

## PSICOPATOLOGIA DEL GAMIN BOGOTANO

Dr. GUILLERMO BALLESTEROS ROTTER

El propósito de este trabajo es mostrar, de la manera más evidente posible, las hondas perturbaciones emocionales de los niños llamados "gamines" que deambulan por las calles de nuestra capital.

El haber seguido, muy de cerca, la vida de estos niños en un centro especializado, me ha llevado a la convicción de que su actuación de vagabundeo está sustentada por una estructura psicológica muy trastornada, que requiere un juicioso y tenaz esfuerzo para intentar modificarla, si pretendemos devolver estos niños y jóvenes a la sociedad, en adecuadas condiciones para la utilidad de sí mismos y de la colectividad, gozando así del bienestar que merecen como seres humanos. Considero que el problema de estos niños es fundamentalmente psiquiátrico y debe ser, por consiguiente, enfrentado y orientado por psiquiatras de la infancia, y por eso lo presento a discusión ante este Congreso de la Sociedad de Psiquiatría.

Durante tres años (agosto 63 - agosto 66) dirigí la extinta Sección de Higiene Mental del Departamento Administrativo de Protección y Asistencia Social de Bogotá, que se ocupaba fundamentalmente del estudio de los "gamines". Esta Sección había realizado anteriormente un trabajo que buscaba evaluar

la magnitud de la vagancia infantil en la capital, sus causas aparentes y determinar a grandes rasgos la patología subyacente. Los resultados de esta investigación fueron presentados por los doctores López Pardo y López Vergara al III Congreso Nacional de Psiquiatría, y, aunque los autores emplean otra nomenclología, quiero destacar que encontraron una forma de trastorno mental en 181 sobre 183 niños examinados.

Sin embargo, inicié mi labor sin prejuicios y muy pronto vi claramente que estábamos frente a un tipo de niño muy complejo, que era necesario estudiar mucho más profundamente. Aunque diversas circunstancias, especialmente de tipo económico y administrativo, no permitieron contar con una serie de condiciones físicas importantes para los fines propuestos (vivienda, instituciones adecuadas, materiales pedagógicos, etc.). La comprensión que siempre hallé en el Director del Departamento, doctor Alvaro López Pardo, me permitió contar con una brillante nómina de psiquiatras de la infancia, la mayoría con entrenamiento psicoanalítico, y de psicólogos que se agregó al grupo ya existente de Trabajadores Sociales, profesores y educadores. Formamos así un equipo unido en la tarea conjunta de observar y ayudar a los niños confiados

a nuestras instituciones. Permanentemente discutimos y confrontamos las observaciones que íbamos haciendo, trazamos y modificamos planes para mejorar nuestros métodos de observación y de terapia. Así logramos cierta unificación en el acopio de datos para las historias clínicas e introdujimos un sistema de tabulación con fines estadísticos, a la vez que tratamos de transformar nuestras instituciones en verdaderos centros de terapia, indirectamente a través de organizar el personal que cuidaba y educaba a los niños en un grupo homogéneo, consistente y comprensivo, estableciendo normas educativas acordes con las características de los niños, y más directamente por medio de grupos psicoterapéuticos y, en algunos casos, mediante psicoterapia individual.

Circunstancias ajenas a nuestra voluntad, dieron al traste con nuestra organización. Un nuevo enfoque, en mi sentir en su mayor parte equivocado, disolvió la Sección. El deseo de que la experiencia adquirida no se pierda y pueda alguna vez ser utilizada y mejorada, me ha impulsado a escribir este trabajo, en el cual trataré de sintetizar la comprensión que logró nuestro equipo sobre la psicopatología del "gamín". Aunque este trabajo lo presento bajo mi exclusiva responsabilidad, las conclusiones generales son el resultado de la observación y discusión de todo el equipo de personas ya mencionado que pusieron todo su celo y entusiasmo en la labor que estábamos realizando. Para todos ellos quiero expresar mi agradecimiento.

*Materiales y método.* Para la elaboración de este trabajo utilicé las historias clínicas de 151 niños y jóvenes egresados en el año de 1966 del Centro de Observación ya mencionado; con todo quiero aclarar que este trabajo no fue planeado con anticipación, o sea que no fueron acordados previamente los puntos a investigar ni, por lo tanto, unificada sistemáticamente la manera de consignar los datos en las historias,

por lo cual algunos de ellos se omitieron al hacer la evaluación final de éstas, o no se consignó específicamente cuando fueron negativos. Esto, lo comprendo, da un margen de error en las cifras y es una deficiencia de esta presentación. Por otra parte, la no planeación previa permitió libertad en la elaboración de las historias, que creo da a los datos más autenticidad, pues fueron consignados cuando era obvio que un síntoma dado se presentaba y los miembros del equipo no se vieron forzados a optar por calificar determinada manifestación, lo cual eventualmente podría haber restado validez a su juicio.

Las historias utilizadas habían sido elaboradas por el equipo anteriormente mencionado, que trabajaba bajo mi dirección. La Trabajadora Social hacía la ficha familiar, cuando era posible entrar en contacto con la familia del "gamín", los profesores y educadores aportaban sus observaciones sobre el comportamiento del niño en la institución y los psicólogos realizaban las diferentes pruebas psicológicas. Aproximadamente cada dos meses el equipo se reunía para discutir el caso, bajo la orientación del psiquiatra, quien luego sintetizaba la historia clínica al egreso del niño de la institución.

Las historias analizadas pertenecen a niños y jóvenes que habían sido llevados a la institución para su observación, y cuyas características correspondían a las que entendemos pertenecen a un "gamín". En efecto, no todos los niños que se encuentran eventualmente en la calle son "gamines"; algunos son huérfanos, o simplemente provienen de familias muy pobres, y se hallan en la calle obligados por circunstancias externas muy específicas. Cuando éstos ingresaron a la institución fácilmente pudimos ver que sus características eran próximas a las de un niño normal, y así pudieron ser fácil y exitosamente reintegrados a su hogar o trasladados a alguna institución para niños normales; su número fue muy bajo y no hace parte

del material aquí estudiado. Por el contrario, el "gamín" es una especie de vago crónico que deambula en pandillas y subsiste en parte de limosnas, propinas y en parte del producido de pequeños robos. Vive al margen de la ley, y con frecuencia se ve envuelto en toda serie de pequeñas fechorías. Hace tiempo que rompió todo vínculo de afecto con sus figuras parentales y escapó de su hogar para seguir escapando de toda agrupación que tenga visos de organización social adulta.

Como método de trabajo elaboré una lista de los síntomas neuróticos, trastornos de los hábitos, rasgos del carácter patológico y trastornos del comportamiento, y posteriormente revisé exhaustivamente las 151 historias clínicas extrayendo los datos positivos para clasificarlos o evaluarlos.

Anoté, además, la edad al egreso para poder cotejar algún día los síntomas con los que puedan presentar otros niños o jóvenes de edad similar, en diferentes condiciones de observación, nivel de cultura, etc.

Finalmente incluyo la valoración de los casos realizada por un grupo de personas, los psicólogos del equipo, que aunque de una profesión afín, utilizan métodos diferentes de apreciación que complementan la observación clínica. Así les pedí revisar los protocolos de las diferentes pruebas que habían realizado en estos niños y clasificar los resultados de acuerdo con un esquema que elaboramos. Los datos así obtenidos, como lo veremos más adelante, confirman la visión que desde otros ángulos nos formamos de la estructura psicológica de los "gamines".

Presentaré los datos anteriores en forma de cuadros, adicionados con breves explicaciones que faciliten su comprensión, con el fin de hacer una evaluación global y de esbozar una hipótesis interpretativa.

## CUADRO No. 1

<i>Edad en 1966</i>	
7 años . . . . .	2 casos
8 años . . . . .	2 casos
9 años . . . . .	3 casos
10 años . . . . .	9 casos
11 años . . . . .	22 casos
12 años . . . . .	33 casos
13 años . . . . .	27 casos
14 años . . . . .	23 casos
15 años . . . . .	17 casos
16 años . . . . .	8 casos
17 años . . . . .	3 casos
18 años . . . . .	2 casos
Total . . . . .	151 casos

Las edades extremas fueron, pues, de 7 a 18 años, pero la gran mayoría tenía entre 11 y 15 años.

## TIEMPO TOTAL DE PERMANENCIA

Fueron sumados todos los lapsos de permanencia; algunos casos estuvieron por primera vez en la institución en 1961, y desde entonces salieron y regresaron varias veces. Un caso permaneció sin salir todo el tiempo desde esa fecha hasta 1966. Las permanencias totales fueron:

## CUADRO No. 2

De menos de 1 mes . . . . .	8 casos
De 1 mes a 2 meses . . . . .	19 casos
De 2 meses a 3 meses . . . . .	19 casos
De 3 meses a 4 meses . . . . .	22 casos
De 4 meses a 5 meses . . . . .	21 casos
De 5 meses a 6 meses . . . . .	9 casos
De 6 meses a 7 meses . . . . .	8 casos
De 7 meses a 8 meses . . . . .	5 casos
De 8 meses a 9 meses . . . . .	7 casos

De 9 meses a 10 meses ..	5 casos
De 10 meses a 11 meses ..	3 casos
De 11 meses a 12 meses ..	4 casos
De 12 meses a 13 meses ..	4 casos
De 13 meses a 14 meses ..	4 casos
De 14 meses a 15 meses ..	1 caso
De 15 meses a 16 meses ..	1 caso
De 16 meses a 17 meses ..	2 casos
De 17 meses a 18 meses ..	1 caso
De 19 meses a 20 meses ..	2 casos
De 20 meses a 21 meses ..	1 caso
De 22 meses a 23 meses ..	1 caso
De 23 meses a 24 meses ..	1 caso
De 24 meses a 25 meses ..	1 caso
De 27 meses a 28 meses ..	1 caso
De 45 meses a 46 meses ..	1 caso
De 61 meses a 62 meses ..	1 caso

Más de la mitad de los casos permaneció menos de seis meses en la institución. La mayoría, como ya se explicó, no en forma continua, sino en repetidos ingresos como se mostrará más adelante. Creo que esto es sintomático en estos niños, y obedece más a factores internos que externos. Aún la institución no contaba con todas las condiciones que hubiéramos deseado, procuramos que tuviesen un ambiente acogedor y comprensivo, no obstante lo cual, como se verá más adelante, la fuga fue la forma más frecuente de egresos. Por otra parte la experiencia nos mostró cómo a medida que el niño podía superar algunas de sus dificultades internas su tiempo de permanencia, entre una y otra fuga, se prolongaba progresivamente.

CUADRO No. 3

SINTOMATOLOGIA ENCONTRADA

<i>Tipo</i>	<i>Síntoma</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Índice</i>
A	Fuga	121	80.1
C	Trastornos en el aprendizaje	108	71.5
A	Negligencia en el cuidado personal	65	43.0
A	Robo	64	42.3
B	Enuresis	50	33.1
A	Agresividad con personas	50	33.1
B	Trastornos sueño (*)	49	32.4
B	Motomanía	44	29.1
A	Destruktividad de objetos	42	27.8
B	Onicofagia	34	22.5
B	Fobias	34	22.5
B	Angustia aparente	31	20.5
A	Homosexualidad	29	19.2
B	Hiperquinesis	22	14.6
A	Desafecto	19	12.6
A	Intolerancia frustraciones	14	9.2
B	Trastornos lenguaje (**)	13	8.6
A	Insatisfacción	7	4.6
A	Envidia manifiesta	5	3.3
B	Trastornos de alimentación	4	2.6
A	Aspiración vapores gasolina	3	1.9
B	Chupeteo de dedos	1	0.7
Total		809	

<i>Síntoma</i>	<i>Frecuencia</i>
(*)	
Somniloquia y pesadillas . . . . .	8
Somniloquia . . . . .	10
Pesadillas . . . . .	18
Sonambulismo . . . . .	3
Insomnio inicial . . . . .	3
Somniloquia, sonambulismo e insomnio . . . . .	1
Pesadillas e insomnio inicial . . . . .	1
Somniloquia y sonambulismo . . . . .	1
Pesadillas y sonambulismo . . . . .	1
Pesadillas y bruxismo . . . . .	1
Bruxismo . . . . .	1
<b>Total . . . . .</b>	<b>49</b>
(**)	
Lenguaje infantil . . . . .	8
Dislalias . . . . .	3
Tartamudeo . . . . .	2
<b>Total . . . . .</b>	<b>13</b>

Algunos de los síntomas consignados pudieron serlo fácilmente por resultar sencilla su comprobación, tales como las fugas, los trastornos de aprendizaje y la negligencia en el cuidado personal. Otros resultaba difícil su observación y comprobación, como el robo, perturbaciones del sueño, homosexualidad, por su carácter mismo, y posiblemente ocurrieron más veces de lo consignado. Finalmente síntomas caracterológicos, como la insatisfacción, la intolerancia a las frustraciones, la envidia y el desafecto, solo recientemente habíamos comenzado a anotarlos sistemáticamente en las historias, por lo cual la cifra aparece muy baja y seguramente no corresponde a la realidad. La impresión clínica da a entender que eran casi constantes, casi podría afirmarse que es una característica peculiar en estos niños, y quizá, por esto mismo, pasamos inicialmente por alto su anotación.

Con respecto a las fugas, que constituyen el síntoma más frecuente, solo se consideró como tal cuando había ocu-

rrido por los menos dos veces. Si pensamos que primeramente estos niños se evadieron de su hogar podríamos afirmar que el síntoma de la evasión es constante.

Sin embargo, como no podemos estar ciertos de las condiciones externas que pudieron provocar el abandono del hogar, ni sobre las dificultades de adaptarse de inmediato a un nuevo tipo de vida, preferimos considerarlo como síntoma cuando ocurrió repetidamente de una institución que presentaba condiciones externas constantes y estables.

Bajo el término de "negligencia en el cuidado personal", englobamos el frecuente descuido en el aseo personal y del vestuario. No era simplemente una falta de vestido, sino una tenaz resistencia a cuidar de sí mismo y de su ropa, con una indiferencia y despreocupación cercanas a los que se observan en los procesos mentales muy regresivos.

En lo que se refiere a robos están agrupados no solo los ocurridos fuera de la institución, y que eventualmente

fueron relatados por los "gamines", sino los realizados durante su permanencia y que pudieron ser comprobados. Las características de estos robos fueron variables; algunos acusaban las *propias* de los actos delictivos, con planeación anticipada y actuación premeditada. Otros parecen obedecer a una falta de sentido de la propiedad; las cosas son de quien primero se apodera de ellas y es capaz de defenderlas, sin importar quien es su legítimo dueño.

La agresividad contra las personas muy posiblemente no fue consignada todas las veces que ocurrió. Una característica de estos niños es la hostilidad contra los demás, que estalla ante el detalle más nimio y se exterioriza en un sadismo difícil de controlar.

La homosexualidad, expuesta en toda suerte de actos perversos, seguramente también ocurrió más frecuentemente de lo consignado, por la dificultad de su comprobación. Cosa similar aconteció

con las perturbaciones en el sueño, que solo en la revista rutinaria a los dormitorios pudieron ocasionalmente observar los educadores.

En la alimentación solo hemos incluido aquellos que presentaron notoria bulimia y otros con perversiones del gusto, con ingestión de sustancias extrañas, como papel y tierra.

Fue posible comprobar en tres niños una adicción a embriagarse aspirando vapores de gasolina. Aunque tuvimos conocimiento de que algunos eran adictos a la marihuana, no nos fue posible verificar el hecho.

Creo que la destructividad hacia los objetos no fue tampoco sistemáticamente anotada. Casi continuamente observamos la despreocupación por el cuidado de todo objeto; las cosas simplemente eran utilizadas para saciar un fugaz interés, para de inmediato abandonarlas y, frecuentemente, dañarlas sin consideración alguna.

#### CUADRO No. 4

##### PROPORCION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE SINTOMAS

A — Trastorno en los rasgos de carácter y la conducta ... ..	398 = 49.2%	
C — Trastornos de aprendizaje ... ..	108 = 13.3%	62.5%
B — Trastornos de los hábitos y neuróticos .. ..		37.5%

Seguimos casi por completo, en esta parte, la clasificación de la APA expuesta por Noyes. Tenemos ciertas dudas sobre lo correcto de considerar los trastornos del aprendizaje como un trastorno de conducta, y por eso ponemos las cifras por separado. Como rasgos patológicos del carácter, hemos consi-

derado algunas maneras de ser, de comportarse, que creo denotan profundas perturbaciones emocionales: el desafecto, la indiferencia, la negligencia en el cuidado de sí mismo y de los objetos, la permanente insatisfacción y envidia hacia las posesiones ajenas y la insaciable insatisfacción.



**CUADRO No. 5**

**CANTIDAD DE SINTOMAS POR CASO**

<i>No. de síntomas</i>	<i>No. de casos</i>
0 . . . . .	1
1 . . . . .	4
2 (*) . . . . .	18
3 . . . . .	24
4 . . . . .	21
5 . . . . .	11
6 . . . . .	29 = 82.1%
7 . . . . .	8
8 . . . . .	13
9 . . . . .	7
10 . . . . .	6
11 . . . . .	6
12 . . . . .	1 = 14.5%
14 . . . . .	1
15 . . . . .	1

Este cuadro pretende mostrar en una forma objetiva la sintomatología expresada en cantidad de síntomas por caso. Esto tiene, desde luego, un valor relativo, pues no se puede juzgar de la severidad de la patología tan solo con base en el número de síntomas sin tomar en consideración los factores cualitativos. Sin embargo, su presentación permite apreciar globalmente la riqueza sintomática en algunos de estos niños.

\* 10 casos presentaron fuga y trastornos del aprendizaje. La fuga se combinaba en un caso con robo, en otro con enuresis y en otro con angustia aparente. Cuatro casos más presentaban trastornos en el aprendizaje, combinado en un caso con trastorno del lenguaje, en otro con mitomanía, en otro con desafecto y en otro con onicofagia. En un caso se combinó la mitomanía con una extrema negligencia para el aseo.

**CUADRO No. 11**

**RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS**

<i>Nivel Intelectual</i>	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>
Test de WISC . . . . .	1.8%	29.1%	69.1%
Test P. V. Simonds . . . . .		33.0%	67.0%

	<i>Adecuado</i>	<i>Inadecuado</i>
Esquema corporal . . . . .	7.9%	92.1%
Orientación de tiempo . . . . .	48.7%	51.3%
Orientación de espacio . . . . .	51.6%	48.4%
Prospección . . . . .	46.1%	53.9%
Adaptación a nuevas situaciones . . . . .	48.1%	51.9%
Identificación . . . . .	7.0%	93.0%
Imágenes integradas . . . . .	3.0%	
Imágenes desintegradas . . . . .		97.0%

Imágenes internas terroríficas en 148 casos.

Imágenes internas idealizadas en 3 casos.

**Disociación:**

Ligera	en	8.2%
Moderada	en	15.8%
Grave	en	76.0%

Las cifras anteriores se obtuvieron de la revisión de los protocolos de las pruebas proyectivas (Rorschach, Blacky, CAT, TAT) así como de algunos aspectos del WISC, Goodenough y Machover.

Del informe de los psicólogos quisiera destacar los conceptos que transcribo a continuación:

“En la mayoría de los protocolos de las pruebas de personalidad de estos menores se ven ansiedades persecutorias, que en términos generales son de

gran intensidad, sentimientos de abandono que no logran manejar adecuadamente y vivencias de rechazo por parte de los objetos”.

“Hay también evidencias de relaciones interpersonales superficiales e incapacidad de contactarse y de ligarse afectivamente. Pérdida de contacto con la realidad e inadecuación del control yoico”.

“Hay evidencia también de incapacidades en el aprendizaje por bloqueo emocional”.

#### CUADRO No. 6

#### ETIOLOGIA

Síntomas sin lesión orgánica:	Psicógenos	... ..	127 casos
Síntomas con lesión orgánica:		... ..	19 casos
Síntomas con sospecha de lesión orgánica:		... ..	15 casos

#### CUADRO No. 7

#### Motivo de salida.

Los 151 casos estudiados salieron así:

Por fuga	... ..	99 casos = 65.6%
Por traslado a otras instituciones	... ..	34 casos = 22.5%
Por reintegro al hogar	... ..	18 casos = 11.9%

#### CUADRO No. 8

#### Frecuencia de Ingresos y Egresos.

1	en 14 casos = 14 ingresos y egresos
2	en 21 casos = 42 ingresos y egresos
3	en 16 casos = 48 ingresos y egresos
4	en 16 casos = 64 ingresos y egresos
5	en 7 casos = 35 ingresos y egresos
6	en 19 casos = 114 ingresos y egresos
7	en 10 casos = 70 ingresos y egresos
8	en 9 casos = 72 ingresos y egresos
9	en 3 casos = 27 ingresos y egresos
10	en 7 casos = 70 ingresos y egresos
11	en 3 casos = 33 ingresos y egresos
12	en 1 caso = 12 ingresos y egresos
16	en 1 caso = 16 ingresos y egresos
<hr/>	
Total	... .. 617 ingresos y egresos

#### CUADRO No. 9

#### Forma de Ingreso.

#### Involuntarios.

1	en 34 casos = 34 ingresos involuntarios
2	en 27 casos = 54 ingresos involuntarios
3	en 13 casos = 39 ingresos involuntarios
4	en 19 casos = 76 ingresos involuntarios
5	en 9 casos = 45 ingresos involuntarios
6	en 11 casos = 66 ingresos involuntarios
7	en 6 casos = 42 ingresos involuntarios
8	en 3 casos = 24 ingresos involuntarios
9	en 2 casos = 18 ingresos involuntarios
10	en 2 casos = 20 ingresos involuntarios
11	en 2 casos = 22 ingresos involuntarios
<hr/>	
Total	... .. 440 ingresos involuntarios



### Voluntarios.

1 en 28 casos =	28 ingresos voluntarios
2 en 18 casos =	36 ingresos voluntarios
3 en 12 casos =	36 ingresos voluntarios
4 en 5 casos =	20 ingresos voluntarios
5 en 5 casos =	25 ingresos voluntarios
6 en 3 casos =	18 ingresos voluntarios
7 en 2 casos =	14 ingresos voluntarios

Total ... .. 177 ingresos voluntarios

Ingresos voluntarios = 177

Ingresos involuntarios = 440

Total ingresos .... . 617

### Traslados.

41 casos se trasladaron 1 vez =	41 traslados
27 casos se trasladaron 2 veces =	54 traslados
14 casos se trasladaron 3 veces =	42 traslados
9 casos se trasladaron 4 veces =	36 traslados
6 casos se trasladaron 5 veces =	30 traslados
3 casos se trasladaron 6 veces =	18 traslados
1 caso se trasladó 7 veces =	7 traslados

Total ... .. 228 traslados

Salidas de fuga ... .. 389

Salidas por traslados . . . 228

Total salidas . . . . . 617

### CUADRO No. 10

#### Forma de Egreso.

#### Fugas.

24 niños se fugaron 1 vez =	24 fugas
25 niños se fugaron 2 veces =	50 fugas
15 niños se fugaron 3 veces =	45 fugas
11 niños se fugaron 4 veces =	44 fugas
9 niños se fugaron 5 veces =	45 fugas
5 niños se fugaron 6 veces =	30 fugas
7 niños se fugaron 7 veces =	49 fugas
5 niños se fugaron 8 veces =	50 fugas
3 niños se fugaron 9 veces =	27 fugas
1 niño se fugó 10 veces =	10 fugas
1 niño se fugó 12 veces =	12 fugas
1 niño se fugó 13 veces =	13 fugas

Total fugas .. . . . 389

Desafortunadamente en el momento de elaborar esta parte no me fue posible estudiar sino 127 de las historias. La frecuencia y la forma de los ingresos a la institución me parece que son indicativos de la gran inestabilidad de estos niños, de su falta de adaptabilidad y su tendencia a la evasión. Los 127 casos presentaron desde su primer ingreso, algunos en 1961, hasta diciembre de 1966, un total de 617 entradas y salidas. Quiero destacar de las cifras como del total de ingresos (617) fueron voluntarios 177 (18.9%): estos corresponden a niños que se fugaban, regresando luego en forma espontánea. Este fue un hecho que observamos repetidamente y que se correspondía con una mejoría de la sintomatología, la cual se manifestaba en que los periodos de permanencia en cada reingreso se iban alargando progresivamente.

#### EVALUACION DEL MATERIAL

Fueron estudiadas las historias clínicas de 151 "gamines", cuya edad (Cua-

dro No. 1) estaba entre los 7 y los 18 años, aunque la mayoría tenía entre 11 y 15.

Los casos se observaron durante un período muy variable (Cuadro No. 2). Algunos por menos de un mes hasta uno que lo fue durante 5 años. La mayoría de ellos (58.2%) permanecieron menos de 5 meses en la institución, en períodos diferentes, debido a las repetidas evasiones, como se puede apreciar en el Cuadro No. 10.

Solo uno de los casos estudiados no evidenció patología mental y en 4 se encontró únicamente un síntoma (Cuadro No. 5). El resto de los casos, que presenta un 96.7% del total, presentó más de dos síntomas cada uno. Un 82.1% tenía entre 2 a 8 síntomas, un 14.5% presentó más de 9 síntomas, encontrándose en un caso hasta 15.

La evasión fue el síntoma que se presentó en mayor número de veces entre los 22 síntomas evaluados (Cuadro No. 3). Por otra parte, los síntomas que pertenecen a la categoría de los trastornos del carácter y de la conducta ocuparon proporcionalmente el primer lugar en frecuencia (49.2%), aún considerando separadamente los Trastornos del Aprendizaje, que de arreglarlos haría subir la proporción al 62.5%.

Aunque predominando los síntomas del carácter y de la conducta, todos los casos mostraron una mezcla de éstos con síntomas neuróticos y/o trastornos de los hábitos, en proporción variable, de lo cual es un ejemplo el Cuadro No. 4.

La evaluación hecha por los psicólogos (Cuadro No. 11) muestra un pobre desarrollo yoico con la confusión consiguiente, expresado en niveles intelectuales bajos (69.1% — 67.0%), inadecuación del esquema corporal (92.1%), baja capacidad de adaptación (51.9%) y de prospección (53.9%), desorientación temporo-espacial en casi la mitad de los casos y dificultades en la identificación (93.0%).

Como en la gran mayoría de los casos (Cuadro No. 6), la sintomatología pue-

de ser atribuida a causas psicogénicas, debemos preguntarnos qué tipo de vivencias interiores subyace en esta patología. Los psicólogos nos dan una evidencia objetiva al señalar que en el mundo interno de estos menores existen imágenes desintegradas y amenazadoras, a las que corresponde la elevada intensidad de ansiedades persecutorias (imágenes terroríficas en el 98% de los casos). En otras vivencias los sentimientos son más de tipo depresivo y los objetos están en trance de abandonar o rechazar.

¿Qué mecanismos utiliza el Yo de estos niños para defenderse de esta situación conflictiva? Los psicólogos anotan la disociación como algo predominante. La sintomatología clínica nos permite inferir otra gran parte de ellos.

Los síntomas neuróticos o de trastorno de los hábitos, presentes en una proporción del 37.5% (Cuadro No. 4), indican que partes importantes del Yo alcanzaron cierto grado de desarrollo, y que, por lo tanto, los conflictos parcialmente pudieron ser vivenciados como algo interno, intentándose su manejo utilizando defensas que implican cierta evolución yoica.

Sin embargo, en la mayoría de los síntomas (62.5%) podemos ver la expresión de mecanismos diferentes, más regresivos, que denotan la existencia de intensas ansiedades persecutorias. Mediante estos mecanismos se intenta externalizar el conflicto que es entonces vivido predominantemente en el mundo externo, y esto lleva, por una parte, a modificaciones en el Yo, traducidas en rasgos de carácter patológico (desafecto, insatisfacción, negligencia, envidia, etc.), y por otra, a toda esa serie de actuaciones psicopáticas (acting) que caracteriza la conducta de estos niños: vagabundeo, robo, homosexualidad, etc. Lo externo es lo deseado y necesitado para calmar una exigencia instintiva inaplazable, pero también representa lo peligroso, que puede atacar, abandonar o rechazar. Así la defensa se centra en cómo obtener de lo externo la satis-

facción que preserve al Yo, sin correr peligro de ser atacado, rechazado o abandonado (ansiedad persecutoria) y sin experimentar culpa. El objeto externo necesitado es entonces desvalorizado y la relación se despoja de todo afecto cariñoso, con lo cual se lo puede utilizar, dañar y abandonar eludiendo la culpa. Pero como además los objetos nunca pueden proporcionar toda la satisfacción deseada porque el monto instintivo es muy grande y estos niños son insaciables, cambian fácilmente de objeto, y el proceso se repite una y otra vez. Todo esto se traduce en la inestabilidad, la evasión permanente y la falta de ligazón afectiva auténtica, en una búsqueda incesante de un objeto idealizado que nunca se alcanza.

Como resumen general, quisiera sintetizar lo anterior. La gran mayoría de los "gamines" observados presentan un Yo pobremente desarrollado, con un bajo nivel intelectual y confusión que dificulta su identidad, orientación, proyección y adaptación. En su mundo interno hay intensas ansiedades persecutorias y depresivas, las cuales intenta manejar mediante mecanismos neuróticos y principalmente mediante mecanismos más arcaicos que trastornan su personalidad y lo llevan a una permanente actuación (acting) psicopática.

*Hipótesis interpretativa.* Como hipótesis para la comprensión de esta sintomatología clínica, sigo las teorías psicoanalíticas enunciadas por M. Klein. Pienso que estos niños tuvieron dificultad en superar lo que esta autora describió como posición esquizo-paranoide y no pudieron, por lo tanto, lograr una adecuada integración en la posición depresiva. Por eso en su mundo interno existen imágenes desintegradas, persecutorias o idealizadas, contra lo cual emplea defensas que lo llevan a la actuación (acting) psicopática. Esta actuación podemos entenderla como el resultado de la utilización predominante de mecanismos maníacos, con los cuales intenta negar la culpa, mediante

el ataque o la devaluación de los objetos externos, vividos proyectivamente como peligrosos.

La vida del "gamín" en la calle también la podemos comprender como una actuación maníaca. Obtiene en ella una sensación de omnipotencia que le permite sentirse, como en su fantasía son los adultos. Siente que tiene libertad para actuar y satisfacerse sin depender de éstos. Entre tanto está negando todo el maltrato que esto significa y se somete masoquísticamente a la condición de excluido. Es un ser en permanente evasión, que ha roto, o intenta hacerlo maníacamente, con la ligazón afectiva a sus imágenes parentales. Y lo ha hecho porque nunca ha podido experimentarlos como imágenes completas, integradas, con sus aspectos buenos y malos, sino como persecutorios en trance de atacar, rechazar o abandonar.

Creo que la situación emocional del "gamín" corresponde a lo que Meltzer denominó como adaptación psicótica a la realidad, para significar que sus vivencias y sus mecanismos son de tipo psicótico, entendiéndolo por tal, que corresponden a ese período primitivo de la evolución psicológica que se denomina posición esquizo-paranoide. No quiere esto decir que piense que el "gamín" es un psicótico, sino que sus vivencias y sus mecanismos defensivos en parte lo son, como consecuencia de toda una serie de dificultades en su desarrollo. Tampoco creo que en el futuro lo sean. Por el contrario, creo que la relativa evolución de su Yo, que se muestra en sus mecanismos neuróticos, unido a su peculiar sistema defensivo que lo impulsa a la externalización con las consecuentes actuaciones psicopáticas, les sirven como defensa contra la conformación psicótica subyacente.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presenta el estudio retrospectivo de la sintomatología de 151 "gami-

nes" observados por un equipo de psiquiatras, psicólogos, Trabajadores Sociales y profesores, en un Centro especializado en Bogotá.

2. Fueron evaluados 22 síntomas psicológicos expresados en trastornos de conducta, neuróticos, de los hábitos y del aprendizaje, en cuanto a su frecuencia global y en cuanto al número de ellos que se presentaron en cada caso.

3. El 96.7% de los casos estudiados presentaban, por lo menos, dos de los síntomas considerados.

4. La sintomatología corresponde a la que la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) considera como propia de los trastornos de la personalidad.

5. Los psicólogos que evaluaron los protocolos de las pruebas realizadas en estos niños, señalan un pobre desarrollo del Yo con retraso intelectual, inadecuación del esquema corporal, pobreza de la capacidad de prospección, adaptación a la realidad e identificación así como marcada disociación.

6. Se esboza una hipótesis de interpretación, basada en los postulados de M. Klein, en la cual se sugiere que el "gamín" no pudo alcanzar la posición depresiva y que vive primordialmente a niveles esquizo-paranoides, utilizando en parte mecanismos neuróticos pero principalmente psicóticos. Estos son predominantemente maníacos y lo impulsan a frecuentes actuaciones psicopáticas (acting) que lo ponen en conflicto con la realidad: vagabundeo, robo, homosexualidad, destructividad, etc.

7. El "gamín" debe ser considerado como un niño seriamente enfermo, desde el punto de vista emocional. La posibilidad de modificar su estructura y reintegrarlo exitosamente a la sociedad requiere un tratamiento adecuado, lo cual implica medios apropiados (instituciones, materiales, personal entrenado, etc.), pero fundamentalmente el que sea realizado bajo una orientación psiquiátrica altamente especializada.