

# ALGUNOS ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y CLINICOS QUE CARACTERIZAN A LOS PACIENTES DEL BLOQUE VESPERTINO DE LA UTNA, EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"\*

Psic. Catalina Eljure E\*\*

## Summary

This essay refers to some of the existential, social and family characteristics of the marginal class children attending the UTNA\*\*\* program. These characteristics play an important role in the way some emotional problems find their behavioral expression in these youngsters.

The information concerning the macrosocial and the microsocial groups, as well as the patients' personal history, are a result of the observations carried out over a three-year period of clinical work done on a weekly basis. It includes the following:

- 1) Review of each patient's clinical history.
- 2) Interview with the child and his parents.
- 3) Chats with the children's mothers in the Parental Guidance Groups.
- 4) Conversations with children along the therapeutic meetings.

Forty children were involved in this study. They were all born in Mexico City, of both sexes, from eight to 12 years old. All of them came from the low socioeconomic status. At the time of the study, they were enrolled in elementary school. They attended the Hospital as outpatients due to either emotional or behavioral problems. The limitations of this essay are:

- 1) It is a descriptive study; therefore we did not have a control group, nor did we handle any statistical data.
- 2) The source of part of this information was obtained from the children and their mothers verbally, thus, we are aware of the subjectivity of the data collected.

From the context where these children were raised —the subculture of poverty— we describe some of their existential conditions, such as loss, struggle and solitude inherited from

\* *Este trabajo fue presentado en el Taller de Terapias Infantiles llevado a cabo del 16 al 18 de mayo de 1983 en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.*

*El Bloque Vespertino forma parte de un programa de investigación e intervención psiquiátrica-psicológica denominado Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA), la cual opera en el Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro". Este Bloque ofrece servicio terapéutico a preadolescentes y adolescentes a través de cuatro modalidades terapéuticas: Grupo Diagnóstico, Grupo de Adolescentes, Grupo de Preadolescentes y Grupo de Padres. Para una información más amplia sobre la estructura y funcionamiento de la UTNA, véase Macías-Valadez, 1982.*

\*\* *Pasante de la Maestría en Psicología Clínica, UNAM, y Responsable del Bloque Vespertino de la UTNA, en el Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro".*

\*\*\**The Evening Group is part of a program of psychiatric-psychological investigation called Therapeutic Unity for Children & Adolescents (UTNA), which operates in the Children Psychiatric Hospital "Dr. Juan N. Navarro". This Group offers therapy to preadolescents & adolescents by means of four modalities: Diagnostic Group, Adolescents Group, Preadolescents Group & Parents Group. If you wish to have more information about the UTNA, see Macías-Valadez, 1982.*

their ancestors, who faced it with the stoic attitude which characterizes the historical background of the parental figures, history which condemns and perpetuates a margined habitat, ambushed by the expression of frustration and aggression, coming likewise from adults, boys, and young girls, inscribed in a sociocultural frame which shares the same deprivation at the economical and the affective levels.

The consequences of this social panorama are occasionally accentuated by the family structure and the lodging, dietetic and hygienic conditions. They belong to large families lacking in economically active or productive members, agglutinating kins, spacially constrained; precarious nutrition, quantitatively and qualitatively deficient, and moderate to poor sanitary conditions.

Among the members who constitute the nuclear family, it is difficult to delimit hierarchies and ascribed and assumed roles, mainly because the father is absent either physically or representatively.

In relation to the parental figures, the mother plays a key role in the cohesion of the intrafamilial bonds, whereas the father's apparent detachment towards his progeny, keeps him in the background of the family stage (scenery).

As for the relation between the spouses, separations and unions more or less transitory prevail, due in part to the unmarried status of some mothers or to the male partner starting extramarital affairs which sometimes end up in the creation of a new family. Verbal and physical violence between the adults, and alcoholism in the father are also common.

When reviewing the clinical history of the children coming from these families, we found that the main disorders were Behavioral Problems and anxiety.

In order to explain —at least hypothetically— the occurrence and the frequency of part of the symptomatology, it was necessary to analyze it in the light of pauperism and its influence over the family malfunctioning and the environmental psychopathology.

Based on our clinical practice and the literature consulted, the implications resulting from the above mentioned variables are likely to lead to affective disturbances in the child.

Although we do not pretend to establish direct cause-effect relationships, we nevertheless suggest that some of the underlying signs which make up the broader psychopathological picture of these patients —particularly those referred to as vagrancy, intellectual and physical instability, robbery, and aggression in its two expressions, auto and heteroaggression— can be paralleled to a depressive state. Notwithstanding the polymorphous quality of depression in children, the existence of clear clinical pictures is undoubtful.

In this respect, we believe that as far as the subjects we studied are concerned, this affective condition would translate into a particular clinical manifestation which would differ from the ones found in the Mexican middle or high class population. Furthermore, we believe that the organization and the functioning of the marginal class can account for and, to a great extent, influence the behavioral means through which

the child copes with the state of sufferance (stress).

In view of the limitations already mentioned in regard to this study, we suggest further experimental research, emphasizing variables such as age, sex, scholasticity, socioeconomic status, among others, to verify or discard the postulates contained in this paper.

## Resumen

Este trabajo aborda algunas de las características existenciales, sociales y familiares de niños de la clase marginada atendidos en la UTNA que juegan un papel importante en la forma como se expresan conductualmente algunos trastornos emocionales en estos menores.

La información acerca de los grupos macro y microsociales, así como la de los pacientes, es producto de tres años de trabajo clínico-asistencial que se llevó a cabo semanalmente y que comprende:

- 1) Revisión de los expedientes clínicos de cada paciente.
- 2) Entrevistas a padres y a niños.
- 3) Pláticas con las madres en el Grupo de Orientación a Padres.
- 4) Conversaciones con los pacientes a lo largo de las sesiones terapéuticas.

La población que intervino en este estudio la constituyeron 40 niños (pacientes) de ambos sexos, originarios de México, Distrito Federal, de 8 a 12 años de edad, de estrato socioeconómico bajo, que cursan la primaria y asisten al hospital como pacientes externos debido a problemas emocionales o de conducta.

Las limitaciones inherentes a este trabajo fueron:

1) Se trata de un estudio descriptivo. No contamos con un grupo control y no hicimos tratamiento estadístico de la información.

2) La fuente de una parte de la información es subjetiva, esto es, la aportada verbalmente por las madres y por los pacientes durante las consultas.

Desde el marco donde se desenvuelven estos niños y sus familiares, el de la subcultura de la pobreza, se describen algunas de sus condiciones existenciales: sus carencias, sus pérdidas, su lucha y su soledad, heredadas de varias generaciones que se han enfrentado con el estoicismo característico de la historia de sus progenitores; historicidad que condena y perpetúa un *habitat* marginado acechado por la frustración y la agresión —que se refleja en el hogar, la escuela y la calle— proveniente de los adultos y de los muchachos y muchachas inscritos en un medio sociocultural que comparte las mismas privaciones económicas y afectivas.

Las consecuencias de este panorama social se ven reforzadas en ocasiones por la constelación familiar y las condiciones de la vivienda, la nutrición y la higiene. Familias muy numerosas en las que escasean individuos económicamente activos o productivos, parentela aglutinada y especialmente constreñida, alimentación precaria, deficiente en calidad y cantidad, y condiciones salubres comúnmente insuficientes o malas.

De los miembros que componen el núcleo familiar —algunos fantasmales debido a que están ausentes física o representativamente— es difícil delimitar jerarquías y roles asumidos y atribuidos.

En cuanto a los progenitores del niño, destaca la madre como epicentro de la familia, mientras que el padre generalmente convive sólo esporádicamente con la familia.

Respecto a la relación entre los cónyuges, predominan las separaciones y las uniones más o menos transitorias; abunda la pareja incompleta, ya porque se trate de madres solteras o porque el cónyuge inicie relaciones extramaritales que terminan en la creación de una nueva familia. La violencia entre los adultos, y el alcoholismo en el padre, son muy comunes.

Del análisis de los expedientes clínicos de los pacientes que provienen de estas familias, se desprende que los principales trastornos son, en primer lugar, los Problemas de Conducta, entre los cuales la agresión ocupa un lugar importante; y en segundo lugar, la ansiedad.

A fin de explicar —al menos hipotéticamente— la ocurrencia y la frecuencia de una parte de la sintomatología, nos pareció

necesario analizarla a la luz de la pobreza y de su influencia en la disfuncionalidad y en la psicopatología del medio.

Basándonos en nuestra práctica clínica y en diversos estudios, observamos que algunas de las implicaciones de estas variables ocasionan perturbaciones afectivas en el niño.

Aun cuando no pretendemos establecer relaciones directas causa-efecto, suponemos, sin embargo, que algunos de los signos que subyacen al cuadro psicopatológico de estos pacientes —tales como vagabundeo, fuga y robo; inestabilidad intelectual y física; autoagresión y heteroagresión, y ansiedad— se pueden equiparar al estado depresivo, el cual, aun cuando en los niños es polimorfo, muestra claramente la existencia de cuadros clínicos francos.

En función de lo anterior, nos parece que en los pacientes estudiados, esta condición afectiva se traduce en una manifestación clínica particular que difiere de la que pudiera encontrarse en los estratos medio y alto. Más aún, pensamos que la organización y el funcionamiento del entorno del niño marginado influyen en gran medida en la forma en la que el niño se enfrenta al sufrimiento.

A fin de poder corroborar o desechar el postulado sostenido en el presente trabajo, se sugiere la realización de más estudios cuyo diseño y análisis estadístico sean rigurosos, poniendo especial énfasis en variables tales como la edad, la distribución por sexo, la escolaridad y el estrato socioeconómico.

*“Recuerda que tu hijo no es tu hijo, sino el hijo de su tiempo”*

*Confucio*

Unas cuantas sillas en medio de las cuales yace una larga mesa. Cuerpos gastados por las prolongadas labores domésticas o el trabajo remunerado. Rostros cansados que traducen, semana a semana, jornadas intensas, aunadas a un recorrido de dos a cuatro horas, para suspender esa tediosa cotidianeidad en una hora sedentaria de conversación.

Sillas pobladas de personajes conocidos y otros vistos por vez primera.

Caras que revelan preocupación, inquietud y hasta somnolencia; sonrisas apenas nerviosas, automáticas; otras, apacibles, familiares anticipando unos cuantos minutos de intercambio verbal, de desahogo, de escucha y de descanso. Y la sesión, como todas las previas, da comienzo.

Cada una de esas bocas pinta, relato a relato, una realidad que asombra a quienes trabajamos en el cubículo de una institución.

Realidad en ocasiones barnizada de dramatismo por cuanto revela una cadena de luchas, de carencias, de pérdidas y de soledad, y que se enfrenta con un estoicismo resignado que caracteriza la historia de los tutores del niño. Historicidad repetida generación tras generación cobrando actualidad en un presente que condena al futuro.

Condena que perpetúa un *habitat* marginado, acechado por la manifestación de frustración y agresión de un medio sociocultural que comparte las mismas privaciones afectivas y económicas, condicionantes de la desadaptación juvenil.

Muchos sociólogos, por ejemplo: Y.M.J. Chombart de Lauwe (7), en Francia, afirman que el problema no se plantea únicamente en el plano de la pobreza o de la

insuficiencia de medios económicos. La pobreza, señalan, influye en las ciudades en la medida en que produce una modificación en la sociedad: promiscuidad y ausencia de vida familiar debido a la falta de lugar o a la formación de grupos extrafamiliares creadores de una ética diferente de la adulta. Así, este autor aborda el problema del niño inadaptado desde el punto de vista de la psicopatología social, mostrando la importancia que debe otorgarse al cuadro familiar y social en la inadaptación. Debe observarse a la población poco favorecida económicamente, la inestabilidad de inserción, la superficie de la vivienda, la regularidad de los horarios de trabajo en cuanto a la ausencia o presencia en el hogar, el número de niños y el lugar del niño entre los hermanos, etc.

De la población que acude al Servicio Vespertino, cerca del 90 por ciento corresponde a familias que viven en ciudades perdidas en donde tienen lugar acontecimientos referidos tanto por las madres como por los niños y adolescentes. Se habla de homicidios presenciados por los menores, de farmacodependencia, de agresiones físicas y verbales, de atentados sexuales y maltratos, de robos, de asaltos y de pandillismo no sólo masculino, sino también, y para nuestro asombro, de agrupaciones antisociales constituidas por niñas y jovencitas, quienes amenazan por igual la integridad de niños y adultos. Estos ejemplos no se extraen de los medios de información, sino de un testimonio en vivo que familiares y pacientes presencian cotidianamente ya sea en el vecindario, en reuniones sociales y hasta en la escuela, donde es frecuente la penetración de grupos juveniles que en el ámbito académico cometen actos de vandalismo.

Estas son escasas ilustraciones del acontecer en barrios marginados donde ni siquiera los representantes de la autoridad —la policía— si acaso acuden son capaces de detener, o en el mejor de los casos, de intervenir sobre la ola de agresión que necesariamente influye en la personalidad del futuro adulto.

Las consecuencias de este panorama social en ocasiones se ven reforzadas por la constelación familiar y por las condiciones de vivienda, de nutrición y de higiene, como son: las familias muy numerosas pero escasas en miembros económicamente activos; la parentela aglutinada y constreñida espacialmente; la alimentación precaria, deficiente en calidad y cantidad y las condiciones salubres comúnmente regulares o malas.

Asomándonos al sistema estructural y funcional del grupo consanguíneo del paciente, se nos representa un conglomerado compuesto por padres e hijos frecuentemente acompañados de la parentela materna o paterna y uno que otro personaje más, que llegó en calidad de "prestado", "regalado" o "recogido". Y de esta muchedumbre de congéneres —algunos fantasmas por cuanto ausentes física o representativamente— no es sencillo delimitar jerarquías, roles atribuidos o asumidos.

En este escenario es común que la madre sea el epicentro de la familia. Desde su presencia y/o permanencia, ésta constituye la persona en torno de la cual se organizan y funcionan las relaciones intrafamiliares.

La relevancia que reviste esta figura está determina-

da por cuanto tiene de proveedora física y afectiva; como mediador entre la prole y el esposo; como delegada de la autoridad y, en no pocos casos, como contribuyente económico parcial o total.

En contraste, el padre es una figura ausente, casi siempre debido a abandono de hogar, separación, muerte o porque inicia relaciones adúlteras que terminan en la creación de una nueva familia. Ausencia que cobra presencia y vigencia en un retrato actitudinal o verbal vehiculado por la esposa. Fotografía comúnmente matizada de resentimiento o reproches de la cónyuge, en los que ocasionalmente subyace una complicidad callada o manifiesta de quienes precisamente sustituyen al progenitor: la abuela o el abuelo materno, los tíos o toda la familia de origen. Sustitutos cuya sola presencia a la vez censura y recuerda a la abandonada su "fracaso" —fracaso casi vital— en tanto desprovista de pareja. Este estatus marca un futuro de renuncia y de sacrificio, sobre todo en las esferas académica, social y sexual en "pro" del hijo o hijos, como una forma de castigo y purificación simultáneamente.

Sin embargo, esta consigna generalmente resulta infructuosa por cuanto encierra de prohibición, promoviendo en la abandonada la reproducción de situaciones semejantes a la primera. Esta mujer repite modos de actuación anteriores en un intento por enfrentar y superar el fracaso original que no tuvo ocasión de entender y elaborar. Estos intentos subsiguientes no harán más que corroborar una vez más su estatus de víctima frente al hombre y a la profecía familiar. Las consecuencias de esta vivencia reiterativa exacerban la ambivalencia hacia los hijos y los sentimientos de culpa, mientras que adelgazan el ya de por sí devaluado autoconcepto de estas mujeres desertadas.

Con respecto al progenitor, cuando éste convive con la familia, es común que esta figura desempeñe un papel aparentemente secundario; "aparentemente", debido a que rara vez aparece en la conversación de las madres y los niños. Padres que se constituyen como tales en tanto proveedores económicos. Hombres alcohólicos, personas distantes que despliegan la autoridad en forma temeraria o tiránica; tutores agresivos al grado de ser golpeadores asiduos. Figuras cuya actitud oscila del rechazo a la seducción, progenitores exigentes y opresores a la vez. Padres que conviven en familia esporádicamente.

Si lo anteriormente mencionado es característico en la gran mayoría de los progenitores, en algunas familias de los pacientes no es raro el abandono —justificado o no— de la madre. Si es cierto que a veces el móvil de la desertión del hogar lo constituye el adulterio, en nuestra experiencia es más común que la madre trabaje tiempo completo, inclusive sábados y domingos, y/o que tenga horarios laborales vespertinos.

Así las cosas y en el mejor de los casos, algún familiar hace las veces de la madre, y cuando no, el paciente es quien se erige como figura parental frente a los hermanos, papel que desempeñan muy a menudo los primogénitos o los hermanos económicamente activos.

Estas son algunas de las constantes que aparecen en las familias de los pacientes que acuden al Bloque Vespertino de la UTNA (10). Y de acuerdo a la información extraída de los expedientes clínicos, cerca del 88 por ciento de estas 40 familias se describen como disfuncionales. Disfuncionalidad comprensible si consideramos que el 60 por ciento de los padres son alcohólicos.

Aun cuando no pueda explicarse el tipo de estructura psicológica de un niño en función del modo de relación directa padres-niño, es importante tener en cuenta la organización del conjunto familiar, no sólo con respecto a los padres, sino a todo el sistema de relaciones interdependientes para comprender, a la luz de ello, la presencia de la psicopatología que presenta el niño. Tal como lo afirman Laing (8) y numerosos psiquiatras norteamericanos (14) que han profundizado sobre el problema de la comunicación del grupo familiar, la familia no es un objeto interiorizado, sino un conjunto interiorizado de relaciones.

Así, tenemos que en los pacientes que actualmente acuden al Servicio Vespertino (cerca de 40 niños de ambos sexos, de los ocho a los 12 años, con escolaridad primaria, de estrato socioeconómico bajo), los trastornos que arrojan un mayor porcentaje se ubican, en primer lugar, en los *Problemas de Conducta*, que abarcan el 73 por ciento (hiperactividad, impulsividad, inatención, vagabundeo, robos, fugas y mitomanía, entre otros); en segundo lugar, en la *Agresión*, que ocupa el 63 por ciento, en sus modalidades de heteroagresión y autoagresión (agresión física y verbal en el hogar, en la escuela y en el grupo social; ideas suicidas e intentos suicidas), y en tercer lugar, en la *Ansiedad*, con un 46 por ciento (inquietud, inseguridad, quejas somáticas, alteraciones funcionales del sueño, de la alimentación; así como onicofagia, diaforesis, enuresis, etc.).

Si bien el grupo familiar constituye un microgrupo social que ofrece por tradición modelos que permiten guardar cierto equilibrio, y en cuyo seno el niño se desarrolla y se forma, también es cierto que las discordias graves que tienen lugar en hogares inestables influyen con carácter definitivo en el niño. Varios autores se han dedicado a demostrar la relación entre las alteraciones del comportamiento y la delincuencia con la desunión del hogar. G. Menut (12) revela que el 66 por ciento de los niños difíciles proviene de hogares desunidos. Asimismo, las investigaciones de Michael Rutter (18) en torno a la relación entre la discordia parental —hostilidad entre los padres, gritos, groserías e intercambio de golpes— y trastornos antisociales en el niño —aun cuando el hogar no esté roto— establecen que existen en un 0 por ciento en niños de un buen matrimonio; 22 por ciento entre los de matrimonios regulares y 39 por ciento en matrimonios muy malos.

Los resultados de estas investigaciones cobran relevancia por cuanto subrayan que las relaciones parentales y fraternales constituyen para el niño una transición entre el medio familiar y la sociedad propiamente dicha.

Partiendo de esta afirmación y retomando la información que previamente señalamos con respecto a las características familiares y socioculturales de estos

pacientes, intentaremos, desde nuestra disciplina, dar cuenta hipotéticamente de una parte de la sintomatología que aparece con mayor frecuencia en el Servicio.

Hemos observado ciertas constantes en niños que presentan en forma repetida vagabundeo, fugas y robos. Se trata de niños cuyas madres son comúnmente solteras o viudas que no cuentan con familiares, ya porque no los tengan o debido a que residen en otro lugar. Son madres que trabajan tiempo completo y tienen horarios laborales desorganizados. En relación a la progenie, es frecuente que el niño sea hijo único y sólo ocasionalmente tenga hermanos. Cuando este es el caso, el paciente casi siempre es el último de la fratría y la mayoría de las veces la diferencia de edad entre los hermanos y el niño es importante. En general, los niños pasan la mayor parte del tiempo solos debido a que el trabajo de la madre no permite que la acompañen, y si tiene hermanos, éstos no permanecen en casa porque estudian o trabajan. La interacción que existe entre la familia y el niño se circunscribe al cumplimiento del desempeño de labores domésticas y a una vigilancia extrema, casi obsesiva, del rendimiento escolar. Bowlby (4 y 5), Winnicott (19) y Mazet (11), entre otros, coinciden en atribuir estos síntomas a perturbaciones afectivas tales como carencias, separación y abandono, así como a una integración precaria del grupo social del niño en la colectividad y a malas condiciones socioeconómicas de vida.

Otro de los problemas que llama la atención por su frecuencia es la inestabilidad, que se caracteriza por una movilidad intelectual y física extrema. Son niños que acuden a consulta por bajo rendimiento escolar pero que tienen un nivel mental normal. Estos chicos son tercos, agresivos y tocan todo; su atención es dispersa y la expresión de sus emociones en ocasiones es excesiva. Aun cuando este cuadro hiciera pensar en hiperquinesia, hemos observado que estos signos no se mantienen constantes en todos los pacientes. Antes bien, se intercalan con periodos de estabilidad que se manifiestan por una inhibición motriz y verbal que resulta en una mayor involucreción y participación en las modalidades terapéuticas. Más aún, hemos advertido que estos cambios se suceden a la par de una modificación en el hogar y/o a un trato diferente de la madre hacia el niño, de manera que nos inclinaríamos a pensar con Ajuriaguerra (1) más bien en una inestabilidad afectivo-caracterial, la cual depende del medio en que vive el niño, quien da prueba de una intencionalidad y dirección de su impulsividad y agresividad.

Como ya lo señalamos, la agresión ocupa un alto porcentaje, encontrándose en mayor proporción la heteroagresión que la autoagresión. La manifestación de la heteroagresión es variada ya que va desde expresiones más o menos disimuladas (pasividad, negativismo, oposicionismo) hasta alcanzar dimensiones más directas, tales como golpear, patear, insultar, etc.

En contraste, la autoagresión aparece en menor medida y pensamos que en parte se deba a la incapacidad de los familiares para reconocer formas sutiles que pasarían por "berrinches" o "manías" tales como morderse, arrancarse costras o cabello, rascarse hasta sangrar, darse cabezazos, golpearse y tirarse al suelo. Más

aún, cuando la autoagresión es más llamativa, los familiares se muestran reservados y suspicaces para comunicar estas conductas y, de hacerlo, sólo las comentan en el seno del Grupo de Padres, observándose un desconocimiento de los alcances que pueden tener estos comportamientos. En algunos casos, se trata de ideas o intentos suicidas que se traducen en actividades peligrosas, o de juegos riesgosos, como deambular en terrenos baldíos, jugar en la azotea o al filo de la ventana, todo lo cual en ocasiones resulta en la fractura de algún miembro. Aun cuando es raro, hemos sido informados de intentos más aparentes como el ahorcamiento o la intoxicación con medicamentos o tóxicos.

Aunque se reconoce que antes de los seis años la expresión de la agresión permite al niño afirmarse frente a los otros y conquistar los límites de su Yo (11), la agresión que presentan estos escolares y adolescentes adquiere, en ocasiones, un matiz patológico ya que la despliegan en forma persistente debido a su impulsividad o porque no han encontrado medios más elaborados ni más socializados de afirmarse.

Sabemos que la agresión se origina en el displacer, la insatisfacción y el dolor. Merloo (13) y Bender (3) señalan que la agresión es una respuesta humana a la frustración, a la carencia de afectos y de comunicación con el otro, así como a la necesidad de acogida. Otros autores van más lejos y afirman que la ansiedad comúnmente subyace a las expresiones agresivas. Noshpitz y Spielman (16) encontraron que las acciones agresivas del niño son producto de una gran ansiedad y, que en estado de tensión, explota llamativamente. Asimismo, Lebovici (9) establece que la agresividad impide la manifestación del estado de ansiedad y, para el niño, la ansiedad es una forma de asumir su agresividad.

A esta altura cabría preguntarse por qué la ansiedad en estos niños se manifiesta predominantemente a través de la agresión.

Evocando la forma como se conducen en las sesiones los niños con problemas de agresividad, observamos que relatan vivencias donde es difícil separar la realidad de la fantasía, cobrando preeminencia los contenidos motrices. Vemos un precario proceso de socialización, una imposibilidad para comunicarse verbalmente debido a un escaso desarrollo conceptual y a una inhibición en la expresión de sus ideas.

Pensamos que algunas de estas características se podrían explicar a la luz de un estado depresivo. Revisando la literatura paidopsiquiátrica, encontramos que muchos de los signos que presentan estos niños "ansio-

sos" y "agresivos" guardan una estrecha relación con el cuadro de depresión infantil, que aun cuando sea polimorfa en los niños, es claro que existen cuadros clínicos francos (11).

Y no nos extrañaría que se tratara precisamente de depresión, porque los problemas que ella plantea son el de pérdida y el de agresión a la vez. El consenso de varios autores sobre la génesis de la depresión en los niños, establece que existe una adaptación social premórbida marginal en la que tienen lugar separaciones (eventuales o definitivas) o pérdida de algún miembro de la familia. Cytryn y Mcknew (6) sostienen que las familias de estos niños son desorganizadas y presentan una psicopatología considerable. En un estudio que Poznanski y Zrull (17) realizaron sobre los progenitores de los niños deprimidos, encontraron que la depresión en los padres es elevada, que éstos presentan dificultad en el manejo de la agresión y la hostilidad, que son figuras inalcanzables para los niños y que el rechazo de los padres hacia los hijos es manifiesto.

Si bien la variabilidad de la semiología depresiva infantil está vinculada con la edad, en el preadolescente es frecuente hallar conductas de protesta y lucha para enfrentarse al estado de sufrimiento; de ahí que sean habituales los trastornos de comportamiento (2) en su más amplio sentido: presencia de agresión o dificultad en el manejo de la misma, irritabilidad, inquietud, incapacidad para relacionarse con los otros, desinterés y retraimiento con apariencia de aburrimiento, enuresis, y onicofagia entre otros [Mazet y Houzel (11); Nissen (15) y Poznanski y Zrull (17)]. Además, es notable un brusco descenso en el rendimiento académico, ya que la depresión afecta primordialmente la esfera cognoscitiva en escolares (15).

Con respecto a la conducta que exhiben los niños del Bloque Vespertino, deseamos agregar, antes de concluir, que, por un lado, la misma disfuncionalidad del contexto familiar se ofrece como modelo que obstaculiza la comunicación verbal directa y, en cambio, privilegia el pasaje al acto, empezando por algunos progenitores agresivos verbal y físicamente.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la sociedad influye de manera importante no sólo en la manifestación de la agresión sino también en su orientación y su modificación, las características del medio social que rodea a estos niños no ofrecen alternativas mayores de las que el niño ve en casa. Antes bien, el entorno invita a que estos niños reproduzcan aquello que experimentan en el hogar.

## BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA J de: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray-Masson. Barcelona, 2a. reimpresión, 4a. ed., 1980.
2. AJURIAGUERRA J de, MARCELLI D: *Manual de Psicopatología del Niño*. Toray-Masson, Barcelona, 1982.
3. BENDER L: *Aggression, Hostility, and Anxiety in Children*. Ch. Thomas, Springfield, Ill. 1953.
4. BOWLBY J: *El Vínculo Afectivo*. Paidós, Buenos Aires, vol. 48, 1976.
5. BOWLBY J: *La Separación Afectiva*. Buenos Aires, Paidós, vol. 49, 1976.
6. CYTRYN L, MCKNEW D H Jr: Proposed Classification of Childhood Depression. *American Journal*

- of Psychiatry*, 129, 149-155, 1972.
7. CHOMBART DE LAUWE Y M J: *Psychopathologie Sociale de l'Enfant Inadapté*. Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, 1959.
  8. LAING R D, ESTERSON: *Sanity, Madness & the Family*. Tavistock Publications, Londres, 1964.
  9. LEOVICI S: Troubles du Caractère et Dynamique de l'Agressivité au Cours de l'Age Evolutif. *Congrès Européen de Neuropsychiatrie*, 1, 113-141, Roma, 1964.
  10. MACIAS-VALADEZ T G: Modelo Psiquiátrico de Intervención Terapéutica en Niños y Adolescentes (UTNA). *Salud Mental*, 5 (2): 18-22, verano de 1982.
  11. MAZET PH, HOUZEL D: *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Maloine, Paris 1975.
  12. MENUT G: La Dissociation Familiale et les Troubles du Caractère chez l'Enfant, En: Ajuriaguerra, J. de: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray-Masson, Barcelona, 2a. reimp., 4a. ed., 1980.
  13. MERLOO J A M: La Violence Humaine Opposée à l'Agressivité Animale. *Médecine et Hygiène*, 821, 457-462, 1968.
  14. MINUCHIN S: *Families and Family Therapy*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1979.
  15. NISSEN G: *Depressive Syndrome in Children and Adolescents*, Springer, Berlín, 1971.
  16. NOSHPITZ J D, SPIELMAN P H: Diagnosis: Study of the Differential Characteristics of Hyper-aggressive Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, 1, 111-122, 1961.
  17. POZNANSKI E, ZRULL J P: Childhood Depression: Clinical Characteristics of Overtly Depressed Children. *Archives of General Psychiatry*, 23, 8-15, 1970.
  18. RUTTER M: Parent-Child Separation: Psychological Effects on the Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 233-260, 1971.
  19. WINNICOTT D W: La Tendence Antisociale. En: *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*. Payot, 253, 175-184, Paris, 1976.