

870125

6

207

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL MADURATIVO
E 'INDICADORES DE LESION CEREBRAL' ENTRE UN GRUPO
DE NIÑOS INFRACTORES Y UN GRUPO DE
NIÑOS ESCOLARES NO INFRACTORES.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ROCIO DEL ROSARIO CRUZ MARISCAL
GUADALAJARA, JALISCO, AGOSTO 1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

CAPITULO I:

INTRODUCCION.....	1
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	3
PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION.....	3
LIMITACIONES.....	4
DEFINICION DE TERMINOS CLAVES.....	4

CAPITULO II:

REVISION DE ESTUDIOS SIMILARES.....	7
DESARROLLO NORMAL Y PATOLOGICO.....	10
ESTADOS EMOCIONALES.....	13
ESTAIPOS EMOCIONALES ANORMALES.....	14
ORIGEN Y CAUSA DE LAS CONDUCTAS SOCIALES.....	20
DESARROLLO Y MADURACION.....	20
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA, NIREZ O ADOLESCENCIA.....	23
LESION CEREBRAL.....	25
EL DELITO Y EL MENOR INFRACTOR.....	33
ETIOLOGIA DEL COMPORTAMIENTO INFRACTOR.....	34
TIPOS DE DELITO COMUNES EN EL MENOR/INFRACTOR.....	40

CAPITULO III:

POBLACION.....	44
MJESTRA.....	44
SISTEMA DE HIPOTESIS.....	47
SISTEMA DE VARIABLES.....	48
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	49

TECNICAS DE ANALISIS.....	49
INSTRUMENTO DE MEDICION.....	50

CAPITULO IV:

HIPOTESIS ESTADISTICAS.....	53
OBTENCION DE RESULTADOS.....	54
EN 'INDICADORES DE LESION CEREBRAL'.....	54
EN ESCALAS DE MADURACION.....	55
COMPROBACION DE HIPOTESIS Y RESULTADOS.....	56
CONCENTRADOS DE RESULTADOS.....	56
COMPARACION DE VARIANZAS.....	58

CAPITULO V:

CONCLUSIONES.....	61
SUGERENCIAS.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	65

INDICE DE TABLAS.

TABLA # 1.- TIPOLOGIA DE CONDUCTAS AGRESIVAS HUMANAS.....	16
TABLA # 2.- PORCENTAJE DE ROBO.....	41
TABLA # 3.- INGRESOS POR CAUSA.....	43
TABLA # 4.- MEDIA Y VARIANZA DE 'INDICADORES DE LESION CEREBRAL',	54
TABLA # 5.- MEDIA Y VARIANZA DE MADURACION.....	55
TABLA # 6.- CONCENTRAJO DE RESULTADOS DE 'INDICADORES DE LESION - CEREBRAL'.....	56
TABLA # 7.- CONCENTRAJO DE RESULTADOS DE MADURACION.....	57
TABLA # 8.- COMPARACION DE VARIANZAS.....	59

CAPITULO I.

I.I.- INTRODUCCION.

La delincuencia infantil como fenómeno social ha estado unida a la historia del hombre, ya que desde tiempos muy remotos ha sido motivo de preocupación y estudio para el hombre, sin embargo, encontramos que debido a la explosión demográfica y al medio ambiente poco gratificante en el que nos desenvolvemos, el número y la especie de los delitos se ha ido incrementando, llegando a ser un grave problema tanto para la sociedad como para el individuo mismo, ya que se está hablando de sujetos que, a temprana edad son ya rechazados y rechazadores del medio ambiente que les rodea.

El presente estudio parte del supuesto de que la conducta infractora puede estar influida por aspectos tales como: una maduración inadecuada o algunos problemas detectados en la escala de 'indicadores de lesión cerebral' del instrumento de medición utilizado en esta investigación. Es decir, que se creó que estos factores están precipitando la conducta delictiva de los sujetos en estudio.

En este punto, encontramos diversas opiniones de estudiosos de la materia tales como:

"El término maduración se refiere de alguna manera a los procesos de crecimiento físico que de alguna manera importante influyen, en primer lugar sobre el desarrollo de conducta ordenada" (1).

"Una versión de los defectos físicos basada en la evidencia de que unos grados relativamente leves de lesión cerebral, aunque insuficientes para ocasionar parálisis u otros defectos físicos, puede, no obstante, producir inestabilidad emocional y posiblemente delincuencia"(2).

Tal parece entonces, que estos factores pueden ser predisponentes para la conducta infractora, y de ser así, encontramos de gran importancia el determinar si existen diferencias significativas en los aspectos antes mencionados en ambos grupos,

Por tanto, a través de esta investigación se pretende conocer si existen dichas diferencias.

El Psicólogo como parte integrante de un equipo multidisciplinario debe enfocar su acción preventiva, correctiva ó de rehabilitación a la erradicación de las conductas delictivas que caracterizan a los menores infractores.

La importancia de este fenómeno social llevo a realizar la presente investigación, además del profundo interés por conocer a fondo este problema social, del cual hay una alarmante escases de datos, esta investigación lleva por nombre:

"ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL MADURATIVO E 'INDICADORES DE LESION CEREBRAL' ENTRE NIÑOS INFRACTORES Y NIÑOS ESCOLARES NO INFRACTORES"

Se espera pues, que este estudio logrará aclarar si existen diferencias en el nivel madurativo promedio de cada edad y en el promedio de los 'Indicadores de lesión cerebral' entre niños infractores y niños escolares no infractores; además se desea incrementar el interés general por el tratamiento y readaptación para los llamados: NIÑOS DELINCUENTES O MENORES INFRACTORES.

I.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA:

Dado el interés que se tiene por conocer las posibles - diferencias en el promedio del nivel madurativo por cada edad y de los 'indicadores de lesión cerebral' existentes entre los niños - infractores y los niños escolares no infractores, cabe formularnos las siguientes interrogantes:

- A) ¿Existen diferencias significativas en el nivel madurativo promedio por cada edad entre niños infractores - y niños escolares no infractores?
- B) ¿Existen diferencias significativas en el promedio de - 'indicadores de lesión cerebral' entre niños infractores y niños escolares no infractores?

I.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION :

Al finalizar este estudio se comprobará:

- A) Si existen diferencias significativas en el nivel madurativo promedio por cada edad entre un grupo de niños - infractores y un grupo de niños escolares no infractores.
- B) Si existen diferencias significativas en el puntaje - promedio de los 'indicadores de lesión cerebral' entre un grupo de niños infractores y un grupo de niños escolares no infractores.

I.4.- PROPOSITO DE LA INVESTIGACION :

En la presente investigación se tratafa de probar si la - conducta delictiva o no delictiva de los sujetos está dependiendo en alguna forma tanto del nivel madurativo inadecuado como de los 'indicadores de posible lesión cerebral'.

I.5.- LIMITACIONES:

Este estudio será realizado con un grupo representativo de 50 sujetos de una primaria urbana y 50 del Centro Tutelar para menores infractores, donde los primeros no deberán ser cometedores de ningún delito ni habrán estado reclusos en centros de custodia, mientras que los niños infractores deberán estar internos en el Centro Tutelar.

Los sujetos con los que se realizará este estudio deberán tener entre 8 y 10 años de edad, ser del sexo masculino, tener escolaridad mínima de primero de primaria, - ser de clase socio-económica baja y que no observen problemas de coordinación visomotriz.

Esta investigación se apoyará en el Test Gestaltico Visomotor , que nos permitirá analizar los grados de madurez y los 'indicadores de lesión cerebral'; la técnica utilizada en este, se basa en la percepción que el sujeto tiene de un estímulo como un todo, y por consiguiente la manera en que lo reproduce gráficamente.

I.6.- DEFINICION DE TERMINOS CLAVES:

NIÑO ESCOLAR: Niño que se encuentra entre los 6 y los 12 años de edad y que cursa alguno de los 6 años de primaria.

NIÑO INFRACTOR: Niño que quebranta la ley con delitos como: pandillismo, homicidio, lesiones, rapto, violación y vagancia.

DELINCUENTE MENOR: Sujeto que comete un acto que, de ser cometido por un adulto se consideraría como un delito. (definición utilizada por la ONU (3)).

En México, el código civil establece que la mayoría de edad legal se alcanza a los 18 años.

ANTISOCIAL: Este término se reserva para aquellos individuos que son básicamente asociales y cuyos patrones de conducta los llevan frecuentemente a conflictos con la sociedad.

PERCEPCION VISOMOTORA: Comprende la percepción visual y la expresión motora, es decir, la capacidad de reproducción de lo que se ha percibido. La percepción visomotora es una función integradora de la personalidad como un todo, que está controlada por la corteza cerebral.

MADURACION: Término utilizado en Psicología que se aplica a la presentación de ciertas conductas como resultado del crecimiento físico y que son producto del aprendizaje. La maduración en este plano podrá verse afectada por algunos factores emocionales, ya que la falta de estímulos afectivos, la carencia de motivación e interés de sus padres, maestros y medio ambiente en general, podrán propiciar el no adecuado desarrollo de dicha maduración.

La maduración en cuanto a la función visomotora dependerá de diversos factores como la edad del niño, sus dotes intelectuales, su estado emocional y social.

Se puede decir que la maduración visomotora se adquiere cuando el niño logra integrar ambas funciones (visual y motora) y emplea éstas para aprender funciones más complejas como lecto-escritura y conceptos numéricos.

LESION CEREBRAL: Destrucción del tejido neural, causada por accidente o por enfermedad, dicha destrucción se presenta en determinadas partes del cerebro, dependiendo del tipo de lesión que sea. Esta destrucción puede detectarse por diversos estudios tales como: Electroencefalograma, tomografía axial computada, radiografías y en los últimos años por algunas pruebas neuropsicológicas. Una lesión cerebral puede ser causa de diversas patologías.

* En el presente estudio, estos dos factores serán medidos por medio de la aplicación del Test Guestralico visomotor y con las escalas realizadas por Elizabeth M. Koppitz, tanto para maduración como para 'indicadores de lesión cerebral.'

CAPITULO II.

2.I.- REVISION DE ESTUDIOS SIMILARES:

Los estudios similares que se encontraron en el Centro de Consulta a Bancos de Información +SECOBI+ de la Ciudad de Guadalajara, Jal., son los siguientes:

A) TITULO: Los niños imposibles.

Etiología, características e incidencias de la delincuencia infantil.

AUTOR: Margarito Q. Warren.

FUENTE: Revista Psiquiátrica de la Asociación Canadiense.

1978 Vol. #23 Págs. 41-60

Es una investigación que presenta un estudio razonable para la clasificación de los problemas de la delincuencia infantil. Este estudio se basa en la teoría del desarrollo de la madurez interpersonal, la cual propone que el desarrollo psicológico puede ser descrito en 7 niveles sucesivos de madurez interpersonal. Cada nivel es definido por un determinado problema interpersonal, el cual debe ser resuelto antes de que este avance a un grado mayor. La mayoría de los delincuentes juveniles se encuentran clasificados en los grados 2,3 y 4.

Utilizando los programas de tratamiento de la Comunidad de California, se encontró que diferentes tipos de delincuentes están descritos de acuerdo a sus características psicológicas, incidencia, etiología, metas relevantes en su tratamiento y el impacto del mismo.

B) TITULO: La delincuencia: Escala de Wechsler

AUTOR: June M. Andrew.

FUENTE: Revista de psicología clínica.
1974 Julio Vol #30 págs. 331-335

Esta es una investigación en la que se examinaron 150 sujetos cuyas edades fluctúan entre los 10 y los 37 años de edad, - los cuales son delincuentes que gozan de libertad condicional. En este estudio, realizado con la prueba de Wechsler se observa que - la superioridad de la escala de ejecución sobre el subtest de la - escala verbal (E V) es frecuente en sujetos de poca o baja maduración, moderada para los sujetos con mediana maduración y ninguna - diferencia para los sujetos de mayor madurez.

C) TITULO: DIMENSIONES DE LA INTERACCION MORAL Y DEL JUICIO MORAL EN FAMILIAS DE DELINCUENTES- Y NO DELINCUENTES.

AUTOR: Gregory J. Jurkovic.

FUENTE: Revista de consulta clínica y psiquiátrica.
1974 Abril Vol #42 Págs. 256-262.

Se investigaron las relaciones intrínsecas de la moralidad paterna en el desarrollo de la delincuencia en niños.

Los sujetos en estudio fueron para 8 delincuentes y 8 sujetos no delincuentes y sus madres.

El nivel de madurez moral en los hijos y las madres fue - establecido a través de la administración individual de los dilemas morales estructurados por L. Kohlberg, y cada adolescente - delincente y no delincente y sus madres fueron presentados jointa mente a los dilemas hasta alcanzar de mutuo acuerdo la solución - a sus problemas.

El análisis de las discusiones entre madre e hijo revelaron diferencias significativas entre las familias de delinquentes y de los no delinquentes, en una variedad de dimensiones de interacción.

D) TITULO: Algunos problemas en el trato con la juventud-criminal.

AUTOR: Sepp Schindler.

FUENTE: Praxis der Kinder psychologie und psychiatrie, 1970 Agosto Vol#19 Págs. 230-233.

En este estudio se discutieron experiencias registradas en un Instituto Educativo para jóvenes criminales y en una clínica de orientación a niños. Se observaron los siguientes principios fundamentales:

- La discriminación en contra de los sujetos ofensores debe ser evitada antes de que estos alcancen la madurez.
- Una persona joven debe estar formada para observar la significancia de la situación claramente, debe conocer la importancia de lo que hace.
- La restitución del daño hecho debe ser incluido en el tratamiento reeducacional,
- Si la acción criminal fuera activada por un conflicto mental o emocional, la solución debería ser encontrada a través de la psicoterapia.
- El joven debe obtener orientación adecuada para aprender a ayudarse por sí mismo.
- Puede ser útil una identificación de objeto que actúe -- como terapia.

En el caso en que estos principios fueran seguidos, un alto porcentaje de los sujetos delincuentes podrían ser reintegrados socialmente, donde para lograrlo es sumamente importante una estrecha cooperación entre adolescentes y adultos.

2.2.- DESARROLLO NORMAL Y PATOLOGICO:

Una de las épocas más importantes en la vida de un individuo es, sin duda, la comprendida entre los 7 y los 12 años de edad, dicha importancia está marcada por el inicio del niño en la vida escolar, donde además, de iniciar un importante período en su desarrollo físico y mental, inicia su socialización como persona autónoma, fuera del contexto familiar donde hasta ahora se ha desarrollado. La unión de estos factores, tanto ambientales como familiares, determinará la clase de persona que llegará a ser, de los problemas a los que se enfrentará en su búsqueda de la madurez y de las maneras en que tratará de resolver sus problemas.

"Los años de la niñez intermedia representan un período crítico para el desarrollo de la conciencia. Según Piaget, antes de la edad de 7 u 8 años el concepto de la justicia del niño se basa en nociones rígidas e inflexibles de lo que es el bien y el mal mas que las aprendidas de los padres. Entre las edades de 8 y 11 años, se va formando un igualitarismo progresivo, y a partir de los 11-12 años de edad puede tener sus propias consideraciones de la justicia. El desarrollo de la conciencia depende, a la vez, del nivel de maduración cognoscitiva del niño como de las influencias de los padres y las personas a las que está sujeto" (4).

Como se mencionó anteriormente, durante esta época el ambiente social del pequeño se amplía notablemente y se enfrenta por su nueva situación a los problemas y conflictos nuevos también, es por esto que a esta etapa se han dedicado numerosos estudios e investigaciones, esta fase es conocida según las teorías analíticas -

como período de latencia, cuyas características principales son las siguientes:

En la fase de latencia, el niño todavía depende de la familia y del hogar para su protección tanto física como emotiva, y para su seguridad y formación mientras aprende a establecer límites y construir sus realidades. En esta época el niño adquiere dominio sobre el uso de su cuerpo y sobre sus funciones, aprende alguna de las técnicas esenciales para asociarse con otras personas en situaciones y grupos y a comportarse como miembro de un grupo familiar.

Para esta etapa, el niño pasa de su hogar a la comunidad equipado con una confianza y con habilidades motoras, perceptivas y sociales básicas. Ha desarrollado una organización de superego que le permite guiarse, controlarse y sentir autoestima, derivados de la guía, el control y la estima de sus padres.

El niño no necesita ya de vigilancia para controlarse, pues en la latencia ha establecido fronteras de ego que hacen disminuir la intrusión de proceso primario a partir del funcionamiento del id, y crear así las condiciones necesarias para su desarrollo. El principal cambio social durante la latencia es que, mientras el niño todavía es miembro de su grupo familiar, sale solo al mundo, amplía sus horizontes físicos y sociales y completa la 'membresía' en la familia con su 'membresía' en otros grupos.

Cuando el niño sale de la familia, los patrones de amistad, agresión y defensa con que tropieza, son diferentes y menos predecibles que aquellos presentes en su hogar. Es común que el niño se muestre tímido y precavido hasta conocer el nuevo terreno a través de probar su nueva realidad.

A principios de la latencia el niño comienza a ir a la escuela. Se enfrenta así a un nuevo tipo de relaciones, sumamente formalizadas con otros niños y adultos, en las que el parentesco no tiene ningún papel y poca importancia se da a las amistades anteriores.

La escuela proporciona nuevas amistades y nuevas figuras con las cuales identificarse, así como un adieu tramiento y aprendizajes formales que son esenciales para su futuro como adolescente y como adulto. El niño en esta etapa es sumamente competitivo, incluso su aprendizaje, pese a toda canalización y represión de los impulsos del id, sigue normalmente un proceso agresivo.

El adquirir nuevos conocimientos y habilidades en la escuela, en el juego, en el hogar, el ir adquiriendo un control emocional cada vez mayor y tener nuevas relaciones, forman una fuente común de problemas durante la fase de latencia. Entre los 6 y los 12 años, la vida exige mucho del niño, en casa se espera un niño obediente, ordenado y controlado; en la escuela se esperan estas mismas características, además de que coopere con los demás de acuerdo a reglas pre-establecidas. Es decir, que se espera que el niño se adapte a las normas que él no impuso y que suben de nivel según el crece. En cada una de estas situaciones -la casa, la escuela, el grupo de amigos- se espera de él un comportamiento adecuado; y debido a que su posición varía según va creciendo el niño necesita realizar cambios en las normas de conducta para adaptarlas a cada edad.

El niño en la etapa de latencia debe estructurar más a fondo su mundo de realidades y lograr un nuevo equilibrio entre las nuevas necesidades y las nuevas libertades que le permita mantener el control de sí mismo.(5)

Por todo lo anteriormente mencionado, es obvio que el niño debe sentirse seguro en las relaciones con sus padres antes de lanzarse al mundo que le espera fuera del hogar, que debe ser para él una bahía segura donde refugiarse, al menos cuando las frustraciones sobrepasen la capacidad que el niño tiene para tolerarlas.

Cuando el niño no ha logrado (Sea por falta de identificación, seguridad ó apoyo) la integración y el manejo de estas áreas, puede caer en un estado de frustración, - donde, la respuesta más común será un comportamiento agresivo hacia el medio que los rodea. Es por esto, que se considera de vital importancia este período, ya que este marcará muy probablemente la conducta agresiva que llevara al niño a delinquir.

Concretando, podemos decir que el niño necesita la - confianza en sí mismo, que surge de la seguridad que se - tiene en él, de la certeza de que sus padres confían en - él y de que siempre estarán cerca y dispuestos cuando el los necesite.

2.2.1.- ESTADOS EMOCIONALES:

Para hablar de emoción deberemos primero definirla, tomando en cuenta que, la palabra emoción se deriva del latín: e (Fuera) y movere (mover). Entonces, originalmente la palabra significaba moverse de un lugar a otro,

Actualmente la palabra vino a usarse para designar: "Cualquier estado mental agitado, vehemente ó exitado del individuo"(6).

La emoción es definida también como un estado suave ó intenso de agitación del organismo. Las emociones se reflejan tanto en la conducta como en las expresiones subjetivas del organismo.

Las emociones y su demostración son tan comunes como necesarias, ya que frecuentemente sirven para enfrentar situaciones de urgencia, motivando al sujeto a la realización de ciertas conductas orientadas hacia una finalidad.

-ESTADOS EMOCIONALES ANORMALES:

Se considera de primordial importancia el mencionar los estados emocionales anormales, ya que algunos de estos pueden aumentar la tendencia a la delincuencia por la incapacidad para hacer un manejo adecuado de ellos, ya que como se menciona anteriormente, las emociones son estados naturales del organismo y pueden conducir al niño a prever con temor situaciones normales, se consideraría como parte del desarrollo emocional.

Algunos de estos estados son:

-Ansiedad: "Es un estado de tensión intrapsíquica con características motivadoras. Aprensión, temor o presentimiento relativo a cierto estímulo no claro. Este estado es considerado como anormal cuando su frecuencia e intensidad son tales, que dificultan el funcionamiento normal de la personalidad" (7).

-Fobias: "Son temores injustificados que aparecen en la conciencia del individuo, este los juzga como anormales, pero no puede dominarlos. Es común que estos se presenten en niños tímidos y metódicos" (7).

-Obsesiones y compulsiones: Las obsesiones son ideas persistentes que aparecen contra la voluntad del individuo. Las compulsiones son los actos que resultan de las obsesiones.

"Estas suelen ser tan comunes en la infancia que difícilmente pueden considerarse como anormales o patológicas. Aunque - suelen presentarse más frecuentemente en niños tímidos"(7).

-Hipocondriasis: Es la ansiedad relativa a la salud, exageración de los síntomas somáticos con el fin de poder atraer la atención. Frecuentemente se presenta en niños que carecen de atención y afecto.

-Negativismo: El negativismo excesivo en su forma más temprana se manifiesta como tensión física o retraimiento a cualquier clase de acercamiento. El negativismo se presenta - en niños con exceso de protección o con exceso de crítica y - corrección.

-Depresión: La depresión se reconoce con poca frecuencia- en niños, el cambio de conducta se manifiesta por agresividad, irritabilidad, más que por el estado clásico de depresión. Se piensa que la depresión puede ser originada por cambios metabólicos, fuertes cambios de clima y un medio ambiente hóstil y crítico o inestable.

-Agresión: La agresión es el estado emocional que más relación puede tener con la presente investigación, ya que si- consideramos que la agresividad humana se presenta como causa de algunas de las más importantes formas de desadaptación, - vemos que la agresividad puede ser motivo de conductas de-lictivas.

Si consideramos que la agresividad no necesariamente se - presenta en forma de violencia física, como comúnmente cree-mos, concluiremos que cualquier acto delictivo conlleva un - acto de violencia, sea ésta activa o pasiva.

Para explicar mejor estas ideas, se produce la siguiente- límina de la Tipología de las conductas agresivas humanas: (tabla #1).

	ACTIVA		PASIVA
	DIRECTA	INDIRECTA	DIRECTA
			INDIRECTA
F	Golpear a	Bromas pesadas,	Obstruir el
I	la víctima.	trampas.	paso.
S			
I			Negarse a rea-
C			lizar una ta-
A	Insultar a	Chismorreo	Negarse a
V	la víctima.	malicioso.	hablar.
E			
R			Negar un permi-
B			so verbal o es-
A			crito.
L			

Tipología de las conductas agresivas humanas

Tabla# 1.

Desde tiempos remotos, la agresividad y la violencia han sido motivo de diversos estudios. La explicación de ésta se ha dividido en diversas teorías. A continuación veremos los datos más importantes de cada una de ellas:

A) TEORIAS INSTINTIVISTAS:

Desde la antigüedad se inventaron los instintos para explicar la conducta motivada. Se consideró como instinto la conducta compleja adaptativa y estereotipada que es típica de una especie y se le observa desde el momento de nacimiento.

Por lo tanto, esta teoría parte del supuesto de que la agresividad humana es innata. Según sus expositores esta teoría puede resumirse como:

"Existe una amplia evidencia de que nuestros antecesores eran seres instintivamente violentos, y que dado que hemos evolucionado a partir de ellos, nosotros -- también debemos ser portadores de impulsos destructivos en nuestra composición genética"(8).

Lorenz (8) afirma que: no puede existir dudas acerca de que la agresividad dentro de la misma especie es en el hombre, -- tan espontánea e instintiva como en la mayoría de los otros vertebrados superiores.

"Las teorías de Freud afirman que el instinto agresivo es considerado como algo innato en el hombre, una fuerza acuñada que necesita ser exteriorizada en forma de hostilidad, es decir, un impulso destructivo; por lo tanto, el hombre sería víctima de una fuerza innata subyacente que necesita ser exteriorizada ó controlada,"(9).

Claro está que esta teoría es poco probable, debido básicamente a que la evidencia de que las especies infrahumanas son -- innatamente violentas es poco convincente, y aún si esto fuera cierto y demostrado, se tendría que considerar seriamente la posibilidad de que el Homo-sapiens constituye una especie independiente que no poseyera esas características.

B) TEORIAS AMBIENTALISTAS Y CONDUCTISTAS:

"La posición diametralmente opuesta a los instintivistas será la de los ambientalistas; según su pensamiento, el comportamiento del hombre será moderado exclusivamente -- por las influencias del medio ambiente, ó sea por los factores sociales y culturales, no por los instintivos. Esto particularmente es cierto en lo tocante a la agresión, uno de los principales obstáculos al progreso humano. Se supone que el hombre nace 'Bueno y racional' y las insti

tuciones, la mala educación y el mal ejemplo, se habían formado en él tendencias negativas, creyendo así que la buena sociedad crearía al hombre bueno, o mejor dicho - permitirán que se manifestase la bondad natural del hombre"(10).

Mientras que los conductistas aunque comparten este punto de vista, parten de la posición de que los métodos que se requieren para manejar al hombre son decisivos para lograr en él un cambio de actitud, de tal forma que para el conductismo:

"La fórmula es que el hombre obra, siente y piensa del modo que resulta ser buen método para obtener lo que quiere. La agresión como cualquier otro tipo de comportamiento, se aprende sobre la base de buscar la ventaja óptima posible para uno mismo"(10).

La posición de estas dos teorías, aunque resultan la gran importancia que tiene el medio ambiente para el desarrollo del hombre, no toman en cuenta una de las partes más importantes en la conducta humana que son las características individuales que forman y conforman al hombre como un ser individual, capaz de extraer y rechazar del medio las experiencias y vivencias sean estas positivas o negativas.

C) MANEJO DE LA AGRESIVIDAD:

El niño aprende a controlar sus sentimientos agresivos a medida que avanza su desarrollo tanto físico como emocional, se van modificando en él sus expresiones de agresión y entonces empiezan a canalizar su energía agresiva hacia tareas constructivas.

"El amar, cuidar e identificarse con las personas amadas es producto de la adecuada crianza y educación durante los primeros años. Los niños aprenden a controlar sus impulsos y a sublimar sus sentimientos agresivos en actividades útiles. Amando y siendo amados, aprenden, asimismo empatía por otros. Cuando han sido incapaces de fundir el amor y la agresión, sus descos destructivos son muy atemorizantes

para ellos, Los niños en edad de latencia que funcionan en este nivel, tienen problemas de desarrollo. Su baja tolerancia a la frustración les produce tensión y angustias crónicas, que le exigen una expresión física.

La actividad violenta y agresiva suele ser provocada - por el temor ó la ira en relación con experiencias viejas ó nuevas, siendo algunas de estas realmente amenazadoras, pero imaginarios los peligros involucrados en otras. Las nuevas experiencias pueden reactivar viejos problemas - no resueltos. Cuanto más graves sean los problemas del pasado y mayor la privación, más probable será que la menor presión de las actuales circunstancias precipiten un comportamiento violento ó agresivo. Cuanto mayores sean las presiones del estado actual, menores serán los trastornos anteriores necesarios para precipitar tales actividades.

La mayoría de los niños aprenden de sus familias cómo - controlar los sentimientos violentos. Pero en familias - donde la violencia es un método primario de solución de - problemas, los niños aprenden a transformar sus sentimientos violentos en actos violentos."(11).

" Existe una interferencia constante entre el niño que intenta afirmar su vida por medio de instintos agresivos y la sociedad y la familia, que con sus fuerzas de agresión ordenadas y disciplinadas intentan moderársela.

La adaptación se produce en forma convincente cuando un niño normal encuentra un clima adecuado de comprensión y afecto en su familia y ambiente social; pero no ocurre - siempre de esta manera. Los padres, que tienen aquí un - papel fundamental, pueden mostrarse excesivamente exigentes frente al niño, ó por el contrario pueden ceder con demasiada facilidad ante sus propias exigencias; con este perpetuo contacto se producirá una reacción de imitación ó bien una reacción de oposición"(12).

2.2.2.-ORIGEN Y CAUSA DE LAS CONDUCTAS SOCIALES:

Una gran parte del comportamiento humano se basa tanto en las reglas de la sociedad como en el comportamiento de un mismo sujeto dentro de un grupo social.

El ambiente inicia su influencia sobre el sujeto mucho antes de que termine su desarrollo mental y corporal. Dicho ambiente actúa primero a través de la familia y después directamente cuando toma contacto con la sociedad como un miembro más de la colectividad.

El mundo social, lo mismo que el familiar actúa sobre la conformación de los sujetos mediante dos tipos de comunicación, una de tipo marginal y la otra de tipo verbal, donde la primera se refiere a los influjos que la sociedad va depositando en la mente del individuo y la otra a los métodos educativos.

Cuando el niño carece en primera instancia de los patrones educativos convencionales, del medio ambiente sano y gratificante de una familia integrada, es muy posible que este niño sea quien más adelante se convierta en delincuente, ya que su conducta estará en relación con las situaciones vividas donde no se le mostraron patrones sanos de comportamiento.

2.3.- DESARROLLO Y MADURACION:

La maduración es un concepto ambiguo, y tanto más nos alejamos de su aspecto biológico, más complicada se hará su definición.

Cuando se observa que una conducta determinada se da en todos los miembros de una especie y aproximadamente misma edad, sin que

hubiera un entrenamiento previo, se considera que esto sería producto más de la maduración que del aprendizaje mismo.

"La maduración sigue un ritmo y un orden; se produce de una manera constante pero no igual, en todos los fenómenos de la vida psíquica. La maduración del movimiento puede presentarse de una manera más rápida que la del lenguaje; la de la vida afectiva puede ser más lenta que la del conocimiento. El paso de una etapa a otra no tiene siempre la misma parsimonia. Una función puede estar perfilándose desde varios meses antes, para llegar, después de un tiempo, a su configuración total, o bien, sin haber dado señal alguna, puede aparecer de una manera súbita y quedar ya definitivamente instalada" (13)

La maduración como proceso, es relacionada con la edad cronológica, y según esta tendencia, el sujeto al llegar a la adolescencia habrá alcanzado ciertos grados de madurez sin serlo plenamente, pero se encontraría adaptado dentro de ciertos márgenes a las condiciones tanto biológicas como de conductas correspondientes a su tiempo y lugar.

La maduración incluye la capacidad de distinguir perceptual e intelectualmente lo bueno y lo malo.

"Esta capacidad de discernimiento se forma en el aprendizaje de las experiencias, su generalización y abstracción. Pero el concepto de discernimiento es también jurídico, se trata de saber si el sujeto posee el suficiente grado de madurez psicosocial para apreciar el carácter inhumano o antijurídico de algunos actos y las consecuencias que comportan" (14).

"Ser maduro es el momento en que una persona alcanza la meta de su desenvolvimiento completo de los factores físico, social y psicológico" (14).

"La madurez significa la adaptación dinámica y permanente como comportamiento armonioso, eficaz y adecuado a las condiciones y requerimientos del medio ambiente" (14).

En el área legal, se considera que la madurez se obtiene al llegar a la mayoría civil, donde ser maduro equivale a ejemplificar un modelo positivo de salud mental.

En cuanto a la maduración visomotriz, resulta evidente que el niño no experimenta la percepción como el adulto, habrá de atravesar múltiples fases de maduración antes de alcanzar ese nivel de eficiencia.

"El tiempo de maduración de la función visomotora dependerá de la edad del niño, de sus dotes intelectuales, de su estado emocional y social y en su caso de la extensión de la lesión cerebral" (15).

"La maduración de la percepción visomotora, es un proceso que involucra la percepción de patrones, relaciones espaciales y organización de configuraciones" (15).

"Puede deducirse que los patrones visomotores surgen de la conducta motora modificada por las características del campo visual; existe una constante integración entre los caracteres motores y los sensoriales durante el proceso de maduración, donde el niño experimenta realmente con los diferentes fenómenos obteniendo con cada nueva experiencia un enriquecimiento mayor al nivel de experiencia anterior" (15).

"Los niños difieren en el tiempo de maduración y en la secuencia en la que aprenden las diversas funciones giestáltica visomotoras. Un niño cuya percepción visomotriz no ha madurado adecuadamente, tendrá dificultad en sus tareas escolares y en otras áreas" (16).

Bender (1938 Pág. 112) señaló que el nivel de maduración visomotora está estrechamente relacionada en los niños pequeños con el lenguaje y otras funciones asociadas a la inteligencia como la memoria, la percepción visual, la coordinación motora, los conceptos temporales y espaciales, la organización y representación.

El test Bender refleja el grado de maduración de la percepción visomotora en niños de edad escolar; el niño deberá alcanzar cierto grado de madurez en la percepción visomotora antes de aprender funciones como la lecto-escritura y aprender conceptos numéricos.

2.4.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA:

En el DSM III en su capítulo .

"Trastornos en la infancia, niñez o adolescencia, existe un apartado llamado Trastornos de la conducta, donde el patrón repetitivo de conductas destaca: "La violación a los derechos fundamentales de los demás o a las reglas sociales adecuadas a la edad" (17).

De acuerdo a la presencia o ausencia de vínculos sociales adecuados y de la presencia o ausencia de patrones antisociales agresivos se consideran 4 subtipos de trastornos de la conducta:

- Trastorno de conducta infrasocializado agresivo.
- Trastorno de conducta infrasocializado no agresivo.
- Trastorno de conducta socializado agresivo.
- Trastorno de conducta socializado no agresivo.

Estos cuatro poseen una sintomatología asociada a:

- Dificultades tanto en su hogar como en la comunidad.
- Disminución de la autoestima.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Frecuentemente, actividad sexual precoz que se presenta en forma agresiva o sumisa. (Dependiendo del subtipo).
- Irritabilidad, temperamento explosivo y temeridad.
- Rendimiento escolar menor al esperado.
- Dificultad en la atención.

Estos cuatro subtipos pueden agruparse para su diferenciación en dos esferas, Trastorno de conducta infrasocializado y Trastorno de conducta socializado, de los cuales veremos sus principales características.

2.4.1.- TRASTORNO DE CONDUCTAS INFRASOCIALIZADO:

A) Características Generales:

- Fracaso en el establecimiento de afecto, empatía o vínculo con los demás.
- Egocentrismo.
- Manipulación.
- Falta de interés por los deseos, sentimientos y bienestar de los demás.
- No poseen sentimientos de culpa.
- Su inicio tiene lugar en la fase prepuberal.

B) Factores Predisponentes:

- Trastorno por déficit de atención.
- Rechazo paterno.
- Educación poco adecuada.
- Disciplina muy rígida.
- Ingreso a edad temprana a un reformatorio.
- Cambio frecuente de figuras paternas.
- Ser hijo único o ilegítimo.

2.4.2.- TRASTORNO DE CONDUCTA SOCIALIZADO:

A) Características Generales:

-Muestran pruebas evidentes de relación social con otros, - aunque pueden ser insensibles con las personas a las que no se sienten vinculados.

Según sea el caso (sean o no del tipo agresivo) encontramos delitos similares, solo que la variación consiste en el enfrentamiento de la víctima o en cometer el delito en ausencia de ésta.

B) Factores Predisponentes:

- Familia numerosa.
- Pertenece a una pandilla de delincuentes.
- Falta de padre.
- Padres alcohólicos.

2.5.- LESION CEREBRAL:

Un niño cuyo cerebro trabaja adecuadamente aprende lo que se refiere a sí mismo y a su medio ambiente por medio de las siguientes funciones:

Percepción
 Memoria
 Sensaciones concientes
 Organización y conceptualización
 Respuestas neuromusculares controladas.

La percepción de las formas y de las imágenes es aprendida lentamente en el curso de meses y años, y no constituyen una función simple del desarrollo físico del cerebro.

El niño aprende que las diferencias y semejanzas de las cosas advertidas se presentan desde dos puntos de vista fundamentales: Espacio y Tiempo, además de la relación que existe entre estas dos.

Todas estas funciones son esenciales para el desarrollo del individuo, y cualquiera de ellas o inclusive todas ellas pueden ser deficientes cuando el cerebro ha sido dañado.

Bender (1949) subrayó la intensa ansiedad del niño que ha sufrido daños cerebrales. Se trata de una ansiedad difusa, proveniente del exceso de estimulación y del exceso de respuestas, de sus propias percepciones deformadas, de su motilidad desordenada y del hecho de percatarse de que es, en cierta forma, diferente a otros niños.

Además, Bender (1956) observa que todos los niños orgánicamente perturbados sufren de profunda ansiedad como resultado de su desorganización, de la dificultad para entrar en relaciones con la realidad y la frustración por no lograr una maduración normal. Las lesiones cerebrales en los niños rara vez son diagnosticadas por los antecedentes de lesiones cerebrales, ya que el niño generalmente no presenta signos neurológicos demostrativos de lesiones como parálisis motora y espasticidad. Los síntomas generalmente se presentan como anomalías de la conducta.

Las lesiones cerebrales pueden ser causadas por lo siguiente:

A) "Factores prenatales:

Defectos del desarrollo.

Infecciones (especialmente la rubeola).

Radiaciones.

Deficiencias de la nutrición
Lesiones uterinas."(17)'

B)"Factores paranatales:

Nacimientos prematuros

Traumatismos mecánicos sufridos por el cerebro durante el parto.

Anoxia cerebral producida por torsión del cordón umbilical ó apnea."(17)

C) "Factores Post-natales:

Enfermedades del sistema nervioso central, especialmente infecciones.

Cualquier enfermedad en general que produzca fiebre elevada y prolongada.

Lesiones craneanas."(17)'

"Además del daño cerebral que es causado por diversos factores que producen lesiones reales de las células cerebrales, existe la posibilidad de que haya algunos niños que no tienen realmente lesiones cerebrales, pero cuyas funciones cerebrales 'normales' se parecen a las de lesiones cerebrales"(17)'

Como resultado de la falta de pruebas de la existencia de lesiones cerebrales en muchos casos que presentan el cuadro clínico se emplea el término de disfunción cerebral mínima.

Este termino es causa de grandes polemicas entre diversos autores, cuyas opiniones varían desde la negación de su existencia hasta quienes le achacan a este síndrome todos -- los problemas causantes de desorganización en los niños; estas discrepancias se originan basicamente en los siguientes factores:

- La variabilidad de sus manifestaciones en diferentes situaciones.
- La variabilidad del síndrome mismo y
- La variable que se infiere sobre el significado del diagnóstico por los profesionales.

El término 'mínima' en el síndrome de disfunción cerebral mínima quiere indicar que el síndrome no puede entrar en otros patrones reconocidos y está asociado con signos suaves que suponen la evidencia de desórdenes en el cerebro y en la regulación del comportamiento complejo.

ETIOLOGIA DEL SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA: (SDCM) \)

La disfunción cerebral mínima puede ser causada por diversos factores tales como: mal desarrollo fetal, daños cerebrales causados por lesiones externas, variaciones intrauterinas en el desarrollo biológico, transmisión genética y experiencias psicossociales negativas.

"La descripción más temprana de conducta en niños con este síndrome fue en aquéllos en los que se desarrollaron anomalías de conducta asociados a infecciones como encefalitis.

Subsecuentemente, anomalías de conductas similares fueron asociadas con otras formas de infección, envenenamiento y trauma. Estas asociaciones casuales condujeron a un primer diagnóstico etiquetando el síndrome como: Desórdenes de conducta post-encefálicos y lesión cerebral mínima.

Diversos estudios han demostrado una asociación entre prematuridad y dificultades prenatales además de complicaciones prenatales y una variedad de conductas psicológicas y anomalías neurológica en los niños incluyendo epilepsia, deficiencia mental, desórdenes de la conducta y parálisis cerebral.

Una segunda causa del Síndrome de disfunción cerebral mínima es probablemente la genética. Los Clínicos han notado desórdenes familiares con un aparente incremento en la prevalencia de familiares y padres. Tales observaciones son compatibles no solamente con transmisión genética sino también con transmisión familiar de patrones de conducta.

Hay estudios que sugieren que niños prematuros y gemelos monocigóticos registran un aumento en la patología de este síndrome, además de niños que al nacer registran bajo peso. Otra causa del síndrome de disfunción cerebral mínima es el mal desarrollo fetal debido a exposición materna a tóxicos ó infecciones durante el embarazo.

Finalmente hay razón para creer que la conducta por disfunción cerebral mínima puede ser producida por experiencias psicosociales, por ejemplo, institucionalización prolongada durante la escuela primaria, que puede producir un niño que no solamente tendrá dificultades en la formación de relaciones sociales, sino que también presentará anomalías de temperamento y cognitivas incluyendo hiperactividad, inhabilidad para concentrarse e inhabilidades en abstracción,"(18).

CARACTERISTICAS DEL SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA:

+CONDUCTA MOTORA: "La mayor parte de las anomalías de la función motora están relacionadas con un alto nivel de actividad y con una capacidad de coordinación disminuida (Dispraxia)" (19).

En cuanto a la hiperactividad, existen dos tipos:

+ La sensorial: En la que el niño reacciona excesivamente a los estímulos del medio ambiente, "El niño se encuentra interesado en todas las cosas, constantemente tocando ó hablando y queriendo ser observado siempre por su familia para lograr su propia seguridad"(19). Es decir que el niño no tiene la capacidad para desatenderse de los estímulos que no son indispensables para desarrollar la actividad que se propone.

+ La motora: Que es la conducta hiperkinética que se deriva de la hiperactividad sensorial, este tipo de conductas causan graves problemas en el niño, tanto en la escuela como en su hogar. "Al entrar en la adolescencia, la hiperactividad tiende a desaparecer. La hiperactividad no es un síntoma necesario para el diagnóstico de este síndrome, ya que existen niños con síndrome de disfunción cerebral mínima que son normalmente activos ó incluso hipoactivos."(19)

Otra anomalía observada en la conducta motora de pacientes con este síndrome es la incoordinación. La distribución de los niños en este síndrome puede ser bimodal en este aspecto, ya que algunos han reportado marcas de desarrollo a temprana edad, incluso han sido ágiles, sin embargo, la mayoría son niños torpes e ineptos. Problemas de coordinación motora fina han sido reflejadas en lentitud de aprendizaje.

+DIFICULTADES DE ATENCION: "La anomalía más frecuente del síndrome de disfunción cerebral mínima es la baja capacidad de atención y la dificultad para concentrarse. Padres y maestros reportan que estos niños no pueden permanecer en una misma actividad por tiempo prolongado"(19). Sin embargo, se observa que, algunos niños de este síndrome son capaces de persistir en actividades que a ellos les gustan,

La disminución de la atención, al igual que los problemas de coordinación motora pueden disminuir con la llegada de la adolescencia.

+DIFICULTADES COGNOCITIVAS: "La inhabilidad cognocitiva es variable y se puede dividir en tres grupos:

-Aquellos niños con problemas perceptuales-cognocitivos sin dificultades de conducta,

-Otros con problemas de conducta y sin dificultades perceptuales-cognocitivos,

-El más común, que son los niños con dificultades en las dos esferas."(19).

+ DIFICULTADES DE APRENDIZAJE: "Una fracción sustancial de niños con este síndrome manifiestan dificultades de aprendizaje-La dificultad más común es en el aprendizaje de lectura, además de problemas de escritura y aritmética. En este grupo se confunde frecuentemente con el síndrome de disfunción cerebral mínima a la dislexia."(19).

"Los niños con inteligencia normal, medio ambiente normal y preparación en una escuela con buena experiencia en este síndrome obtendrán un mejor pronóstico de desarrollo"(19).

+ DIFICULTAD EN EL CONTROL DE IMPULSOS: "Una característica común en niños con este síndrome es el pobre control de impulsos que se manifiesta en baja tolerancia a la frustración, inadecuado control de esfínteres (Enuresis y encopresis) e irritabilidad. Generalmente cuando son mayores poseen conductas asociales. La habilidad para pensar en el futuro se desarrolla con la edad y en los niños con este síndrome se observa que están por debajo del acoplamiento esperado para su edad."(19)

"El síndrome de disfunción cerebral mínima en los niños contribuye más tarde en desviaciones sociales en adolescentes, datos estos que han llegado a algunos estudios sobre delincuencia juvenil. Por tanto, se concluye que el tratamiento efectivo a temprana edad minimizará los problemas que puedan presentarse en la adolescencia."(19).

+RELACIONES INTERPERSONALES: "Los niños con síndrome de disfunción cerebral mínima son extrovertidos, resistentes a las demandas sociales e independientes. En algunos casos son obstinados, negativistas e incapaces de adaptarse a las reglas disciplinarias existentes. Otra característica importante es el alto nivel de agresividad y la dificultad que se tiene para ejercer el control sobre ellos"(19).

+ANORMALIDADES EMOCIONALES: "Los niños con síndrome de disfunción cerebral mínima muestran incremento de labilidad, reactividad alterada, incremento en la agresividad y disforia, su respuesta al dolor es a menudo disminuida. Por otro lado es hiperreactivo a la frustración y estímulos. El fuerte temperamento exceso de cólera son frecuentes. También frecuentemente son descritos como enojones, irritables y faltos de consideración.

Las mayores características de disforia son: depresión, pobre autoestima, ansiedad y anhedonia (incapacidad para experimentar placer.)"(19)

+ PROBLEMAS FAMILIARES: " Problemas entre el niño y sus padres, entre el niño y su medio ambiente y entre sus padres mismos, ocurren con bastante frecuencia como para ser marca-dos como la llave característica de este síndrome. Atraves de estos problemas que son interpretados frecuentemente como un reflejo de la patología familiar,"(19).

+CONCOMITANTES NEUROLOGICAS: "Hay una prevalencia -
 aumentada de mínimos signos neurológicos en niños con -
 SDCM (del 5-6%), los hallazgos neurológicos labiles son -
 llamados así por su variabilidad y pérdida de correlación
 con lesiones anatómicas; ellos incluyen dificultades en -
 la coordinación motora fina, coordinación motora visual y
 balance, movimientos coreiformes, tosquedad y pobre -
 vocabulario"(19).

Se puede enfatizar que muchos niños con SDCM no tienen -
 anomalías neurológicas detectables. Hallazgos neurológicos -
 pueden apoyar el diagnóstico, pero la ausencia de anomalías -
 neurológicas no descarta el diagnóstico.

+CARACTERISTICAS FISICAS: "Algunos investigadores han
 reportado un incremento en la prevalencia de anomalías
 anatómicas mínimas en niños con SDCM. En general, las ca--
 racterísticas físicas son similares a las vistas en niños-
 esquizofrénicos y en el mongolismo: -Anomalías del -
 epicanto y orejas, paladar alto y arqueado, dedos curvos -
 y cortos, una sola raya palmar anormalmente larga, estra--
 vismo y forma de cabeza alargada"(19).

+DISOCIACION: "Breuler utilizó este término para de--
 signar un síndrome caracterizado por relajamiento de ideas
 con pérdida de la unidad, de la armonía y continuidad -
 psíquica. En el niño con daño cerebral se considera que -
 existe disociación cuando tiene incapacidad para ver las co-
 sas como un todo, o como una guesalt y es causada proba--
 blemente por una desorganización del proceso perceptivo"(20).

+INVERSION DEL CAMPO VISUAL: "Consiste en no poder -
 distinguir la figura del fondo, que adquieren mayor impor-
 tancia que los de la figura. Entre trastorno perceptivo -
 hace que el niño tenga dificultades en el aprendizaje, en-
 su adaptación escolar y en general en todo su ambiente"(20).

+PERSEVERACION: Es la persistencia de respuestas, pregun-
 tas o ideas. En los niños con daño cerebral se observan dificultades
 de aprendizaje de la escritura, testarudez, etc. debidas a su tenden-
 cia a perseverar en determinada idea, esto le impide poner la ade---
 cuada atención para estos factores.

2.6.- EL DELITO Y EL MENOR INFRACTOR:

2.6.1.- La conducta infractora:

Para hablar de conducta infractora, es imprescindible hablar primero de la inadaptación infanto-juvenil; este término que para definirlo está lleno de ambigüedad, representa quizá uno de los factores más relevantes en la conducta infractora.

"Se puede considerar a un individuo adaptado, cuando el desarrollo de sus posibilidades individuales alcancen el mejor grado posible, sin que las relaciones que mantiene con su medio se vean perturbadas de una manera ostensible"(21).

Por lo tanto, la adaptación o inadaptación deberán ser evaluadas, teniendo en cuenta las etapas físicas y psicológicas del desarrollo del individuo.

Ya que la antisocialidad infanto-juvenil está en relación a una serie de influencias psicológicas, sociales y económicas, que, no puede ser medida en términos exclusivamente jurídicos como se ha venido haciendo en los últimos años.

La conducta del menor infractor está caracterizada por la indolencia, menosprecio y jactancia hacia las personas adultas.

Buscan la atención del medio que los rodea por medio de actos "no aceptados", basando su diversión a costa de las demás personas; se aíslan del medio que los rodea y del juicio que de ellos se puedan formar.

Son incapaces de aceptar la autoridad pública o privada, -

aunque dentro de su pandilla fácilmente acatan las órdenes de sus compañeros.

2.6.2.- Etiología del comportamiento infractor:

Existen varias teorías que tratan de explicar la conducta infractora; algunas de ellas hablan del factor médico-psicológico como agente principal, mientras que otras lo hacen dando relevancia al factor socio-económico.

Los primeros son de carácter personal y radican en la individualidad del sujeto, en el que hay que distinguir lo somático y lo psicológico; lo somático integrado por el sistema nervioso y endocrino, y lo psicológico por la vida instintiva, afectiva, intelectual y los procesos psíquicos.

La teoría socio-económica realza la importancia del ambiente que rodea al "autor del hecho" y su carácter en general; dicha hipótesis se apoya en estudios comparativos realizados entre menores infractores y un grupo control de niños no infractores.

Lo cierto es que ni una ni otra teoría ha logrado por sí sola ofrecer una explicación satisfactoria en cuanto a la etiología de la conducta infractora.

A continuación se describirán brevemente los factores físicos, psicológicos y sociales que se consideran pueden influir en la delincuencia infante-juvenil:

I.- AREA FISICA:

A) Factor Hereditario: De acuerdo con estudios hechos por-

(21)

Healy y Spulding, se encontraron pruebas de existencia de tendencias delictivas a través de ciertos factores hereditarios como la imbecilidad y la epilepsia, pero no fue posible hallarlos de una manera afectiva en cuanto a inclinaciones antisociales.

"Aunque no puede invocarse prueba alguna en apoyo a la herencia criminal directa, si puede heredarse cierta potencialidad propicia a establecer un marco dentro del cual puede ejercer su influencia el ambiente, en cuanto a la formación de tendencias delictivas pero éstas, propiamente dichas, no pueden pasar de una generación a otra como herencia afectiva y directa"(22).

B) Factor Perinatal: Un número creciente de evidencias señala los acontecimientos circundantes al parto (pre, peri y postnatales), como especialmente importantes en la etiología de las alteraciones mentales y consecuentemente de la conducta delincuente como expresión de ellas.

C) Causas endocrinas: La influencia de las secreciones glandulares y su relación con las conductas de un individuo ha sido revestida de gran importancia por criminólogos de todo el mundo, los cuales afirman que el mal funcionamiento de ciertas glándulas endocrinas propicia serios cambios temperamentales que pueden llegar a conducir a un individuo a la delincuencia.

D) Epilepsia: "Se define a la epilepsia como una enfermedad inminentemente criminogénica, destacando dentro de este síndrome las ausencias con automatismo, caracterizadas por la pérdida de control de consciencia, acompañadas de actividad automática. La inestabilidad del humor se manifiesta con la alteración de períodos de tranquilidad y períodos de disforia, descargas agresivas e impulsos de violencia. Se resume al fin, que dichas alteraciones pueden conducir al paciente epiléptico al suicidio o al crimen"(22).

E) Alcoholismo y toxicomanía: Es muy conocida la importancia criminogénica del alcohol y las drogas. "Cuando se instala en el individuo una toxicomanía sea esta de mayor ó menor grado, el sujeto llega a olvidar sus propios intereses, como estudiar, trabajar prefiriendo la vida de ocio y el vagabundeo, incluso puede llegar a ser pervertido y violento!"(22)

Los viciosos alcohólicos ó toxicómanos llegan a cometer infracciones contra la propiedad, impulsados por la necesidad de procurarse dinero para satisfacer sus necesidades tóxicas.

F) Deficiencias físicas: "Dentro de este apartado se considera a los sujetos que poseen un defecto físico, el cual puede propiciar un complejo de inferioridad e incluso un resentimiento contra la sociedad que posiblemente los llevará a actitudes como vagancia, mendicidad e incluso a actividades francamente infractoras."(22).

II.- AREA PSICOLOGICA:

El comportamiento irregular ó infractor nos los explicamos desde el punto de vista psicológico como resultante de la interacción de experiencias agresivas, frustrantes, inhibitorias ó destructivas en un momento dado de la vida del sujeto. Sabido es, que cualquier experiencia frustrante en el ser humano puede generar agresividad, la cual sólo tiene dos formas posibles de expresión: ó se manifiesta, actuando y entrando en conflicto con su medio ó se introyecta autodestruyéndose.

"La actuación impulsiva agresiva incontrolable por las características de inmadurez propias de la infancia y adolescencia, dan como resultado una desadaptación al medio y sus realidades. En los menores esta desadaptación puede presentarse explicativamente desde diversos puntos de vista:

- 1.- Incapacidad por inmadurez para ceñirse a las normas socio-culturales de su medio,
- 2.- Limitación intelectual para crear un implemento ó de-

senvolver la conducta en la solución exitosa de las exigencias de la vida.

3.- Respuesta a los estímulos frustrantes, que desquician el yo y lo impelen a apartarse de conductas interpersonales armoniosas y constructivas"(22).

El problema de desadaptación por inmadurez va a ser la base de la explicación para los hechos irregulares o infractores cometidos por menores pequeños, donde la falta de potenciales intelectuales y los posibles conflictos no resueltos de personalidad podrían dar como resultado una mala estructura de personalidad y propiciar una respuesta inadecuado o negativa a las experiencias de la vida.

La limitación intelectual como fuente de hechos de conducta irregular, va a ser respuesta probable a casos de robo, prostitución, libertinaje, evasión y fuga hogareña.

"La explicación de esta conducta la tenemos en que todos los esfuerzos puestos a obtener una satisfacción cultural o económica dada, tropieza que por la inhabilidad resultante de esta limitación intelectual, el sujeto, tras múltiples intentos fallidos, abandona el método socioculturalmente aceptable llegando a ser antisocial"(22).

Toda personalidad mal estructurada es susceptible de cometer infracciones, dada la falta de resistencia a la frustración, la incapacidad para manejar la agresividad y la escasa aptitud de adaptación.

III. AREA SOCIAL:

Existen múltiples factores que influyen negativamente en el desarrollo conductual del niño y el adolescente, dentro del medio social que da forma al ambiente en que el sujeto se desenvuelve

y desarrolla,

Estos factores son:

A) La familia: Si consideramos que la familia es la base de la sociedad, porque en ella se realizan los más altos valores de la convivencia humana, concluiremos que es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso y también de enfermedad y salud. Si existe una familia con padre psicológicamente enfermo, tanto el niño como el ambiente familiar van a estar sometidos a agresiones emocionales que, en un momento dado, va a modificar en forma negativa la personalidad del niño y la estructura y el clima emocional de la familia.

"Las perturbaciones emocionales de los individuos convergen en las experiencias de la vida cotidiana, es la familia el punto de reunión y difusión de los elementos físicos y psicológicos que forman ó destruyen.

El grupo familiar efectúa la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad, determinando así, en gran parte su destino mental.

Aquellos procesos por los que el niño absorbe ó rechaza total ó parcialmente su atmosfera familiar, determinan su carácter. Si el sujeto se desarrolló dentro de una situación de degradación moral de la autoridad paterna, pérdida de la conciencia familiar, etc. es común, que la familia forme sujetos -- frustrados, empujados a la conducta desordenada, antisocial y delictiva."(22)

"La mayoría de los niños aprenden de sus familias como controlar sus sentimientos violentos. Pero en familias donde la violencia es el método primario de solución de problemas, los niños aprenden a transformar sus sentimientos violentos en actos violentos."(23)

Como habíamos dicho anteriormente, si consideramos a la familia como el núcleo moralizador y regulador de los actos cometidos por cada miembro de la familia, concluiremos que la delincuencia puede presentarse más fácilmente en sujetos cuyas familias no logren la integración de valores morales ni "la habilidad para distinguir entre los principios morales, ya que estos constituyen el fundamento de la institución familiar y social."(24).

"El quebrantamiento de la familia como célula de la sociedad trae nefastas repercusiones sobre el cuerpo social en aspectos tales como la violencia"(25)

B) La escuela: La figura del maestro va a jugar un papel importante en la estructuración de la vida emocional-afectiva del individuo; la caracterología de esta figura, así como su personalidad, va a conformar de una manera decisiva la idea ó símbolo de la autoridad que el padre empezó a formar; en la etapa escolar va a quedar establecida, por la forma de conducta del maestro dicha autoridad en el niño. Por ende, si el maestro es irracional, impulsivo ó inadecuado, la autoridad en general va a ser interpretada como tal y vivida como factor frustrante, así, las inadecuaciones caracterológicas del maestro y su personalidad, traerán una repercusión tácita en la formación de la personalidad del niño.

C) El trabajo: El desempeño laboral por parte de los menores, es un factor desencadenante de la desadaptación social y de la aparición de sus consecuencias, ya que esto proporciona la incapacidad de vivencias por inmadurez, limitaciones para desenvolver la conducta y ser prematuramente blanco de estímulos frustrantes.

En la infancia y la adolescencia el medio laboral puede ser un medio francamente criminogénico.

2.6.3.- TIPOS DE DELITO COMUNES EN EL MENOR INFRACTOR:

Podemos considerar dos grandes grupos o tipos de delito - en el menor infractor:

1.- Las infracciones a las leyes Penales y Ordenamientos de la Policía y Gobierno:

En este grupo las conductas son las que atentan al patrimonio como robo, daño en propiedad ajena, etc. que constituye el problema más grave de la antisocialidad infanto-juvenil, de este grupo, el robo es el delito más frecuente; entre 1970 y 1976 el robo ocupó en promedio el 45.07% de los delitos cometidos por varones en este período. (ver tabla # 2).

Por lo tanto, casi el 50% de los delitos cometidos por los menores infractores es el robo en sus distintas variantes.

El alto índice de este tipo de delito, hace volver la mirada hacia lo que significa y representa el mismo, a continuación se definirán los tipos de variantes del robo:

+ROBO: Sustracción de la propiedad ajena sin violencia. - (Puede considerarse como el acto antisocial típico de la adolescencia).

+ROBO FAMILIAR: Este tipo es señal del quebrantamiento del equilibrio psíquico del menor, se asocia a síntomas como mentiras, fugas, rechazo escolar, etc.

+ROBO POR NECESIDAD: Es la sustracción de propiedad ajena para satisfacer una urgencia de supervivencia.

+ROBO GENEROSO: Es la sustracción de objetos o dinero para repartirlos entre sus amigos, para obtener de ellos afecto e interés que no posee de su familia.

+ROBO PSICOGENO: Acto realizado para compensar sentimientos de minusvalía.

+ROBO INFAMATORIO: Es la sustracción de propiedad ajena con el propósito de que se culpe a otra persona por este acto.

Este se divide de dos tipos que son: Robo infamatorio reactivo, que se considera es realizado para vengar algo sufrido por el actor en contra del supuesto responsable, y el Robo infamatorio per verso que se considera es realizado por el solo placer de inculpar a otro por el delito cometido.

PORCENTAJE DE ROBO EN VARONES
ENTRE 7 Y 17 AÑOS.

1970	.....	41.23%	Del total de delitos.
1971	.....	47.14%	"
1972	.....	39.03%	"
1973	.....	45.22%	"
1974	.....	48.77%	"
1975	.....	47.13%	"
1976	.....	46.99%	"

TABLA # 2 Del porcentaje de robo conocido por el Centro Tutelar para menores de D.F.

Dentro del grupo de infracción a las leyes penales se encuentran las conductas que atentan contra la vida y la integridad corporal, entre estas encontramos:

Lesiones - Riñas - Homicidio - Abortos y Abandono de personas.

Por último, en las infracciones a las leyes penales están las ofensas sexuales, a las cuales difícilmente se les puede conocer estadísticamente, ya que escapan por su carácter, al control - institucional.

2.- Las conductas que llevan a causar daños sea a sí mismo, a la familia, a la sociedad ó a sus instituciones, son las que se denominan ESTADOS DE PELIGRO que son:

- Faltas a los reglamentos.
- Irregularidades de conducta
- Vagancia
- Farmacolependencia
- Fuga, etc.

Donde en realidad, estas conductas son generalmente la expresión agresiva del sujeto por la inadaptación a la vida familiar, social, escolar, etc.

TABLA # 3

INGRESOS POR CAUSA. CENTRO TUTELAR D.F.
(VARONES) ENTRE 7 Y 17 AÑOS.
1970-1976.

CAUSA	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
ROBO	1175	1753	1401	1445	1547	1529	1619
TENTATIVA ROBO	119	116	135	146	105	119	107
DAÑO PROP. AJENA.	97	129	132	196	145	204	195
HOMICIDIO	53	64	77	68	60	54	71
LESIONES	390	401	434	429	359	422	325
RAPIO	40	7	33	33	25	28	40
VIOLACION	96	124	115	92	77	103	62
TENTAT. VIOLACION.	26	48	33	35	44	28	27
ESTUPRO	37	49	60	53	69	73	37
INTOXICARSE	537	925	1049	622	463	566	311
IRREG. DE CONDUCTA	180	100	209	125	49	97	129
EBRIEDAD	27	14	25	19	13	7	6
ALLANAM. MORADA	10	10	19	14	12	16	16
FALTAS A REGLAMENTO	502	371	263	220	99	197	90
REVENTA	12	35	49	17	28	25	26
VAGANCIA	17	22	13	41	51	52	96
PROTECCION	8	5	19	2	2	1	4
VARIOS	31	71	158	250	503	408	894
TOTAL	3373	4238	4273	3951	3684	3929	4088

CAPITULO III

M E T O D O L O G I A.

3.1.- POBLACION:

Se utilizaron para este estudio dos poblaciones; una de ellas compuesta por niños infractores reclusos en el Centro Tutelar para Menores Infractores de la Ciudad de Guadalajara, Jal.

La otra, compuesta por los niños inscritos en la escuela urbana No. 810 "Lic. Alfredo V. Bonfil".

3.2. - MUESTRA:

De dichas poblaciones se seleccionaron dos muestras, la primera (a la cual denominaremos en lo sucesivo Grupo no. 1) tomada del Centro Tutelar, la otra (a la que llamaremos Grupo no. 2) de la escuela urbana no. 810.

El número de elementos se fija por medio del método de muestreo por estratos y la selección se hizo por el método de muestreo por cuotas.

Se tomó como error de estimación $B=0,5$, para obtener en número de sujetos por estrato se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N1 \sqrt{1^2} + N2 \sqrt{2^2}}{ND = 1/N(N1\sqrt{1^2} + \sqrt{2^2})}$$

Para obtener esto se necesita conocer la varianza, a la cual vamos a obtener por medio de esta fórmula:

$$\sqrt{X^2} \approx 1/16 \text{ Recorrido/}$$

Donde el recorrido es el promedio mínimo-máximo de los errores.

$$\left. \begin{array}{l} \sqrt{1^2} = 10 \\ \sqrt{2^2} = 8 \end{array} \right\} \text{ Estos valores son estimados para poder obtener el tamaño de la muestra.}$$

Para realizar la fórmula que nos dará el número de sujetos para la muestra, substituiremos los valores de esta manera:

$N_1 = 200$ (Número aproximado de sujetos internados en el Centro Tutelar para Menores.)

$N_2 = 300$ (Número aproximado de sujetos existentes en la escuela Urbana.)

$$N = N_1 + N_2$$

$$D = B^2 / 4$$

Entonces:

$$n = \frac{200(10) + 300(8)}{500(.5^2/4) + 1/500 \{200(10) + 300(8)\}}$$

$$n = 109$$

Así pues, nos encontramos con los números de sujetos para cada población.

$$n_1 = 109 \quad (200/500)$$

$$n_2 = 109 \quad (300/500)$$

$$n_1 = 43$$

$$n_2 = 65$$

En base a estos resultados, se determinó que el número de sujetos para la muestra fuera de 50 por cada grupo, es decir, redondeando los n obtenidos de cada uno.

$$n_1 \text{ y } n_2 = 50.$$

3.3. - SISTEMA DE HIPOTESIS:

3.3.1.-

Ho.- No existen diferencias significativas en el nivel madurativo promedio entre niños infractores y niños escolares no infractores de una misma edad.

Ha.- Existen diferencias significativas en el nivel madurativo promedio entre niños infractores y niños escolares no infractores de una misma edad.

3.3.2.-

Ho.- No existen diferencias significativas en el puntaje promedio de los 'indicadores de lesión cerebral' entre niños infractores y niños escolares no infractores.

Ha.- Existen diferencias significativas en el puntaje promedio de los 'indicadores de lesión cerebral' entre niños infractores y niños escolares no infractores.

3.4.- SISTEMA DE VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- a) Grupo de niños con conducta infractora
- b) Grupo de niños con conducta no infractora

VARIABLES DEPENDIENTES:

- a) Maduración
- b) 'Indicadores de lesión cerebral
(Descritos en la página 50-51)

VARIABLES CONTROLADAS:

- a) Sexo masculino
- b) Edad de 8 a 10 años
- c) Escolaridad mínima de primero de primaria
- d) Nivel socio-económico bajo.
- e) Que no existan problemas de coordinación visomotriz en observación directa.

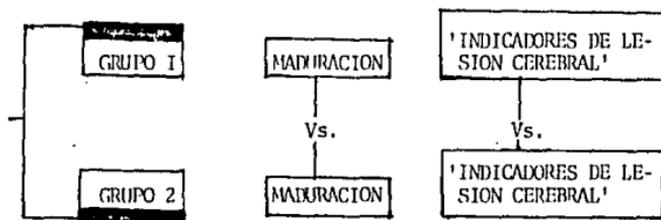
VARIABLES NO CONTROLADAS:

- a) Tipo de delito clasificado como infracción menor
- b) Estructura y dinámica de la familia de los niños en estudio.

3.5.- DISEÑO DE INVESTIGACION:

El presente estudio se realizará con un diseño de investigación CUASI-EXPERIMENTAL que es el estudio comparativo de dos poblaciones.

De estas dos poblaciones se va a realizar una comparación en el siguiente orden:



DONDE:

GRUPO I = grupo de menores infractores.

GRUPO 2 = grupo de menores escolares no infractores.

3.6.- TECNICA DE ANALISIS:

Para analizar los datos obtenidos en esta investigación se empleó la distribución "T de Student", cuya fórmula es:

$$T = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 2) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \cdot \frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}}}$$

3.7.- INSTRUMENTO DE MEDICION:

El Test Guestáltico Visomotor consta de nueve láminas con figuras, las cuales se presentan al sujeto separadamente para que intente su reproducción.

Esta investigación se realizó utilizando las escalas que Elizabeth M. Koppitz elaboró para esta prueba, las escalas que utilizaremos son las encaminadas a medir tanto maduración como 'indicadores de lesión cerebral', (es decir, posible deterioro neurológico,

En la escala de maduración, el Bender refleja el grado de maduración de la percepción visomotora. "Donde su desempeño está relacionado con tres funciones básicas de la percepción visomotora:

-La capacidad de percibir el dibujo como un todo limitado y el poder iniciar y detener una acción a voluntad.

-La capacidad de percibir y copiar correctamente las líneas y figuras en cuanto a orientación y forma.

-La capacidad de integrar las partes en una sola gestalt.

En la escala de maduración son tomados en cuenta los siguientes factores:

- Distorción de la forma.
- Desproporción de la forma.
- Rotación.
- Integración.
- Perseveración.

Estos puntos son marcados en una ó varias figuras, ante la aparición de ellos se puntúa como presencia ó, en caso contrario como ausencia (uno y cero respectivamente).

Al realizar este procedimiento se obtiene un determinado número de errores y a partir de ellos la edad madurativa.

En la escala de indicadores de lesión cerebral Bender señala que, la percepción visomotora es una función integradora de la personalidad como un todo, que está controlada por la corteza cerebral.

Cualquier perturbación de este centro máximo de integración modificará la función integradora del individuo llevandola a un nivel inferior.

Por lo tanto, el Test Gestaltico Visomotor de Bender refleja no solo una lesión cerebral permanente, sino que también una disfunción cortical, sea ésta permanente ó transitoria.

En la escala de 'indicadores de lesión cerebral' se toman en cuenta los siguientes factores:

- Adición u omisión de ángulos.
- Sustitución de curvas por ángulos.
- Sustitución de curvas por líneas rectas.
- Sustitución de puntos por círculos.
- Rotación del dibujo en 45 grados.
- Integración de las partes no lograda
- Omisión ó adición de hilera de círculos.
- Pérdida de le Gestalt.
- Serie de puntos sustituidos por líneas.
- Perseveración.

Al igual que en la escala de maduración, estos puntos pueden ser marcados en una o varias de las figuras.

El sistema de corrección se basa en la presencia o ausencia de dichos errores, sólo que en esta escala la presencia puede encontrarse en dos formas distintas.

SIGNIFICATIVA: A la que se otorgó un valor arbitrario de 1 (Uno).

ALTAMENTE SIGNIFICATIVA: A la que se dió un valor arbitrario de 2 (Dos).

El otorgar valores a estos criterios es con el fin de poder cuantificar el número de errores cometidos en la ejecución de la prueba.

En ambas escalas, la puntuación total son los errores cometidos por el sujeto en la realización de la prueba; en el área de 'indicadores de lesión cerebral' algunos de los indicadores son altamente significativos a partir de los 6,7 u 8 años, como en la presente investigación la muestra abarca de los 8 a los 10 años, siempre que se presenten estos indicadores se tomarán con valor de 2.

Así pues, al obtener los puntajes de errores, se comparan los resultados de ambos grupos de una manera sencilla y veraz.

CAPITULO IV.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS.

Al final de este capítulo se hará un análisis sobre los resultados con el objeto de comprobar si las hipótesis apoyadas en esta investigación son verdaderas o falsas.

4.1.- HIPOTESIS ESTADISTICAS:

MADURACION:

H₀: 1 = 2 No hay diferencias significativas en el nivel de maduración promedio de ambos grupos para cada edad.

H_a: 1 = 2 Hay diferencias significativas en el nivel madurativo promedio de ambos grupos para cada edad.

LESION CEREBRAL:

H₀: 1 = 2 No hay diferencias significativas en el puntaje promedio de 'indicadores de lesión cerebral' de ambos grupos.

H_a: 1 = 2 Hay diferencias significativas en el puntaje promedio de 'indicadores de lesión cerebral' de ambos grupos.

es el promedio de madurez o de 'indicadores de lesión cerebral' en cada grupo.

4.2.- OBTENCION DE LOS RESULTADOS:

Los resultados se obtuvieron por medio del material psicométrico utilizado, al cual como se mencionó anteriormente se le dieron valores de 0,1 y 2 (En escala de 'indicadores de lesión cerebral') y de 0 y 1 (en escala de maduración). Estas puntuaciones se totalizaron para la obtención de los datos requeridos para este estudio.

4.2.1.- OBTENCION DE LOS RESULTADOS EN LA ESCALA DE 'INDICADORES DE LESION CEREBRAL'.

Para la obtención de los resultados en los 'indicadores de lesión cerebral' se procedió, después de la aplicación y calificación del material psicométrico a obtener el total de errores de cada sujeto, después se sacó la sumatoria de estos puntajes y así la media del grupo, posteriormente se obtuvo la varianza de cada grupo (Grupo 1 de los infractores y grupo 2 de los no infractores) Los datos obtenidos por este procedimiento son los siguientes:

	MEDIA	VARIANZA
GRUPO 1: n=50	X= 6,5	S ² = 32,78
GRUPO 2: n=50	X= 5,3	S ² = 10,96

TABLA # 4

MEDIA Y VARIANZA DE 'INDICADORES
DE LESION CEREBRAL'.

4.2.2.- OBTENCION DE LOS RESULTADOS PARA LA ESCALA DE MADURACION:

Para efectuar la comparación de la escala de maduración, se tiene que dividir la muestra por edades, como se había mencionado anteriormente, las muestras utilizadas para este estudio están compuestas por niños entre los 8 y los 10 años de edad, en la escala de maduración es importante observar la edad cronológica del niño, ya que lógicamente, no se puede esperar la misma habilidad de percepción en un niño de 8 años a uno de 10 años. Por lo tanto, esta parte de la investigación se subdivide en tres pequeños grupos compuestos por los niños de 8 años uno, otro por niños de 9 años y el último por niños de 10 años.

Una vez realizada esta subdivisión, se procedió a obtener el número de errores por sujeto, después la sumatoria de estos, la media de cada subgrupo y la varianza de cada subgrupo.

Así pues, de este modo tenemos los siguientes datos:

	GRUPO 1	GRUPO 2
8 AÑOS	$\bar{X} = 5.1$ $S^2 = 24.166$ $n = 6$	$\bar{X} = 5.8$ $S^2 = 15.113$ $n = 18$
9 AÑOS	$\bar{X} = 5.5$ $S^2 = 9.436$ $n = 6$	$\bar{X} = 8.1$ $S^2 = 9.1244$ $n = 18$
10 AÑOS	$\bar{X} = 4.6$ $S^2 = 19.655$ $n = 38$	$\bar{X} = 3.8$ $S^2 = 8.796$ $n = 19$

TABLA # 5

MEDIA, VARIANZA Y TAMAÑO DE MUESTRA DE MADURACION POR EDADES.

4.3.- COMPROBACION DE LAS HIPOTESIS Y RESULTADOS:

Para la comprobación de las hipótesis se procedió a aplicar la 'T' de Student.

Para ella, se necesita calcular una 'T' para contrastarla con las tablas de distribución. De esta manera podemos observar si los resultados obtenidos en la prueba son o no representativos de cada factor de investigación.

La fórmula para la aplicación de la distribución 'T de Student' está indicada en el capítulo #3 pág. # y se tomará un nivel de significación de $\alpha = 0,05$.

4.4.- CONCENTRADO DE DATOS:

4.4.1.- 'INDICADORES DE LESION CEREBRAL'

	\bar{X} MEDIA	VARIANZA	TAMAÑO MUESTRA	VALOR T CALCULADO	VALOR T CRITICO.
G 1	6.5	32.78	50	1,240	± 1.987
G 2	5.3	10.96	50		

TABLA # 6
CONCENTRADO DE RESULTADOS DE 'INDICADORES
DE LESION CEREBRAL'.

4.4.3 MADURACION:

		X MEDIA	S ² VARIANZA	N TAMAÑO DE MUESTRA	Tc VALOR T CALCULADO	Tt VALOR T CRITICO
8 A Ñ O S	G1	5.1	24.166	6	-.3586	±2.074
	G2	5.8	15.133	18	-.3586	±2.074
9 A Ñ O S	G1	5.3	9.436	6	-.1871	±2.11
	G2	8.1	9.124	13	-.1871	±2.11
10 A Ñ O S	G1	4.6	19.655	38	.7142	±2.00
	G2	3.8	8.796	19	.7142	±2.00

TABLA # 7

CONCENTRADO DE DATOS PARA MADURACION

Por lo tanto, de acuerdo a los resultados de las tablas -- No. 6 y 7, se concluye que se acepta lo que nos dice que no existen diferencias significativas entre el grupo de niños infractores y el grupo de niños no infractores tanto en la escala de maduración en cada edad, como en la escala de 'indicadores de lesión cerebral'.

4.5.- COMPARACION DE VARIANZAS:

Dado que los promedios obtenidos en esta investigación no fueron significativos, se hizo un estudio de las varianzas para ver cómo se comportan los puntajes de grupo relacionados con su promedio.

Esto se va a realizar por medio de la distribución "F", que es el comparar dos varianzas para ver si son iguales o diferentes en valor. (Esta comparación se hace en forma de cociente). La fórmula para ésta es:

$$F_c = \frac{\widehat{S}_1^2 \text{ (Mayor)}}{\widehat{S}_2^2 \text{ (Menor)}}$$

Una vez realizada esta comparación con cada grupo, se obtiene un valor determinado que es comparado con una Ft (de tablas) la cual se obtiene por medio de 3 datos:

El valor de alfa que en este caso será de:

$$\alpha = 0.05.$$

✓ Grados de libertad del numerador o sea n-1

✗ Grados de libertad del denominador o sea n-1.

Con estos tres valores, se busca en tablas los valores correspondientes para cada grupo.

Una vez realizadas estas operaciones nos arrojan los siguientes datos;

		Fc	Ft	Hipótesis Aceptada.
LESION CEREBRAL.		2.99	1.6125	$H_a: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$
N A D U R A C I O N	8 AÑOS	1.59	2.81	$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$
	9 AÑOS	1.03	3.11	$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$
	10 AÑOS	2.23	2.075	$H_a: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

TABLA # 8

COMPARACION DE VARIANZAS.

De esta manera, con los datos de la tabla No. 8 podemos concluir que:

En la escala de los 'indicadores de lesión cerebral' y en la maduración correspondiente, ésta última a los sujetos de 10 años, los sujetos del grupo 1 presentan mayor dispersión en los puntajes con relación al promedio de su grupo, mientras que los del grupo 2 presentan menor variabilidad en la disposición de sus puntajes con relación a su promedio.

En la escala de maduración en lo correspondiente a los grupos de 9 y 10 años, presentan una disposición semejante en sus puntajes con relación al promedio de su grupo.

CAPITULO V.

5.1.- CONCLUSIONES:

El objetivo de esta investigación fue el detectar si existen diferencias significativas en el promedio del nivel madurativo (en cada edad) y en el promedio de los 'indicadores de lesión cerebral' entre un grupo de niños infractores y un grupo de niños escolares no infractores, pues según varios autores como; Whitaker, Caso y Tocaven, tanto la maduración inadecuada como algunos tipos de lesión cerebral pueden ser predisponentes en la conducta infractora.

Como se dijo anteriormente, los resultados arrojados por el test giestáltico visomotor en ambos grupos no se consideran como estadísticamente significativos, sin embargo, resulta interesante el observar algunas diferencias encontradas al estudiar los concentrados de datos en cada grupo.

-En la escala de 'indicadores de lesión cerebral' se encontró que el grupo de niños infractores presentó una mayor incidencia de error en los siguientes ítems en las diversas figuras del test:

- + Adición u omisión de ángulos.
- + Integración de las partes.
- + Pérdida de la giestalt.
- + Perseveración.

-En la escala de maduración se encontraron también diferencias entre ambos grupos, sólo que en esta área el grupo de niños infractores presentó menor incidencia de errores en relación al grupo de niños no infractores.

Los ítems en que fue más notoria esta diferencia son:

- + Sustitución de círculos por puntos.
- + Rotación.
- + Desproporción de la figura.
- + Integración mal lograda.

Se considera importante el mencionar nuevamente que los datos anteriormente citados no son significativos, y que en general el número de errores cometidos por cada sujetos fue considerablemente alto; de ésto se puede concluir que en los resultados de este estudio pudieron haber intervenido varios factores o problemas metodológicos tales como:

1.- Ambas muestras pertenecieron a un nivel socio-económico bajo; esto, aunque favoreció a la homogeneidad requerida de ambos grupos, nos dá como resultado que los niños del grupo control pertenezcan a un medio ambiente similar al de los niños infractores, el cual posiblemente no brinde las adecuadas oportunidades para el desarrollo del proceso madurativo visomotor, aunque como es sabido, el niño posee la capacidad innata para la maduración, ésta puede verse limitada por los factores emocionales proporcionados por un medio ambiente poco gratificante.

Podemos suponer que el área de los indicadores de lesión cerebral puede ser afectada por varios factores relacionados tanto con el nivel socio-económico como con el ambiente del desarrollo, --"así por ejemplo, en las poblaciones privadas de una nutrición ade-

cuada o afligidas por la pobreza, se encontrarán lactantes y niños en desventaja en lo que se refiere a desarrollo cerebral"(26).

Además, la desnutrición prenatal debida a inanición de la madre, alterará el desarrollo cerebral y corporal del feto.

Otro factor que puede influir después del nacimiento es - que la privación de cuidado materno, común en el nivel socioeconómico bajo limita la protección familiar, propiciando, probablemente, una mayor probabilidad de que el niño sufra traumatismos intra craneales posteriores a su nacimiento.

Es decir, que de acuerdo a la información proporcionada - por los autores anteriormente mencionados puede significar que los niños desarrollados en este nivel socioeconómico están potencialmente predisuestos a cometer delitos, y por lo tanto, el Gobierno y los programas de salud mental deberán proyectar y realizar - campañas comunitarias de prevención para estos sectores de la población.

Otro factor que puede haber influido en los resultados, - fue que, aunque originalmente se había establecido para la muestra el tomar niños con una escolaridad mínima de 3° de primaria, esta - variable no se pudo controlar ya que el promedio de edad-ingresó a la escuela es considerablemente alta en relación con los niveles - socio-económicos alto y medio.

Por tanto, el nivel de escolaridad se redujo a primero de - primaria, y este aspecto puede hacer que las oportunidades de - desarrollo en cuanto a la coordinación visomotriz pueden verse afec tadas o limitadas, ya que el paso por la escuela ayuda al niño en - este desarrollo.

5.2.- SUGERENCIAS:

Sería recomendable, para futuras investigaciones el agregar un grupo control formado por sujetos de un nivel socio-económico medio, para poder así determinar si los factores mencionados anteriormente pueden llegar a influir en los resultados de la presente investigación.

Se considera también, que para próximos estudios sería recomendable establecer una entrevista previa con los padres y maestros de los sujetos en estudio, para así poder determinar si existieron factores que intervinieran posiblemente en el desarrollo psicomotriz del niño.

Para obtener mayor validez en las futuras investigaciones en este tema, sería aconsejable el correlacionar los resultados por una parte, en el área de maduración con otra prueba que mida maduración psicomotriz y, en el área de lesión cerebral un estudio electroencefalográfico que pueda corroborar los datos obtenidos por la prueba.

Aunque no se encontraron diferencias significativas en los resultados de este estudio, sería recomendable el establecer programas comunitarios preventivos, para así poder lograr la concientización de los padres sobre la importancia que tiene el desarrollo 'sano' del niño y la influencia que en un momento dado puede tener la familia sobre dicho desarrollo.

B I B L I O G R A F I A

- (1) Psicología
James O. Whitaker
Edit. Interamericana
1978
- (2) La delincuencia juvenil
D.J. West
Edit. Labor
- (3) Delincuencia y trabajo social
Georgina T. de Barba
Edit. Humanitas
- (4) Desarrollo de la personalidad del niño
Ragan Mussen-Haneway
- (5) Desarrollo y psicopatología de la personalidad
Norman Cameron
Edit. Trillas
1982
- (6) Psicología de la motivación
Cofer/Apply
Edit. Trillas
1979
- (7) Desarrollo psicológico normal y patológico del niño
Bakwin/Morris
Edit. Interamericana.

- (8) Agresión y delitos violentos
Jeffrey H. Goldstein
Edit. Manual moderno.
1978.
- (9) Fundamentos de psiquiatría
Agustín Caso Muñoz.
2a. Edición Pág. 109.
Edit. Limusa.
- (10) Anatomía de la destructividad humana,
Erich Fromm,
Edit. Siglo XXI
1977.
- (11) Trabajo Social, el niño y su familia
F. Lieberman
Impresora Galve
1984 Págs. 124-126.
- (12) Diccionario de Psiquiatría I.
Antoine Porot.
Edit. Labor.
1977.
- (13) Psicología del niño y el adolescente.
J. de Mbragas.
Edit. Labor.
- (14) Jóvenes desviados y delincuentes.
P. Alberto Horas.
Edit. Humanitas.

- (15) Test Gestaltico visomotor para niños.
Elizabeth M. Koppitz
Biblioteca pedagógica Guadalupe.
4a. Edición.
- (16) Test Gestaltico visomotor (B.G.)
Lauretta Bender
Edit. Paidós
Julio 1980
- (17) D.S.M. III
Manual de diagnóstico estadístico de los
trastornos mentales.
American Psychiatric Association
Edit. Masson
1983
- (18) Psiquiatría infantil
Charles R. Shawn
Edit. Interamericana
1969
- (19) American Handbook of Psychiatry
Capítulo 8 'Síndrome de disfunción cere-
bral mínima en niños'.
Paul H. Wender & Leon Eisenberg
Basic Books, Inc. 1974
- (20) Elementos de criminología infanto-juvenil.
Roberto Tocaven
Edit. Edicol
1979

- (21) Menores infractores.
Roberto Tocaven
Edit. Edicol.
- (22) Trabajo social, el niño y su familia
Florence Lieberman
Impresora Galve
1984 Págs. 126-127
- (23) Documentos Pontificios # 16
Libreria Parroquial de Claveria SACU
1981
- (24) La Familia
Dario Castrillón Hoyos
Edit. Paulinas
1982
- (25) Psiquiatría clínica moderna
Laurence L. Kolb
Edit. La prensa Médica Mexicana
1982

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FE DE ERRATAS

En página 67 de Síntografía, cita No. 25 es:

Fundamentos de psiquiatría

Agustín Caso Muñoz

Edit. Linceo Pág. 321

Y por consiguiente las sucesivas citas se presentan de la siguiente

forma:

23 es 21

27 es 25

28 es 26

33 es 31

34 es 32

35 es 33