entenc doncs, que en els dos casos d'accepta l'existència d'un problema, l'únic que fan és discrepar sobre les causes d'aquest problema, si són biològiques o socials, i sobre la classificació d'aquest problema com a problema de caràcter clínic. Per tant, es podria dir que independentment de les causes que provoquin el trastorn, estan tots d'acord en el fet que hi ha infants –i adults– que tenen un Trastorn de Conducta i que, per tant, són incapaços de dur a terme una vida quotidiana satisfactòria a casa del trastorn, de manera que requereixen atenció per part d'especialistes. En altres paraules, el fet que a través d'un tractament –sigui quin sigui– els individus diagnosticats amb un trastorn de conducta millorin i puguin dur a terme una vida “normal”, converteix el trastorn en real, i que, per tant, la discussió sobre l'existència d'aquest resulta totalment irrellevant.

---

<sup>46</sup> Fragment d'entrevista extret del programa Retrats “TDA/H: Realitat o invenció?” (2015).

## **12. La “tirità”**

El tractament resultant d'aquests dos enfocaments, és doncs, molt diferent. Mentre uns –els conductistes– són partidaris d'un tractament basat en un seguiment de teràpia psicològica i/o psiquiàtrica que inclou, en alguns casos, la medicació dels infants, els altres –els psicoanalistes– estan en contra el tractament dels infants a través de fàrmacs, la teràpia es centra en els pares o el context de l'infant per a solucionar el trastorn. Tot i això el punt on convergeixen els dos vessants, és en fer un treball interdisciplinari entre les institucions relacionades amb la infància. És a dir, coordinar les actuacions dels CDIAPs amb els CSMIJs, els departaments de pediatria de les Àrees Bàsiques de Salut, les escoles, etc., per tal d'oferir una millor atenció als infants, en tant que no n'hi ha prou en fer un tractament, sigui del tipus que sigui, a un infant si la resta d'institucions encarregades de la culturització d'aquest no “van a la una” i coordinen les seves accions. De la mateixa manera, des dels dos enfocaments es dona molta importància en ensenyar als pares a, podríem dir, conviure, amb els seus fills, adequant el seu ritme de vida, activitats i rutines a les necessitats dels infants, o això és el que exposen des dels CDIAPs, en definitiva, que tenen clar que el tractament sigui quin sigui no es pot quedar a l'aula del psicòleg, sinó que ha d'anar més enllà, en coordinació o harmonia amb el context de l'infant.

Per una banda ens trobem aquells especialistes partidaris d'un tractament a base de fàrmacs, seguiment psicològic dels infants i modificació de les pautes i el context d'aquests, i en contraposició aquells que pensen que la medicació no és un tractament efectiu. Però en definitiva tots estan d'acord en què són nens que requereixen un tractament, sigui a través de la medicació o bé a través de teràpies psicològiques, els dos tipus de procediments són bastant semblants, diferint només en l'aplicació de fàrmacs.

«Fem re-estructuració del tipus de pensament, és el què es diu re-estructuració cognitiva, és: tenim una cadena de pensament, que és la que per norma utilitzem, però anem a veure on falla, no? I a partir d'aquí fem-nos les preguntes adequades. Tinc un quadre, que és el pensament negatiu, que és el que normalment es dona ara, i és... el que es treballa amb els *peques* és com passar-lo a positiu, és una forma de buscar solucions a aquelles coses que ara mateix no van bé, anem a veure com ho podem fer d'una forma diferent. Perquè és una cosa que realment canvia. »  
(Sònia, psicòloga).

A la vegada, independentment de com es tractin aquests trastorns, el que resulta rellevant és el *per a què* es tracten: «A veure, si no els mediques, els fas una mala

jugada, la societat no canviarà i bé que han d'anar a l'escola, a l'Àfrica potser no, però aquí han d'encaixar. Si l'entorn no es pot adaptar a ells, són ells els que s'han d'adaptar a la societat.» (Maria, fisioterapeuta). Partint d'aquesta premissa, els Trastorns de Conducta es tracten bàsicament per a fer encaixar els infants dins les normes i pautes establertes de la nostra societat. La medicació que segueixen els infants no és pròpiament un tractament que corregeixi les suposades causes que estan produint els símptomes, ja que els símptomes no són més que determinats comportaments considerats socialment inadmissibles.

«Hi ha estudis que demostren que la medicació en tot trastorn psicològic i psiquiàtric és una *tirita*, una *tirita* en el sentit que: tenim un problema, el que sigui, a nivell conductual, a nivell... el que tu vulguis, i necessitem rebaixar-ho, no? Però el necessitem rebaixar, no perquè es mantingui així, el necessitem rebaixar amb medicació per poder treballar, per tant, fiquem la *tirita* i quan la traguem potser ho hem millorat, però ha millorat per la teràpia, no per la mediació.» (Sònia, psicòloga).

Així, els canvis que els infants puguin presentar respondrien més a la noció de dopatge: se'ls administra substàncies en forma de fàrmacs estimulants per potenciar artificialment el seu rendiment, de tal manera que el canvi o millora sota la medicació, no és degut al fet que la medicació estigui canviant alguna alternació que hi pogués haver en el cervell de l'infant, sinó que és degut al fet que la medicació està alterant el funcionament del cervell d'aquest, d'una manera que "dóna la casualitat" que facilita o millora uns comportaments que són problemàtics. «Els pares ja ho saben el que és la mediació, i el que han de saber és que [els nens] la necessiten per aprendre, perquè aquí on estem necessiten aprendre el que ens ensenyen a l'escola i no ho poden fer sense la medicació.» (Maria, fisioterapeuta). El tractament efectuat a través de la utilització de fàrmacs, fa que el comportament dels infants amb Trastorns de Conducta "millorin", es podria dir que el que s'aconsegueix és que el comportament d'aquests infants es torni més acceptable des del punt de vista social. «I aquests nens amb medicació es nota molt. És que és un altre nen, sobretot a primària, passa més proves de velocitat de processament... i passes de tenir un nano que al millor teníem 60 de velocitat de processament, passa a un 40!» (Carla, neuropsicòloga). La pregunta seria si els pares prefereixen pensar que tenen un nen que està malalt, abans que assumir que els problemes que tenen els seus fills vénen derivats de les condicions de vida, les condicions familiars donades per la societat en la qual vivim; el ritme de vida, la quantitat de joguines i activitats dels infants que poden fomentar la impulsivitat, que tot és accessible en tot moment de manera immediata... en altres paraules, el nostre entorn és el que fomenta aquest

tipus de comportaments considerats patològics, comportaments que no deixen de ser “normals”, però que poden causar problemes en l'adaptació dels infants en el seu entorn.

«En realitat tots tenim una mica de TDA o de TEA, o d'ansietat, o de TOC o de neurosi (mal caràcter o mal rotllo...). Podria posar molts exemples. Quan es considera trastorn?, crec que és com tu molt bé dius: “quan hi ha una incapacitat de dur a terme una vida quotidiana satisfactòria”, quan afecta la vida d'aquesta persona.» (Joan, neuropediatre).

Així els trastorns com el TDA/H, El TEA i el TdC, que són els que apareixen en les aules, emergeixen «[...] *en la escuela como una “categoría de sentido” que conceptualiza a ciertos sujetos -en este caso a niños y niñas- cuyas conductas no se adecuan a los comportamientos sociales esperados.*» (Leavy, 2013:685). Però bé que han d'anar a l'escola, no? Les dificultats en l'àmbit institucional per afrontar les singularitats dels subjectes infants sobre les jerarquies existents fa que aquests “problemes” hagin de ser solucionats en centres especialitzats, per assegurar la integració i “bon funcionament” dels infants a les aules, on recau el problema, perquè un cop entrada en l'edat adulta i en acabar els estudis i sortir de l'àmbit acadèmic, els problemes desapareixen. No pretenc aquí criticar la labor dels professionals encarregats d'aquesta tasca, que els nens han d'anar a l'escola i assolir uns aprenentatges mínims és quelcom que no és “evitable”, han de “passar per l'anella” i, per tant, aquesta labor resulta “necessària” d'alguna manera. La qüestió és el perquè aquests problemes que efectivament existeixen han de passar per un diagnòstic que no és rigorós i s'hagin de buscar causes neurobiològiques que l'avalin. Els Trastorns de Conducta són representacions de la infància, que ens parlen de les projeccions dels valors als quals aspira una societat i ens aproximem a «[...] *la comprensión de la colectividad que las produce.*» (Leavy, 2013:684-685), els nens i les nenes han de complir amb un imaginari de pares, mares, docents i psicopedagogs en relació a les nocions “l'èxit” i el “rendiment”.

«És una cosa de la societat, sense cap mena de dubte, jo el que m'he trobat sempre... hi ha molts pares, i això és molt subjectiu meu, que tenen els fills perquè toca, i vivim en una societat en què cada cop és més difícil coordinar tot això, fills, feina, amics... hi ha gent que ho viu amb una ansietat brutal... [...] Els Trastorns de Conducta són el resultat de tota aquesta mala gestió de les situacions. Tot és per l'educació, els pares cada cop més deleguen l'educació dels fills a escoles o a centres psicopedagògics...» (Sònia, psicòloga).

I per poder assolir aquests ideals o imaginaris han de passar per processos de medicalització de la infància i de control social on els infants constitueixen el blanc de saber i poder de la ciència mèdica (Foucault, 1991). Explicació que és extrapolable a la resta de trastorns mentals existents, i a la resta d'etapes de la vida dels individus, discussió que deriva inevitablement al qüestionament de la psiquiatria i els trastorns mentals. Aquesta disciplina està cada cop més centrada en el substrat biològic i més allunyada de la dimensió antropològica, «*La psicología, académicamente y de cara a explicar el comportamiento humano, parece haber dado la espalda a la cultura para adoptar una perspectiva casi exclusivamente biológica.*» (Aguirre, 2000:110). Ja no s'escolta al pacient, només se'l processa a través d'escales i qüestionaris que interpreten la malaltia, com molt adequadament exposa A. Aguirre (2000), al metge biòleg ja no l'interessa la història de l'home, només l'interessa saber com funciona el motor i les xarxes neurològiques d'aquest. La psiquiatria i la psicologia com a disciplines mèdiques obliden que el que regeix la conducta humana són les cosmovisions d'aquests i no el seu comportament no pot ser interpretat al marge de la seva realitat simbòlica. Si bé han de tenir-se en compte les bases biològiques del comportament, el comportament humà i *en quant a* "humà", no és comprensible al marge de la cultura «*El hombre, como animal cultural, se "comporta" culturalmente i fundamenta simbólicamente su comportamiento.*» (íbid.). El desig de fer una psicologia científica universal, a l'estil de la medicina, porta aquesta disciplina a prescindir de l'anàlisi transcultural, en la psicopatologia els símptomes són construïts pel pacient en el marc sociocultural des del marc cultural al qual pertany, i voler diagnosticar a través de llistats de símptomes, escales i tests realitzats des d'una perspectiva reductora, *unidimensional* i *etnocentrista* és un exemple de "violència científica" (Aguirre, 1994:92). No es tracta de negar les aportacions biològiques i fisiològiques en l'explicació del comportament, però sí de senyalar que aquestes han d'estar subordinades a la dimensió cultural des de la qual adopta sentit la conducta humana.

*«Conduct disorder behaviors may led to school suspension or expulsion, problems in work adjustment, legal difficulties, sexually transmitted diseases, unplanned pregnancy, and physical injury from accidents or fights. These problems may preclude attendance in ordinary schools or living in a parental or foster home. Conduct disorder is often associated with an early onset of sexual behavior, alcohol use, tobacco smoking, use of illegal substances, and reckless and risk-taking acts. Accident rates appear to be higher among individuals with conduct disorder compared with those without the disorder. These functional consequences of conduct disorder may predict health difficulties when individuals reach midlife. Is not*

*uncommon for individuals with conduct disorder to come into contact with the criminal justice System for engaging illegal behavior.» (APA, 2013:474).*

En definitiva, a través de la definició, diagnòstic i tractament d'aquests trastorns, es tracta de justificar la violència en infants a través de la biologia i la genètica, deixant de banda les causes socials d'aquests comportaments, a la vegada que es justifica el tractament d'aquests trastorns per tal d'evitar que aquests infants es converteixin en adults poc funcionals i violents. Els mitjans de diagnòstic i tractament tot i ser en aparença neutrals, impliquen criteris d'ordre moral, criteris d'ordre social i criteris d'ordre polític –la noció de la propietat per exemple, recordem que un dels símptomes del TdC és el d'entrar en propietats que no són la pròpia–. Es medicalitzen comportaments desviats o delinqüents, problemes que comporten un risc per la societat, són elements confusos: es tracta d'una malaltia mental que cal tractar? Estan realment malalts aquests infants? O només són tractats per l'amenaça social que representen?

«A llarg *plaç* té un impacte, no? I els que no... són capaços de demorar aquesta gratificació immediata, doncs, ho tenen pitjor en el món, que no els altres. Sobretot també perquè aquesta dificultat de demorar és un gran risc en l'adolescència amb iniciar-se o enganxar-se... a substàncies... per això molts acaben, doncs, amb un consum força important de substàncies. Per això tenen problemes amb la llei, per això tenen moltes vegades canvis de feina constantment... problemes amb... a vegades doncs amb la comunitat de veïns, perquè clar, a la comunitat de veïns si algú diu alguna cosa que no em sembla bé, la dic, i em quedo tan ample, i això em genera problemes... és aquesta manca de regulació. Regulació emocional, no?»  
(Carla, neuropsicòloga).

En el “joc social”<sup>47</sup> les posicions socials dels individus varien en funció dels espais socials o camps on es troben, els individus que transgredeixen les regles d'aquest joc, amenacen la posició social de la resta d'individus que hi participen, és a dir, les transgressions produeixen transformacions socials que tenen conseqüències

---

<sup>47</sup> P. Bourdieu (2005) parla d'un “joc de posicions socials”. Tal com exposa aquest autor, en les societats altament diferenciades, el cosmos social està construït per un conjunt de “microcosmos” socials relativament autòctons, és a dir, espais de relacions objectives que són el lloc d'una lògica i d'una necessitat irreductibles a aquelles que regeixen altres camps. En aquest sentit, es pot comparar un camp social amb un joc, tenint en compte que existeix una gran diferència entre aquests dos conceptes: el camp, a diferència del joc, no és el producte d'una creació deliberada i no obeeix a regles o regularitats no explícites i codificades. El camp i el joc però, comparteixen la idea que els participants d'aquests tenen en comú la creença que atribueixen al camp/joc, un reconeixement que escapa al qüestionament d'aquests i que és el principi de la seva competició i conflictes.

pràctiques. D'aquesta manera, resulta necessari que els individus es mantinguin dins les regles del joc per mantenir un cert "equilibri social", en el moment en que aquestes regles no són respectades, sona l'alarma social que desencadena tota una sèrie d'intervencions destinades a rectificar i prevenir les transgressions, destinades a controlar i a prevenir als desviats, a les persones que tenen certa «Dificultat per seguir regles de joc o de... de normes en general.» (Carla, neuropsicòloga). El no respectar les normes socials es converteix així en una malaltia mental, amb causes biològiques, naturalitzant així la violència, entenent-la com a genètica, com a quelcom que es pot determinar en infants de poca edat i ser previnguda, evitant que es converteixin en adults violents, de la mateixa manera que s'intenta prevenir el càncer a través del tabaquisme. De fet, com ja he mencionat a l'inici del treball, existeixen programes i investigacions amb l'objectiu de prevenir la delinqüència i els comportaments violents a través de la medicació i tractament dels infants, de manera que pertany a l'àmbit de la medicina detectar aquests "futurs delinqüents".

*«When individuals with conduct disorder reach adulthood, symptoms of aggression, property destruction, deceitfulness, and rule violation, including violence against co-workers, partners, and children, may be exhibited in the workplace and the home, such that antisocial personality disorder may be considered.» (APA, 2013:473).*

Seguint aquesta línia preventiva, quan abans es diagnostiquin aquests trastorns millor, els infants són més tolerants a la mediació i al tractament que els adolescents i els adults, qui rebutgen la medicació de forma més freqüent. Així, tot i ser un tipus de trastorns que és difícil que es diagnostiquin en infants de menor edat, «[...] molts es camuflen, passen desapercebuts... i quan es vol intervenir ja és massa tard.» (Montse, psicòloga), com més aviat es faci el diagnòstic i l'aplicació de fàrmacs millor, en ser més petits no rebutgen tant la medicació, com és comprensible, exposen els informants, un adolescent és més difícil que segueixi el tractament, tenint en compte que ja tenen una conducta desafiant cap a les autoritats de *per se*, és difícil que segueixin pautes o rutines noves, és més fàcil tractar a aquests nanos quan són petits, són més permeables.

*«Primer podem començar per tema més de problemes més d'aprenentatge, acadèmics, de relació, autoestima, a l'adolescència començar amb accidents, abús de substàncies, eh... problemes legals, i cap a l'edat adulta continuïtat [de problemes] a la feina, amb parelles, amb la relació, doncs més ja de parella, gestionar totes les interaccions socials.» (Carla, neuropsicòloga).*

Ens donem conte que, amb els Trastorns de Conducta no es pretén directament a prevenir la delinqüència, sinó que es tracta més aviat de naturalitzar i acceptar uns

determinats comportaments, a través del discurs i mètodes científics, concretament de la genètica, com a mecanisme de gestió de la població i els individus.

*«Un tratamiento supone, al menos implícitamente, sancionar el malestar como una enfermedad mental. Se enmarca en lo psicológico y en lo íntimo asuntos de orden ético y de ámbito político y esto puede colocar al individuo como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida.»* (De la Mata; Ortiz, 2007:51).

Però el mateix fet de diagnosticar infants que “es porten malament”, amb un trastorn de caràcter clínic té conseqüències importants en la vida d'aquests. En “el rol de malalt” (Parsons, 1975), es troba implícita la idea que la medicina és una institució de control social, com a legitimadora del rol de malalt i com a curadora que recol·loca als individus en els rols socials que els pertoqueu, la medicina i els professionals mèdics funcionen així com a agents de control social (Conrad, 1982:137). Els conceptes del comportament anormal canvien, igual que ho fan les agències que tenen com a missió controlar l'anormalitat. Émile Durkheim (1993), senyalava que a mesura que les societats passen de més senzilles a més complexes, les sancions de l'anormalitat encarregades de mantenir la cohesió social, passen de ser repressives a integradores, ja que resulta molt més efectiu exercir la violència o de manera indirecta. Així, es podria dir, en termes de Peter Conrad, que es passa del càstig al tractament –o rehabilitació– (1982:138) del comportament anormal a través de la corresponent redefinició o *reconceptualització* d'aquest. La classe mèdica domina l'organització de l'assistència sanitària i “monopolitza” la jurisdicció sobre tot el que es defineixi com a tractament mèdic, tant respecte a la definició i classificació com pel que fa al tractament, en la nostra societat, la medicina és el principal agent integrador de la nostra societat (Conrad, 1982:139), tal com la solidaritat orgànica ho era en les societats industrialitzades a les quals fa referència Durkheim (1993). De fet, la medicina sempre ha funcionat com a agent de control social, especialment en voler “normalitzar” la malaltia i tornar als individus la seva capacitat de funcionar socialment.

En el context del bio-poder, les malalties són considerades en termes de costos econòmics, com a fenòmens relatius a les poblacions, fenòmens que són considerats en termes mèdics. Així, apareixen organismes que coordinen i centralitzen les cures mèdiques, fan circular la informació, normalitzen el saber, i treballen per la medicalització de la població (Foucault, 1992:252). El procés de medicalització, en termes de Michel Foucault, és el procés a través del qual l'existència, el comportament i el cos humà s'engloben dins un sistema mèdic que inclou una medicalització cada cop més densa i extensa, que com més funciona



menys coses deixa fora del seu control (1977:364). Podríem dir que, més que el fet que els límits de la normalitat siguin cada cop més estrets en l'àmbit del comportament infantil, el fet és que la medicina cada cop engloba més comportaments infantils.

*«La medicina moderna, en la medida que está ligada a una economía capitalista [...] es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social: la medicina es una práctica social, y sólo en alguno de sus aspectos es individualista y valora las relaciones entre el médico y el paciente.»* (Foucault, 1977:365).

Però aquesta dimensió col·lectiva de l'activitat mèdica és extraordinàriament discreta i limitada: el capitalisme que es va desenvolupar a finals del segle XVIII i començaments del segle XIX, va socialitzar un primer objecte, el cos humà, en funció de la força productiva, de la força de treball. El control de la societat sobre els individus no només opera a través de la consciència o de la ideologia, sinó que s'exerceix en el cos i amb el cos: el cos és una realitat bio-política i la medicina una estratègia bio-política (Foucault, 1977:365-366). Aquesta nova tecnologia de poder treballa amb la població, més concretament amb la població com a problema a la vegada científic i polític, com a problema biològic i com a problema de poder. Els fenòmens que pren en consideració són problemes col·lectius amb efectes econòmics i polítics, que només resulten pertinents a escala de massa, ja que considerats de forma individual són aleatoris i imprevisibles (Foucault, 1992:254). Per contra, a escala col·lectiva presenten constants fàcils d'establir. En els mecanismes instaurats per la bio-política, es tracta d'establir previsions, estimacions, estadístiques, mesures globals, amb l'objectiu d'intervenir, no tant un fenomen particular o a un individu determinat, sinó més aviat intervenir en determinacions o fenòmens generals, o si més no, considerats en el que tenen de global. Per tant, la bio-política requereix mecanismes reguladors que, en una població global, poden determinar un equilibri, en termes de Foucault, la bio-política necessita instaurar mecanismes de seguretat al voltant de tot el que hi hagi d'aleatori en les poblacions humanes. Es tracta, en definitiva, d'optimitzar la vida (Foucault, 1992:255). Aquests mecanismes estan destinats a maximitzar les forces, igual que passa amb els mecanismes disciplinaris, però al contrari que aquests – que ho fan a través de l'ensinistrament individual produït mitjançant un treball sobre el cos com a tal–, actuen a través de mecanismes globals per tal d'assegurar no tant la disciplina com

la regulació dels individus<sup>48</sup>. Regulació duta a terme a escala Estatal, però que es troba barrejada amb tota una sèrie d'institucions subestamentals com les institucions mèdiques (ibíd.:259), encarregades de la bio-regulació dels individus. En aquest context, un saber tècnic com el de la medicina actua al mateix temps sobre l'organisme i sobre els processos biològics de la població, donant lloc a efectes disciplinaris i reguladors a la vegada a través de la norma. La norma es pot aplicar tant al cos que es vol disciplinar com a la població que es pretén regularitzar (ibíd.:262). La societat de normalització és, per Foucault, una societat on s'entrecreuen la norma de la disciplina i la norma de la regulació, on la medicina articula el que és orgànic i el que és biològic: disciplina el cos l'individu i regula a la població.

Per a mantenir un equilibri social i mantenir als individus dins la norma, el poder bio-polític integra el racisme com a mecanisme fonamental del poder<sup>49</sup>. Sota la premissa: «*Cuanto las especies inferiores más tienden a desaparecer, cuantos más individuos anormales sean eliminados, menos degenerados habrá en la especie, y más yo –como individuo, como especie– viviré, seré fuerte y vigoroso y podré proliferar.*» (Foucault, 1992:265), l'eliminació de "l'altre" –entès en aquest cas com a anormal–, representa la seguretat de la resta, el fet de concebre a una classe "anormal" converteix la vida de la resta en més sana i més pura. Aquest mecanisme funciona justament perquè estableix una relació biològica entre els individus i actua com a justificació d'exclusió social basant-se en la biologia. En altres paraules, els individus senyalats com a anormals són estigmatitzats, E. Goffman (1963) defineix l'estigma com la situació d'aquelles persones que són incapaces d'adequar-se als estàndards que una societat anomena "normals" i, en conseqüència es converteixen en individus estigmatitzats<sup>50</sup>. L'estigma està estretament relacionada amb la identitat

---

<sup>48</sup> Que no vol dir que només puguem trobar mecanismes reguladors en la societat, sinó més aviat que es poden trobar mecanismes reguladors i disciplinaris entrelaçats en una mateixa societat (Foucault, 1992:260-261).

<sup>49</sup> El racisme entès com la manera en què el poder fragmenta el camp del que és biològic, una manera de produir un desequilibri entre els grups que constitueixen una població. Una manera d'establir un trencament de caràcter biològic en un àmbit biològic (Foucault, 1992:264), és a dir, més enllà de la raça, el racisme subdivideix la població en classificacions de caràcter biològic per tal de permetre'n el control.

<sup>50</sup> «[...] an individual who might have been received easily in ordinary social intercourse possesses a trait that can obtrude itself upon attention and turn those of us whom he meets away from him, breaking the claim that his other attributes have on us. He possesses a stigma, an undesired differentness from what we anticipated. We and those who do not

social dels que estan estigmatitzats, en tant que la imatge que aquests tenen d'ells mateixos s'ha de confrontar contínuament amb la imatge que els "altres" tenen d'ell «[...] *it has an effect cutting him off from society and from himself so that stands a discredited person facing an unaccepting world.*» (Goffman, 1963:19). L'estigma ha de ser entesa com a un procés social amb múltiples dimensions, arrelat en les significacions socials, els rols socials i els ideals d'una societat<sup>51</sup>, només pot ser entesa dins les significacions locals, *èmic*, d'una societat, determinades pel capital dels individus. L'estigma té per tant, un component moral, i l'estigmatització no només afecta els estigmatitzats, sinó també als que estigmatitzen: estigmatitzar no és només una resposta als determinants socials d'una cultura, sinó també una resposta a les amenaces al *self*. Tan estigmatitzats com *estigmatitzants* estan immersos en una "lluïta" per preservar el que importa, el capital que està en joc en la seva posició social. L'estigma no només afecta l'experiència moral dels individus, sinó que afecta a tot el cos social. La por a ser diferents és la força més gran de normalització de la nostra societat.

*«Face represents one's moral status in the local community. One "has" face, "receives" face, and "gives" face to respect others. When Chinese experience loss of face, they quite literally report the experience of humiliation as an inability to face others, as a physical crumbling of facial expression, a way of being faceless.»* (Yang et al., 2007:1530)

Paradoxalment, les desviacions han de ser reprimides, si, però no poden desaparèixer, per tal hi hagi individus "normals" o, més ben dit, que s'apropin a l'ideal de "normalitat", han d'existir "individus anormals", no existirien regles del joc si aquestes no poguessin transgredir-se, si els individus no poguessin jugar amb els límits, on quedarien aquells individus considerats excepcionals? Aquells que s'acosten als límits sen-se saltar-se'ls? *«Si fuera necesario proponer una definición transcultural de la excelencia, diría que es el hecho de saber jugar con la regla del juego hasta los límites, hasta la transgresión, permaneciendo en la regla»* (Bourdieu, 1985). I és que en definitiva, tots busquem sortir de la normalitat, la mediocritat, ser excepcionals, però sempre mantenint-nos en la norma, per no ser tan diferents com per caure en l'etiqueta "d'anormals". Tot això, recorda al conte d'Úrsula K. Le Guin

---

*depart negatively from the particular expectations at issue I shall call the normals.»* (Goffman, 1963:05).

<sup>51</sup> Per poder desenvolupar aquest punt correctament, s'hauria d'analitzar l'estigma des de l'experiència dels individus diagnosticats amb TdC, i el transcurs de la seva vida quotidiana, però això requerriria una nova investigació on els individus "pacients" fossin l'objecte d'estudi.

(1975), on descriu una societat idíl·lica, i una mica utòpica, amb uns habitants que no es poden descriure de cap altra manera que no sigui “feliços”. Però el cost ètic que han de pagar per la seva felicitat incondicional, és que un nen en concret estigui tancat en un soterrani sota la categoria d’anormal. No se sap si va néixer així o s’hi ha tornat durant els anys d’abandonament, però en realitat, aquesta qüestió resulta irrellevant: Tots els habitants del poble saben que la seva felicitat pressuposa l’existència del soterrani, i de totes maneres decideixen quedar-se, entenent que, igual que el nen, no són lliures. La felicitat col·lectiva que regna a Omelas –amb la rigorosa exclusió d’un– és el resultat de la no-llibertat, «[...] *acceptar la violència es perdre la llibertat para todo lo demás.*» (Le Guin, 1975). L’exclusió del nen amb l’etiqueta d’anormal és la base de la felicitat de la resta, ells són feliços perquè saben que el nen no ho és, de la mateixa manera que la puresa, la salut i la bondat existeixen en contraposició a la brutícia, la malaltia i la maldat. Els habitants d’Omelas són plenament conscients que, en el moment en què algú rescati al nen del soterrani, tots deixaran de ser idíl·licament feliços i excepcionals, ja que no tindran ningú amb qui comparar la seva situació. Deixaran de ser utòpicament normals per passar a ser tots una mica més *anormals*.

### **13. Conclusions**

A través d'aquesta anàlisi dels discursos terapèutics de diferents professionals que participen en el procés de derivació, diagnòstic i tractament dels infants que tenen Trastorns de Conducta, així com les seves experiències i opinions en relació a aquest procés, es podria dir, responnent a les preguntes de recerca inicials, que cada cop hi ha més conductes infantils considerades problemàtiques que han de passar per un diagnòstic clínic. Però no perquè els marges de la normalitat es facin estrets ni perquè les tècniques de diagnòstic siguin cada cop millors i permetin diagnosticar més i millor els trastorns mentals, sinó més aviat perquè la medicina, com a institució disciplinària, cada cop engloba més aspectes de la vida de les persones. La conducta infantil, en passar a formar part de l'àmbit mèdic, passa de ser un aspecte particular i familiar, a ser objecte de tota una sèrie d'especialistes –pediatres, psicòlegs i pedagogs– encarregats de determinar què és normal i què no, creant representacions d'un model determinat d'infància "normal". La valoració dels comportaments infantils s'estandarditza a través de manuals, pautes i proves, així com la resposta terapèutica a les conductes desviades. D'aquesta manera sorgeixen tota una sèrie de centres especialitzats en la conducta i el desenvolupament infantil que no només s'encarreguen de valorar i reconduir conductes, sinó també, en formar part d'un dispositiu, de transmetre un conjunt de coneixements relatius a l'educació dels infants, unes regles de comportament *apropiades* que pares, mestres, cuidadors i altres agents encarregats de la socialització dels infants, han de seguir per al *bon desenvolupament* dels infants. L'educació dels nens i nenes surt de l'àmbit familiar per ser englobada en una xarxa d'institucions que tenen el poder de decidir què és *el millor* per als infants.

En altres paraules, la *mala conducta*, que no és res més que el fet de comportar-se d'una manera socialment no aprovada, el fet de no seguir les regles del joc, passa a ser considerada com a entitat clínica per tal de fer-ne un control i corregir-la. El llindar que separa una *mala conducta* d'una patologia és el grau d'amenaça social que representa una conducta, amenaça que és determinada pel criteri d'uns professionals especialitzats en la conducta infantil. Quant, de fet, la *bona conducta* que aspiren assolir, la "conducta socialment aprovada", no és res més que una conducta igualment imposada per la societat, no té res a veure amb la biologia humana, sinó que és conseqüència de la societat, que els nens hagin d'estar quiets a les aules o seguir unes pautes concretes, és una imposició –encara que resulti útil per poder viure en societat– i, per tant, el fet que no estiguin quiets no hauria de ser considerat en termes biològics. Tot i això, aquelles conductes infantils que s'escapen

al control dels pares i/o de l'escola, són valorades per especialistes encarregats de classificar-les a través d'un diagnòstic "objectiu". Com s'ha vist al llarg del treball, el procés de diagnòstic de trastorns associats a la conducta dels infants, més que objectiu, és un procés subjectiu basat en criteris diagnòstics totalment descriptius que poden variar fàcilment en funció del professional que els apliqui i del context on es realitzi el diagnòstic. I, finalment, aquells infants que són diagnosticats amb una patologia, són encoratjats a seguir un tractament amb l'objectiu de reconduir la *mala conducta* causant de totes aquestes preocupacions.

D'alguna manera aquestes dificultats o problemes que els infants tenen i que els porten a comportar-se d'una manera no adequada si han de passar per un diagnòstic clínic, és a dir, la medicina és la manera que hem adoptat per reconduir i "solucionar" tota mena de desviacions, resulta així molt difícil concebre un altre tipus de diagnòstic i tractament que no sigui el mèdic – generalment en la nostra societat, no només no ens fiem de tractaments alternatius a la medicina, sinó que els depreciam obertament—. No haurien de passar per un diagnòstic i tractament clínic, però a falta d'algun altre tipus de control o regulació, hi han de passar, els infants *han d'anar* a l'escola i *han de convertir-se* en adults productius, tal com preestableixen les normes socials i, des d'aquesta perspectiva, el control i regulació de la seva conducta no només resulten pertinents sinó també necessaris. O aquesta és la justificació que fan els especialistes per a poder aplicar un tractament, però potser la productivitat tampoc resulta tan important, sinó que el que més importa és l'acceptació de les normes, el consentiment a la dominació, que només es pot instaurar si dominats i dominants comparteixen una sèrie de representacions i de realitats socials, que permeten la reproducció de la dominació. En altres paraules, el que interessa és mantenir un equilibri social i mantenir als individus dins la norma, aconseguir que els individus acceptin les relacions de poder en les que es troben immersos.

El que potser no resultaria ni pertinent ni necessari, és categoritzar aquestes conductes com a biològiques, naturalitzant la violència, entenent-la com a genètica, com a quelcom que és possible determinar en infants d'edats molt petites per tal de prevenir-la. Afirmar que hi ha determinats infants que requereixen "ajuda" per tal d'encaixar en la societat on els ha tocat viure, no té per què implicar l'acceptació de determinats comportaments com a biològics, dels que es poden trobar unes causes biològiques i que poden ser "solucionats" a través de la medicació –i això no només en l'àmbit del TdC, sinó que és extrapolable a altres trastorns del desenvolupament com el TDA/H o altres—. Potser aquests comportaments "no desitjables" podrien ser

reconduïts d'una altra manera a falta de poder canviar el sistema d'escolarització o el ritme i pautes de vida de la nostra societat.

Per altra banda, considero que la realització d'aquesta investigació m'ha permès adquirir una sèrie de coneixements sobre una temàtica molt complexa. Cosa que em permetria aprofundir en aquesta temàtica: concretament considero que seria molt interessant poder fer un gir a la investigació i enfocar-la des del punt de vista dels "pacients". En aquesta investigació es mostren diferents mirades, però tots els punts de vista són des de la posició del "metge", des de la perspectiva de les persones diagnosticades d'una patologia segurament es poden extreure moltes altres representacions, amb matisos molt interessants per a una investigació d'aquesta temàtica. De fet, considero important comentar que ja he entrevistat a un parell de persones diagnosticades amb una patologia relacionada amb la conducta, entrevistes que no he inclòs en aquest treball perquè considero que no formen part de l'objecte d'estudi de la investigació, ja que els temes plantejats i preguntes de recerca resultants d'aquestes tenen un caràcter molt diferent de la resta d'entrevistes i requeririen una anàlisi a part. Tenint en compte que les conclusions que poden ser extretes d'aquesta recerca no poden ser gaire pretensioses, en tant que la recerca s'ha dut a terme en el transcurs d'un curs escolar i en una mostra molt petita d'informants. Per poder respondre preguntes com les que em vaig plantejar en l'inici de la recerca, relacionades amb el procés que permet determinar quins comportaments en infants són normals i quins són patològics, crec que aquesta immersió en el tema permet una idea general de com es dona el procés de construcció de la idea "normalitat" en la conducta dels infants dins el sector de professionals encarregats de delimitar el concepte i de com aquesta idea és transmesa a altres sectors de la població.

#### **14. Referències bibliogràfiques**

- AGAMBEN, G.** (2011). “¿Qué es un dispositivo?”. *Sociológica*, 26(73):249-264.
- AGUILAR, H.** (2007). “La performatividad o la técnica de construcción de la subjetividad”. *Revista Borradores* 7.
- AGUIRRE, A.** (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Boixareu universitària.
- (2000). “Demarcación de la psicología cultural”. Dins *Anuario de Psicología* (31)4:109-137. Universitat de Barcelona.
- ÁLVAREZ-URIA, F.; VARELA, J.** (1991). *Arqueología de la escuela*. Madrid: LaPiqueta.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. Arlington: VA.
- ANDERSON, J.** (1996). “Is childhood Hiperactivity the product of Western Culture?”. *Lancet* 348: 73-74.
- BARRIGA, S.** (1979). “El análisis institucional y la institución del poder”. Comunicació llegida a la *Tercera Semana de Psicosociología*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- BAQUERO, R.** (2009). “Las infancias y las épocas”. Dins G. Dueñas (comp.) *Niños o Síndromes. La patologización de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc, pàg. 182-230.
- BAQUERO, R.; NADOROWSKY, M.** (1990). “Normatividad y normalidad en pedagogía”. *Revistas Alternativas*, 4(6): 35-46.
- BECK, U.** (1992)[1986]. *Risck Society. Towards a New Modernity*. London: SAGE publications Ltd.
- BENEDICT R.** (1989)[1934]. *Patters of culture*. Boston: Houghton Mifflin.
- BIANCHI, E.** (2012). “Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2): 1021-1038.
- BOURDIEU, P.** (1985). “La codificación”. Dins *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- (1988). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.



—— (1990). “Habitus”. Dins *Sociología y cultura*. México D.F.: Grijalbo, pàg. 154-157.

**BOURDIEU, P.; WACQUANT, L.** (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

**BRULLET, C.** (1996). “Roles e identidades de género: una construcción social”. Dins GARCÍA DE LEÓN, M.A. et al. (eds.) *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid: Complutense, pàg. 273-308.

**CASTEL, R.** (1983) [1986]. “De la peligrosidad al riesgo”. Dins, *AAVV: Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, pàg. 219-243.

**CERLETTI, L.** (2006). *Las familias, ¿un problema escolar? Sobre la socialización escolar infantil*. Buenos Aires: Noveduc.

**CONRAD, P.** (1982). “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. Dins INGLEBY, I. (ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo, pàg. 129-154.

**COLÁNGELO, A.** (2008). *La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención de los médicos en la Argentina a comienzos del siglo XX*. IX Congreso Argentino de Antropología Social. “Fronteras de la Antropología” (5-8). Argentina: Misiones.

**DE LA MATA, I. ; ORTIZ, A.** (2007). “La colonización psiquiátrica de la vida”. Dins, *Carpeta*. Madrid: Archipiélago, nº 76. Pàg. 39-50.

**DE LA VEGA, E.** (2010). “Psicoanálisis y política. Patologización de la infancia pobre en Argentina”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1): 43-65.

**DURKHEIM, E.** (1982)[1912]. *Las formas elementales de la vida religiosa: El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal.

—— (1997)[1895]. *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Akal.

**DURKHEIM, E.; GONZÁLEZ POSADA, C.** (1993)[1893]. *La división del trabajo social*. Barcelona: Planeta-Agostini.

**DURKHEIM, E.; MAUSS, M.** (1996). “Sobre algunas formas primitivas de clasificación”. Dins DURKHEIM, E., *Clasificaciones primitivas y otros ensayos de sociología positiva*. Barcelona: Ariel, pàg. 23-103.

- DOUGLAS, M.** (2007)[1966]. *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FOUCAULT, M.** (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. México, D. F. : Fondo de Cultura Económica.
- (2004)[1963]. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (1991). “El interés por la verdad”. Dins ÀLVAREZ-URIA, F.; VARELA, J. (eds.) *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta, pàg. 229-242.
- (1992). [1976]. *Genealogía del racismo*. Madrid: La Piqueta.
- (1977). “El nacimiento de la medicina social”. *Revista latinoamericana de la salud* (6): 89-108.
- (1995)[1975]. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- FRICK, P. J.** (2001) *Conduct Disorder: Recent research and implications for serving children and adolescents in the juvenile justice system*. University of New Orleans: Department of Psychology.
- GALLÉN, C.** (2006). *Les fronteres de la normalitat. Una aproximació en clau social a les persones amb intel·ligència límit o borderline*. Barcelona: Edicions de 1984.
- GOFFMAN, E.** (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Prentice Hall, pàg, 1-40.
- (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- GRAMSCI, A.** (1975). *Los intelectuales y la organización de la cultura*. México, D. F.: Juan Pablos.
- GRIMSON, A.** (2008). “Diversidad y cultura: reificación y situacionalidad”. *Tabula Rasa* 8:45-67.
- HERTZ, R.** (1909). “La preeminencia de la mano derecha: Estudio sobre la polaridad religiosa”. Dins *La muerte y la mano derecha*. Madrid: Alianza, pàg. 105-134.
- JACOBSON, K.** (1999). *In search of a “normal” student: six months in a British classroom*. Paper presented at the annual meeting of the American Anthropological

Association. Washington: EE. UU.

**JENSEN, M. ; BLOK, A.** (2008). Pesticides in the Risk Society. *Current Sociology*, 56(5): 757-778.

**KAVANAGH, A. M.; BROOM, D. H.** (1998). "Embodied Risk: My Body, Myself?". *Social Science and Medicine*, 46(3):437-444.

**LE GUIN, U. K.** (1975)[1973]. "Los que abandonan Omelas". Dins *Las doce moradas del viento*. Barcelona: EDHASA.

**LEAVY, P.** (2013). "¿Trastorno o mala educación? Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2): 675-688.

**MARTÍNEZ, A.** (2006). "La mercantilización de los estados de ánimo: el consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones", *Población y Sociedad*, 43: 43-56.

**MEAD, M.** (1963). *Sex and Temperament: In Three Primitive societies*. New York, Quill.

——— (1977). *Cartas de una antropologa*. Barcelona: Bruguera.

**MCGINNIS, J.** (1997). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*. Boston: Ally And Bacon.

**ORTNER, S.B.** (1979). "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?". Dins HARRIS, O.; YOUNG, K. (eds.). *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Anagrama, pàg. 109-131.

**PARSONS, T.** (1975)[1951]. *El sistema Social*. Madrid: Revista de Occidente.

**RECANATI, F.** (1981). *La transparencia y la enunciación*. Buenos Aires: Hachette.

**SEVILLA GUZMÁN, E.** (2008). "Agroecología y agricultura ecológica: hacia una "re"-construcción de la soberanía alimentaria". *Agroecología* 1:7-18.

**SHRAG, P.; DEVOKY, D.** (1975). *The myth of the hyperactivity child*. New York: Pantheon.

**SPINDLER, G.** (2007). "La transmisión de la cultura". Dins VELASCO, M.H.; GARCÍA, C.F.; DÍAZ DE RADA, A. (eds.) *Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar*. Madrid: Trotta, pàg. 205-241.

**VV.AA.** (2007) *Diccionari de la llengua catalana*. Institut d'Estudis Catalans, segona

Edició. Barcelona: Edicions 62.

**WRIGHT, S.** (2004). “La politización de la «cultura»”. Dins, BOIVIN, M.F.; ROSATO, A.; ARRIBAS, V. (eds.) *Constructores de Otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Buenos Aires: Antropofagia, pàg. 128-141.

**YANG, L. H. Et. Al.** (2007). “Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory”. Dins *Social Science & Medicine* 64: 1524–1535.

**ZUCKERMAN, L.** (2000). “Discovering A Deficit of Attention Deficit”. *New York Times*, January (1).

### **15. Fonts audiovisuals**

**BARBERÀ, J.** (2015) Programa Retrats “TDA/H: Realitat o invenció?”. Barcelona: TV3.

**JAURY, M. P.** (2010) Documental “*L'enfance sous contrôle*”. França: ARTE France.

## **16. Annexes**

### **Annex 1: Perfil dels informants**

#### **Carla – Neuropsicòloga.**

Entrevistes dutes a terme al centre on treballa (fora del seu horari laboral): un centre privat que té com a objectiu atendre a infants que plantegin algun trastorn del neurodesenvolupament que afectin l'aprenentatge, interacció social i/o a la conducta. La seva feina inclou: diagnòstic, assessorament, tractament i seguiment dels infants, tot i que no només tracten nens, sinó també adolescents; la franja d'edat que atenen va dels 0 als 16 anys. Així doncs, a diferència dels CDIAPs o CSMIJs, és un centre especialitzant en infants amb trastorns associats a conducta i/o a l'aprenentatge. De tal manera que els professionals del centre estan especialitzats en aquest tipus de trastorns.

#### **Joan – Neuropediatre.**

Entrevistes dutes a terme en l'ambulatori on treballa i per correu electrònic (fora del seu horari laboral). Treballa en un Centre d'Atenció Primària com a pediatre i, a la vegada, treballa en coordinació amb un parell de CDIAPs, el del barri del CAP i el CDIAP de Vic, Tris-tras. D'aquesta manera realitza derivacions des del CAP als CDIAPs i CSMIJs (per a majors de 6 anys) i participa en el diagnòstic de patologies en els centres d'atenció precoç. És a dir, complementa el treball de les psicòlogues dels centres per fer-ne un diagnòstic mèdic, per determinar si hi ha algun problema mèdic en el desenvolupament dels infants.

#### **Maria – Fisioterapeuta.**

Entrevistes dutes a terme fora del seu lloc de treball: un CDIAP. En ser fisioterapeuta no fa el seguiment d'infants amb Trastorns de Conducta, sinó que fa el seguiment de nens amb altres tipus de trastorns com els de mobilitat o parla, a la vegada que atén a nens amb algun tipus de retard cerebral o síndromes greus. Però la seva feina inclou també la valoració de nous infants que acudeixen al centre, per valorar si requereixen atenció per part del centre i si han de ser derivats a altres professionals d'aquest, en aquest sentit, atén a tot tipus d'infants que arribin al centre –tinguin un trastorn o no– per tal de fer-ne un primer diagnòstic, inclosos els infants amb trastorns associats a la conducta.

#### **Sílvia – Psicòloga.**

Entrevista duta a terme al seu lloc de treball (dins el seu horari laboral). Treballadora d'un CDIAP de Barcelona. Realitza el diagnòstic, valoració i seguiment d'infants amb Trastorns de Conducta, així com de nens amb altres tipus de trastorns que requereixen tractament psicològic, a la vegada que era coordinadora d'un grup de pares (similar al Grup de Conducta del TRIS-TRAS de Vic) destinat a pares que, tot i que tenen fills que no estaven diagnosticats de cap patologia, tenien problemes a l'hora de criar-los o bé que consideraven que aquests presentaven alguns problemes. Grup que ja no està actiu des de fa un any, ja que, tal com va explicar, no donava resultats significatius.

### **Sònia – Psicòloga.**

Entrevista duta a terme a casa de l'informant fora del seu horari laboral. Extreballadora del sector privat a Barcelona. Per respectar el seu anonimat es va acordar no donar el nom del centre on treballava. Realitzava el diagnòstic, valoració i seguiment d'infants –i les seves famílies– amb Trastorns de Conducta, així com de nens amb altres tipus de trastorns que requereixen tractament psicològic.

### **Alba – Psicòloga.**

Entrevista duta a terme al seu lloc de treball (dins el seu horari laboral). Coordinadora d'un CDIAP de Barcelona, que inclou tres barris diferents del districte de l'Eixample. Realitza el diagnòstic, valoració i seguiment d'infants amb Trastorns de Conducta, així com de nens amb altres tipus de trastorns que requereixen tractament psicològic. Al mateix temps, la seva feina inclou visites a diverses escoles per fer un seguiment dels nens del CDIAP que requereixen atenció especial a l'escola ordinària, així com guiar i ensenyar al professorat, tècniques per a tractar amb infants “problemàtics” o que necessitin més atenció que la resta.

### **Montse – Psicòloga.**

Entrevista duta a terme al seu lloc de treball (dins el seu horari laboral). Treballadora d'un CDIAP de Barcelona. Realitza el diagnòstic, valoració i seguiment d'infants amb Trastorns de Conducta, així com de nens amb altres tipus de trastorns que requereixen tractament psicològic, a la vegada, realitza consultes a domicili a aquelles famílies que ho requereixin.

## Annex 2: Índex de Notícies

### 1. L'EDUCACIÓ PERFECTE

- **Todos los niños pueden ser Einstein si los motivas bien:** “Tus hijos pueden alcanzar cualquier logro intelectual.”– **La Vanguardia , La contra 27/09/2011**

<http://www.lavanguardia.com/lacontra/20110927/54221476661/todos-los-ninos-pueden-ser-einstein-si-los-motivas-bien.html>

- **Finlandia: las claves del sistema educativo más exitoso de Europa:** “El país nórdico consigue, año tras año, los mejores resultados en los informes de PISA, ¿cómo lo hace?” – **LibertadDigital.com 10/05/2013.**

<http://www.libertaddigital.com/internacional/europa/2013-10-04/sabado-que-tiene-el-modelo-educativo-finlandes-que-no-tiene-el-espanol-1276501044/>

### 2. AGUMENT DELS INFANTS AMB PROBLEMES

- **Uno de cada 10 niños sufre un trastorno de aprendizaje:** “Esta problemática está directamente relacionada con el fracaso escolar.” – **El Periódico/Educación 29/05/2015**

<http://www.elperiodico.com/es/noticias/educacion/uno-cada-ninos-sufre-trastorno-aprendizaje-4230413>

- **Un 7% de los niños padecen trastornos en el lenguaje:** “El problema suele ser de detección tardía y eso dificulta el tratamiento y la escolarización de los afectados. Las dificultades para comunicarse con claridad pueden convertir a estos menores en víctimas de acoso escolar.” – **El Periódico 27/08/2016**

<http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/siete-por-ciento-ninos-padecen-trastornos-lenguaje-5346875>

- **Los casos de niños atendidos por hiperactividad se duplican en siete años:** “El TDAH es el problema de salud mental más común entre la población infantil.” – **El País 14/07/2017**

[https://elpais.com/tag/hiperactividad\\_infantil/a](https://elpais.com/tag/hiperactividad_infantil/a)



### 3. AUGMENT DELS TRASTORNS DE CONDUCTA

- **Trastorn de conducta: Desafiament:** “Són nens que presenten un tipus de comportament constant on l’actitud tendeix a ser negativista, desafiant, desobedient, provocadora i en molts casos hostil, dirigida principalment a les figures d’autoritat.” – **ara.cat 24/11/2014**  
[http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Trastorn-conducta-desafiament\\_6\\_1254534541.html](http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Trastorn-conducta-desafiament_6_1254534541.html)
- **Aumentan en España los trastornos de conducta en menores durante la crisis económica:** “La crisis económica también ha tenido un impacto en el comportamiento de niños y adolescentes, ya que en los últimos años se ha detectado un aumento significativo de diagnósticos de trastornos de conducta en menores, según los resultados de un informe del Hospital San Joan de Déu de Barcelona, en colaboración con Laboratorios Ordesa.” – **La Vanguardia 27/01/2016**  
<http://www.lavanguardia.com/vida/20160127/301709638464/aumenta-en-espana-los-trastornos-de-conducta-en-menores-durante-la-crisis-economica.html>
- **Com més crisi, més nens amb problemes de conducta:** “La falta de límits i els problemes econòmics, darrere de l’augment dels trastorns de comportament.” – **ara.cat 28/01/2016**  
[http://www.ara.cat/societat/mes-crisi-nens-problemes-conducta\\_0\\_1512448793.html](http://www.ara.cat/societat/mes-crisi-nens-problemes-conducta_0_1512448793.html)

### 4. DIAGNOSI DELS TRASTORNS DE CONDUCTA

- **Detectar problemas de conducta en niños y adolescentes:** “El comportamiento agresivo o el desafío a las figuras de autoridad son algunos de los síntomas que alertan sobre un posible trastorno de comportamiento.” – **La Vanguardia 28/04/2015**  
<http://www.lavanguardia.com/salud/psiquiatria/20150428/54430253529/detectar-problemas-conducta-ninos-adolescentes.html>

### 5. COMPORTEMENTS DESVIATS?

- **Nens tirans:** “Avui dia hi ha dos grans aspectes que creen problemes educatius: la manca de temps educatiu i el desconeixement del rol de pares. No sempre passa però quan hi ha poc temps per educar i

conviure amb els fills, la qualitat de la capacitat d'observació i comunicació disminueix en forma alarmant. El desconeixement del propi fill facilita els dubtes i la por d'equivocar-se i, per què no, genera un sentiment de culpa que fàcilment condueix a la sobreprotecció.” – **ara.cat 16/03/2015**

[http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Nens-tirans\\_6\\_1321727823.html](http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Nens-tirans_6_1321727823.html)

- **Síndrome del nen destronat:** “Té sis anys i un germà de tres que encanta a tots, que acapara protagonisme i, naturalment, li té gelosia. No suporta que li toquin les seves joguines o l'imiti.” – **ara.cat 23/11/2015**

[http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Sindrome-del-nen-destronat\\_6\\_1472912702.html](http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Sindrome-del-nen-destronat_6_1472912702.html)

- **Nens mentiders:** “La mentida és l'acció voluntària, és a dir intencionada, d'ocultar la veritat. Però en quin moment podem afirmar que els nens i nenes ens estan ocultant intencionadament la veritat [...] Les respostes a aquestes preguntes ens donaran la clau per a poder distingir el que és un senyal d'alerta del que és una conducta normal i adaptativa. – **ara.cat 10/03/2016**

[http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Nens-mentiders\\_6\\_1537706219.html](http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/Nens-mentiders_6_1537706219.html)

## 6. CAUSES DEL MAL COMPORTAMENT

- **El comportament s'hereta?:** “L'epigenètica, l'altra cara de la genètica, ens obre avui la possibilitat de comprendre com podem heretar les conseqüències d'errors educatius greus dels nostres avantpassats. Davant la pregunta: un estil educatiu condicionat per un entorn familiar, escolar o social equivocat i que es mantingui causant trastorns de salut mental en els fills, pot afectar genèticament també els seus descendents?” – **ara.cat 17/11/2014**

[http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/comportament-shereta\\_6\\_1250334961.html](http://criatures.ara.cat/blogs/canvia-el-xip/comportament-shereta_6_1250334961.html)

- **Los niños fumadores pasivos tienen más riesgo de desarrollar TDAH:** “Más de un 10% de los menores españoles están expuestos al humo del tabaco en sus hogares.” – **La Vanguardia 14/04/2015**

<http://www.lavanguardia.com/ciencia/cuerpo-humano/20150414/54429899249/tabaco-ninos-humo-tdah.html>

- **El TDAH no és un trastorn del comportament sinó una maduració deficient del cervell:** “És la conclusió de l'estudi més gran fet mai sobre el dèficit d'atenció i hiperactivitat, en el qual ha participat l'Hospital Vall d'Hebron i que ha publicat la revista "The Lancet" – **Notícies 324 24/02/2017**

<http://www.ccma.cat/324/el-tdah-no-es-un-trastorn-del-comportament-sino-una-maduracio-deficient-del-cervell/noticia/2774705/>

## 7. EDUCAR ALS FILLS

- **Los niños ven la televisión durante más tiempo del recomendado:** *Los expertos indican que el límite se sitúa en dos horas pero las investigaciones realizadas estiman que un 63% de los menores superan esa cifra en gran medida.* – **La Vanguardia 22/01/2015**

<http://www.lavanguardia.com/television/20150122/54423871162/ninos-television-tiempo.html>

- **Sobrevalorar a los hijos hace que se vuelvan narcisistas:** “El consejo de los investigadores: transmitir afecto a los hijos sin hacerles creer que son superiores a los demás.” – **La Vanguardia 10/03/2015**

<http://www.lavanguardia.com/bigvang/cuerpohumano/20150310/54428861367/narcisismo-autoestima-ninos-padres-hijos-infancia.html>

- **Hay que educar a los niños para afrontar la frustración:** “Walter Mischel, profesor de Psicología y teórico del autocontrol, publica su libro 'El test de la golosina' sobre 50 años de investigación.” – **La Vanguardia 04/05/2015**

<http://www.lavanguardia.com/pr/vida/20150504/54431006530/hay-que-educar-a-los-ninos-para-afrontar-la-frustracion.html>

## 8. TRACTAMENT DELS TRASTORNS DE CONDUCTA

- **Suport positiu de la conducta:** “El primer que pensem quan algú amb dificultats del desenvolupament mossega, crida, dóna cops de peu, dóna cops, llença coses a terra, molesta, etc. [...] Aquesta visió negativa de la conducta ens pot fer pensar que aquesta persona ho fa

per provocar o molestar, la qual cosa ens genera sentiments d'enuig, irritació i tensió i, per tant, ens fa actuar i respondre amb crits, amenaces o càstigs. El suport conductual positiu (SCP) pretén que la nostra visió envers aquestes conductes en persones amb dificultats del desenvolupament canviï.” – **ara.cat 07/01/2016**

[http://criatures.ara.cat/blogs/trivium/Suportpositiuconducta\\_6\\_1499909998.html](http://criatures.ara.cat/blogs/trivium/Suportpositiuconducta_6_1499909998.html)

- **Actuacions contra els problemes de conducta dels infants:** “Aplicar una teràpia psicològica, introduir canvis d'hàbits i la suplementació amb omega-3 són les mesures més emprades pels pediatres per abordar els problemes de conducta en nens. Aquesta és una de les principals conclusions de l'*Estudio Época* impulsat per Laboratoris Ordesa amb l'objectiu d'analitzar l'impacte dels problemes de conducta en la salut i la qualitat de vida dels menors i les seves famílies.” – **ara.cat 12/01/2016**

<http://criatures.ara.cat/blog/2016/01/12/actuacions-contra-els-problemes-de-conducta-dels-infants/>

## 9. ALTRES

- ***Fallecen tres jóvenes en un incendio en el interior de una cueva de Almería:*** “La Policía Nacional, que se ha hecho cargo de la investigación, ha detenido a tres menores de edad.” – **El Mundo 04/04/2017**

<http://www.elmundo.es/sociedad/2017/04/03/58e2c0d1e2704e5e378b459d.html>

**Annex 3: Child Behavior Checklist**

– Per a infants de 1 a 5 anys:

<b>Please print.</b> <span style="float: right;">For office use only ID# _____</span>		
CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1½-5		
CHILD'S FULL NAME First                      Middle                      Last _____ _____ _____	PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant. PARENT 1 (or MOTHER) TYPE OF WORK _____ PARENT 2 (or FATHER) TYPE OF WORK _____ THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name) _____	
CHILD'S GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl	CHILD'S AGE _____	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE _____
TODAY'S DATE Mo. _____ Day _____ Year _____	CHILD'S BIRTHDATE Mo. _____ Day _____ Year _____	
Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to write additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.		
Your relation to child: <input type="checkbox"/> Parent 1 (or Mother) <input type="checkbox"/> Parent 2 (or Father) <input type="checkbox"/> Other (specify): _____		
Below is a list of items that describe children. For each item that describes the child now or within the past 2 months, please circle the 2 if the item is very true or often true of the child. Circle the 1 if the item is somewhat or sometimes true of the child. If the item is not true of the child, circle the 0. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to the child.		
0 = Not True (as far as you know)                      1 = Somewhat or Sometimes True                      2 = Very True or Often True		
0 1 2 1. Aches or pains (without medical cause; do not include stomach or headaches) 0 1 2 2. Acts too young for age 0 1 2 3. Afraid to try new things 0 1 2 4. Avoids looking others in the eye 0 1 2 5. Can't concentrate, can't pay attention for long 0 1 2 6. Can't sit still, restless, or hyperactive 0 1 2 7. Can't stand having things out of place 0 1 2 8. Can't stand waiting; wants everything now 0 1 2 9. Chews on things that aren't edible 0 1 2 10. Clings to adults or too dependent 0 1 2 11. Constantly seeks help 0 1 2 12. Constipated, doesn't move bowels (when not sick) 0 1 2 13. Cries a lot 0 1 2 14. Cruel to animals 0 1 2 15. Defiant 0 1 2 16. Demands must be met immediately 0 1 2 17. Destroys his/her own things 0 1 2 18. Destroys things belonging to his/her family or other children 0 1 2 19. Diarrhea or loose bowels (when not sick) 0 1 2 20. Disobedient 0 1 2 21. Disturbed by any change in routine 0 1 2 22. Doesn't want to sleep alone 0 1 2 23. Doesn't answer when people talk to him/her 0 1 2 24. Doesn't eat well (describe): _____ _____ 0 1 2 25. Doesn't get along with other children 0 1 2 26. Doesn't know how to have fun; acts like a little adult 0 1 2 27. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving 0 1 2 28. Doesn't want to go out of home 0 1 2 29. Easily frustrated	0 1 2 30. Easily jealous 0 1 2 31. Eats or drinks things that are not food—don't include sweets (describe): _____ _____ 0 1 2 32. Fears certain animals, situations, or places (describe): _____ _____ 0 1 2 33. Feelings are easily hurt 0 1 2 34. Gets hurt a lot, accident-prone 0 1 2 35. Gets in many fights 0 1 2 36. Gets into everything 0 1 2 37. Gets too upset when separated from parents 0 1 2 38. Has trouble getting to sleep 0 1 2 39. Headaches (without medical cause) 0 1 2 40. Hits others 0 1 2 41. Holds his/her breath 0 1 2 42. Hurts animals or people without meaning to 0 1 2 43. Looks unhappy without good reason 0 1 2 44. Angry moods 0 1 2 45. Nausea, feels sick (without medical cause) 0 1 2 46. Nervous movements or twitching (describe): _____ _____ 0 1 2 47. Nervous, highstrung, or tense 0 1 2 48. Nightmares 0 1 2 49. Overeating 0 1 2 50. Overtired 0 1 2 51. Shows panic for no good reason 0 1 2 52. Painful bowel movements (without medical cause) 0 1 2 53. Physically attacks people 0 1 2 54. Picks nose, skin, or other parts of body (describe): _____ _____	
Be sure you answered all items. Then see other side.		

Copyright 2000 T. Achenbach & L. Rescorla  
 ASEBA, University of Vermont, 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456  
 www.ASEBA.org

UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL



7-10-14 Edition-801

Please print your answers. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)			1 = Somewhat or Sometimes True			2 = Very True or Often True		
0	1	2	55. Plays with own sex parts too much	0	1	2	79. Rapid shifts between sadness and excitement	
0	1	2	56. Poorly coordinated or clumsy	0	1	2	80. Strange behavior (describe): _____	
0	1	2	57. Problems with eyes (without medical cause) (describe): _____	0	1	2	81. Stubborn, sullen, or irritable	
0	1	2	58. Punishment doesn't change his/her behavior	0	1	2	82. Sudden changes in mood or feelings	
0	1	2	59. Quickly shifts from one activity to another	0	1	2	83. Sulks a lot	
0	1	2	60. Rashes or other skin problems (without medical cause)	0	1	2	84. Talks or cries out in sleep	
0	1	2	61. Refuses to eat	0	1	2	85. Temper tantrums or hot temper	
0	1	2	62. Refuses to play active games	0	1	2	86. Too concerned with neatness or cleanliness	
0	1	2	63. Repeatedly rocks head or body	0	1	2	87. Too fearful or anxious	
0	1	2	64. Resists going to bed at night	0	1	2	88. Uncooperative	
0	1	2	65. Resists toilet training (describe): _____	0	1	2	89. Underactive, slow moving, or lacks energy	
0	1	2	66. Screams a lot	0	1	2	90. Unhappy, sad, or depressed	
0	1	2	67. Seems unresponsive to affection	0	1	2	91. Unusually loud	
0	1	2	68. Self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	92. Upset by new people or situations (describe): _____	
0	1	2	69. Selfish or won't share	0	1	2	93. Vomiting, throwing up (without medical cause)	
0	1	2	70. Shows little affection toward people	0	1	2	94. Wakes up often at night	
0	1	2	71. Shows little interest in things around him/her	0	1	2	95. Wanders away	
0	1	2	72. Shows too little fear of getting hurt	0	1	2	96. Wants a lot of attention	
0	1	2	73. Too shy or timid	0	1	2	97. Whining	
0	1	2	74. Sleeps less than most kids during day and/or night (describe): _____	0	1	2	98. Withdrawn, doesn't get involved with others	
0	1	2	75. Smears or plays with bowel movements	0	1	2	99. Worries	
0	1	2	76. Speech problem (describe): _____	0	1	2	100. Please write in any problems the child has that were not listed above.	
0	1	2	77. Stares into space or seems preoccupied	0	1	2	_____	
0	1	2	78. Stomachaches or cramps (without medical cause)	0	1	2	_____	

Please be sure you have answered all items. Underline any you are concerned about.

Does the child have any illness or disability (either physical or mental)?  No  Yes—Please describe:

What concerns you most about the child?

Please describe the best things about the child:

## LANGUAGE DEVELOPMENT SURVEY FOR AGES 18-35 MONTHS

For office use only  
ID #

The Language Development Survey assesses children's word combinations and vocabulary. By carefully completing the Language Development Survey, you can help us obtain an accurate picture of the child's developing language. *Please print your answers. Be sure to answer all items.*

- I. Was the child born earlier than the usual 9 months after conception?  
 No     Yes—how many weeks early? \_\_\_\_\_ weeks early.
- II. How much did the child weigh at birth? \_\_\_\_\_ pounds \_\_\_\_\_ ounces; or \_\_\_\_\_ grams.
- III. How many ear infections did the child have before age 24 months?  
 0-2     3-5     6-8     9 or more
- IV. Is any language beside English spoken in the child's home?  
 No     Yes—please list the languages: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- V. Has anyone in the child's family been slow in learning to talk?  
 No     Yes—please list their relationships to the child; for example, brother, father:  
 \_\_\_\_\_
- VI. Are you worried about the child's language development?  
 No     Yes—why? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- VII. Does the child spontaneously say words in any language? (not just imitates or understands words)?  
 No     Yes—if yes, please complete item VIII and page 4.
- VIII. Does the child combine 2 or more words into phrases? For example: "more cookie," "car bye-bye."  
 No     Yes—please print 5 of the child's longest and best phrases or sentences.  
 For each phrase that is not in English, print the name of the language.
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_

*Be sure you answered all items. Then see other side.*

PAGE 3

Please circle each word that the child says SPONTANEOUSLY (not just imitates or understands). If your child says non-English versions of words on the list, circle the English word and write the first letter of the language (e.g., S for Spanish). Please include words even if they are not pronounced clearly or are in “baby talk” (for example: “baba” for bottle).

FOODS	ANIMALS	ACTIONS	HOUSEHOLD	MODIFIERS	OTHER
1. apple	55. bear	107. bath	163. bathtub	216. all gone	264. any letter
2. banana	56. bee	108. breakfast	164. bed	217. all right	265. away
3. bread	57. bird	109. bring	165. blanket	218. bad	266. boohoo
4. butter	58. bug	110. catch	166. bottle	219. big	267. byebye
5. cake	59. bunny	111. clap	167. bowl	220. black	268. excuse me
6. candy	60. cat	112. close	168. chair	221. blue	269. here
7. cereal	61. chicken	113. come	169. clock	222. broken	270. hi, hello
8. cheese	62. cow	114. cough	170. crib	223. clean	271. in
9. coffee	63. dog	115. cut	171. cup	224. cold	272. me
10. cookie	64. duck	116. dance	172. door	225. dark	273. meow
11. crackers	65. elephant	117. dinner	173. floor	226. dirty	274. my
12. drink	66. fish	118. doo-doo/poop	174. fork	227. dry	275. myself
13. egg	67. frog	119. down	175. glass	228. good	276. nighttime
14. food	68. horse	120. eat	176. knife	229. happy	277. no
15. grapes	69. monkey	121. feed	177. light	230. heavy	278. off
16. gum	70. pig	122. finish	178. mirror	231. hot	279. on
17. hamburger	71. puppy	123. fix	179. pillow	232. hungry	280. out
18. hotdog	72. snake	124. get	180. plate	233. little	281. please
19. ice cream	73. tiger	125. give	181. potty	234. mine	282. Sesame St.
20. juice	74. turkey	126. go	182. radio	235. more	283. shut up
21. meat	75. turtle	127. have	183. room	236. nice	284. thank you
22. milk		128. help	184. sink	237. pretty	285. there
23. orange		129. hit	185. soap	238. red	286. under
24. pizza	<b>BODY PARTS</b>	130. hug	186. spoon	239. stinky	287. welcome
25. pretzel	76. arm	131. jump	187. stairs	240. that	288. what
26. raisins	77. belly button	132. kick	188. table	241. this	289. where
27. soda	78. bottom	133. kiss	189. telephone	242. tired	290. why
28. soup	79. chin	134. knock	190. towel	243. wet	291. woofwoof
29. spaghetti	80. ear	135. look	191. trash	244. white	292. yes
30. tea	81. elbow	136. love	192. T.V.	245. yellow	293. you
31. toast	82. eye	137. lunch	193. window	246. yucky	294. yumyum
32. water	83. face	138. make			295. any number
	84. finger	139. nap	<b>PERSONAL</b>	<b>CLOTHES</b>	<b>PEOPLE</b>
<b>TOYS</b>	85. foot	140. open	194. brush	247. belt	296. aunt
33. ball	86. hair	141. outside	195. comb	248. boots	297. baby
34. balloon	87. hand	142. patty cake	196. glasses	249. coat	298. boy
35. blocks	88. knee	143. peekaboo	197. key	250. diaper	299. daddy
36. book	89. leg	144. peepee	198. money	251. dress	300. doctor
37. crayons	90. mouth	145. push	199. paper	252. gloves	301. girl
38. doll	91. neck	146. read	200. pen	253. hat	302. grandma
39. picture	92. nose	147. ride	201. pencil	254. jacket	303. grandpa
40. present	93. teeth	148. run	202. penny	255. mittens	304. lady
41. slide	94. thumb	149. see	203. pocketbook	256. pajamas	305. man
42. swing	95. toe	150. show	204. tissue	257. pants	306. mommy
43. teddy bear	96. tummy	151. shut	205. tooth brush	258. shirt	307. own name
		152. sing	206. umbrella	259. shoes	308. pet name
<b>OUTDOORS</b>	<b>VEHICLES</b>	153. sit	207. watch	260. slippers	309. uncle
44. flower	97. bike	154. sleep		261. sneakers	310. name of TV or story character
45. house	98. boat	155. stop	<b>PLACES</b>	262. socks	
46. moon	99. bus	156. take	208. church	263. sweater	
47. rain	100. car	157. throw	209. home		
48. sidewalk	101. motorcycle	158. tickle	210. hospital		
49. sky	102. plate	159. up	211. library		
50. snow	103. stroller	160. walk	212. park		
51. star	104. train	161. want	213. school		
52. street	105. trolley	162. wash	214. store		
53. sun	106. truck		215. zoo		
54. tree					



– Per a nens i adolescents de 6 a 18 anys:

**Please print CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18** For office use only  
ID # \_\_\_\_\_

CHILD'S FULL NAME First Middle Last			PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. <i>(Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.)</i>		
CHILD'S GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl		CHILD'S AGE	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE		
TODAY'S DATE Mo. ____ Day ____ Year ____		CHILD'S BIRTHDATE Mo. ____ Day ____ Year ____			PARENT 1 (or FATHER) TYPE OF WORK _____ PARENT 2 (or MOTHER) TYPE OF WORK _____
GRADE IN SCHOOL _____  NOT ATTENDING SCHOOL <input type="checkbox"/>		Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.			THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name) _____  Your gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Your relation to the child: <input type="checkbox"/> Biological Parent <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other (specify) _____

**I. Please list the sports your child most likes to take part in. For example: swimming, baseball, skating, skate boarding, bike riding, fishing, etc.**

	Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?	Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?																
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Less Than Average</td> <td style="text-align: center;">Average</td> <td style="text-align: center;">More Than Average</td> <td style="text-align: center;">Don't Know</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Below Average</td> <td style="text-align: center;">Average</td> <td style="text-align: center;">Above Average</td> <td style="text-align: center;">Don't Know</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Below Average	Average	Above Average	Don't Know	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Below Average	Average	Above Average	Don't Know															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

**II. Please list your child's favorite hobbies, activities, and games, other than sports. For example: video games, dolls, reading, piano, crafts, cars, computers, singing, etc. (Do not include listening to radio, TV, or other media.)**

	Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?	Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?																
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Less Than Average</td> <td style="text-align: center;">Average</td> <td style="text-align: center;">More Than Average</td> <td style="text-align: center;">Don't Know</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Below Average</td> <td style="text-align: center;">Average</td> <td style="text-align: center;">Above Average</td> <td style="text-align: center;">Don't Know</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Below Average	Average	Above Average	Don't Know	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Below Average	Average	Above Average	Don't Know															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

**III. Please list any organizations, clubs, teams, or groups your child belongs to.**

	Compared to others of the same age, how active is he/she in each?								
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Less Active</td> <td style="text-align: center;">Average</td> <td style="text-align: center;">More Active</td> <td style="text-align: center;">Don't Know</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Less Active	Average	More Active	Don't Know	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Less Active	Average	More Active	Don't Know						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**IV. Please list any jobs or chores your child has. For example: doing dishes, babysitting, making bed, working in store, etc. (Include both paid and unpaid jobs and chores.)**

	Compared to others of the same age, how well does he/she carry them out?								
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Below Average</td> <td style="text-align: center;">Average</td> <td style="text-align: center;">Above Average</td> <td style="text-align: center;">Don't Know</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Below Average	Average	Above Average	Don't Know	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Below Average	Average	Above Average	Don't Know						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**Be sure you answered all items. Then see other side.**

Copyright 2001 T. Achenbach  
ASEBA, University of Vermont  
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456  
www.ASEBA.org

UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

1-16 Edition - 201

PAGE 1

*Please print. Be sure to answer all items.*

- V. 1. About how many close friends does your child have? (Do not include brothers & sisters)  
 None     1     2 or 3     4 or more
2. About how many times a week does your child do things with any friends outside of regular school hours?  
 (Do not include brothers & sisters)     Less than 1     1 or 2     3 or more

- VI. Compared to others of his/her age, how well does your child:
- |   | Worse                    | Average                  | Better                   |   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. Get along with his/her brothers & sisters? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Has no brothers or sisters |
| b. Get along with other kids?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| c. Behave with his/her parents?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| d. Play and work alone?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

- VII. 1. Performance in academic subjects.     Does not attend school because \_\_\_\_\_

Check a box for each subject that child takes		Failing	Below Average	Average	Above Average
Other academic subjects—for example: computer courses, foreign language, business. Do not include gym, shop, driver's ed., or other nonacademic subjects.	a. Reading, English, or Language Arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. History or Social Studies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Arithmetic or Math	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Does your child receive special education or remedial services or attend a special class or special school?  
 No     Yes—kind of services, class, or school:

3. Has your child repeated any grades?     No     Yes—grades and reasons:

4. Has your child had any academic or other problems in school?     No     Yes—please describe:

When did these problems start?

Have these problems ended?     No     Yes—when?

Does your child have any illness or disability (either physical or mental)?     No     Yes—please describe:

What concerns you most about your child?

Please describe the best things about your child.

Please print. Be sure to answer all items.

Below is a list of items that describe children and youths. For each item that describes your child *now or within the past 6 months*, please circle the 2 if the item is *very true or often true* of your child. Circle the 1 if the item is *somewhat or sometimes true* of your child. If the item is *not true* of your child, circle the 0. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to your child.

0 = Not True (as far as you know)			1 = Somewhat or Sometimes True			2 = Very True or Often True		
0	1	2	1. Acts too young for his/her age	0	1	2	32. Feels he/she has to be perfect	
0	1	2	2. Drinks alcohol without parents' approval (describe): _____	0	1	2	33. Feels or complains that no one loves him/her	
0	1	2	3. Argues a lot	0	1	2	34. Feels others are out to get him/her	
0	1	2	4. Fails to finish things he/she starts	0	1	2	35. Feels worthless or inferior	
0	1	2	5. There is very little he/she enjoys	0	1	2	36. Gets hurt a lot, accident-prone	
0	1	2	6. Bowel movements outside toilet	0	1	2	37. Gets in many fights	
0	1	2	7. Bragging, boasting	0	1	2	38. Gets teased a lot	
0	1	2	8. Can't concentrate, can't pay attention for long	0	1	2	39. Hangs around with others who get in trouble	
0	1	2	9. Can't get his/her mind off certain thoughts, obsessions (describe): _____	0	1	2	40. Hears sound or voices that aren't there (describe): _____	
0	1	2	10. Can't sit still, restless, or hyperactive	0	1	2	41. Impulsive or acts without thinking	
0	1	2	11. Clings to adults or too dependent	0	1	2	42. Would rather be alone than with others	
0	1	2	12. Complaints of loneliness	0	1	2	43. Lying or cheating	
0	1	2	13. Confused or seems to be in a fog	0	1	2	44. Bites fingernails	
0	1	2	14. Cries a lot	0	1	2	45. Nervous, highstrung, or tense	
0	1	2	15. Cruel to animals	0	1	2	46. Nervous movements or twitching (describe): _____	
0	1	2	16. Cruelty, bullying, or meanness to others	0	1	2	47. Nightmares	
0	1	2	17. Daydreams or gets lost in his/her thoughts	0	1	2	48. Not liked by other kids	
0	1	2	18. Deliberately harms self or attempts suicide	0	1	2	49. Constipated, doesn't move bowels	
0	1	2	19. Demands a lot of attention	0	1	2	50. Too fearful or anxious	
0	1	2	20. Destroys his/her own things	0	1	2	51. Feels dizzy or lightheaded	
0	1	2	21. Destroys things belonging to his/her family or others	0	1	2	52. Feels too guilty	
0	1	2	22. Disobedient at home	0	1	2	53. Overeating	
0	1	2	23. Disobedient at school	0	1	2	54. Overtired without good reason	
0	1	2	24. Doesn't eat well	0	1	2	55. Overweight	
0	1	2	25. Doesn't get along with other kids				56. Physical problems <i>without known medical cause</i> :	
0	1	2	26. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving	0	1	2	a. Aches or pains (not stomach or headaches)	
0	1	2	27. Easily jealous	0	1	2	b. Headaches	
0	1	2	28. Breaks rules at home, school, or elsewhere	0	1	2	c. Nausea, feels sick	
0	1	2	29. Fears certain animals, situations, or places, other than school (describe): _____	0	1	2	d. Problems with eyes (not if corrected by glasses) (describe): _____	
0	1	2	30. Fears going to school	0	1	2	e. Rashes or other skin problems	
0	1	2	31. Fears he/she might think or do something bad	0	1	2	f. Stomachaches	
				0	1	2	g. Vomiting, throwing up	
				0	1	2	h. Other (describe): _____	

PAGE 3 Be sure you answered all items. Then see other side.

Please print. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)			1 = Somewhat or Sometimes True			2 = Very True or Often True		
0	1	2	57. Physically attacks people	0	1	2	84. Strange behavior (describe): _____	
0	1	2	58. Picks nose, skin, or other parts of body (describe): _____	0	1	2	85. Strange ideas (describe): _____	
0	1	2	59. Plays with own sex parts in public	0	1	2	86. Stubborn, sullen, or irritable	
0	1	2	60. Plays with own sex parts too much	0	1	2	87. Sudden changes in mood or feelings	
0	1	2	61. Poor school work	0	1	2	88. Sulks a lot	
0	1	2	62. Poorly coordinated or clumsy	0	1	2	89. Suspicious	
0	1	2	63. Prefers being with older kids	0	1	2	90. Swearing or obscene language	
0	1	2	64. Prefers being with younger kids	0	1	2	91. Talks about killing self	
0	1	2	65. Refuses to talk	0	1	2	92. Talks or walks in sleep (describe): _____	
0	1	2	66. Repeats certain acts over and over; compulsions (describe): _____	0	1	2	93. Talks too much	
0	1	2	67. Runs away from home	0	1	2	94. Teases a lot	
0	1	2	68. Screams a lot	0	1	2	95. Temper tantrums or hot temper	
0	1	2	69. Secretive, keeps things to self	0	1	2	96. Thinks about sex too much	
0	1	2	70. Sees things that aren't there (describe): _____	0	1	2	97. Threatens people	
0	1	2	71. Self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	98. Thumb-sucking	
0	1	2	72. Sets fires	0	1	2	99. Smokes, chews, or sniffs tobacco	
0	1	2	73. Sexual problems (describe): _____	0	1	2	100. Trouble sleeping (describe): _____	
0	1	2	74. Showing off or clowning	0	1	2	101. Truancy, skips school	
0	1	2	75. Too shy or timid	0	1	2	102. Underactive, slow moving, or lacks energy	
0	1	2	76. Sleeps less than most kids	0	1	2	103. Unhappy, sad, or depressed	
0	1	2	77. Sleeps more than most kids during day and/or night (describe): _____	0	1	2	104. Unusually loud	
0	1	2	78. Inattentive or easily distracted	0	1	2	105. Uses drugs for nonmedical purposes (don't include alcohol or tobacco) (describe): _____	
0	1	2	79. Speech problem (describe): _____	0	1	2	106. Vandalism	
0	1	2	80. Stares blankly	0	1	2	107. Wets self during the day	
0	1	2	81. Steals at home	0	1	2	108. Wets the bed	
0	1	2	82. Steals outside the home	0	1	2	109. Whining	
0	1	2	83. Stores up too many things he/she doesn't need (describe): _____	0	1	2	110. Wishes to be of opposite sex	
				0	1	2	111. Withdrawn, doesn't get involved with others	
				0	1	2	112. Worries	
				0	1	2	113. Please write in any problems your child has that were not listed above:	
				0	1	2	_____	
				0	1	2	_____	
				0	1	2	_____	