



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y LA RELACIÓN  
MADRE-HIJO EN INTERNAS DE ESTABLECIMIENTOS  
PENITENCIARIOS DE LIMA**

PRESENTADA POR  
**BERTHA LUZ CHACALTANA CONDORI**

ASESOR  
**ABEL RODRÍGUEZ TABOADA**

TESIS  
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE FAMILIA

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**

**CC BY-NC-ND**

La autora sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN,**

**TURISMO Y PSICOLOGÍA**

**SECCIÓN DE POST GRADO**

**"SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y LA  
RELACIÓN MADRE-HIJO EN INTERNAS DE  
ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DE LIMA"**

**Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica y de  
Familia**

**PRESENTADO POR:**

**BERTHA LUZ CHACALTANA CONDORI**

**ASESOR:**

**DOCTOR: ABEL RODRIGUEZ TABOADA**

**LIMA, PERÚ**

**2017**

## **Agradecimientos**

A mi familia por su comprensión, apoyo y motivación constante para seguir adelante en mi desarrollo profesional y la culminación de mis objetivos. A mis profesores por sus enseñanzas y orientación. A las internas participantes y a todas las personas que colaboraron en el desarrollo de la investigación.

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre la presencia de síntomas psicopatológicos con el tipo de relación madre niño en madres internas de establecimientos penitenciarios de Lima. El diseño de investigación es transeccional y se evalúa el nivel de relación entre las variables. La muestra está conformada por 87 madres internas que conviven con sus hijos menores de tres años en el Establecimiento Penitenciario Mujeres de Chorrillos y el Establecimiento Penitenciario Anexo de Mujeres Chorrillos. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90-R y el Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre-Niño ERMN. Los resultados muestran una relación positiva baja entre las dimensiones sintomáticas y los índices globales de malestar con las actitudes maternas de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo, encontrándose diferencias en las actitudes maternas de Aceptación según grado de instrucción. Se concluye que la presencia de síntomas psicopatológicos se relaciona con actitudes maternas de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo.

**Palabras claves:** internas, reclusas, actitudes maternas, síntomas psicopatológicos.

## ABSTRACT

The objective of this research is to determine the correlation between psychopathological symptoms of inmate mothers from penitentiaries of the city of Lima with the mother child relationship attitudes. A cross sectional design is used. The participants are 87 inmate mothers that live with their under three years old children in the Mujeres de Chorrillos and Anexo de Mujeres Chorrillos penitentiaries. The instruments are the Symptoms Checklist SCL-90-R and the Evaluation of the mother child relationship Questionary ERMN. Results show that there is a low positive correlation between the sintomatical dimensions and global index with the maternal attitudes of Overprotection, Overindulgence and Rejection, and there are differences in the maternal attitude of Acceptance according educative level. It is concluded that the presence of psychopathological symptoms is related to the maternal attitudes of Overprotection, Overindulgence and Rejection.

**Keywords:** female inmates, maternal attitudes, psychopathological symptoms.

# ÍNDICE

	Pág.
Portada.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
Índice de contenido.....	v
Índice de tablas.....	vii
Índice de Figuras.....	viii
Introducción.....	ix

## CAPITULO I: MARCO TEORICO

1. Bases Teóricas	
1.1 Síntomas Psicopatológicos en las madres privadas de libertad...	11
1.2 La maternidad en la prisión.....	19
1.3 La Relación Madre hijo.....	22
1.3.1 La Teoría del Apego.....	24
1.3.2 Tipos de Apego.....	28
1.3.3 Ampliación de la Teoría del Apego .....	31
1.3.4 Las actitudes maternas en la crianza de los niños.....	34
1.4 El Tratamiento penitenciario.....	37
2. Antecedentes de la Investigación.....	40
3. Descripción de la realidad problemática.....	47
3.1 Planteamiento del Problema.....	47
3.2 Formulación del Problema.....	50
3. Objetivos de la Investigación.....	50
4. Justificación de la Investigación.....	51
5. Limitaciones del estudio.....	52

## CAPITULO II: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1. Hipótesis.....	53
1.1 Hipótesis General.....	53
1.2 Hipótesis Especifica.....	53
2. Variables de la Investigación.....	51

3.	Definiciones Operacionales de las variables.....	55
CAPITULO III: METODOLOGÍA		
1.	Tipo y Diseño de Investigación.....	56
2.	Participantes.....	56
3.	Criterios de Selección de la muestra.....	57
4.	Instrumentos de Recolección de Datos.....	57
5.	Estadísticas para el procesamiento de la información.....	65
6.	Procedimiento.....	66
7.	Aspectos Éticos.....	67
CAPITULO IV: RESULTADOS		
1.	Relación entre Síntomas Psicopatológicos y las actitudes en la relación madre- hijo.....	68
2.	Análisis comparativo de los síntomas psicopatológicos y las actitudes maternas según tipo de delito, hacinamiento y grado de instrucción.....	74
3.	Incidencia de síntomas psicopatológicos en internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.....	77
4.	Actitudes en la relación madre-hijo en internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.....	79
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....		83
CONCLUSIONES.....		93
RECOMENDACIONES.....		95
REFERENCIAS.....		97
ANEXOS		
	Tabla de operalización de variables.....	107
	Escala de Relación Madre Hijo.....	110
	Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90-R.....	112

## Índice de tablas

Tabla 1	Fases del desarrollo del afecto.....	25
Tabla 2	Confiabilidad del SCL-90-R.....	62
Tabla 3	Índices de confiabilidad para las 4 áreas de la ERMN.....	64
Tabla 4	Estadísticos descriptivos del SCL-90-R.....	68
Tabla 5	Estadísticos descriptivos del ERMN.....	70
Tabla 6	Relación entre Síntomas Psicopatológicos y las Actitudes en la relación Madre Hijo.....	72
Tabla 7	Relación entre Síntomas Psicopatológicos y Aceptación.....	73
Tabla 8	Diferencias en el SCL 90-R y el ERMN según Tipo de delito.....	74
Tabla 9	Diferencias en el SCL 90-R y el ERMN según Hacinamiento.....	75
Tabla 10	Diferencias en el SCL 90-R y el ERMN según Grado de Instrucción.....	76
Tabla 11	Incidencia de síntomas psicopatológicos en internas.....	77
Tabla 12	Actitudes en la relación Madre Niño según la ERMN.....	79
Tabla 13	Análisis de la Confusión-Dominancia en las Actitudes en la relación Madre Niño según la ERMN.....	82

## Índice de figuras

Figura 1	La ontogénesis del Internal WorkingModel (IWM).....	28
Figura 2	Diagrama de cajas de las Sub-Escalas de Dimensiones Sintomáticas del SCL-90-R.....	69
Figura 3	Diagrama de cajas de los Índices Globales del SCL-90-R.....	70
Figura 4	Diagrama de cajas de las escalas del ERMN.....	71
Figura5	Puntajes del SCL-90-R en internas madres.....	78
Figura6	Puntajes del ERMN en internas madres.....	80
Figura 7	Confusión -Dominancia del ERMN en internas madres.....	81

## INTRODUCCION

La relación madre- hijo es fundamental para establecer las bases de la forma en que el adulto se relacionará con el mundo, y es la relación primigenia más directa que establecen los seres humanos con el mundo exterior en un hábitat normal, salvo en los casos de abandono o fallecimiento de la madre.

El desarrollo del apego en el niño se produce dentro de los tres primeros años de vida, pudiendo rastrearse desde la gestación debido a que en el feto posee indicios de memoria y reconoce las voces de los padres, siente placer, desagrado y percibe el estrés de la madre al quinto y sexto mes. Por estos motivos es recomendable establecer contacto y comunicación con el menor desde la gestación (López, 2015).

La legislación peruana contempla la permanencia en centros penitenciarios de internas gestantes y con hijos menores de tres años, ubicándolos en ambientes especiales y con acceso a servicios de salud y educación para los niños. Sin embargo las limitaciones de infraestructura, de personal, de acceso a servicios de las madres, indirectamente conlleva a que el niño comparta la prisión con la madre; además existen vacíos legales que podrían mejorar la situación de estas madres y gestantes y por consiguiente mejorar la situación de los niños (Dorigo&Janampa, 2012).

La salud física y mental de la madre es un aspecto a considerar en la relación madre-niño. Lara (2014), señala que no hay diferencia entre la calidad del cuidado de las mujeres que crían sus hijos en reclusión con las que lo hacen en libertad; aunque manifiesta que existen factores como el número de ingresos y los antecedentes de consumo de drogas, asociados a la calidad del cuidado de la madre. Esto concuerda con algunos estudios que señalan la relación entre el

estilo de apego y los diferentes tipos de trastornos psicopatológicos de los hijos (Betancourt, Rodríguez, & Gempeler, 2008; Schimmenti et al., 2014).

El objetivo principal de la presente investigación es establecer la relación existente entre los síntomas psicopatológicos y el tipo de actitudes en la relación madre-hijo de las internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima. Se ha empleado el Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R, para la detección y medición de síntomas psicopatológicos (Robles, Andreu & Peña, 2002) y el Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre Niño ERMN, instrumento adaptado y estandarizado en el Perú por Arévalo (2005) y empleado en investigaciones nacionales asociado a otras variables (Gutiérrez, 2012; Carrillo & Tuya, 2014).

El presente estudio está organizado en cinco capítulos:

En el capítulo I se aborda el marco teórico conceptual, donde se explican los síntomas psicopatológicos y la maternidad en prisión, la teoría del apego, las actitudes maternas y la aplicación del tratamiento penitenciario.

En el capítulo II se plantean las hipótesis generales y específicas de investigación, así como la explicación y definición operacional de las variables.

En el capítulo III se presenta la metodología empleada en la investigación, diseño, participantes, variables, validez y confiabilidad de los instrumentos; se describe la técnica estadística empleada y el procedimiento.

En el capítulo IV se presenta los resultados obtenidos y la descripción donde se incluyen tablas y figuras.

El capítulo V comprende la discusión de los resultados expresados en hallazgos relacionados con los objetivos propuestos y finalmente se presentan las Conclusiones, Recomendaciones y Referencias.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEORICO**

### **1. Marco teórico-Conceptual**

#### **1.1 Síntomas Psicopatológicos en las madres privadas de libertad**

La naturaleza de los cuidados de las madres a sus hijos durante el crecimiento es muy significativa para su futura salud mental (Betancourt et al., 2008). Quezada & Santelices (2010), señalan que la presencia de psicopatología en la madre es un decisivo factor de riesgo para el establecimiento de vínculos seguros en la infancia, afirmando que los niños que no cuentan con estrategias de apego coherentes y unitarias, generalmente tienen madres que padecen estrés o depresión crónicas. Esto se explicaría porque la depresión afecta la habilidad para darse cuenta de las necesidades de sus hijos y brindarles un cuidado emocionalmente nutritivo.

Contreras-Pulache, Mori-Quispe, Lam-Figueroa, & Luna-Praetorius, (2011), señalan que los trastornos mentales maternos han sido reconocidos como factores de riesgo para la salud de la madre y la del ser humano en formación ya que se asocian con el aumento de la incidencia de suicidio materno, el decrecimiento del contacto materno-filial durante el primer año de vida y a una mayor incidencia de conductas violentas en la relación madre-hijo.

Villagra et al. (2011), al realizar el perfil adictivo y psicopatológico de mujeres en prisión concluye que el 44% de la muestra evidenciaba al menos un trastorno mental distinto al abuso de drogas, habiendo una alta prevalencia de problemas de depresión, somatización, ansiedad e ideación paranoide.

Se debe considerar que en la génesis de las conductas antisociales y síntomas psicopatológicos que presentan las internas, existe en muchos casos

antecedentes de violencia sexual, física y psicológica sufrida en las diferentes etapas de sus vidas.

La violencia, es "una conducta real que causa daño físico a otra persona o el intento o amenaza de causarlo" (Douglas, Hart, Webster & Belfrage, 2016, p. 19). Harvey & Robertson (2015), señalan que restringir y negar derechos son conductas violentas. La violencia puede ser: a) Instrumental cuando se utiliza como medio para alcanzar un fin u objetivo determinado, y b) Emocional o expresiva, cuando es una muestra de agresividad producto de la descarga de un sentimiento negativo sin que exista planificación o intencionalidad (Sampó, & Troncoso, 2015; Yáñez, 2015).

Se diferencia la violencia de la agresividad porque en la violencia el grado de fuerza ejercida tiene la intención de causar mayor daño (Company, 2014), las interacciones en la violencia implican una posición de poder sobre el otro (Muruetta & Orozco, 2015) y por último que el daño o amenaza de daño convierte en víctima a la otra persona.

A pesar de que la violencia tiene bases neurológicas establecidas genéticamente o por eventos durante el desarrollo de la persona, debe señalarse que el afecto y los cuidados en la crianza y educación pueden mediar la expresión de la violencia ya que muchas veces las conductas violentas son aprendidas en el seno de la familia (Ramos, 2008).

En el caso de las mujeres que han sufrido violencia de pareja se observará el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con el alcohol, siendo mayor la probabilidad cuando han sufrido violencia sexual por un tercero (Organización Mundial de la Salud, 2014). Entre los efectos en la salud física se encuentran los dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, cefaleas,

fibromialgia, lumbalgia, limitaciones de la movilidad y mala salud general. La violencia sexual, especialmente en la infancia, puede incrementar la probabilidad de consumo de tabaco, alcohol y drogas, y de prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida. La exposición de niños a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil (Organización Mundial de la Salud, Dic. 2014).

La OMS (2014) define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de edad. En las madres internas se ha observado que tienen varias características de las identificadas por la OMS (2014) que incrementan el riesgo de maltrato infantil entre las que se encuentran:

- las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido;
- el hecho de no cuidar al niño;
- los antecedentes personales de maltrato infantil;
- la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil;
- el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación;
- la participación en actividades delictivas;
- las dificultades económicas. (p.1)

Desde este punto de vista, además de la relación entre la violencia sufrida por la mujer y el maltrato que pueden cometer éstas con sus hijos (negligencias, golpes, insultos, etc.), la presencia indicadores de trastorno antisocial de la personalidad, depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad, somatización y el consumo de drogas, debido a las características intrínsecas de estas patologías; también afectarán la relación madre hijo.

El Trastorno Antisocial de la personalidad, definido como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se manifiesta desde los 15 años de edad (DSM IV R); se caracteriza por el fracaso de la persona para adaptarse a las normas sociales, la deshonestidad, la impulsividad, la irritabilidad y agresividad, la despreocupación, la irresponsabilidad y la falta de remordimientos. La irresponsabilidad en el cuidado de los niños, que colinda con el maltrato infantil, se puede observar en el descuido de las internas en los horarios de comida, cambio de pañales y horarios para jugar y dormir con sus hijos.

Se ha observado también la manipulación de las madres a las autoridades penitenciarias, empleando a sus hijos para evitar castigos o conseguir ventajas. Es importante señalar que a pesar que las internas evidencian conductas antisociales como la transgresión de normas sociales, impulsividad y que en algunos casos evidencian irresponsabilidad como madres no podemos concluir que sufren de trastorno de personalidad sin haber realizado un análisis diagnóstico para cada caso.

Por otro lado, existen investigaciones que señalan que las mujeres tienden a involucrarse en conductas antisociales menos agresivas que los hombres, como pueden ser expandir rumores o fomentar el rechazo de otros hacia la víctima (Gaeta, & Galvanovskis, 2011), conductas observadas también en muchas internas.

La sensibilidad interpersonal, en el polo positivo se refiere a la capacidad de comprender las necesidades y emociones de los demás y responder a ellas, mientras que en el polo negativo se refiere a los sentimientos de timidez, vergüenza, hipersensibilidad en las relaciones interpersonales. Los datos de una

encuesta de Salud mental realizada en internos de Lima (Esteban, Reyes & Charcape, 2007), indica que el 60.2% presentó síntomas de sensibilidad interpersonal, medidos con el SCL-90 R. La alta incidencia se corresponde con conductas observadas, especialmente en mujeres al tener dificultades en las relaciones interpersonales por rumores, insultos, envidia, falta de orden, falta de limpieza, etc. La observación de las internas madres indica también que puede relacionarse a una baja autoestima y la poca asertividad en sus estilos de comunicación.

La hostilidad es un sentimiento que se traduce en un pensamiento cognitivo que se caracteriza por una evaluación negativa de lo que nos rodea y de los demás (Lorenzana, 2015). Este sentimiento conlleva pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento. Aunque estudios sobre la prevalencia de la hostilidad empleando el SCL 90-R señalan que esta es baja (Villagra et al., 2011; Esteban et al., 2007), se ha observado que los problemas interpersonales entre las internas evidencian que existen periodos de notoria hostilidad entre ellas sobre todo por rumores o celos. También se tiene conocimiento que algunas madres tienen conductas hostiles con su hijos (gritándolos o maltratándolos), generalmente cuando no hay presencia de las autoridades penitenciarias.

La depresión es considerada la enfermedad mental más común según Mental Health America (2011). La prevalencia de depresión es más alta en mujeres que en hombres debido a características biológicas, psicológicas y sociales relacionadas con el sexo y el género (Zarragoitía, 2013) ya que una de cada cinco mujeres experimentará depresión durante el transcurso de su vida.

Las madres son un grupo especialmente vulnerable. Y las madres internas en un establecimiento penitenciario lo son aún más. Mental Health America (2011) señala que "la depresión puede causar gran tristeza y quitarle a la madre el entusiasmo, la energía y la motivación" (p.8) para criar a sus hijos, la puede hacer dudar de si misma y a experimentar sentimientos de culpa por no alcanzar su ideal de madre. Este problema es común y mayormente se presenta en las adultas jóvenes, durante los años fértiles y durante la crianza de los hijos.

Mental Health America señala que algunos de los síntomas asociados a la depresión materna son:

- Propensión a irritarse o intranquilidad
- Tristeza y llanto frecuente
- Distanciamiento de los seres queridos y aislamiento social
- Sentimientos de desesperanza e impotencia
- Poca motivación e interés en las actividades diarias
- Cansancio y fatiga constante y sueño irregular
- Falta de interés en sí misma y en los hijos

La somatización es un síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas somáticos múltiples no explicados por ninguna otra enfermedad, y que se incrementan en respuesta a factores psicológicos o situacionales (Guzmán, 2011 y Hernández, 2015). Según diversos estudios parece ser que las mujeres presentan tienden a somatizar más que los hombres y es frecuente en pacientes con depresión y ansiedad (Guzmán, 2011).

Entre las causas de este trastorno se encuentran factores biológicos asociados a bajo umbral del dolor (por hiperactividad del locus coeruleus y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro) y

factores psicosociales como situaciones legales, servicio militar, pensiones o compensaciones por incapacidad en hombres y; antecedentes de abandono, maltrato o abuso físico o sexual por parte de sus padre o convivientes en mujeres (Guzmán, 2011).

Es necesario señalar que a pesar de existir pocos estudios sobre el tema, muchas internas refieren en sus historias clínicas haber sufrido maltrato por parte de su conviviente. Las solicitudes de atención al tópico del penal son frecuentes y muchas veces se asocian a síntomas como lumbalgias, dolores de cabeza, insomnio, etc.

La ansiedad es "una respuesta de preparación o activación de nuestro organismo ante una posible amenaza la cual puede ser un estímulo difuso o poco concreto" (Caseras, 2009, p. 16). Se observa que la ansiedad en las internas es excesiva impidiéndoles el pensar o actuar con normalidad, interfiere con su vida diaria y puede o no estar asociada a un peligro real. La preocupación o miedo exagerado se da en relación con el manejo de sus hijos, preocupaciones económicas, preocupaciones judiciales, principalmente. Las internas refieren sentirse preocupadas, que ya no pueden más, tienen problemas para concentrarse, se sienten tensas y también se pueden evidenciar sudoración palmar, dolores de estómago, cefaleas, etc.

Respecto al consumo de drogas como marihuana, cocaína o antidepresivos; se conoce que éste ha existido en algunas madres internas, pero debido a su carácter clandestino es difícil para las autoridades penitenciarias el poder detectarlo.

Carrera (2007), afirma que el apego inseguro en el niño contribuye de manera indirecta e inespecífica al desarrollo de un trastorno, amplificando alguna vulnerabilidad existente, por ejemplo genética.

Betancourt et al. (2008) afirman que con respecto a la aparición de patologías en el vínculo madre-hijo debe establecerse una auténtica correspondencia entre las demandas reales del niño y la capacidad de respuesta de la madre. De esta forma, con la edad se irá incrementando la seguridad, aunque la amenaza de pérdida generará angustia y una pérdida real producirá aflicción y depresión.

Prada (2004) señala que desde el punto de vista del apego, el comportamiento psicopatológico se originaría en la dirección desviada que tome el desarrollo psicológico de la persona, por ejemplo, eventos negativos de apego como el abuso del niño, la pérdida de la figura materna o apegos inseguros pueden originar psicopatologías en el niño que luego se reflejarán en el adulto. Por otro lado, Cloninger (2003), recomienda tener cuidado al responsabilizar a los padres de los trastornos del apego, ya que se deben considerar aspectos como el temperamento infantil.

Se debe considerar que en la relación madre niño y las posibles psicopatologías que se pudieran dar en ella; las pautas de socialización y el medio social de los estilos de crianza, influyen en el desarrollo del niño. Éstos giran en torno a dos ejes: el primero que se ubica entre la permisividad y la coacción, la libertad de acción y la vigilancia; y el segundo es el soporte emocional que brindan los padres a sus hijos, el cual se articula a lo largo de una línea continua que va de la calidez a la hostilidad (Becerra, Roldan & Aguirre, 2008).

## **1.2 La maternidad en la prisión**

Existen relativamente pocos estudios que realicen una descripción de la criminalidad en las mujeres. El aspecto que destaca es la baja tasa de criminalidad femenina (Hernández & Domínguez, 2009, Herrera & Expósito, 2010), que en nuestro país afecta al 6.8% de la población penitenciaria (INPE, 2014).

De acuerdo a Hoffman-Bustamante (1973, como se citó en Hernández & Domínguez, 2009) existen cinco factores que modulan la relación entre criminalidad y sexo:

1. Expectativas diferentes en los roles atribuidos.
2. Patrones de socialización y de aplicación del control social diferentes.
3. Diferencias determinadas estructuralmente en la posibilidad de cometer determinados delitos.
4. Presión y delimitación diferenciada a sus integrantes por parte de las subculturas delictivas.
5. Las diferencias sexuales establecidas por las categorías criminales; por así decirlo, hay delitos más cometidos por hombres que por mujeres debido a la mayor fuerza física y a la mayor actividad que la sociedad espera de los hombres.

La incorporación de la mujer al mercado laboral también tiene influencia en la criminalidad, por ejemplo, en países europeos en los que las mujeres han logrado una mayor independencia económica, se presenta un menor índice de criminalidad femenina (Hernández & Domínguez, 2009).

En el Perú, los datos de la Oficina de Estadística del INPE (2014), indican que el 60.4% de la internas se encuentra por delitos de Tráfico Ilícito de Drogas,

el 15.1% se encuentra por delitos contra el patrimonio (robo, hurto y estafa), 7.4% por delitos contra la vida el cuerpo y la salud (homicidio, parricidio y lesiones) y el 17.1% por otros delitos.

Respecto al consumo de drogas, existe poca información actualizada respecto a la prevalencia e incidencia del mismo. En el 2002 el INPE en asociación con CEDRO, realizó una encuesta en el E.P. de Mujeres Chorrillos donde señalaron una prevalencia en el consumo de marihuana del 10.6%, de PBC del 5% y de clorhidrato de cocaína del 6%. La observación de la conducta de las internas revela además un consumo de cigarrillos y café, siendo alta la solicitud de tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Aunque existen pocos datos sobre el consumo de drogas de la población femenina penitenciaria, de acuerdo a Sánchez, (2012), en España, el consumo de los tranquilizantes y los somníferos es más alto en mujeres que en los hombres. Sánchez (2012), atribuye estas diferencias al rol tradicional femenino (reproducción y cuidado del hogar), que favorece la aparición de situaciones de incomunicación, aislamiento social y por consiguiente la ausencia de reconocimiento, valoración social, proyectos y espacios para la realización personal.

Herrera & Expósito (2010), afirman que existen diferencias de género y que por lo general, los hombres tienden a justificar más sus delitos, se perciben como víctimas del sistema y tienden a no asumir su responsabilidad en el delito; mientras que las mujeres tienden a recriminarse más por su conducta sintiendo culpabilidad. Asimismo, la autoestima de las mujeres se ve dañada con mayor fuerza por la pérdida de sus roles familiares más íntimos (Baca-Neglia, Chacaltana-Condori, Roa-Meggo, Zegarra & Bustamante, 2015; Herrera & Expósito, 2010).

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (2010), señala que las reclusas en espera de juicio tienen mayor número de intentos de suicidio que sus contrapartes femeninas en la comunidad y que los reclusos en prisión. Además, la tasa de suicidio en las mujeres parecen ser más alta que en los hombres. También presentan altas tasas de enfermedades mentales graves. Esto debido a factores estresantes como la inminencia de una sentencia condenatoria, la ruptura familiar, aplicación de sanciones, etc., las que unidas a cierta vulnerabilidad (como por ejemplo a la depresión, ansiedad, somatización, etc.) y a la falta de recursos de apoyo socioemocional pueden culminar en un colapso social y emocional conduciendo finalmente al suicidio.

En el Perú, las internas embarazadas y las que conviven con sus hijos menores de tres años son ubicadas en ambientes especiales. El chequeo y control médico se realiza en el área de salud del establecimiento penitenciario y los partos se realizan en un hospital o establecimiento de salud de la comunidad.

El Código de Ejecución Penal, señala que la madre permanecerá con sus hijos hasta que éstos cumplan los tres años de edad, momento en el cual deberá ser ubicado con la familia de la interna y de no tener familiares, será ubicado en un albergue del estado.

Si la interna tiene hijos mayores de tres años, con frecuencia estos se quedan a cargo de la madre de la interna, de manera similar que en otros países (Hernández & Domínguez, 2009; Shamaí & Kochal, 2008).

Shamaí & Kochal (2008), han abordado la maternidad en prisión indicando que si bien algunos estudios indican que no hay diferencias entre los valores y capacidades parentales de las mujeres dentro y fuera de la prisión, existen otros estudios que indican que si están comprometidos. Un aporte muy importante

desde la perspectiva de familia es analizar la maternidad en la prisión desde cinco polaridades:

1) *Maternidad como sentido de esperanza vs. Maternidad como sentido de falla.* Se explicaría porque mientras que algunas internas le atribuyen a la maternidad un motivo para seguir adelante, otras internas creen que han fracasado como madres y se sienten llenas de culpa y ansiedad, pudiendo involucrarse en el consumo de drogas.

2) *Mantener el contacto con sus hijos vs. Evitar el contacto con sus hijos.* Algunas madres pueden afrontar el estrés y la desesperanza y mantienen el contacto y cercanía con los hijos, otras madres evitan a sus hijos para suprimir el dolor y la culpa por el daño que les han ocasionado a sus hijos.

3) *Aceptar el cambio y acercarse a sus hijos Vs. No aceptar el cambio.* Algunas madres, por efecto de una relación cercana pueden reconsiderar su posición respecto a su hijo y acercarse a ellos, aceptando su maternidad. En otras madres, esto no se producirá.

4) *Reparación vs. Cuestionamiento del derecho a ser madre.* Algunas madres buscaran redimirse por haberse alejado de sus hijos, mientras que otras se mantendrán escépticas y continuaran en el cuestionamiento de su maternidad.

### **1.3 La Relación Madre- Hijo**

El cuidado de un niño es un trabajo demandante que tiende a generar estrés en los padres o criadores pero que se equilibra con el deseo de la mayoría de los padres por tener hijos sanos, felices y seguros. John Bowlby (2012) señaló que existe solida evidencia de que en hogares estables, donde ambos padres brindan tiempo y atención a sus hijos ellos crecerán y se desarrollaran sanos, felices y seguros.

La primera relación que establece el niño es con la madre, diferentes estudios (Brazelton, Koslowsky & Main, 1974; Stern, 1975; Klaus, Trause & Kennell, 1975; Schaffer, 1977; Sander, 1977; Robson & Kumar, 1980; como se citó en Bowlby, 2012), describen las fases tempranas de esta interacción que incentivarán la naturaleza social y cooperativa del ser niño. Las primeras relaciones entre madre e hijo son llamadas vínculo (*bonding*), y son muy importantes porque experiencias tempranas como abrazar, acariciar, alimentar al niño formarán en la madre un sentimiento de conexión con el niño lo que fortalecerá cualidades maternas como paciencia, persistencia, entendimiento y cuidado de su niño (Rose, 2005), entre otras acciones.

La teoría del apego explica ciertos esquemas de comportamiento que caracterizan no solo a bebés e infantes sino también a adolescentes y adultos que antes de su formulación se explicaban en términos de dependencia y sobredependencia; también las observaciones de la conducta de los niños frente a situaciones extrañas han servido para ampliar su fundamentación. (Bowlby, 2006). Gómez (2012) señala que durante la vida existen tres apegos verdaderos: el apego a la madre o cuidador primario es el primero, el segundo es hacia la pareja y el tercero sería hacia el hijo o hijos.

Los orígenes de esta teoría son psicoanalíticos, específicamente en el tema de las relaciones de objeto, también se inspira en conceptos de la etología, de la teoría de la evolución (el apego como una forma de adaptación que eleva la probabilidad de supervivencia del niño), de la teoría cibernética de la regulación o *control theory* (porque analiza el comportamiento de sistemas que evolucionan con el tiempo) y de la psicología cognitiva porque propone modelos de representación interna (Bowlby, 2006 y Cassidy, 2016).

### **1.3.1. La Teoría del Apego**

En 1958, Bowlby, psicoanalista británico, introduce la teoría del apego (Benson & Haith, 2009). Entre sus antecedentes se encuentran observaciones realizadas en los años 30 y 40 por Laretta Bender, Dorothy Burlingham, Anna Freud, William Goldfarb, David Levy y Rene Spitz acerca de los efectos negativos en la personalidad del cuidado prolongado en instituciones y los cambios frecuentes de la figura materna en los tempranos años de vida (Bowlby, 2012).

Bowlby, en su obra de 1951, *Maternal Care and Mental Health*, describió las influencias adversas en el desarrollo de la personalidad, debidas al cuidado negligente durante la niñez temprana, y también por el distress que sufren los niños cuando son separados de aquellos que conocen y aman. En un estudio retrospectivo, analizó la biografía de 44 ladrones juveniles llegando a la conclusión de que las relaciones tempranas madre-hijo alteradas constituyen un precursor claro de la enfermedad mental (Rivera, 2012).

Asimismo desarrollaría las bases de la actual Teoría del apego, entendiendo que los niños pequeños tienen una predisposición biológica a desarrollar apegos mediante conductas como el llanto, asimiento y el seguimiento con quienes cuidan de él porque así se garantiza su supervivencia, y que además será eficaz si se complementa con la respuesta de los padres. En otras palabras, la conducta de apego aparecerá cuando se percibe un peligro y cesará cuando se percibe seguridad (Schaffer, 2000).

Bowlby definió el apego como un lazo emocional que el infante construye y elabora con su cuidador o cuidadores principales en el contexto de las interacciones diarias, mientras que las conductas de apego son las manifestaciones conductuales que permiten al niño alcanzar la proximidad y el

contacto deseado (Benson & Haith, 2009). Otra diferencia consiste en que mientras que las conductas de apego pueden extinguirse, el vínculo de apego perdura de manera consistente a través del tiempo (Belsky & Cassidy, 1994; como se citó en Carrera, 2007).

Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola, & Sainz (2001), señalan que para Bowlby, el apego es como un sistema de control que adapta la conducta para el logro de fines que surgen por las necesidades del momento, es decir, cuando el niño percibe situaciones peligrosas o siente miedo buscará la seguridad que le brinda la cercanía de su figura de apego y de no darse, el niño se dedicará a explorar el ambiente.

El apego, desde la perspectiva de Bowlby, pasará por cuatro etapas diferenciadas durante el desarrollo del niño (Eijgenraam, 2017), descritas en la tabla 1, que muestra la manera en que se desarrolla el carácter de los apegos a medida que la conducta se vuelve cada vez más organizada, flexible e intencional.

**Tabla 1**

*Fases del Desarrollo del Afecto*

Nombre	Rango de edad (en meses)	Características principales
1. Preapego	0 - 2	Respuesta social indiscriminada
2. Apego en formación	2 - 7	Reconocimiento de las personas que conoce
3. Apego bien definido	7 - 24	Protesta ante la separación; cuidado y reserva ante los extraños; comunicación intencional
4. Asociación corregida por los objetivos	24	Relaciones más bilaterales, los niños comprenden las necesidades de los padres

*Nota:* Tomado de Schaffer, R. (2000).

Como se puede observar en la tabla 1, de cero a dos meses de edad el infante emitirá respuestas sociales indiscriminadas como por ejemplo, llorar,

sonreír, balbucear, seguir y alcanzar. Estas conductas tienen una función biológica de acercar al infante a sus padres a fin de conseguir seguridad y comodidad.

Entre los dos y siete meses, a medida que el reconocimiento perceptivo de los infantes va madurando, reconocerá a las personas que cuidan de él con regularidad. Sin embargo, es recién entre los siete y veinticuatro meses, que el infante protesta ante la ausencia de las personas a las que tiene afecto, demostrando la existencia de un fuerte lazo; es a partir de este momento que las respuestas de apego se podrán organizar en sistemas de apego coherentes enfocados a individuos particulares.

A partir de los veinticuatro meses, el niño comprenderá las conductas de los padres y se comportará de manera intencional con la finalidad de conseguir sus objetivos (asociación corregida por los objetivos) teniendo capacidad de retroalimentarse según los resultados obtenidos; por ejemplo, el llanto no es solo una reacción interna sino que puede ser utilizado para llamar la atención de la madre ajustando su intensidad dependiendo de la reacción de la madre.

Como consecuencia de los contactos sucesivos con el mundo exterior y de la respuesta o disponibilidad de las figuras de apego, el niño construirá *modelos de representación interna (internal working models - IWM)* o formas en las que internalizará la interacción con el mundo y las personas significativas dentro de él, incluido él mismo, que cada vez serán más complejos (Yárnoz et al., 2001; Kobac, Zajac & Madsen, 2016). La construcción de los IWM se inicia cuando se alcanza la asociación corregida por los objetivos.

Los modelos internos son las representaciones mentales que el niño en desarrollo se va formando de su primera relación de apego y que tendrá

profundos efectos en sus futuras relaciones y también en su éxito como padre (Russell & Jarvis, 2003). Por ejemplo, si el niño internaliza un modelo interno de apego como amable y confiable, tenderá a llevar estas cualidades a sus futuras relaciones, si internaliza un modelo en el que fue descuidado o abusado, entonces existe la probabilidad de que reproduzca este patrón, además Bowlby creía que los patrones de comportamiento podían transmitirse dentro de la familia.

La figura 1, explica el proceso de formación de un IWM. Se representa la interacción entre el Self (S) y el Objeto (O). En el plano inferior se representa al Self en el estadio inicial que se inicia con la creencia del niño de que la figura de apego le ofrecerá su apoyo, y la forma en que el Objeto o figura de apego, responderá a las solicitudes de apoyo y protección. En el segundo plano se observa cómo los recuerdos generales y específicos de estas experiencias iniciales de apego servirán para que el niño reproduzca esquemas de relación que le servirán de modelos mentales. En el tercer plano se observa cómo estos modelos mentales se organizan en una estructura ordenada y continua que le servirán para conocer e interpretar sus necesidades y así poder arribar a un cuarto plano en el que se podrá reconocer y entender las características psicológicas de otras personas.

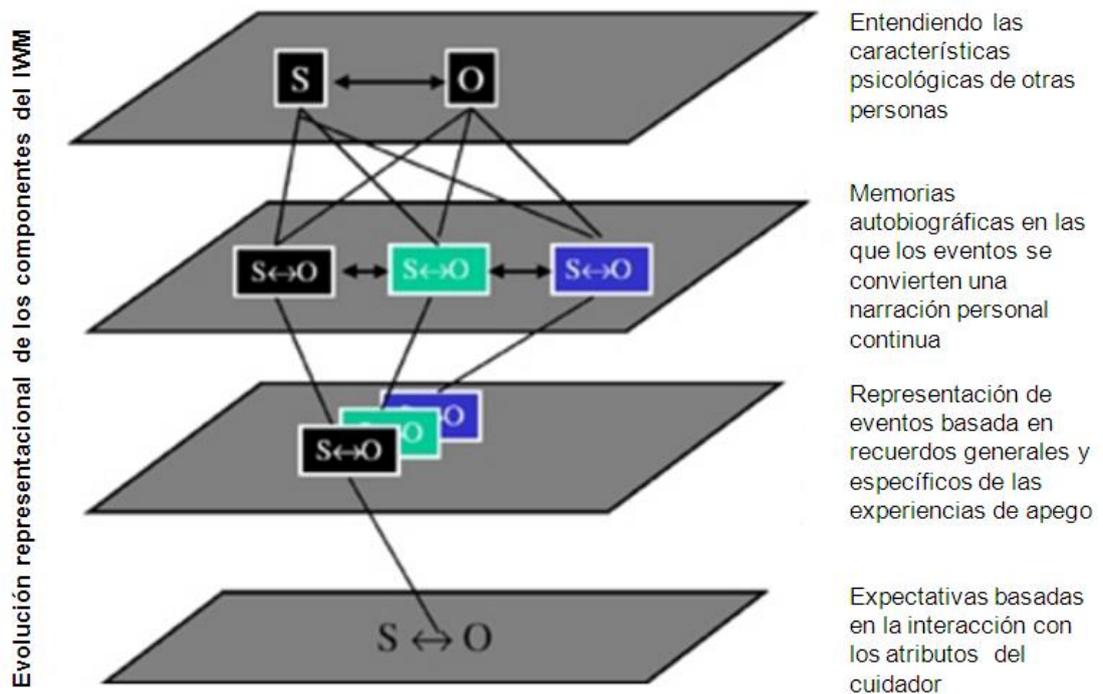


Figura 1. La ontogénesis del *internal working model* (IWM). Tomado de Fonagy (2010).

Es importante indicar que para Bowlby, aunque la conducta de apego es resistente al cambio, siempre hay un continuo potencial para el cambio, por lo que en cualquier momento una persona puede ser influida por la adversidad o por eventos favorables (Steele, 2005).

### 1.3.2. Tipos de Apego

Mary Salter Ainsworth, ampliará las ideas de Bowlby, proponiendo la existencia de diferentes tipos de apego a partir de una situación de laboratorio llamada "Situación Extraña" (Rivera, 2012), con la cual desarrolló la primera categorización de los tipos de apego que se pueden observar en las relaciones habituales entre madre e hijo (Carrera, 2007).

La Situación extraña, es un procedimiento donde el infante y la madre participan en una serie de episodios de tres a cuatro minutos donde se

encuentran: 1) la madre y el observador, 2) presencia de la madre, 3) presencia de la madre y un extraño, 4) separación de la madre y presencia de un extraño, 5) reunión con la madre, 6) segunda separación con la madre, 7) reunión con un extraño y 8) segunda reunión con la madre (Goodman, 2014).

Ainsworth, activaba el sistema exploratorio de un niño de 1 año de edad al introducirlo en un cuarto de juego. Minutos después urdía la separación madre/niño, intentando activar el sistema de apego.

La autora observó que niños con un apego normal o seguro, disminuían el juego y la alegría, la misma que regresaba cuando se reunía con su madre. Para estos niños, las observaciones en el hogar confirmaban una respuesta sensitiva por parte de la madre, por lo que se les clasificó en el grupo de niños con Apego Seguro.

Aquellos niños que se observaron menos alegres y con menor número de conductas exploratorias después de la separación, actuaron a la defensiva al reunirse con sus madres. En estos niños, las observaciones en el hogar confirmaron una historia de insensibilidad (interferencia), y/o falta de respuesta (rechazo) en la conducta materna; por lo que se les clasificó en el grupo de Apego Ansioso Evitativo.

Con otros niños, la exploración fue ineficaz y el distress prevaleció durante la observación en el laboratorio y no se recuperó cuando regresó la madre. La observación en sus hogares confirmó un estilo ineficaz de conducta materna, estos niños fueron clasificados en el grupo de Apego Ansioso ambivalente (Steele, 2005; Shaver & Mikulincer, 2009; Carrera, 2007).

En base a estas observaciones, los estilos de apego definidos por Ainsworth en 1978 (Carrera, 2007), son los siguientes:

### ***Apego Seguro (B)***

Se encuentran los niños que exploran libremente el ambiente en presencia de la figura de apego, y ante su partida, protestarán y la buscarán activamente. Estos niños se reconfortan fácilmente cuando ella vuelve. Por lo general, las madres de niños con apego seguro perciben rápidamente las señales de sus hijos. Según Carrera (2007), comprenden entre 55-65% de la población normativa.

### ***Apego Inseguro- Ambivalente o resistente (C)***

Los niños clasificados en este grupo, ante la separación materna o de la figura de apego, protestarán violentamente y lloraran mucho, sin embargo, cuando ésta regresa, se resistirán a ser consolados. Son niños que se frustran fácilmente y que muestran ansiedad difusa, incluso cuando la madre está presente. Las madres de estos niños comúnmente responden de manera inconsistente a las señales de sus hijos, mostrándose a veces poco disponibles o inaccesibles y "otras veces intrusivas y excesivamente afectuosas. Comprenden el 10-15% de la población normativa" (Carrera, 2007, p. 56).

### ***Apego inseguro- evitativo (A)***

Los niños con apego evitativo mostrarán poca angustia ante la separación de su figura de apego, y no buscarán contacto con ella a su retorno, sino que focalizaran su atención a los juguetes, para desviar la atención del deseo de establecer contacto con la figura materna. Estos niños aparentan estar desapegados de sus madres y muestran aversión al contacto visual. Las madres de los niños de apego evitativo se mostrarán frías emocionalmente y con un abierto rechazo a los intentos de proximidad o contacto corporal de sus hijos. Comprende el 20-25% de la población normativa (Carrera 2007).

Según Ainsworth las diferencias cualitativas en los apegos de los niños obedecen a la naturaleza de sus experiencias, interacciones con la madre, postulando que el grado en que sus apegos se caracterizan por la seguridad o inseguridad está determinado por el grado de respuesta sensible de la madre en el manejo del infante durante sus primeros años de vida. Schaffer (2000) señala que Ainsworth, Blehar, Waters y Wahl, mostraron que las madres que respondieron de una manera sensible a las señales de sus infantes en situaciones como la alimentación, el juego cara a cara, el contacto físico y los episodios de sufrimiento tendrán niños con afecto seguro, el no ofrecer ese manejo sensible resulta en uno de dos tipos de inseguridad.

### **1.3.3. Ampliación de la teoría del Apego**

Mary Main amplió la teoría e investigación sobre el apego en dos formas: 1) Descubrió un cuarto patrón de apego, el cual posteriormente se descubrió que está relacionado a la psicopatología 2) Empezó la tarea de evaluar la calidad de los patrones de apego en su nivel representativo, es decir el IWM (Goodman, 2014) en los adultos.

En 1986 Main y Judith Solomon presentaron una cuarta categoría de apego infantil denominada: Insegura-desorganizada/desorientada. Esta categoría, conocida como categoría D, se basa en el estudio de la respuesta de niños al procedimiento de Situación extraña de Ainsworth (Adrián, 2008, Chu, 2011).

En la situación extraña, había niños que parecían desorganizados en presencia de sus madres y su conducta de acercamiento era muy distinta a la de los niños inseguros. Descubrió que esta forma denominada Desorganizada con frecuencia incluye distracción, disociación y signos de miedo y confusión, dando al examinador la impresión de que el sistema de apego se había roto

completamente. Por ejemplo estos niños se acercaban a sus madres, luego voltear hacia la pared o luego verla, esconderse detrás de la silla, dar vueltas o usar otras conductas distractoras (Newton, 2008).

La conducta desorganizada aparece cuando el infante esta marcadamente asustado por la figura de apego, como sucede en infantes con historia de maltrato, quienes experimentan una paradoja en la que su figura de apego primario, que debe ser su fuente de protección y seguridad, es simultáneamente la fuente de amenazas y el origen de sus miedos. Esta desorganización se agravara si los cuidadores demuestran conductas de miedo en presencia del infante, como si el infante fuera la fuente de amenaza y peligro; ya que el infante creerá que él es la razón por la cual el cuidador no puede protegerlo, dejando al infante sin estrategias para compensar esta situación, (Shah & Strathearne, 2014).

De acuerdo a Newton (2008), los padres de estos niños necesitan también ayuda, ya que hay muchos factores involucrados, dado que muchas veces estos padres han sufrido abuso o negligencia cuando eran niños.

Main también es conocida por haber diseñado un instrumento para medir las representaciones internas de los adultos basándose en los recuerdos de éstos. Junto a George y sus colegas en la Universidad de California y Berkeley, desarrolló la Entrevista de Apego Adulto o *Adult Attachment Interview* o *AAI* (Shah & Strathearne, 2014). La entrevista consiste en preguntar al sujeto por el recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia así como por su valoración; enfatizando en cómo responde el sujeto y no tanto el contenido. La entrevista ayuda a mostrar el mundo representacional de la persona, sus IWM y

la capacidad para pensar sobre las propias representaciones y su significado (Rivera, 2012).

La *Adult Attachment Interview* clasifica a los tipos de apego adulto de forma similar a la Situación Extraña, aunque Rivera (2012) señala que la AAI predice la sensibilidad materna sin establecer una correspondencia clara con la clasificación de la Situación Extraña. En la AAI se describen cuatro tipos de apego:

**a) Tipo seguro o autónomo.** Las experiencias infantiles, ya sean positivas o negativas son valoradas con coherencia y equilibrio por los adultos con este tipo de apego. Mostraran explicaciones coherentes y creíbles y los padres no serán idealizados ni recordaran con ira el pasado. Estos adultos cuando llegan a ser padres se muestran sensibles y afectuosos con sus hijos, que suelen ser clasificados como seguros en la Situación del Extraña (Rivera, 2012).

**b) Tipo preocupado.** Estos adultos mostrarán excesiva emoción al recordar sus experiencias infantiles, observándose frecuentemente ira hacia sus padres. Muestran una imagen inconsistente y contradictoria de sus padres pareciendo confundidos y agobiados respecto a la relación con ellos. Cuando llegan a ser padres, se muestran preocupados por su competencia social, sin embargo, con sus hijos mostrarán interacciones confusas y caóticas, serán poco receptivos y frecuentemente interferirán con la conducta exploratoria del niño. Por lo general sus hijos son clasificados como inseguros-ambivalentes.

**c) Tipo rechazado.** Los adultos de esta categoría tienden a idealizar a sus padres, sin ser capaces de recordar experiencias concretas con ellos y además, restan importancia a sus relaciones infantiles de apego. Los recuerdos

de su infancia son pocos y les genera poca emoción, recordando de manera fría e intelectual. Al llegar a ser padres, suelen ser fríos y a veces rechazantes con sus hijos, los que tenderán a ser clasificados inseguros-evitativos.

**d) Tipo no resuelto.** En esta categoría se encuentran los adultos que muestran desorientación, confusión y errores significativos en sus procesos de interpretación de las experiencias de pérdidas y traumas. Características de los tres grupos anteriores se pueden observar en ellos.

#### **1.3.4 Las actitudes maternas en la crianza de los niños**

Las actitudes son una "organización de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias conductuales relativamente duraderas, hacia objetos, grupos, eventos o símbolos socialmente significativos" (Hogg & Vaughan, 2010, p. 148). En su núcleo encontramos la tendencia afectivo-valorativa donde la relación entre los componentes afectivos y cognitivo es bastante clara (como en el caso de los prejuicios) y es un factor importante (pero no el único) en la determinación de las conductas externas (Morales, 2006).

De acuerdo a Pallí & Martínez (2011) el concepto de actitud incluye un compromiso personal hacia el objeto sobre el cual opinamos, sentimos o reaccionamos de lo que se desprenden dos características que permiten que las actitudes sean medidas: la actitud es una variable hipotética observable solo en sus consecuencias y que es una variable relacional entre un objeto y el comportamiento que genera. Esta precisión es importante para fines de medición, ya que se miden las actitudes hacia algo, hacia un objeto específico (Morales, 2006).

En el caso de las actitudes maternas, Gutiérrez (2012) las define como todos aquellos comportamientos o respuestas favorables o desfavorables que la

madre dirige hacia el hijo. Arévalo (2005), entiende como actitudes maternas a aquellas actitudes que presentan las madres hacia la crianza de sus hijos y que pueden ser de Aceptación, Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo, definiéndolas como sigue:

- **Aceptación.** Es el reflejo de una adecuada relación madre-hijo, en la que se observa expresión de afecto, sinceridad, interés de los padres en la percepción del niño, sus gustos, actividades y desarrollo. Se caracteriza por un interés de afecto y amor por parte la madre hacia su hijo: El niño es admitido como un ser de potencialidades y limitaciones al cual se le exige realizar tareas que van de acuerdo a sus posibilidades según la etapa de desarrollo en la que se encuentre. En la actitud de aceptación, los padres muestran firmeza y control no destructivo, orden en la rutina de las actividades diarias y disciplina consistente.
- **Sobreprotección.** Esta actitud se manifiesta en la excesiva preocupación materna en aspectos como la salud del niño, las relaciones con sus compañeros y el rendimiento académico; tratando de ayudarlo en las tareas (escolares y domesticas) y observando atentamente si el niño logra los objetivos propuestos.  
  
Izquierdo (2007) señala que en la sobreprotección se encuentra el doble temor de los padres de perder al hijo o su afecto y el miedo a que el niño pueda sufrir o pueda pasarle algo. El temor hará que los padres intenten compensar esta inseguridad con exceso de cuidados y atenciones.
- **Sobreindulgencia.** Se caracteriza por una gratificación excesiva de las necesidades del niño y la falta de control parental reflejada a través de una actitud permisiva frente a su comportamiento. Conductas como pasar

demasiado tiempo con el niño haciendo actividades por él, jugar constantemente con él; ceder constantemente a sus requerimientos y demandas y defendiéndolo del ataque de otros niños son formas de sobreindulgencia.

La madre, al ceder constantemente a las demandas del niño, no contribuye en el adecuado desarrollo emocional del menor pues fomenta en éste la poca capacidad de tolerar la frustración y la dificultad para aceptar límites, siendo muy frecuente que el niño haga rabietas, espere ser el primero en todo y se lleve mal con otros niños, sin que la madre cumpla con los correctivos con los que amenazó al niño.

- **Rechazo.** Se caracteriza por la negación de amor y la expresión de sentimientos de repudio hacia el niño. Esta forma de relación está definida por la negligencia, falta de preocupación, tosquedad y severidad. La madre suele sobreexigir y comparar constantemente al niño con los demás, asimismo suele realizar expresiones de hostilidad o conductas violentas con él. "La mayoría de las madres que muestran rechazo hacia el hijo son inmaduras, inestables, neuróticas y en ocasiones realmente psicóticas (Welberg, 1985, como se citó en Arévalo, 2005, p. 22).

Las actitudes de la mujer hacia el sexo, el embarazo y hacia el niño, unidas a la adaptación a la maternidad respecto a la imagen corporal síntomas somáticos y relaciones maritales, son componentes significativos del ajuste psicológico de una mujer en la transición hacia la maternidad (Figueiredo, et al; 2014).

#### **1.4 El Tratamiento Penitenciario**

La ejecución del sistema y acciones establecidas para el cumplimiento de las penas previstas en las sentencias judiciales, se encuentra a cargo del Instituto Nacional Penitenciario-INPE.

El Código de Ejecución Penal (D.L. 654), define al INPE como "un Organismo Público Ejecutor del Sector Justicia, rector del Sistema Penitenciario Nacional, con personería Jurídica de derecho público y con autonomía económica, técnica, financiera y administrativa. Forma pliego presupuestario y se rige por el Código de Ejecución Penal y su Reglamento".

Siguiendo los principios del sistema progresivo moderno, cuya idea central es la dividir la condena en periodos que suponen mayor libertad en función de la conducta del recluso, el prólogo del Código de Ejecución Penal señala que "el tratamiento es el elemento esencial del Sistema Penitenciario". Se establece que los objetivos del tratamiento son la reeducación, readaptación y reincorporación del interno a la sociedad, es decir la Resocialización.

El Reglamento del Código de Ejecución Penal (D.S. 015-2003-JUS), señala que el tratamiento penitenciario es "el conjunto de actividades encaminadas a lograr la modificación del comportamiento del interno, con el fin de resocializarlo y evitar la comisión de nuevos delitos" (p. 641).

El tratamiento penitenciario es progresivo (porque se compone de etapa) e incluye el desarrollo de programas de resocialización del interno en forma individualizada y grupal. Se aplica multidisciplinariamente por los profesionales y técnicos de tratamiento (generalmente psicólogos, trabajadores sociales, abogados, educadores, técnicos laborales y médicos), y se promueve la

participación del interno, de instituciones públicas o privadas, de la familia y la sociedad.

Al ingresar al establecimiento penitenciario, el interno es ubicado en el Centro de Observación y Clasificación, comúnmente llamado Prevención, donde el Órgano Técnico de Tratamiento realizará un estudio integral del interno emitiendo un diagnóstico, pronóstico y formulando un programa de tratamiento. El equipo de clasificación está conformado por un Psicólogo, un Trabajador Social y un Abogado, además determinará la Etapa de tratamiento a la que será asignado el interno.

En el establecimiento penitenciario, el interno se encontrara bajo conjunto de normas o medidas que tienen por finalidad la convivencia ordenada y pacífica, llamado Régimen Penitenciario. Asimismo, desarrollará programas de trabajo y educación, recibiendo servicios asistenciales de índole sanitaria, social, legal y psicológica y otros que coadyuven a su rehabilitación.

La progresión o regresión del interno en el tratamiento penitenciario dependerá de la respuesta positiva o negativa hacia el tratamiento y del cumplimiento de las normas que regulan el régimen de vida del interno.

En el Régimen Cerrado Ordinario existen tres etapas: Máxima, Mediana y Mínima Seguridad. El Órgano Técnico de Tratamiento semestralmente realizará una evaluación, por medio de la cual, si el interno en el régimen cerrado ordinario acumula tres evaluaciones Favorables, podrá progresionar a la etapa inmediata inferior o de menor seguridad, y en caso de haber alcanzado la etapa de Mínima seguridad, mantenerse en la misma. Por otro lado si el interno acumula dos evaluaciones semestrales Desfavorables, o comete una falta Muy grave, regresionará a la etapa inmediata superior de mayor Seguridad.

La etapa de Máxima seguridad se caracteriza por albergar a internas que requieren de una intervención terapéutica de mayor intensidad así como de condiciones de vida más estrictas y con un mayor control de la autoridad penitenciaria. La etapa de mediana seguridad alberga a internas que reciben una intervención terapéutica continua y en las que se comienzan a observar resultados positivos en el tratamiento, mientras que la etapa de mínima seguridad alberga a internas en las que se observan logros en el tratamiento y compromiso de cambio. Los internos clasificados en las etapas de Mínima, Mediana y Máxima Seguridad, permanecen reclusos en áreas diferenciadas y separadas.

El sistema penitenciario peruano viene afrontando desde hace mucho tiempo graves problemas que afectan el cumplimiento de su misión Resocializadora. El INPE (2012), señala que "la falta de recursos ha generado hacinamiento y propiciado la corrupción en los penales, lo que envilece a los internos, además, las drogas y la violencia están presentes en las cárceles llegándose a cometer delitos desde la prisión" (p. 1). Esta situación motivó al INPE a plantear medidas para reformar el sistema penitenciario, entre las cuales se encuentra la lucha contra la corrupción, la construcción de más establecimientos penitenciarios, y la mejora del tratamiento penitenciario, en actual implementación.

El hacinamiento en el E.P. Mujeres de Chorrillos y la Sobrepopulación en el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos, ha generado que las internas pernocten en pasadizos y salones. El control de seguridad disminuye, ocurriendo mayor número de conductas antisociales (por ejemplo, consumo de drogas, comercialización de objetos prohibidos, hurtos, etc.) y problemas de convivencia entre internas (por ejemplo: discusiones, peleas, acoso, bullying, etc.).

Esta situación repercute también en el tratamiento penitenciario, ya que encarece el acceso a los servicios de salud; el acceso al trabajo y educación disminuye porque las plazas son limitadas. Las intervenciones multidisciplinarias, a cargo de la Psicóloga, Trabajadora Social y Abogado deben masificarse dando prioridad a los delitos contra el patrimonio, Tráfico Ilícito de drogas y contra la vida el cuerpo y la salud. Asimismo la intervención aun no considera las consecuencias del endurecimiento de las penas en los últimos cuatro años (en detalle, el incremento del tiempo de la pena, la restricción y eliminación de beneficios penitenciarios como la Redención de pena por educación y trabajo, semi libertad y liberación condicional) lo que viene aumentando el número de internas que permanecerán en prisión de ocho años a más. Esta situación afecta el tratamiento psicológico ya que excede la capacidad de atención de un número cada vez mayor de internas con problemas de estrés, frustración, depresión, desesperanza, ansiedad e ira.

## **2. Antecedentes de la Investigación**

### **Internacionales**

Quezada & Santelices (2010), investigaron la relación entre el estilo de apego materno, los indicadores de psicopatología en las madres, y el estilo de apego de sus bebés al primer de año de vida, en una muestra de 72 díadas madre/primer bebé en Santiago de Chile. Utilizaron un diseño correlacional de corte transversal y emplearon la "Situación Extraña" para medir el apego de los bebés. Se empleó el cuestionario de autorreporte CAMIR para medir las representaciones de apego de las madres y el cuestionario OQ-45.2 para obtener el índice de funcionalidad en de la sintomatología ansiosa- depresiva, relaciones interpersonales y rol social. Los resultados indicaron que la psicopatología

materna tiene una capacidad predictiva del 69.4% sobre el apego del bebé y que no existe asociación significativa entre el estilo de apego de la madre y el estilo de apego del bebé.

Paíno, Muro, & Díaz (2007), estudiaron los niveles de ansiedad presentados por las reclusas madres con hijos y sin hijos en el medio penitenciario, utilizando un diseño descriptivo comparativo en una muestra de 28 madres del Establecimiento Penitenciario de Odemira (Portugal). Los instrumentos empleados fueron la Escala de Auto Evaluación de Zung (*S.A.S. Self Anxiety Scale*) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene. Los resultados mostraron que los niveles de ansiedad en las reclusas madres son mayores a los de la población no encarcelada, sin embargo no encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad de las reclusas con y sin hijos en el establecimiento penitenciario. Los investigadores concluyeron que la privación de la libertad es causa de un elevado nivel de ansiedad entre los reclusos y que en la mayoría de los casos, la maternidad es un factor ansiógeno en las mujeres reclusas.

Oiberman (2006), realizó un estudio descriptivo para conocer los factores de protección y resiliencia en una muestra de quince bebés nacidos antes o durante el internamiento de madres en un Servicio Penitenciario ubicado en la Provincia de Buenos Aires. Los instrumentos empleados fueron la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio motriz (EAIS) y la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Los resultados indicaron que 11 de los 15 bebés alcanzaron con la EAIS el estadio adecuado para su edad y con la EEDP el coeficiente de desarrollo normal. Se encontraron 3 niños con desarrollo psicomotor e intelectual muy por debajo de lo esperado para su edad y 3 bebés

que alcanzaron un desarrollo psicomotor y cognoscitivo muy por encima de la media. La autora señala que el tamaño de la muestra impide extraer conclusiones generales sobre los factores de protección y resiliencia.

Sanz (2011), realizó un estudio descriptivo comparativo con el objetivo de analizar las características psicosociales de las madres que componen la díada madre-hijo afectada por el VIH/Sida y evaluar las actitudes maternas en relación al desarrollo del vínculo con sus hijos. Las participantes fueron 17 madres de niños entre 0 y 13 años de edad, ambos con diagnóstico de VIH y que se atienden en el Hospital Luis Lagomaggiore (Mendoza-Argentina). Los instrumentos fueron un Cuestionario de Riesgo Psicosocial y la Escala para la Evaluación de los Vínculos Madre Hijo- EPEVMHI (Casullo, 1990) que es una adaptación al español del *Mother Child Relationship Evaluation* (MCRE) de R. Roth. Los resultados indicaron que predominan las actitudes de Sobreprotección y de Rechazo y que existe similitud entre las características socio-culturales de las mujeres de muestra y las del perfil epidemiológico del VIH en la actualidad. La autora señala que la construcción del vínculo de las madres con sus hijos está influenciada por la culpa, los cuidados de la salud del niño en los primeros años, la incertidumbre respecto del diagnóstico del niño, la supresión de la lactancia y finalmente el conocimiento del diagnóstico.

Khodabakhshi, Khazan & Tagvae (2014) realizaron un estudio comparativo para conocer las diferencias en la relación Madre-Niño en familias con y sin niños que presentan retardo mental. La muestra fue aleatoria y estuvo conformada por cien madres de niños con retardo y cien madres de niños sin retardo provenientes de escuelas de Teheran. Se empleó como instrumentos un Cuestionario demográfico, un Inventario de Carga Familiar (*Family Burden*

*Questionnaire- FBIS*) y el *Mother-Child Relationship Evaluation* (MCRE). Los resultados indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos y que las madres de niños con retardo experimentan mayores niveles de carga objetiva y subjetiva, así como estrés en la relación con su hijo. Entre las actitudes maternas que sobresalen se encuentran la Sobreprotección, Sobreindulgencia y el Rechazo.

Engel et al. (2015), con el propósito de conocer si el distress psicológico influye en los resultados de pacientes adictos al alcohol luego de su desintoxicación en un periodo de seguimiento de cinco años; realizaron un estudio prospectivo, multicéntrico y aleatorio. La muestra estuvo constituida por pacientes desintoxicados y sin indicadores de síndrome de abstinencia egresados de hospitales de Berlin-Alemania. El instrumento empleado fue *Symptom Checklist* (SCL-90-R). En sus resultados hallaron puntajes altos en los pacientes que recayeron, existiendo diferencias significativas entre los que recayeron y los que no lo hicieron. También encontraron que puntajes altos en el GSI (*Global Severity Index*) del SCL-90-R pueden ser predictores de una futura recaída. Los autores concluyen que el SCL-90-R es un instrumento útil para predecir recaídas, por otro lado, manifiestan que los niveles altos de distress psicológico incrementa el riesgo de recaída, por lo que se debe diseñar intervenciones específicas para este factor de riesgo.

Camps-Pons, Castillo-Garayoa & Cifre (2014), realizaron un estudio correlacional con los objetivos de a) evaluar el estilo de apego de un grupo de adolescentes víctimas de maltrato intrafamiliar y b) explorar la asociación entre los estilos de apego y la sintomatología clínica. La muestra estuvo constituida por cuarenta adolescentes y jóvenes víctimas de maltrato intrafamiliar atendidos en el

*Serveid' Atenció al Menor del Consell Insular de Menorca* y la Asociación *Invia* de Barcelona (España). Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Relación (*Relationship Questionnaire, RQ*) de Bartholomew y Horowitz y la adaptación española del SCL-90-R, elaborada por de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez. Los resultados mostraron que el apego inseguro, sobre todo el subtipo evitativo, tiene la prevalencia más alta. Además, el 52.5% de la muestra presentó sintomatología significativa en hostilidad, obsesión-compulsión, ideación paranoide, psicoticismo y sensibilidad interpersonal. Los estilos de apego preocupado y temeroso tienden a presentar alta sintomatología psicopatológica. Los autores manifiestan que el maltrato intra-familiar eleva el riesgo de dificultades en el auto-concepto y la visión de los demás, elevando la vulnerabilidad para sufrir dificultades psicopatológicas.

### **Nacionales**

Castañeda (2005), realizó una investigación descriptiva-correlacional, con el objetivo de conocer el rol de las actitudes maternas en el proceso de adaptación personal de niños con obesidad exógena. La muestra estuvo conformada por cien niños entre 9 y 15 años de edad, provenientes de un centro educativo de Lima Metropolitana y se incluyó a sus respectivas madres. Los instrumentos empleados fueron el Test de la relación Madre-niño de Robert Roth y el Inventario de Adaptación Personal de Carl R. Rogers. Los resultados demostraron que existen diferencias significativas en los puntajes de las actitudes maternas de madres con hijos que padecen obesidad exógena y madres con hijos sin obesidad, también se encontraron diferencias significativas entre el proceso de adaptación personal del niño obeso exógeno y el niño sin obesidad, sin embargo no encuentra relación entre las actitudes maternas y la adaptación

personal. Esta autora concluye que no se puede afirmar que la actitud materna influya en el proceso de adaptación personal del niño obeso.

Esteban et al. (2007), realizaron una investigación descriptiva con el objetivo de identificar una Línea Base del estado de salud mental de los internos de establecimientos penitenciarios. Su muestra estuvo constituida por 261 internos de establecimientos penitenciarios del Departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. Los instrumentos empleados fueron la Lista de Chequeo de 90 Síntomas Revisada SCL-90-R, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM IV (SCID II) y un Cuestionario sociodemográfico. Los resultados muestran una alta prevalencia de trastornos mentales que oscila entre 15.70% y el 86.20% en la muestra. Asimismo se halló que el Número de Ingresos, el tipo de delito y el consumo de drogas se relacionan con la prevalencia de trastornos mentales; encontrándose diferencias significativas según el tipo de delito en la Prevalencia de Drogas, el Índice General de Severidad de Síntomas Psicopatológicos, el Índice de Intensidad de Síntomas del SCL-90-R, la Prevalencia del Trastorno de Personalidad Antisocial.

Gutiérrez (2012), realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de determinar la asociación entre los estilos de relación madre niño y la conducta agresiva de sus hijos en un distrito del Callao. La muestra estuvo conformada por 30 madres y sus hijos de dos años de edad; los instrumentos empleados fueron la Escala de la relación madre-niño de Roth y el Registro de Conductas Agresivas de Masías, adaptada para este estudio. Los resultados mostraron que no existe relación entre las actitudes maternas y la conducta agresiva de los niños, se observó que las madres obtuvieron puntajes

altos en aceptación y sobreprotección y puntajes bajos en sobreindulgencia y rechazo; también se encontró un alto nivel de conductas agresivas en la tercera parte de los niños.

Doménique (2012), realizó una investigación para conocer la relación entre actitudes maternas y habilidades sociales en niños de cinco años de una red de salud del Callao. El diseño empleado fue descriptivo correlacional y la muestra fue no probabilística conformada por 230 madres y sus hijos. Para este fin adapta los instrumentos que fueron la Escala de Actitudes Maternas de Roth y Lista de chequeo de habilidades sociales para preescolares (LCHS-PE) de McGinnis y Golstein. En sus resultados reporta una relación negativa débil entre actitudes maternas de Rechazo y Sobreprotección con las habilidades sociales, no encontrando relación alguna entre Aceptación y Sobreindulgencia con las Habilidades sociales.

Carrillo & Tuya (2014), estudiaron el clima social familiar y las actitudes maternas en madres adolescentes, empleando la Escala de clima social familiar (FES) y la Escala de la relación madre-niño (ERMN) en 61 madres adolescentes del asentamiento humano San Pedro- Chimbote. Los resultados indicaron que no existe relación significativa entre el clima social familiar y las actitudes maternas, sin embargo se hallaron relaciones significativas entre la dimensión Relación y la actitud de rechazo, la dimensión Desarrollo y la actitud de Aceptación, la dimensión Desarrollo y la actitud de Rechazo.

Banda & Renteria (2015), investigaron la relación entre las actitudes maternas y la madurez escolar en niños del primer grado de una institución educativa en Chiclayo. La muestra fue de tipo censal, conformada por 190 díadas madre-niño. Los instrumentos empleados fueron la Prueba de Funciones Básicas

y el Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre-Niño. Los resultados muestran que existe una relación positiva débil entre la madurez escolar y las cuatro actitudes maternas, no se halló relación entre la Aceptación y las funciones básicas. Además, el 46.3% de los niños muestra un nivel de madurez promedio y el 72.2% muestra actitudes de aceptación.

### **3. Descripción de la Realidad Problemática**

#### **3.1 Planteamiento del Problema**

El Instituto Nacional Penitenciario se divide administrativamente en ocho regiones: Altiplano, Centro, Lima, Nor Oriente, Norte, Oriente, Sur Arequipa y Sur Oriente. La Región Lima alberga la mayor cantidad de reclusas, 1,845 internas mujeres a Junio del 2015 (Oficina de estadística del INPE, 2015), habiendo 1,784 internas ubicadas en la provincia de Lima en el Establecimiento Penitenciario (E.P.) Mujeres de Chorrillos (754 mujeres), el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos (321 mujeres), el E.P. Virgen de Fátima (377 mujeres) y el E.P. Modelo Ancón II (332 mujeres).

El Código de Ejecución Penal (D.L. 654, artículo 103) señala que internas madres pueden llevar a sus hijos menores de edad al Establecimiento Penitenciario donde podrán permanecer hasta los tres años de edad debiendo ser atendidos en una guardería infantil o provisionalmente, en ambientes separados. De acuerdo a Baca-Neglia et al. (2015), el 6% de las internas que tienen hijos menores de edad conviven con ellas en el E.P.

El Establecimiento Penitenciario Mujeres de Chorrillos y el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos son los únicos en la provincia de Lima que cuentan con guarderías infantiles, con ambientes especialmente acondicionados que pertenecen al área de educación, a fin de que funcione como centro educativo

que brinda cuidado a niños de 0 a tres años de edad que aún no pueden iniciar un proceso escolar. Estas guarderías albergan aproximadamente a 37 y 16 niños respectivamente.

La población que se alberga en estos centros penitenciarios está regulada por el Manual de clasificación del INPE (R.P. N° 080-2013-INPE/P), el cual indica que el E.P. Mujeres de Chorrillos albergará a internas de mediana, máxima peligrosidad, gestantes y con niños pequeños; mientras que el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos albergará a internas de Máxima Peligrosidad y Difícil Readaptación ya sea gestante o con niños pequeños. Cabe indicarse que el número de internas que se embarazan en los establecimientos penitenciarios es bajo, debido a que las parejas que cuentan con el beneficio penitenciario de Visita íntima reciben orientación respecto a planificación familiar.

Uno de los problemas que afrontan estos penales es la sobrepoblación, ya que en el E.P. Mujeres de Chorrillos, la capacidad de albergue es de 450 internas, teniendo a Junio del 2015 a 754 internas, lo que hace una sobrepoblación del 68%, generándose condiciones de hacinamiento. En el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos, la capacidad de albergue es de 288, con una población, a junio del 2015, de 321 internas lo que hace una sobrepoblación del 11% (INPE, 2015).

Diversas investigaciones señalan la existencia de la relación entre el estilo de apego y los diferentes tipos de trastornos psicopatológicos (De Lucas & Montañés, 2006; Betancourt et al., 2008; Schimmenti et al., 2014), lo cual permite avistar la importancia del mantenimiento de buenas relaciones entre la madre y el niño. Por otro lado, en las poblaciones privadas de la libertad, las carencias económicas y las diferencias sociales se verán reforzadas por aspectos como:

El encierro o limitación del espacio vital de la interna debido a la aplicación de una pena privativa de libertad (Fernández, 2010) o una detención preventiva en un establecimiento penitenciario,

Las condiciones de hacinamiento de los establecimientos penitenciarios del país generadas por la superpoblación de internos, obligan a colocar camas y colchones adicionales en los cuartos, salas o pasadizos como es el caso del Establecimiento Penitenciario Mujeres de Chorrillos. De acuerdo al Instituto Nacional Penitenciario (2015), cuando la sobrepoblación excede al 20% de la capacidad de albergue, se le denomina sobrepoblación crítica o hacinamiento.

Por las condiciones de los establecimientos penales del país, entre otros problemas, se producen conflictos entre los internos(as); acciones estas que han sido poco estudiadas, pero que frecuentemente son motivos de consultas psicológicas. Estas consultas se deben mayormente a problemas en las relaciones interpersonales (rumores, discusiones por el uso de teléfono público o televisor, celos y rupturas sentimentales), hurto de dinero u otros objetos de valor.

La presencia de trastornos psicopatológicos en internas de centros penitenciarios, como los reportados por Villagra et al. (2011), hallaron que el 64% de internas de centros penitenciarios españoles presentan trastornos como consecuencia del consumo de sustancias. El 44.06% cumplía los requisitos de caso clínico, predominando en ellos la depresión, la somatización, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ideación paranoide, entre otros. La observación directa de las madres reclusas peruanas

presenta características similares, dada las condiciones administrativas y de política penitenciaria.

### **3.2. Formulación del problema**

Por lo anteriormente indicado se plantean las siguientes interrogantes:

¿Existe relación entre los síntomas psicopatológicos y las actitudes en la relación madre-hijo de las internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima?

Las preguntas secundarias son las siguientes:

¿Cuál es la incidencia de síntomas psicopatológicos en internas madres que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima?

¿Cuáles son las actitudes en la relación madre-hijo de las internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima?

¿Existen diferencias en la incidencia de síntomas psicopatológicos y tipo de actitudes en la relación madre-hijo de las internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima según el tipo de delito, el grado de hacinamiento penitenciario y el grado de instrucción?

## **3. Objetivos**

### **3.1. Objetivo General**

Establecer la relación entre los síntomas psicopatológicos y el tipo de actitudes en la relación madre-hijo de las internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los Establecimientos Penitenciarios de Mujeres de Lima.

### **3.2. Objetivos Específicos**

- Describir las dimensiones sintomáticas de psicopatología y los índices globales de malestar, en internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.
- Describir las actitudes en la relación madre-hijo de las internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.
- Conocer las diferencias en la incidencia de las dimensiones sintomáticas de psicopatología, los índices globales de malestar y tipo de actitudes en la relación madre-hijo de las internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima según el tipo de delito, el grado de hacinamiento penitenciario y el grado de instrucción.

### **4. Justificación de la investigación**

El trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

A nivel teórico, esta investigación permite conocer en qué medida el estado de salud mental de las madres se relaciona con el tipo de cuidado que brindan a sus hijos, dada la existencia de poca información en la población penitenciaria. Asimismo contribuirá a identificar el estado de salud mental de las madres internas en establecimientos penitenciarios y el tipo de actitudes hacia sus hijos que conviven con ellas.

A nivel práctico, visibiliza un área de intervención para desarrollar acciones que puedan garantizar el desarrollo físico y psicológico saludable de las madres e hijos a pesar de las condiciones de encierro en las que se encuentran. De esta

manera se facilita la propuesta de programas de intervención multidisciplinaria a cargo de profesionales especializados en el binomio madre-niño.

A nivel social, este trabajo permite la realización de investigaciones complementarias que identifiquen variables que puedan afectar la calidad de la relación madre-niño en los establecimientos penitenciarios, a fin de diseñar o mejorar los programas de intervención lo cual implica la capacitación y especialización de los operadores de dichos programas.

## **5. Limitaciones del estudio**

La principal limitación del estudio es la limitada bibliografía e investigaciones realizadas en madres internas en establecimientos penitenciarios, sobre todo en el ámbito nacional, las mismas que suelen tener largos intervalos de tiempo entre sí. Los aspectos inherentes a la seguridad penitenciaria y el régimen de vida de las internas influyeron en el acceso a la información ya que fue necesaria la renovación de los permisos ante la sede regional para que permitieran el ingreso al E.P.

## **CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1. Hipótesis**

#### **1.1. Hipótesis General**

**H<sub>p</sub>.** El mayor puntaje en las dimensiones sintomáticas de psicopatología y los índices globales de malestar, se relaciona con actitudes de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo en la relación madre-hijo de internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.

#### **1.2. Hipótesis Específicas**

**H<sub>1</sub>.** El menor puntaje en las dimensiones sintomáticas de psicopatología y los índices globales de malestar, se relaciona con actitudes de Aceptación en la relación madre-hijo de internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.

**H<sub>2</sub>.** Existen diferencias en los puntajes de las dimensiones sintomáticas de psicopatología, los índices globales de malestar y las actitudes en la relación madre- hijo de internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima, según tipo de delito, hacinamiento penitenciario y grado de instrucción.

### **2. Variables**

#### **2.1. Variable Asociada:**

##### *Síntomas Psicopatológicos*

Conceptualmente se definen como la percepción del sujeto sobre malestares psicopatológicos o psicosomáticos, se compone de los siguientes indicadores:

a) Dimensiones sintomáticas de psicopatología. Compuesta por nueve dimensiones sintomáticas:

- Somatizaciones
- Obsesiones y compulsiones
- Sensibilidad interpersonal
- Depresión
- Ansiedad
- Hostilidad
- Ansiedad fóbica
- Ideación paranoide
- Psicoticismo

b) Índices globales de malestar: Integrado por tres índices de evaluación global del malestar:

- Índice Global de Gravedad GSI
- Total de Síntomas Positivos PST
- Índice de Distress de síntomas positivos o PSDI

El detalle de esta variable se explica en el cuadro de variables del Anexo.

## **2.2. Variable Asociada de Supervisión:**

### *Actitudes en la Relación madre hijo*

Se define conceptualmente como el estilo de relación que la madre tiene con su hijo, demostrada por medio de las actitudes que la interna despliega ante él.

## **2.3. Variables de análisis comparativo:**

- Hacinamiento: Se define como la sobrepoblación que excede al 20% de la capacidad de albergue del establecimiento penitenciario.

Operacionalmente se define como el establecimiento penitenciario al que pertenece la interna madre: el E.P. Mujeres de Chorrillos corresponde a la categoría Hacinado y el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos corresponde a la categoría No hacinado.

- Tipo de delito: Operacionalmente definido por haber cometido delito en las categorías Contra la Seguridad Pública, Contra el patrimonio y Otros delitos.
- Grado de instrucción: Operacionalmente definido por el último nivel educativo en el que cursó estudios la interna. Se divide en Primaria, Secundaria y Superior.

### **3. Definiciones Operacionales de las Variables**

#### *Síntomas Psicopatológicos*

Se define operativamente como los puntajes obtenidos en las dimensiones sintomáticas de psicopatología y los índices globales de malestar del Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R

#### *Actitudes en la Relación madre hijo*

Operacionalmente se define como los puntajes obtenidos en el Cuestionario de la Relación Madre Niño de Roth.

La definición operacional de los indicadores de las variables de asociación se presentan en el Anexo A.

## CAPITULO III: METODOLOGIA

### 1. Tipo y Diseño de investigación

El presente estudio es correlacional por cuanto describe las variables estudiadas y el grado de relación existente entre dos o más variables de estudio sin que implique una relación de causalidad. El nivel relacional implica un estado que ha superado el nivel exploratorio y descriptivo (Supo, J. 2015).

El diseño, de acuerdo al tiempo, es transversal ya que recolecta los datos en un solo momento, en un tiempo único con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

### 2. Participantes

La muestra fue seleccionada intencionalmente, estando conformada por las internas madres que durante los años 2015 y 2016 han convivido o conviven con sus hijos menores de tres años en el E.P. Mujeres de Chorrillos y en el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos, cuyo número asciende a 87 internas, quienes aceptaron participar en esta investigación.

De acuerdo a la edad, la muestra se encuentra entre los 18 y 46 años de edad, siendo la edad promedio de 30 años. Un 27.6% proviene de un establecimiento penitenciario sin hacinamiento (E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos), mientras que el 72.4% proviene de un establecimiento penitenciario hacinado (E.P. Mujeres de Chorrillos).

El 92% de la muestra son internas primarias o con un ingreso al penal. Según el tipo de delito, el 54% ha cometido delitos contra la Seguridad Pública

específicamente Tráfico Ilícito de Drogas, el 20.7% ha cometido delitos contra el patrimonio y un 25.3% ha cometido otros delitos.

Según grado de instrucción 13.8% cuenta con educación primaria, 74.7% con educación secundaria y un 11.5% con educación superior.

### **3. Criterios de selección de la muestra**

Las participantes que fueron incluidas en la muestra debieron cumplir con algunos criterios de inclusión y exclusión. De esta manera, se incluyeron en la muestra a todas las madres que se encontraban conviviendo con sus hijos menores de tres años en el Establecimiento Penitenciario de Mujeres Chorrillos y en Establecimiento Penitenciario Anexo Mujeres de Chorrillos al momento de la evaluación y que aceptaron participar en la investigación.

Dentro de los criterios de exclusión se consideró:

- La existencia de trastornos psiquiátricos.
- Consumo problemático de sedantes o tranquilizantes.
- Internas con menos de un mes de ingreso al establecimiento penitenciario o internas con hijos próximos a egresar del establecimiento penitenciario.
- Negación a participar en el estudio.

### **4. Instrumentos de Recolección de datos**

Para efectos del presente estudio se ha utilizado los siguientes instrumentos:

#### **4.1. Cuestionario de 90 síntomas - SCL-90-R**

Creado por Leonard R. Derogatis, el SCL-90-R (*Symptom Checklist 90 Revised*) es un breve y multifacético cuestionario autoaplicable diseñado para explorar un amplio rango de problemas psicológicos y de síntomas psicopatológicos. Además es un instrumento ampliamente usado en

investigaciones a nivel mundial (Esteban, Reyes & Charcape, 2007; Ruis, Van Den Berg, Van Stralen, Postma, Van Zandvoort, 2014; Bergly, Nordfjærn, & Hagen, 2014; Ygnatiev, Fritsch, Priebe, & Mundt, 2016). Comprende tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar los síntomas y su intensidad en el paciente.

Los índices globales permiten contar con indicadores numéricos simples para analizar el grado de sufrimiento psicológico, la amplitud de la psicopatología y la detección de pacientes simuladores que tienen un estilo de respuesta aumentador o minimizador. Estos índices son:

- a) El GSI (Índice Global de Severidad), también conocido como Índice Sintomático General, es un indicador general de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global. Se obtiene de la división de la sumatoria de los puntajes entre el número de ítems.
- b) El PST (Total de Síntomas Positivos) es el número total de síntomas presentes, o sea, la amplitud y diversidad de la psicopatología. Es el total de respuestas con valor distinto a cero.
- c) El PSDI (Distrés de Síntomas Positivos), es un indicador de la intensidad somática promedio, relaciona el distrés global con el número de síntomas. Este indicador informa si el individuo maximiza o minimiza sus respuestas. Se obtiene multiplicando el GSI por 90 y dividiendo en producto con el PST.

De acuerdo a Gonzales et al (2002), los 90 síntomas que mide esta prueba se distribuyen según sus afinidades, en nueve grupos o "dimensiones sintomáticas" de salud mental son:

- 1) **Somatización.** Evalúa las vivencias de disfunción corporal. Comprende síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Forma la mayor parte de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales, aunque también puede ser reflejo de una patología médica subyacente. Comprende los ítems: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58.
- 2) **Obsesión–Compulsión.** Comprende las vivencias y cogniciones características de los trastornos y personalidades obsesivas. Se describen conductas, pensamientos e impulsos que la persona considera absurdos e indeseados pero que le generan angustia intensa y que no puede resistir, evitar o eliminar. Comprende los ítems: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65.
- 3) **Sensibilidad Interpersonal.** Recoge los sentimientos de timidez, vergüenza, la tendencia a sentirse inferior, la hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, la incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. Comprende los ítems: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73.
- 4) **Depresión.** Comprende los signos y síntomas de los trastornos depresivos, incluyendo las manifestaciones cognitivas y somáticas tales como la disforia, el desánimo, la anhedonia, desesperanza, impotencia, falta de energía, entre otros. Comprende los ítems: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.
- 5) **Ansiedad.** Evalúa las expresiones clínicas de la ansiedad generalizada y aguda. Incluye los signos de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas. Comprende los ítems: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86.

- 6) **Hostilidad.** Esta dimensión alude a pensamientos, sentimientos y conductas característicos de los estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento. Comprende los ítems: 11, 24, 63, 67, 74, 81.
- 7) **Ansiedad fóbica.** Evalúa las distintas variaciones de la experiencia fóbica, siendo más representados los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que los típicos de la fobia simple. Comprende los ítems: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82.
- 8) **Ideación paranoide.** Esta dimensión recoge distintas manifestaciones de la conducta paranoide, la que se considera resultado de un trastorno de ideación. Comprende manifestaciones del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autoreferencial, ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control. Comprende los ítems: 8, 18, 43, 68, 76, 83.
- 9) **Psicoticismo.** Esta dimensión evalúa el espectro psicótico que se extiende desde lo esquizoide y la esquizotipia leves hasta la psicosis propiamente dicha. En la población normativa esta dimensión se haya relacionada con sentimientos de alienación social más que con una psicosis clínicamente manifiesta. Comprende los ítems: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90.

Gonzales, et al. (2002), en la adaptación española del SCL-90-R determinó la fiabilidad de las nueve dimensiones sintomáticas o escalas; tanto por el método de correlación de dos mitades del test, como el Coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo valores entre 0.81 y 0.90. Asimismo, la validez fue determinada mediante el análisis factorial con rotación ortogonal varimax y rotación de tipo procrusters; obteniéndose una estructura factorial comparable a las demostradas por Derogatis en 1983, con valores que van de 0.30 a 0.75 en rotación varimax y

0.30 a 0.77 en rotación procusters. Gonzales, et al. (2002), señala que existen otros estudios que refuerzan la validez del SCL-90-R, donde se observa que existe relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico de la muestra clínica, por ejemplo en las puntuaciones más altas para las muestras psiquiátricas y en el tipo de perfil sindrómico obtenido en las categorías diagnósticas F2 (esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes), F3 (trastornos afectivos y del estado de ánimo), F4 (trastornos neuróticos, de estrés y de somatización) y F6 (anomalías de la personalidad y del comportamiento en la vida adulta).

Ygnatiev et al. (2016), analizó las propiedades psicométricas del SCL-90-R en internos de Chile, obteniendo una confiabilidad alta mediante el alfa de Cronbach en las dimensiones sintomáticas ( $\alpha=0.76-0.89$ ) y para la escala global ( $\alpha=0.97$ ). La validez fue examinada mediante la validez de constructo y la validez de criterio. En la validez de constructo se empleó el análisis factorial mediante Componentes Principales y el Análisis Confirmatorio; para la validez de criterio se empleó el análisis de curvas ROC para comparar los puntajes con los diagnósticos establecidos usando entrevistas clínicas estructuradas, encontrando una precisión del SCL-90 para identificar desórdenes mentales severos.

Esteban et al. (2007), realizaron un análisis de la fiabilidad en una muestra de 277 internos de diez establecimientos penitenciarios de Lima y el Callao. Utilizaron un muestreo simple asignándose el número de participantes de manera proporcional a la población de cada establecimiento penitenciario. Se empleó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo coeficientes entre los rangos 0.83 y 0.63 el más bajo.

**Tabla 2***Confiabilidad del SCL-90-R*

Dimensiones	N° ITEMS	Coefficiente Alfa de Cronbach
SOMATIZACION	12	0.8330
OBSESION-COMPULSION	10	0.6947
SENSIBILIDADINTERPERSONAL	9	0.7541
DEPRESION	13	0.7728
ANSIEDAD	10	0.7970
HOSTILIDAD	6	0.7240
FOBIA	7	0.6641
IDEACION PARANOIDEPAR	6	0.6328
PSICOTICISMO	10	0.7502

*Nota:* Tomado de Esteban et al. (2007).

Con respecto a la validez de la prueba, estas autoras realizaron el análisis factorial exploratorio de la estructura factorial de SCL-90-R mediante el método de Componentes Principales, encontrándose la existencia de 17 dimensiones que explicaban el 61.45% de la varianza de la prueba. Dentro de sus resultados encontraron que los puntajes de la población penitenciaria son significativamente mayores que los de la población española, con excepción de la escala de Hostilidad.

#### **4.2. Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre Niño-ERMN**

Esta escala fue diseñada por Robert Roth en 1965, y ha sido adaptada en nuestro país por Edmundo Arévalo en 2005, quien también estableció la validez y confiabilidad de la prueba. Es una escala tipo Likert, de 48 ítems agrupados en cuatro escalas:

- **Aceptación.** Este estilo de relación está caracterizado por un interés de afecto y amor por parte la madre hacia su hijo. Comprende los ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37, 41, 45.

- **Sobreprotección.** La madre busca preservar un ambiente libre de daños y desengaños a través de excesivos controles y constantes preocupaciones por la salud física y emocional del niño, de esta manera, el niño resulta incapaz de independizarse y resolver los problemas que el medio le presenta de manera libre y adecuada. Comprende los ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46.
- **Sobreindulgencia.** Se caracteriza por una gratificación excesiva de las necesidades del niño y la falta de control parental reflejada a través de una actitud permisiva frente a su comportamiento. Comprende los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47.
- **Rechazo.** Se caracteriza por la negación de amor y la expresión de sentimientos de repudio hacia el niño. Esta forma de relación está caracterizada por la negligencia, falta de preocupación, tosquedad, severidad. Comprende los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48.

También se observará si existe Dominancia o Confusión. Dominancia es cuando la relación madre niño está dominada por un solo estilo de relación o por una combinación de actitudes, lo que determinaría la confusión. La escala donde se obtenga el puntaje más alto será el que domina en la madre. Si no hubiera diferencias significativas entre las diferentes escalas estaríamos hablando de un tipo de relación confusa. Las categorías en esta escala son:

- D + (1) Dominancia neta de una actitud
- D - (2) Dominancia de dos escalas o actitudes
- D - (3) Confusión y dominancia de tres actitudes
- D + (4) Acentuada confusión en la relación madre-hijo

La aplicación puede ser grupal o individual y dura aproximadamente 25 minutos.

Roth (como se citó en Arévalo, 2005), estableció la confiabilidad mediante el método de mitades, correlacionando la escala de aceptación y no aceptación, la cual a nivel general fue de 0.55 y en la escala de Rechazo 0.41 y la escala de Aceptación de 0.57.

Arévalo (2005), obtiene indicadores de confiabilidad por encima del 0.80 para el test completo y 0.69 por escalas mediante la prueba de Spearman Brown, tal como se aprecia en la tabla 3. Este autor también establece la confiabilidad de la totalidad de la prueba mediante el Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0,8976.

**Tabla 3**

*Índices de Confiabilidad para las 4 áreas de la ERMN*

	<b>Aceptación</b>	<b>Sobreprotección</b>	<b>Sobreindulgencia</b>	<b>Rechazo</b>
R ½	0.72	0.72	0.75	0.69
Test completo	0.89	0.91	0.81	0.85
Nº de casos	120	120	120	120
Media	29.5	31.3	26.4	21.7
Desv. Esta.	6.04	7.03	6.01	6.08
Nº de ítems	12	12	12	12

*Nota:* Tomada de Arévalo (2005).

Este investigador también determinó la validez de la prueba, empleando la validez de contenido (mediante el criterio de jueces) y la validez de criterio mediante el método Item-Test, empleando la fórmula Producto Momento de Pearson.

En la validez de contenido, los jueces seleccionados aprobaron unánimemente los 48 ítems, y en la validez de criterio, cada uno de los ítems cumplió con el criterio de  $r > 0.21$ , para ser aceptados como válidos; también se

empleó la corrección de Mc Nemar, obteniéndose una correlación real entre el ítem y el total del test ( $r_{Mc N}$ ) de  $r > 0.35$  (Arévalo, 2005).

Doménique (2012) realizó un análisis de la validez y confiabilidad del ERMN, analizando la validez de contenido por criterio de jueces y análisis factorial exploratorio, obteniendo resultados entre 0.87 (aplicando la fórmula de Aiken) e índices de KMO de 0.56, que indicaban la presencia de 4 factores explicativos. Los índices alfa de Cronbach fueron de 0.743, 0.736, 0.752 y 0.753, con lo que demuestra la confiabilidad de la prueba.

## **5. Estadísticas para el procesamiento de la información**

Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de datos: mínimo, máximo, media, mediana, cuartiles, frecuencia, porcentajes, desviación estándar, diagramas de cajas y de barras. La prueba utilizada para verificar la normalidad de los datos fue la de Kolmorov Smirnov Lilliefors que tiene mayor precisión que la prueba general de Kolmorov Smirnov.

Para la parte de la Inferencia estadística, se trabajó con la Correlación de Pearson ( $r$ ) en los casos de variables con distribución normal ya que mide el grado de asociación a partir de los valores de la variable; y la Correlación de Spearman ( $\rho$ ) para las que no cumplían con la normalidad de los datos ya que mide el grado de asociación a partir de la asignación de rangos a los valores ordenados.

La correlación de Pearson, que mide el grado de asociación lineal, se aplicó al índice PST y a las actitudes maternas que siguen una distribución normal.

Para realizar las comparaciones se empleó la prueba t de diferencia de medias no relacionadas y el ANOVA de un solo factor, para aquellas variables

que siguen una distribución normal y las pruebas U de Mann Wittney y Kruskal Wallis para las que no siguen esta distribución.

Los datos obtenidos se procesaron con el programa estadístico SPSS 19, programa ampliamente utilizado por su facilidad de manejo, amplitud en el ingreso de datos y velocidad de análisis. Una vez realizada la base de datos, se realizó el análisis descriptivo con la finalidad de determinar si las variables tenían una distribución normal y determinar el tipo de prueba estadística a emplear.

## **6. Procedimiento**

Para poder iniciar el trabajo de campo en el Establecimiento Penitenciario Mujeres de Chorrillos y en el Anexo Mujeres de Chorrillos, se solicitó en Febrero del 2015, la autorización a la Dirección General de Tratamiento del INPE. La aprobación para el desarrollo de la investigación se dio a través de la Sub Dirección de Tratamiento de la Oficina Regional Lima, que comunicó a la investigadora y remitió un oficio con la autorización a las Directoras de los establecimientos penitenciarios señalados.

En el año 2016 se solicitó que se renueve el permiso para el ingreso a dichos establecimientos a fin de ampliar la muestra de estudio.

La aplicación de las pruebas fue individual y se realizó con el consentimiento informado de cada una de las participantes a quienes se explicó el propósito de la investigación.

La recopilación de la información para la investigación se realizó durante los años 2015 y 2016 con la finalidad de poder recopilar mayor información sobre las madres internas.

## **7. Aspectos Éticos**

Se invitó a las madres internas en el servicio de Cuna de los respectivos establecimientos penitenciarios para que participen en esta investigación para lo cual se les informó de los objetivos y metodología a emplear, señalándoles el tiempo aproximado de duración de la entrevista. Se les informó acerca de la confidencialidad con la que se manejarían los datos y se absolvieron las preguntas que formularon, brindándoles la alternativa de elegir si deseaban participar en la investigación, la misma que se confirmó mediante la firma del formato del Consentimiento Informado, el mismo que también se les leyó y explicó antes de que lo firmaran.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### 1. Relación entre Síntomas Psicopatológicos y actitudes en la relación madre hijo

Para conocer la relación entre los Síntomas Psicopatológicos y las actitudes en la relación madre-hijo, se realizó el análisis descriptivo de las variables y luego se realizó el análisis de normalidad de los datos.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos del SCL-90-R*

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<i>Dimensiones Sintomáticas</i>				
Somatización	0	3.00	1.085	0.690
Obsesivo-Compulsivo	0.1	3.30	1.117	0.624
Sensibilidad Interpersonal	0	2.56	0.900	0.608
Depresión	0.31	3.38	1.271	0.741
Ansiedad	0	3.40	0.951	0.687
Hostilidad	0	3.67	0.737	0.760
Ansiedad Fóbica	0	2.57	0.634	0.563
Ideación Paranoide	0	3.33	1.016	0.667
Psicoticismo	0	2.60	0.638	0.597
<i>Índices Globales</i>				
PST	15	87	50.701	18.160
GSI	0.21	2.56	0.967	0.562
PSDI	0.96	3.29	1.640	0.518

En la tabla 4, se observa que el índice PST tiene como puntaje mínimo 15 y como máximo 87, mientras que Sensibilidad Interpersonal tiene como mínimo 0 y como máximo 2.56. La media más alta le corresponde al índice PST y la más baja a Ansiedad Fóbica. Respecto a la desviación estándar la más alta corresponde a PST y la más baja al índice PSDI.

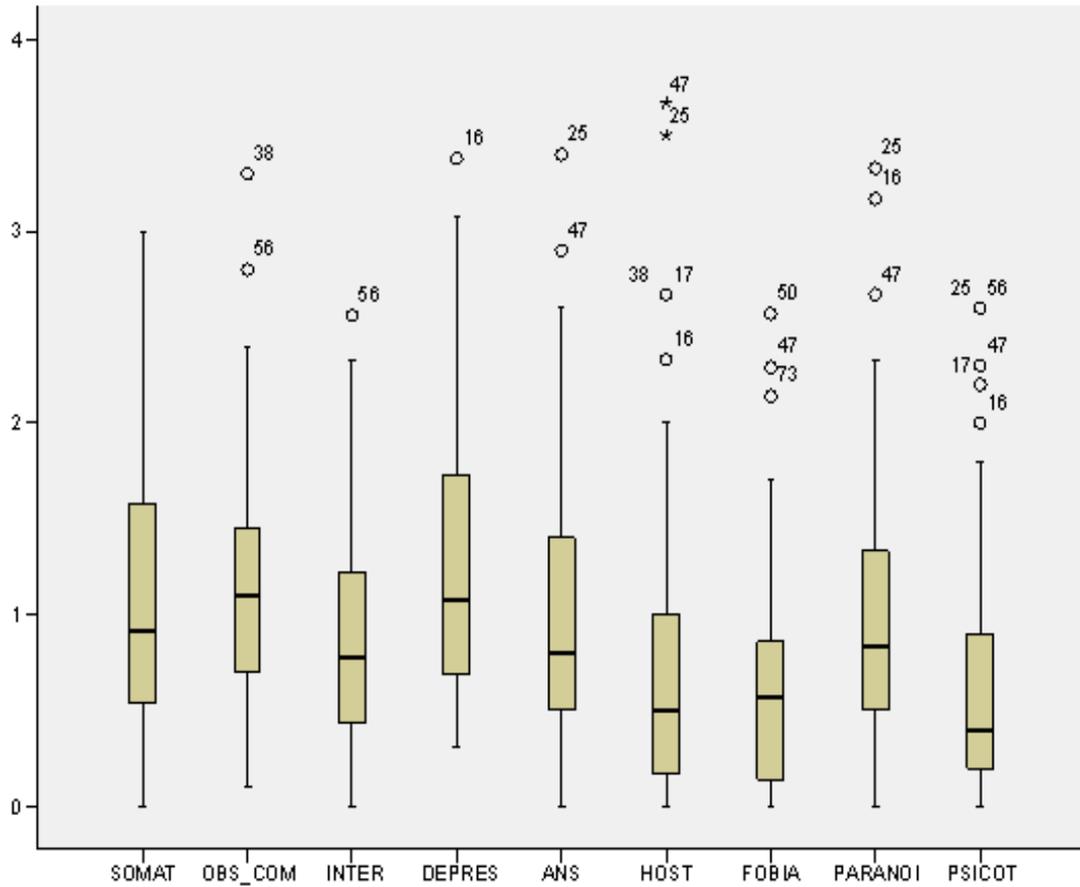
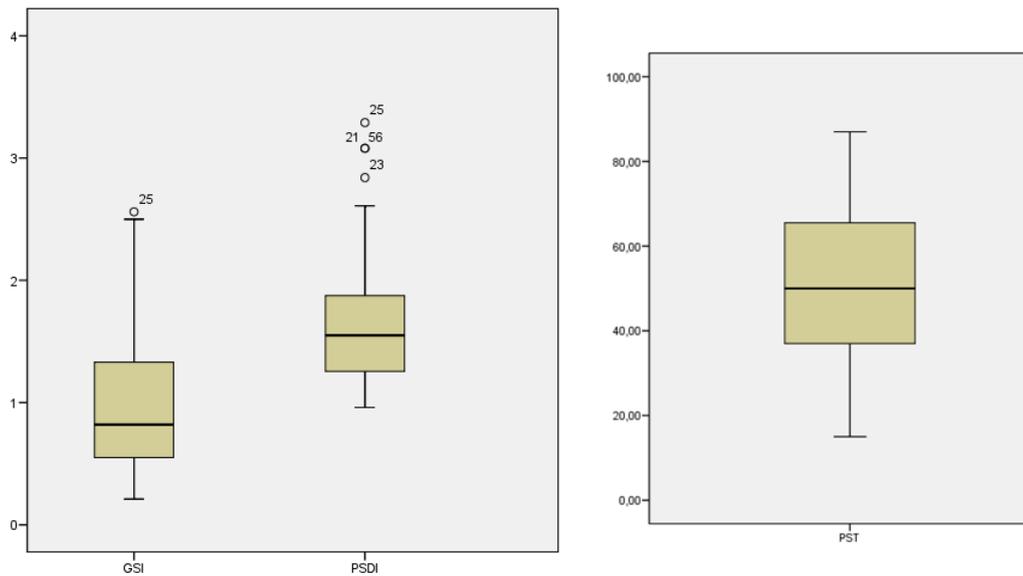


Figura 2. Diagrama de cajas de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R

La figura 2 muestra que las dimensiones sintomáticas tienen distribuciones asimétricas que se concentran por debajo de  $Q_2$  (con excepción de Ansiedad fóbica y Obsesión compulsión). Asimismo, con excepción de Somatización, todas presentan puntajes atípicos, lo cual influye en el cálculo de las medias y por lo tanto hacen dudar sobre su distribución normal.



*Figura 3.* Diagrama de cajas de los Índices Globales del SCL-90-R

La figura 3 muestra una mayor concentración hacia los puntajes bajos en GSI, con  $Q_2$  cercana a  $Q_1$ , mientras que en el caso de PSDI, la mediana se ubica en el centro de la caja pero con muchos puntajes atípicos que influirán en el cálculo de la media. En el caso de PST se observa una distribución simétrica y sin puntajes atípicos, lo cual indicaría que sigue una distribución normal.

### Tabla 5

*Estadísticos Descriptivos del ERMN*

Escala	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Aceptación	31	56	47.38	5.375
Sobreprotección	32	59	43.39	6.345
Sobreindulgencia	20	48	32.71	6.185
Rechazo	21	45	31.36	5.183

En la tabla 5, se observan los estadísticos descriptivos del ERMN, donde la escala Sobreindulgencia tiene como mínimo 20 y como máximo 48, mientras la Sobreprotección tiene como mínimo 32 y como máximo 59. La escala Rechazo tiene como media 31.36 y Aceptación 47.38. Respecto a la Desviación estándar, Sobreprotección tiene 6.345 y Rechazo 5.183.

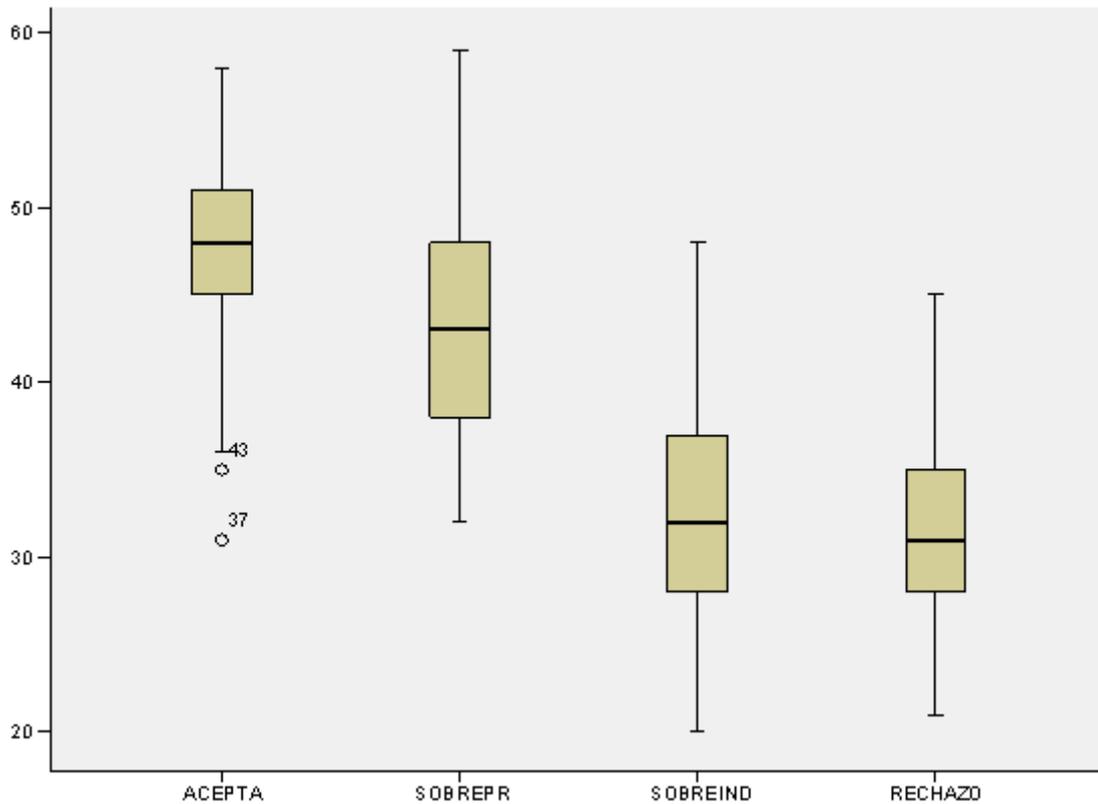


Figura 4. Diagrama de cajas de las escalas del ERMN

La figura 4 muestra que con excepción de Aceptación, las demás variables son simétricas, con una mediana en el centro de la caja y sin puntajes atípicos, lo que lleva a presumir que sigue una distribución normal.

Para de verificar la normalidad de los datos se aplicó la prueba de Kolmorov Smirnov Lilliefors por su precisión, ya que brinda el estadístico de contraste en función de las diferencias entre la distribución de la variable con la función de distribución esperada bajo la hipótesis de normalidad a lo largo de toda la curva y no a partir de la máxima diferencia como sucede en la prueba Kolmorov Smirnov.

Se observó que las variables PST, Sobreindulgencia y Rechazo obtuvieron  $p$ -valores significativamente mayores a 0.05, lo que indica que siguen una distribución normal.

**Tabla 6***Relación entre Síntomas Psicopatológicos y Actitudes en la Relación Madre Hijo*

	SP	SI	Rechazo
<b>Rho (<math>\rho</math>) de Spearman</b>			
Somatización	<b>0.258(*)</b>	<b>0.239(*)</b>	0.136
Obsesivo-Compulsivo	<b>0.305(**)</b>	<b>0.263(*)</b>	0.13
Sensibilidad Interpersonal	<b>0.276(**)</b>	<b>0.250(*)</b>	<b>0.248(*)</b>
Depresión	<b>0.285(**)</b>	<b>0.219(*)</b>	0.163
Ansiedad	<b>0.272(*)</b>	<b>0.268(*)</b>	0.117
Hostilidad	0.113	<b>0.263(*)</b>	<b>0.265(*)</b>
Ansiedad Fóbica	<b>0.257(*)</b>	<b>0.253(*)</b>	<b>0.281(**)</b>
Ideación Paranoide	<b>0.249(*)</b>	0.208	0.119
Psicoticismo	<b>0.266(*)</b>	<b>0.248(*)</b>	<b>0.242(*)</b>
GSI	<b>0.335(**)</b>	<b>0.311(**)</b>	0.205
PSDI	<b>0.315(**)</b>	0.206	0.061
PST	<b>0.221(*)</b>	--	--
<b>R (<i>r</i>) de Pearson</b>			
PST	--	<b>0.290(**)</b>	<b>0.287(**)</b>

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 6 se observa que existe relación positiva de grado bajo, entre los síntomas psicopatológicos y las actitudes maternas de Sobreprotección (SP), Sobreindulgencia (SI) y Rechazo. Se destaca que la Sensibilidad interpersonal, la Ansiedad Fóbica, el Psicoticismo y el PST, se relacionan con las actitudes maternas señaladas.

Con la excepción de Hostilidad, todas las escalas del SCL 90 R se relacionan con Sobreprotección. De manera similar sucede con Sobreindulgencia donde se exceptúa a las escalas Ideación paranoide y PSDI. La actitud de Rechazo, solo se relaciona con Sensibilidad interpersonal, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo y PST.

**Tabla 7***Relación entre Síntomas Psicopatológicos y Aceptación*

	Aceptación	
	<i>Rho</i> ( $\rho$ )	Sig. (bilateral)
<i>Dimensiones Sintomáticas</i>		
Somatización	-0.166	0.125
Obsesivo-Compulsivo	-0.009	0.935
Sensibilidad Interpersonal	-0.045	0.678
Depresión	-0.125	0.248
Ansiedad	-0.168	0.120
Hostilidad	-0.069	0.523
Ansiedad Fóbica	-0.193	0.073
Ideación Paranoide	-0.125	0.247
Psicoticismo	-0.207	0.055
<i>Índices Globales</i>		
PST	-0.185	0.086
GSI	-0.132	0.222
PSDI	-0.002	0.986

En la tabla 7 se observa que  $p > 0.05$ , lo que indica que no existe relación significativa entre los síntomas psicopatológicos y la actitud de Aceptación en la relación madre niño.

**2. Análisis comparativo de los síntomas psicopatológicos y las actitudes maternas según tipo de delito, hacinamiento y grado de instrucción.**

**Tabla 8**

*Diferencias en el SCL 90-R y el ERMN según Tipo de delito*

Variable	X <sup>2</sup>	gl	Sig. asintót.
<i>Dimensiones Sintomaticas-SCL-90-R</i>			
Somatización	2.906	2	0.234
Obsesivo-Compulsivo	3.653	2	0.161
Sensibilidad Interpersonal	5.989	2	0.050
Depresión	3.418	2	0.181
Ansiedad	2.974	2	0.226
Hostilidad	0.386	2	0.825
Ansiedad Fóbica	4.592	2	0.101
Ideación Paranoide	3.669	2	0.160
Psicoticismo	2.404	2	0.301
<i>Índices Globales del SCL-90-R</i>			
GSI	4.680	2	0.096
PSDI	5.074	2	0.079
<i>Escalas del ERMN</i>			
Aceptación	1.788	2	0.409
Sobreprotección	5.915	2	0.052

La tabla 8 muestra que los valores de la prueba Kruskal-Wallis alcanzan un  $p$ -valor  $> 0.05$ , lo que indica que no existen diferencias significativas según tipo de delito entre las dimensiones sintomáticas e índices globales del SCL-90-R (con excepción de PST) y las escalas Aceptación y Sobreprotección.

Al comparar PST, Sobreindulgencia y Rechazo según tipo de delito, mediante el Anova de un solo factor, se obtuvo coeficientes ( $F= 1.921, 0.698$  y  $0.547, p>0.05$ ) que indican que no existen diferencias significativas.

**Tabla 09***Diferencias en el SCL 90-R y el ERMN según Hacinamiento*

	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>W</i> de Wilcoxon	<i>Z</i>	Sig. asintót. (bilateral)
<i>Dimensiones Sintomáticas SCL-90-R</i>				
Somatización	640	940	-1.103	0.270
Obsesivo-Compulsivo	719	2735	-0.352	0.725
Sensibilidad Interpersonal	585.5	885.5	-1.623	0.105
Depresión	742	1042	-0.133	0.894
Ansiedad	628	928	-1.218	0.223
Hostilidad	724.5	2740.5	-0.301	0.763
Ansiedad Fóbica	743	2759	-0.124	0.901
Ideación Paranoide	713	1013	-0.410	0.682
Psicoticismo	633.5	933.5	-1.168	0.243
<i>Índices Globales SCL-90-R</i>				
GSI	690	990	-0.627	0.531
PSDI	641.5	2657.5	-1.088	0.277
<i>Escalas del ERMN</i>				
Aceptación	605.5	905.5	-1.434	0.152
Sobreprotección	640.5	940.5	-1.099	0.272

La prueba de Mann Whitney se empleó en las variables que no siguen una distribución normal para comparar si existen diferencias según Hacinamiento. La tabla 9, muestra coeficientes con un grado de significancia mayor que 0.05 lo que indica que no existen diferencias significativas entre las Dimensiones sintomáticas, GSI, PSDI, Aceptación y Sobreprotección.

Se aplicó la prueba *t* de *student* para comparar variables PST, Sobreindulgencia y Rechazo según el Hacinamiento, obteniéndose valores *t* con niveles de significancia mayor a 0.05, por lo que se concluye que no existen diferencias significativas.

**Tabla 10***Diferencias en el SCL 90-R y el ERMN según Grado de instrucción*

	$X^2$	gl	Sig. asintót.
<i>Dimensiones Sintomáticas SCL-90-R</i>			
Somatización	0.386	2	0.824
Obsesivo-Compulsivo	0.314	2	0.855
Sensibilidad Interpersonal	2.112	2	0.348
Depresión	0.768	2	0.681
Ansiedad	1.756	2	0.416
Hostilidad	1.729	2	0.421
Ansiedad Fóbica	2.636	2	0.268
Ideación Paranoide	0.931	2	0.628
Psicoticismo	2.273	2	0.321
<i>Índices Globales del SCL-90-R</i>			
GSI	0.651	2	0.722
PSDI	0.051	2	0.975
<i>Escala del ERMN</i>			
Aceptación	<b>7.405*</b>	<b>2</b>	<b>0.025</b>
Sobreprotección	0.886	2	0.642

En la tabla 12 se presentan los resultados de la prueba de Kruskal- Wallis para conocer las diferencias según Grado de instrucción.

Se observa que no existen diferencias significativas en las dimensiones sintomáticas, en GSI, PSDI ni en la actitud de sobreprotección ( $p > 0.05$ ). La Aceptación obtuvo una  $X^2 = 7.405$ ,  $gl. = 2$ ,  $p < 0.05$ ; con lo que se acepta la existencia de diferencias significativas según grado de instrucción.

Los resultados de la prueba Anova de un solo factor en PST ( $F = 1.064$ ,  $gl. = 2$ ,  $p > 0.05$ ), Sobreindulgencia ( $F = 1.051$ ,  $gl. = 2$ ,  $p > 0.05$ ) y Rechazo ( $F = 0.884$ ,  $gl. = 2$ ,  $p > 0.05$ ), muestran que no existen diferencias significativas según grado de instrucción.

**3. Incidencia de síntomas psicopatológicos en internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.**

**Tabla 11**

*Incidencia de síntomas psicopatológicos en internas*

	Bajo		Medio		Alto	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
<i>Dimensiones sintomáticas</i>						
Somatización	12	13.79	13	14.94	62	71.26
Obsesivo-Compulsivo	26	29.89	11	12.64	50	57.47
Sensibilidad Interpersonal	24	27.59	13	14.94	50	57.47
Depresión	27	31.03	15	17.24	45	51.72
Ansiedad	<b>1</b>	<b>1.15</b>	--	--	<b>86</b>	<b>98.85</b>
Hostilidad	25	28.74	14	16.09	48	55.17
Ansiedad Fóbica	24	27.59	14	16.09	49	56.32
Ideación Paranoide	14	16.09	<b>24</b>	<b>27.59</b>	49	56.32
Psicoticismo	<b>34</b>	<b>39.08</b>	19	21.84	<b>34</b>	<b>39.08</b>
<i>Índices Globales</i>						
PST	23	26.44	13	14.94	51	58.62
GSI	29	33.33	6	6.90	52	59.77
PSDI	33	37.93	12	13.79	42	48.28

La tabla 13 muestra los percentiles del SCL-90-R agrupados en las categorías bajo, medio y alto, según los baremos de Esteban et al. (2007). Los puntajes bajos comprenden del percentil 5 al 40, los puntajes medios del percentil 45 al 55 y los puntajes altos del percentil 60 hacia adelante.

Destacan la categoría Bajo, la dimensión Ansiedad con 1.15% y Psicoticismo con 39.08%. En la categoría Medio, Ansiedad no tiene casos mientras que Ideación paranoide tiene un 27.59%. En la categoría Alto destacan Psicoticismo (39.08%) y Ansiedad (98.85%).

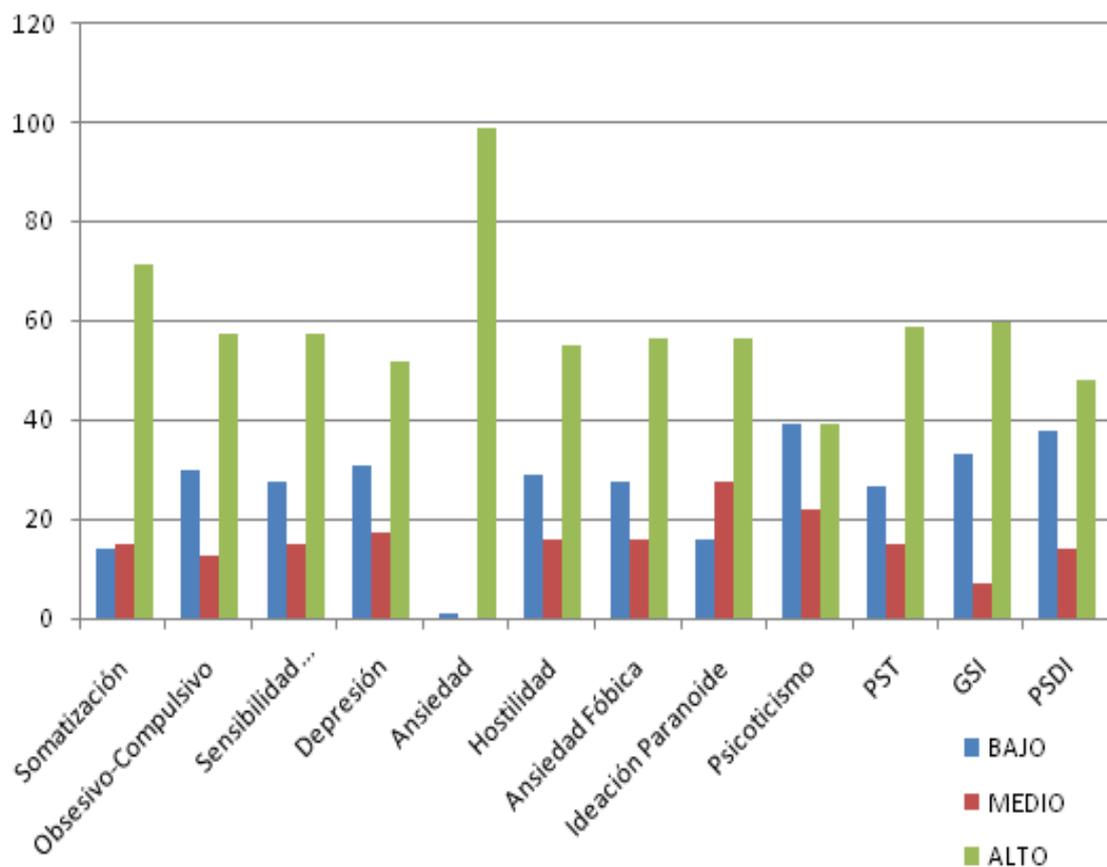


Figura 5: Puntajes del SCL-90-R en internas madres

En la figura 5, se puede observar que en todas las dimensiones sintomáticas e índices globales del SCL-90-R los puntajes obtenidos son Altos, mientras que los puntajes Medios son los que se dan en menor porcentaje. En Psicoticismo se observa que existe un equilibrio entre los puntajes altos y bajos.

**4. Actitudes en la relación madre-hijo en internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima.**

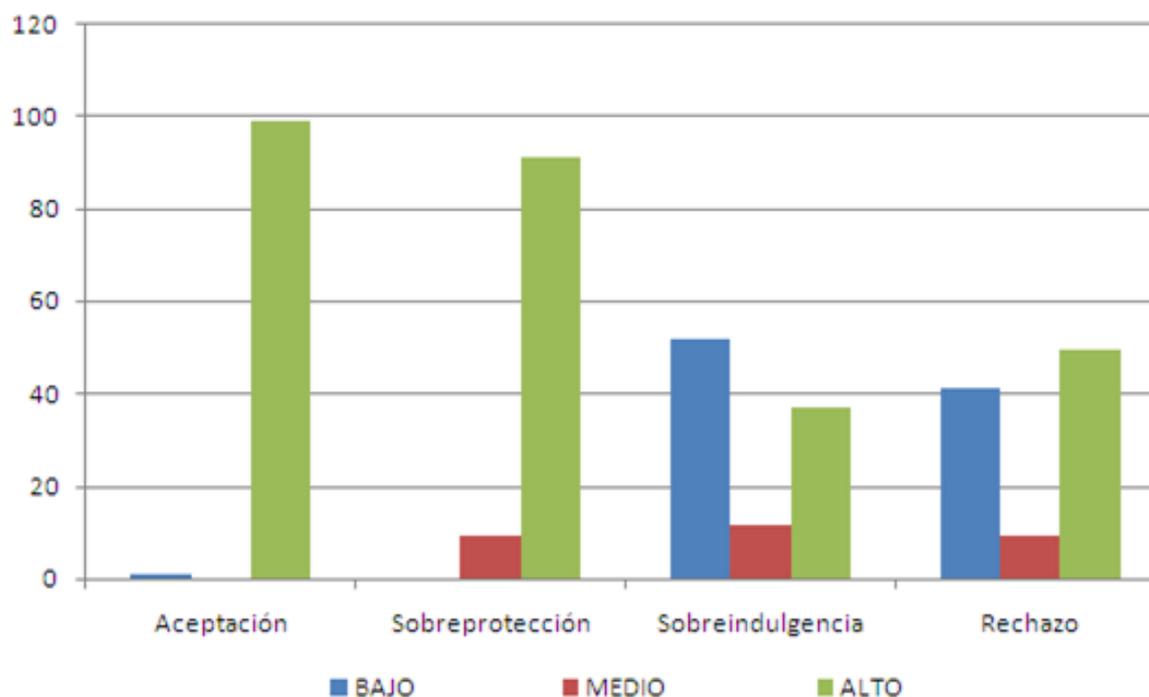
La interpretación de los resultados del Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre Niño se realizó empleando los baremos obtenidos por Arévalo (2005), en madres de la ciudad de Trujillo y Piura de nivel socioeconómico bajo. Los puntajes han sido clasificados en tres categorías: bajo, medio y alto; los puntajes bajos comprenden del percentil 5 al 40, los puntajes medios del percentil 45 al 55 y los puntajes altos del percentil 60 hacia adelante.

**Tabla 12**

*Actitudes en la relación Madre Niño según la ERMN*

	Bajo		Medio		Alto	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Aceptación	1	1.10	--	--	<b>86</b>	<b>98.90</b>
Sobreprotección	--	--	8	9.20	79	90.80
Sobreindulgencia	<b>45</b>	<b>51.72</b>	<b>10</b>	<b>11.49</b>	<b>32</b>	<b>36.78</b>
Rechazo	36	41	8	9.20	43	49.43

La tabla 12 muestra que en la categoría Bajo no existen casos de Sobreprotección, mientras existe un 51.72% en Sobreindulgencia. En la categoría Medio, no existen casos de Aceptación mientras que en Sobreindulgencia existe 11.49% de casos. En la categoría alto, la escala Aceptación tiene un 98.9% de casos mientras que Sobreindulgencia tiene un 36.78%.

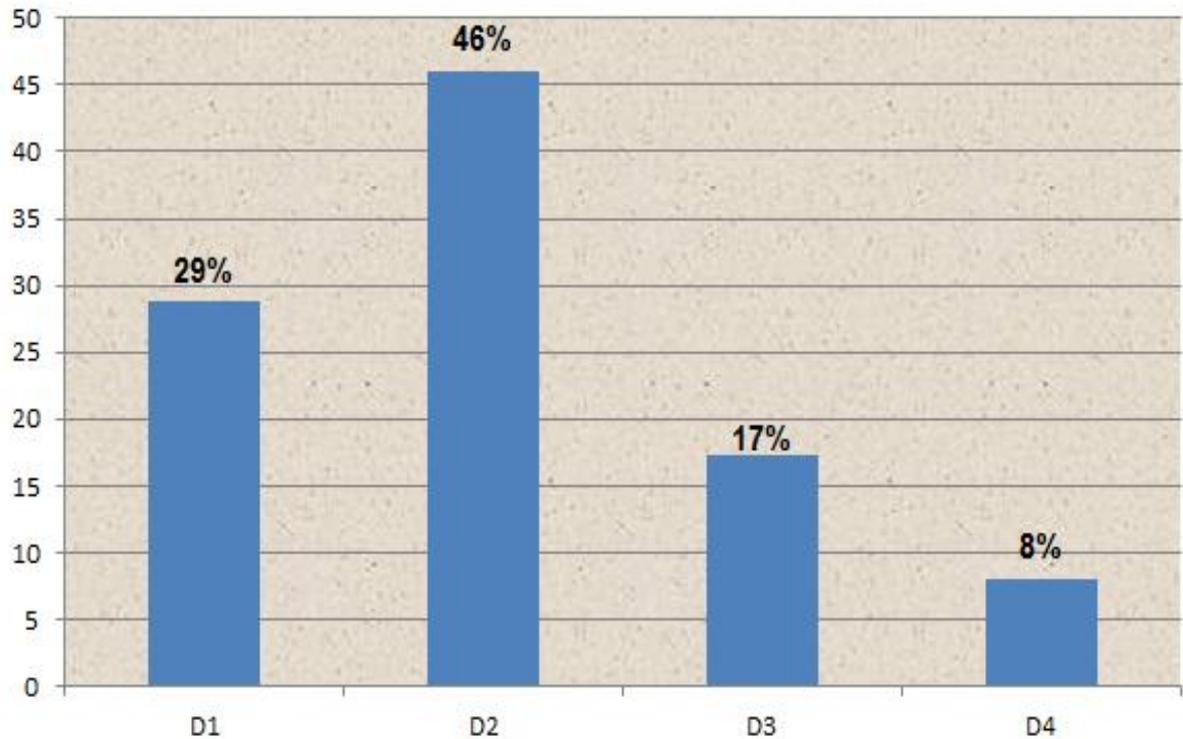


*Figura 6. Puntajes del ERMN en internas madres*

En la figura 6, se observa que las madres que obtuvieron puntajes altos en Aceptación, Sobreprotección y Rechazo son las que se encuentran en mayor proporción.

Por otro lado, las madres que obtuvieron puntajes medios en las actitudes que no son recomendables para la relación madre hijo, como la Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo son las que presentan menor porcentaje.

Se puede observar que la Aceptación y la Sobreprotección tienen puntajes altos en proporciones que superan el 90% de la muestra.



*Figura 7. Confusión -Dominancia del ERMN en internas madres*

La figura 7 muestra que en 46% de las madres internas predomina la Dominancia de dos actitudes, existiendo un 8% de madres en las que se presenta la dominancia de 4 actitudes, llamada también Confusión.

Se observa además que en solo un 29% de las madres existe dominancia de una actitud, lo que indica un riesgo de confusión en el 46% de las madres y una confusión clara en el 25% restante, que comprende a D3 y D4.

**Tabla 13**

*Análisis de la Confusión-Dominancia en las Actitudes en la relación Madre Niño según la ERMN*

	D+ (1)		D-(2)		D-(3)		D+ (4)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
A	21	84.0	--	--	--	--	--	--	<b>21</b>	<b>24.1</b>
A-R	--	--	2	5.0	--	--	--	--	2	2.3
A-SPR	--	--	36	90	--	--	--	--	<b>36</b>	<b>41.4</b>
A-SPR-R	--	--	--	--	14	93.3	--	--	14	16.1
A-SPR-SI-R	--	--	--	--	--	--	7	100	7	8.0
SPR	4	16	--	--	--	--	--	--	4	4.5
SPR-R	--	--	2	5	--	--	--	--	2	2.3
SPR-SI-R	--	--	--	--	1	6.7	--	--	<b>1</b>	<b>1.1</b>
Total	25	100	40	100	15	100	7	100	87	100

En la tabla 15, se observa que el porcentaje de Dominancia de dos actitudes D-(2), en la combinación Aceptación -Sobreprotección, es de 41.4%. Resalta en segundo lugar la Dominancia de una actitud D+ (1), actitud de Aceptación, con 24.1%.

El porcentaje más bajo se encuentra en la Dominancia de 3 actitudes D- 3, llamada también Confusión, con las actitudes de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo con 1.1%.

## CAPITULO V: DISCUSION

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación existente entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el tipo de actitudes en la relación madre hijo, en una muestra de internas de dos establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima (el E.P. Mujeres de Chorrillos y el E.P. Anexo de Mujeres Chorrillos), quienes conviven con sus hijos menores de tres años. Se establecieron tres hipótesis, la primera establecía que existe relación entre los puntajes de las dimensiones sintomáticas de psicopatología y los índices globales de malestar con las actitudes de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo; la segunda hipótesis plantea que el menor puntaje de las dimensiones sintomáticas de psicopatología y los índices globales de malestar estaría asociado a la presencia de actitudes de Aceptación en la relación madre hijo. La tercera hipótesis señala que existen diferencias entre las dimensiones sintomáticas de psicopatología, los índices globales de malestar y las actitudes en la relación madre- hijo, según tipo de delito, hacinamiento penitenciario y grado de instrucción.

Se confirmó la hipótesis  $H_1$ , puesto que se hallaron relaciones positivas significativas y muy significativas entre las dimensiones sintomáticas y los índices globales de malestar con las actitudes de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo; sin embargo se rechazó la hipótesis  $H_2$ , y se aceptó parcialmente la hipótesis  $H_3$ , ya que se hallaron diferencias significativas en la actitud de Aceptación según el grado de instrucción.

Los resultados indican que a mayor número de síntomas psicopatológicos (medidos con el índice PST), mayor será el puntaje obtenido en las actitudes de

Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo. Resalta que las dimensiones sintomáticas de Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad Fóbica y Psicoticismo correlacionen con estos tres tipos de actitudes maternas que tal como lo indica Arévalo (2005) afectan el desarrollo del niño para el desarrollo de un comportamiento independiente (como el caso de la actitud de sobredependencia), el establecimiento de límites de conducta (en la actitud de sobreindulgencia) y el desarrollo de una adecuada autoestima y afectividad (actitud de rechazo).

Un factor común entre estas tres dimensiones sintomáticas, podría hallarse analizando las definiciones empleadas para las adaptaciones del SCL-90-R (Gonzales et al, 2002 y Esteban et al., 2007), donde la Sensibilidad interpersonal se caracteriza por incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales, la Ansiedad fóbica se relaciona a la fobia social y la agorafobia; y el psicoticismo se relaciona con sentimientos de alienación social. Como se observa el factor social, o las dificultades para desarrollarse socialmente están presentes en estos tres casos.

El mayor número de dimensiones sintomáticas del SCL-90-R se relacionan significativamente con la Sobreprotección, siendo la única excepción la Hostilidad. Esto indicaría que la somatización, la obsesión- compulsión, la depresión, la ansiedad y la ideación paranoide, son compatibles con actitudes de Sobreprotección en las madres internas en establecimientos penitenciarios. Los índices globales GSI y PSDI muestran una relación muy significativa con la Sobreprotección, lo cual indica que una alta intensidad de sufrimiento psíquico y psicósomático así como alta severidad de los síntomas presentes (Gonzales, et al., 2002), se relacionan con actitudes de sobreprotección en madres internas.

La relación de las dimensiones sintomáticas con la Sobreindulgencia, presenta algunas variaciones: permanecen la somatización, la obsesión-compulsión, la depresión y la ansiedad, y se incluye la hostilidad. El papel de las dimensiones sintomáticas en este sentido podría entenderse porque las madres con síntomas de somatización, obsesión compulsión, depresión o ansiedad prestan mayor atención a su sintomatología, que descuidan la imposición de límites y control sobre el niño llegando a la sobregratificación del mismo; lo cual podría reforzarse por la muy significativa relación observada entre el GSI y las actitudes de sobreindulgencia. En el caso de la Hostilidad, las madres con síntomas hostiles podrían sobregratificar a sus hijos con la finalidad de evitar problemas con sus compañeras o con las autoridades ya que dentro de los establecimientos penitenciarios las actitudes hostiles de las madres hacia los niños se encuentran en constante observación a fin de prevenir el maltrato.

La hostilidad es una dimensión sintomática que se encontró relacionada a las actitudes de Rechazo en la relación madre hijo. Esta relación es esperada ya que la hostilidad definida en experiencias de cólera, frustración y rabia, cinismo, insolencia y arrogancia (Bermúdez, Pérez & San Juan, 2017), es compatible con las actitudes de rechazo, que como se mencionó implican la negación de amor (Arévalo, 2005) y la "expresión de odio hacia el niño en términos de negligencia, tosquedad y severidad" (Barboza, 2014, p.28). Sin embargo, la fortaleza de la relación podría estar influenciada por el bajo número de hostilidad presente en las internas y por la baja proporción de rechazo, a lo que podemos añadir la existencia de confusión en las actitudes maternas.

Müller, Romer & Achtergarde (2014), señalan que las madres con alta psicopatología (según el SCL-90-R) sienten mayor distress que madres

"normales" cuando enfrentan un nivel normal de "conducta demandante" en sus hijos, tendiendo a reconocer y recordar estas conductas como "molestas" siendo difícil para ellas ser madres flexibles; y además, tendrán facilidad para reconocer y recordar "conductas internalizadoras" (ansiedad, depresión e inhibición) de sus hijos porque son coherentes con sus propios síntomas y estado de ánimo, por lo que tendrán miedo de que sus hijos experimenten lo mismo que ellas, pudiendo sentirse responsables por este desarrollo mal adaptativo. Esto podría explicar por qué la relación entre las dimensiones sintomáticas e índices globales es mayor con las actitudes de Sobreprotección, sobreindulgencia y en menor número con Rechazo.

La ansiedad y la depresión son dos dimensiones que se deben considerar importantes porque forman parte del estrés que pueden sentir las madres. En ese sentido, Lin et al, (2015) señalan que el estrés emocional post natal de las madres tiene efectos en el desarrollo del temperamento de los infantes, también se debe considerar si las madres son primíparas puesto que tienden a experimentar mayor preocupación lo que se asocia a conductas sobreprotectoras con sus hijos (Kalomiris & Kiel, 2016). Khodabakhshi et al. (2014) señalan que la experiencia de distres y carga subjetiva se relacionan con actitudes de sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo, Sanz (2011) señala que las madres que sienten culpa e incertidumbre durante los primeros años de sus hijos presentaran actitudes de Sobreprotección y Rechazo. Barboza (2014) señala que las madres que sienten ansiedad (como rasgo y estado) presentaran actitudes de Sobreprotección. A esto se añade que el encarcelamiento de madre genera un golpe a su autoestima, así como una experiencia de estrés por el cuidado del

menor con las limitaciones y encierro al que ambos son sometidos (Baca-Neglia, 2015).

No se encontró relación entre los puntajes en las dimensiones sintomáticas, índices globales con la actitud de Aceptación. Estos resultados llaman la atención puesto que no se confirma la relación inversa esperada entre Aceptación y los síntomas psicopatológicos, como se da en la investigación de Cruz (2014) en madres de hijos con necesidades especiales en la ciudad de Trujillo-Perú, donde el constructo Bienestar Subjetivo tiene relación positiva, de grado medio y altamente significativa, con la “Aceptación” y una relación inversa, de grado medio y altamente significativa, con el “Rechazo”. Al parecer y concordando con De León (1990) el Soporte social (que incluye recibir ayuda material y consejos, compartir tareas y ayudar a otras personas) que percibe la madre tiene más influencia en la Aceptación a sus hijos que los problemas referidos a condiciones de vida (problemas en educación, empleo, amigos, pareja, salud y economía), tal como lo propone De León (1990).

Podría estar influyendo en estos resultados lo encontrado por Baca-Neglia (2015), en las cárceles de mujeres de Lima, en donde a pesar de que los hijos de las internas reciben cuidados de salud básicos, y que ellas reciben orientación en aspectos educativos para sus niños, las internas no reciben los materiales para desarrollar las actividades de estimulación, e incluso no saben identificar la existencia de problemas en ellos. De esta manera, es posible, que madres que no tengan indicadores de psicopatología, desconozcan aspectos importantes sobre la relación madre hijo, confundiendo la Aceptación del niño, con la Sobreprotección del mismo.

Analizando la fuerza de las asociaciones y relaciones encontradas ( $r$  y  $\rho$ ), se observa que estas son significativas y muy significativas pero de magnitud muy baja que van desde 2.19\* a 0.335\*\*. La significatividad estadística de los resultados nos indica que la asociación encontrada no se debe al azar, sin embargo aunque la fuerza de la correlación es baja, ésta puede ser afectada por el tamaño de la muestra y la presencia de puntajes atípicos, sin embargo no resta la validez de los hallazgos ya que pueden ser el indicador de una correlación mucho mayor (Morales, 2011).

Cuando se consideró la existencia de diferencias en los puntajes de las dimensiones sintomáticas de psicopatología, los índices globales de malestar y las actitudes en la relación madre- hijo de internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de Lima, según tipo de delito, el hacinamiento penitenciario y el grado de instrucción, no se encontró diferencias significativas.

La muestra se caracteriza por contar con tres grupos de delitos diferenciados: Contra la Seguridad Pública (Tráfico Ilícito de Drogas), Contra el patrimonio y otros delitos. Una característica a fin a los dos primeros es que su finalidad es la obtención de dinero de manera ilícita, por lo que podríamos atribuir las similitudes a este factor. Respecto al tercer grupo "Otros delitos", la similitud de la muestra podría deberse a la diversidad de delitos que se encuentran incluidos y al escaso número de internas al que agrupa.

El grado de hacinamiento del establecimiento penitenciario podría no influir en la presentación de síntomas psicopatológicos o en las actitudes maternas porque las internas que son madres y tienen a sus hijos menores de tres años, suelen ser ubicadas en ambientes especiales, acuden a la cuna, reciben

orientación sobre crianza, es decir, reciben un estándar de tratamiento que es homogéneo en ambos establecimientos penitenciarios.

Respecto al Grado de instrucción, éste no determinó diferencias en las dimensiones sintomáticas, índices globales y actitudes maternas de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo, sin embargo se observó que si determina diferencias en la actitud materna de Aceptación. A pesar de que se espera que una persona con mayor grado de estudio tenga una capacidad de análisis y afrontamiento de las dificultades, no es necesario que esto suceda así. El estudio de Temple (2014) en internas del establecimiento Penitenciario de Chorrillos indica que existen diferencias significativas de bienestar psicológico según grado de instrucción, y argumentan que, al poseer un mayor nivel educativo, las personas puedan desarrollar mejores relaciones con los demás, tendrán mayor autonomía en sus decisiones; parece que cuando hablamos de un constructo contrario; el grado de instrucción deja de marcar diferencias entre grupos, conclusiones similares son expuestas por Calderón (2016).

Para determinar la incidencia de síntomas psicopatológicos en internas que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios, se utilizó el baremo obtenido por Esteban et al. (2007) en una muestra de internos de establecimientos penitenciarios de Lima metropolitana. Al agruparse la población según los puntajes obtenidos, se pudo observar que más del 50% de las internas han obtenido puntajes altos en todas las escalas sintomáticas, con excepción de Psicoticismo.

Los resultados concuerdan con los hallazgos de Urbán et al. (2014), quienes señalan que en población no clínica, las mujeres puntúan más alto que los hombres en las dimensiones somatización, obsesión compulsión, sensibilidad

interpersonal, depresión, ansiedad y GSI; mientras que los hombres puntúan más alto en hostilidad y psicoticismo. Otros estudios (Sepehrmanesh, Ahmadvand, Akasheh, y Saei, 2014), señalan que casi la mitad de los prisioneros sufren de desórdenes psiquiátricos por lo que se debe prestar atención a la salud mental de los prisioneros como un aspecto esencial para la prevención del crimen. Asimismo, las mujeres en prisión son un grupo de especial atención ya que Chen & Gueta (2015), señalan que las internas generalmente provienen de hogares en riesgo y que fueron víctimas de múltiples tipos de abusos y negligencias por parte de sus padres y hermanos, por lo que tienen mayor tendencia que los hombres de haber sido víctimas de maltrato durante la niñez y a sufrir problemas psiquiátricos severos, depresión y drogadicción. En el caso de internas mujeres que conviven con sus hijos menores de 18 meses, Birmingham, Coulson, Mullee, Kamal, & Gregoire, (2006) señalan que hasta el 60% de ellas tiene uno o más de cinco desórdenes psiquiátricos identificados (trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, trastornos neuróticos, alcoholismo, consumo de drogas), y un tercio sufre de depresión.

Hay que resaltar que en el caso de ansiedad, casi la totalidad de la muestra obtuvo puntajes altos en esta escala. En los índices globales, la escala PST y GSI también superan el 50% de internas con puntajes altos, mientras que el caso de PSDI solo no llega al cincuenta por ciento por algunas décimas.

Estudios realizados en una muestra de internos de Chile por Ygnatiev et al. (2016), señalan que el SCL 90-R es un instrumento válido y confiable para detectar desórdenes mentales severos, estableciendo un punto de corte de 1.42 en el GSI. Al comparar el punto de corte propuesto por este autor, con el promedio obtenido por la muestra, encontramos que aún se encuentra dentro de

los valores normales, sin embargo es preciso aclarar que al comparar los puntajes obtenidos en las diferentes dimensiones sintomáticas e índices globales con los obtenidos en estudios de Esteban et al. (2007) y con los de Gonzales et al. (2002), los puntajes de las internas son altos, sin embargo, comparados con los obtenidos por Sánchez & Ledesma (2009), las internas obtienen promedios menores.

Agrupando a la muestra de internas según los puntajes obtenidos en la Escala de la Relación Madre Niño, empleando los baremos obtenidos por Arévalo (2005), se halló que el 95.40% de las internas tienen altas actitudes de Aceptación hacia sus hijos, sin embargo el 90.80% muestra actitudes de sobreprotección. En el caso de Sobreindulgencia el 51.72% tiene puntajes bajos y el 49.43% muestra actitudes de Rechazo. Otros estudios realizados en nuestro país (Gutiérrez, M., 2012, Cruz, 2014, Amaya, 2015, Banda & Renteria, 2015, Calderón, 2016), señalan que la Actitud de Aceptación es la que predomina en las madres aunque brindan porcentajes alrededor del 40 y 60% de la muestra y puntajes significativamente menores en las demás actitudes.

Un resultado preocupante es la alta proporción de confusión existente en las actitudes materna. Solo el 29% evidencia predominancia de una actitud, mientras que el 46% presenta la combinación de dos actitudes que incluso se pueden dar en la modalidad Aceptación-Rechazo y una clara confusión en el 25% restante (los que presentan dominancia de tres y cuatro actitudes). La Confusión es un evento que se ha observado en los estudios de Calderón (2016) y Amaya (2015), quienes reportan porcentajes entre el 30 y 50%.

La combinación Aceptación y Sobreprotección es la más frecuente en las madres internas 41%, esta combinación puede ser resultado de la ansiedad que

experimenta la madre durante su permanencia en el establecimiento penitenciario. Sin embargo, Calderón (2016) obtiene porcentajes alrededor del 50% en madres que se atendían en un centro de salud, motivo por el cual podríamos presumir que haya aspectos culturales que influyen en los resultados.

La escala de la Relación Madre Niño (ERMN), es un instrumento que ha demostrado su validez y confiabilidad para la medición de actitudes maternas. Se ha podido observar que su uso se ha extendido en nuestro país desde su adaptación por Arévalo (2005), contando con estudios que han corroborado su validez y confiabilidad (Essalud, 2013 y Doménique, 2012). Asimismo a nivel internacional se puede observar la vigencia de este instrumento.

Estos resultados son importantes porque hay pocas investigaciones que aborden la relación entre la psicopatología y las actitudes maternas en madres internas. Consideramos que promover la salud mental en las mujeres encarceladas debe ser una prioridad en las políticas de salud pública debido a la alta incidencia de síntomas psicopatológicos existentes (Paíno et al., 2007) y porque las actitudes de las madres hacia sus hijos se verán afectadas también existiendo el riesgo de la aparición de maltratos o negligencias que afecten el desarrollo psicológico del niño entre otros aspectos.

## CONCLUSIONES

1. Se comprueba que un mayor puntaje en las dimensiones sintomáticas de psicopatología y en los índices globales de malestar se relaciona con un mayor puntaje en las actitudes maternas de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo, sin embargo no se encuentra que los puntajes bajos en las dimensiones sintomáticas y en los índices globales se relacione con altos puntajes en la actitud materna de Aceptación.
2. Un alto puntaje en Sensibilidad interpersonal, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo y en Total de Síntomas Positivos (PST), se relaciona con un alto puntaje en las actitudes maternas de Sobreprotección, Sobreindulgencia y Rechazo.
3. Altos puntajes en las dimensiones sintomáticas, con la excepción de Hostilidad, y en los índices globales de malestar están relacionados con altos puntajes en la actitud materna de Sobreprotección.
4. Todas las dimensiones sintomáticas, con la excepción de Ideación paranoide, y los índices globales GSI y PST, se relacionan con altos puntajes en la actitud materna de Sobreindulgencia.
5. Un alto puntaje en Sensibilidad interpersonal, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo y en Total de Síntomas Positivos (PST), se relaciona con un alto puntaje en la actitud materna de Rechazo.
6. Existen diferencias en las actitudes maternas de Aceptación según grado de instrucción de las internas madres que conviven con sus hijos menores de tres años en los establecimientos penitenciarios de Lima.

7. Existe una alta prevalencia de indicadores psicopatológicos en las internas madres donde la Ansiedad y la Somatización obtienen los porcentajes más altos.
8. El número de síntomas psicopatológicos, su grado de severidad y el distress que causa en la persona son altos e intensos, observándose que afecta a más de la mitad de las internas madres.
9. Se observa que en la muestra predomina la dominancia de las actitudes de Aceptación y Sobreprotección, y que es bajo el porcentaje de internas con Confusión de tres o cuatro actitudes. Individualmente la Actitud que se presentó con mayor frecuencia fue la Aceptación y la que tuvo menor frecuencia fue la Sobreindulgencia.

## RECOMENDACIONES

- Implementar programas multidisciplinarios de salud mental, a cargo del Órgano Técnico de Tratamiento del INPE, en madres internas que conviven con sus hijos menores de tres años en establecimientos penitenciarios, de tal manera que se contribuya a la reducción en la incidencia de síntomas psicopatológicos., tales como habilidades sociales, educación emocional, estimulación temprana, disciplina positiva, etc.
- Capacitar a los profesionales de Trabajo Social, Educación, Salud y Seguridad, que laboran con madres internas que conviven con sus hijos menores de tres años en establecimientos penitenciarios, a fin de percatarse de síntomas psicopatológicos y puedan derivar al psicólogo y/o personal especializado designado para dicha atención. Además de brindar la información necesaria a la interna deberán ayudar y colaborar en dicha intervención.
- Velar por el cumplimiento de la normativa referente al tratamiento de la madre interna y a sus hijos menores de tres años a fin de que el hacinamiento y sobrepoblación penitenciaria no afecte las condiciones de vida de esta población. Esta actividad deberá estar a cargo del Órgano Técnico de tratamiento, y es responsabilidad de los profesionales que lo integran el informar sobre el incumplimiento de la normatividad.
- Llevar a cabo investigaciones psicológicas complementarias a fin de tener una visualización más amplia del programa a desarrollar.
- Realizar convenios con instituciones que abordan problemáticas similares para fortalecer el trabajo desarrollado con esta población.

- Elevar la cobertura de los programas laborales a fin de que las madres puedan reorientar y canalizar sus angustias y depresiones.
- Diseñar e implementar programas de desarrollo de habilidades sociales y destrezas para preparar a las madres internas para su reinserción social posterior.

## REFERENCIAS

- Amaya, K. (2015). *Actitudes maternas según el factor tipo de relación conyugal del distrito de Guadalupe*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1770>
- Arévalo, E. (2005). *Adaptación y estandarización de la escala de actitudes hacia la relación madre-niño*. Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/50593078/Manual-Del-Roth>
- Baca-Neglia, H., Chacaltana-Condori, B., Roa-Meggo, Y., Zegarra, T. & Bustamente, Z. (2015). Perfil de las reclusas en cárceles de Lima-Perú. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. 11 (1), 1-12.
- Banda, Y. & Rentería, R. (2015). Actitudes Maternas y Madurez Escolar en Niños del Primer Grado de una Institución Educativa. *Revista Científica PAIAN*. 6 (1), 28-40. Recuperado de <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/PAIAN/article/view/85/85>
- Barboza, E. (2014). *Ansiedad Estado-Rasgo y Actitudes Maternas en madres de niños con retardo mental moderado de Centros de Educación Básica Especial, Chiclayo 2013* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Recuperado de [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/740/1/TL\\_Barboza\\_Zapata\\_Estefaniad elMilagro.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/740/1/TL_Barboza_Zapata_Estefaniad elMilagro.pdf)
- Becerra, S., Roldán, W. & Aguirre, M. (2008). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) en Canto Grande. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 135-150. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111671009>
- Benson, J. y Haith, M. (2009). *Social and Emotional Development in infancy and early Childhood*. Oxford: Elsevier.
- Bergly, T.H., Nordfjærn, T. & Hagen, R. (2014). The dimensional structure of SCL-90-R in a sample of patients with substance use disorder. *Journal of Substance Use*. 19(3), 257-261. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/14659891.2013.790494>
- Bermúdez, J., Pérez, A. & San Juan, P. (2017). *Psicología de la Personalidad: teoría e investigación*. Madrid: Editorial UNED
- Betancourt, L., Rodríguez, M. & Gempeler, J. (2008). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 261-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668007>

- Birmingham, L., Coulson, D., Mullee, M., Kamal, M. & Gregoire, A. (2006). Mental health of women in prison mother and baby units. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(3), 393-404. Doi10.1080/1478994060073844. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b731dafc-470a-4ae5-8c34-7c9dbef95f87%40sessionmgr4008&hid=4206>
- Bowlby, J. (2006). *La psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI editores.
- Bowlby, J. (2012). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. New York: Routledge.
- Calderón, M. (2016). *Actitudes hacia las relaciones madre-niño, de las mamás atendidas en el Centro de Salud José Olaya, Chiclayo. Enero 2015* (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Juan Mejía Baca, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/66/1/TESIS%20Calderon%20Sanchez%20Melva%20Hercilia%20.pdf>
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25 (1), 67-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180630186008>
- Carrera, O. (2007). *Apego y Anorexia Nerviosa: manipulación de las experiencias tempranas en ratas y desempeño en el procedimiento experimental de anorexia basada en la actividad* (Tesis de Doctorado). Universidad Santiago de Compostela, España. Recuperado de <http://sid.usal.es/22051/8-4-3>
- Carrillo, E. y Tuya, C. (2014). Clima Social Familiar y Actitudes Maternas en madres adolescentes del AA.HH. San Pedro. *Revista de investigación de estudiantes de Psicología "Jang"*. 1, 150-162.
- Caseras, X., (2009). *Comprender el Trastorno de ansiedad, crisis de angustia y agorafobia*. Barcelona: Amat Editorial.
- Cassidy, J. (2016). Overview of attachment theory. En: Cassidy, J. & Shaver, P. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.
- Castañeda, A. (2005). La adaptación del niño obeso y la relación con la actitud materna. *Avances en Psicología*. 13(1), 125-148. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/obeso.pdf>
- Chen, G. & Gueta, K. (2015). Child abuse, drug addiction and mental health problems of incarcerated women in Israel. *International Journal of Law and Psychiatry*. 39, 36-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.019>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson educación.
- Company, A. (2014). *Violencia expresiva e instrumental: la escena del crimen en homicidios cometidos en el seno de la pareja*. Universitat de Barcelona.

Recuperado de  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/58007/1/TFG%20COMPANY.pdf>

- Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Lam-Figueroa, N. & Luna-Praetorius, M. (2011). Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. *Revista Peruana de Epidemiología*. 15(1), 43-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119644007>
- Cruz, V. (2014). *Bienestar psicológico y actitudes maternas en madres de hijos con necesidades especiales de Trujillo* (Tesis de maestría). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1785>
- De León, M. (1990). Maternal acceptance/rejection of mexican migrant mothers. *Psychology of Women Quarterly*, 14(2), 245-254. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=8645396&lang=es&site=ehost-live>
- De Lucas, M. & Montañés, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 377-386. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122815008>
- Doménique, Y. (2012). *Actitudes maternas y habilidades sociales en hijos de 5 años en la Red N°10 del Callao* (Tesis de maestría). Universidad San Ignacio de Loyola, Perú.
- Dorigo, M. & Janampa, J. (2012). *Detrás del muro, hay madres. Diagnóstico situacional: brechas entre la normativa y la situación penitenciaria de la mujer gestante y madre con hijos privadas de libertad en el Penal de Mujeres Chorrillos I* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica, Perú. Recuperado de <https://sumaqmusquy.files.wordpress.com/2013/06/detras-del-muro-hay-madres-4-12-12.pdf>
- Douglas, K., Hart, S., Webster, C. & Belfrage, H. (2015). *HCR-20 V3. Valoración del riesgo de violencia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Eijgenraam, L. (2017). *Helping Children Form Healthy Attachments: Building the foundation for strong lifelong relationships*. Edimburgo (Escocia): Floris Books.
- Engel, K., Schaefer, M, Stickel, A., Binder, H., Heinz, A. y Richter, C. (2015). The Role of Psychological Distress in Relapse Prevention of Alcohol Addiction. Can High Scores on the SCL-90-R Predict Alcohol Relapse? *Alcohol And Alcoholism*, 1-5. doi: 10.1093/alcalc/agt062
- Essalud. (2013). *Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años*. Essalud- Policlínico Chosica.

- Esteban, S., Reyes, S. y Charcape, E. (2007). *Baremación de la Lista de Chequeo de 90 Síntomas-Revisada SCL-90-R en internos de EE.PP. de Lima*. Lima: INPE.
- Esteban, S., Reyes, S., Charcape, E. (2007). *Diagnóstico de salud mental en establecimientos penitenciarios*. Lima: INPE.
- Fernández, J. (2010). *Clases de derecho penitenciario*. Recuperado de [http://www.criminologia.org.es/aportaciones/segundo/clasepenitenciario\\_05112010.pdf](http://www.criminologia.org.es/aportaciones/segundo/clasepenitenciario_05112010.pdf).
- Figueiredo, B., Tendais, I. y Dias, C. (2014). Maternal Adjustment and Maternal Attitudes in Adolescent and Adult Pregnant Women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27, 194-201. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.014>
- Fonagy, P. (2010). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Gaeta, M. y Galvanovskis, A., (2011). Propensión a Conductas Antisociales y Delictivas en Adolescentes Mexicanos. En: *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 47-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133921440006.pdf>
- Gómez, E. (2012). Evaluación del apego en estudiantes universitarios. *Revista Horizonte Medico*, 12(3), 42-46.
- Gonzales, J. et al. (2002). *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas- Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goodman, G. (2014). *The internal World and Attachment*. New York: Routledge.
- Gutiérrez, M. (2012). *Estilos de relación madre - hijo y conducta agresiva en niños de 2 años del distrito del Callao* (Tesis de maestría). Universidad San Ignacio de Loyola, Perú.
- Guzmán, R. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 4(3), 234-243. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>.
- Harvey, P. & Robertson, C. (2015). *Family Violence: Legal, Medical, and Social Perspectives*. London: Routledge.
- Hernández, N. & Domínguez, C. (2009). *Diagnóstico sobre la incidencia de los delitos cometidos por las mujeres privadas de su libertad procesadas y sentenciadas*. México: Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género.
- Hernández, R. (2015). *Las Somatizaciones o reacciones psicósomáticas*. Centro de Terapia de Conducta. Recuperado de

<http://www.cetecova.com/index.php/revista-correo-conductual-coco/11-coco-11/47-las-somatizaciones-o-reacciones-psicosomaticas->

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hogg, M. & Vaughan, G. (2010). *Psicología Social*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- INPE. (2012). *10 Medidas de Reforma del Sistema Penitenciario*. Recuperado de [http://www.inpe.gob.pe/pdf/10\\_medidas.pdf](http://www.inpe.gob.pe/pdf/10_medidas.pdf)
- INPE. (2015). *Informe Estadístico Junio 2015*. Lima: INPE.
- INPE. (2014). *Informe Estadístico Diciembre 2014*. Lima: INPE.
- INPE-CEDRO. (2012). *Diagnostico epidemiológico del consumo de drogas en el E.P. Chorrillos*. Informe no publicado. Lima: INPE-CEDRO.
- Izquierdo, C. (2007). *La autoridad en la familia*. Bogotá: San Pablo.
- Kalomiris, A. & Kiel, E. (2016). Maternal anxiety and physiological reactivity as mechanisms to explain overprotective primiparous parenting behaviors. *Journal of Family Psychology*, 30(7), 791-801. doi: 10.1037/fam0000237
- Khodabakhshi, A., Khazan, S. & Tagvae, D. (2014). Mother-Child relationship and burden in families of children with mental retardation. *Middle East Journal of Psychiatry and Alzheimers*, 5(3), 32-36. Recuperado de <http://www.me-jpa.com/WEB/September2014/Mother.pdf>
- Kobak, R., Zajac, K. & Madsen, S. (2016). Attachment, Disruptions, Reparative Processes and Psychopathology. En: Cassidy, J. & Shaver, P. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.
- Lara, N. (2014). *Evaluación de condiciones de salud, vínculo y prácticas de crianza en niños de 0 a 3 años que conviven con sus madres internas de la Reclusión de Mujeres El Buen Pastor de Bogotá Colombia* (Tesis Especialidad). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/47079/1/05599534.2015.pdf>
- Lin, Y., Xu, J., Huang, J., Jia, Y., Zhang, J., Yan, C., Zhang, J. (2015) Effects of prenatal and postnatal maternal emotional stress on toddlers, cognitive and temperamental development. *Journal of Affective Disorders*, 207, 9–17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.010>
- López, P. (2015). *Educar amando desde el minuto cero*. Bilbao: Desclée de Brouwer

- Lorenzana, L., (2015). *Hostilidad y agresión: Significado/Origen/Definición en Psicología*. Recuperado de <http://psicologiamotivacional.com/los-factores-que-influyen-en-la-hostilidad-que-es-la-hostilidad/>
- Mental Health America. (2008). *La Depresión materna. Marcando la diferencia a través de la acción de la comunidad. Una guía de planeamiento*. Recuperado de [http://www.mentalhealthamerica.net/sites/default/files/Maternal\\_Action\\_Guide\\_Sp\\_en\\_espanol11.pdf](http://www.mentalhealthamerica.net/sites/default/files/Maternal_Action_Guide_Sp_en_espanol11.pdf)
- Morales, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Morales, P. (2011). El coeficiente de correlación. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Recuperado de [http://www.unizar.es/ice/images/stories/materiales/curso\\_06\\_2016/01%20Documento%201%20\(correlaciones\).pdf](http://www.unizar.es/ice/images/stories/materiales/curso_06_2016/01%20Documento%201%20(correlaciones).pdf)
- Müller, J., Romer, G. & Achtergarde, S. (2014). Correction of distortion in distressed mothers' ratings of their preschool-aged children's Internalizing and Externalizing scale score. *Psychiatry Research*, 215, 170–175. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.035>
- Murueta, M. & Orozco, M. (2015). *Psicología de la violencia*. México D.F.: Manual Moderno.
- Newton, R. (2008). *The Attachment Connection: Parenting a Secure & Confident Child Using the science of attachment theory*. California: New Harbinger Publications, Inc.
- Oiberman, A. (2006). Resiliencia y factores de protección en bebés vulnerables. Aplicación de la Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (Versión electrónica). 52 (1), 19-25.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons\\_update\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Maltrato infantil*. Diciembre, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Paíno, S., Muro, A. & Díaz, F. (2007). Vivencia de la maternidad en la privación de libertad y niveles de ansiedad. Un estudio en el centro penitenciario de Odemira (Portugal). *Anuario de Psicología Jurídica*. 17, 65-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315024768004>

- Pallí, C. & Martínez, L. (2011). Naturaleza y organización de las actitudes. En *Introducción a la Psicología Social*. Ibañez, C. (Coord.). Barcelona: UOC.
- Prada, J. (2004). *Madurez afectiva, concepto de sí y la adhesión en el ministerio sacerdotal*. Bogotá: San Pablo.
- Quezada, V. & Santelices, M. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), pp. 53-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880005.pdf>
- Ramos, M. (2008). *Violencia y Victimización en Adolescentes Escolares* (Tesis doctoral). Universidad Pablo de Olavide, España. Recuperado de [https://www.uv.es/lisis/manuel-ramos/tesis\\_ramos.pdf](https://www.uv.es/lisis/manuel-ramos/tesis_ramos.pdf)
- Reglamento del Código de Ejecución Penal. (2014). En Jurista Editores, *Código Penal*. Lima: Jurista Editores.
- Rivera, N. (2012). *Apego: vínculos afectivos y psicopatología*. Recuperado de <http://gabinetepsicologicobarcelona.blogspot.com/2012/02/apego-vinculos-afectivos-y.html>
- Robles, J., Andreu, J. y Peña, M. (2002). SCL-90-R. Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 5-19. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2002/2002art1.pdf>
- Rose, Y. (2005). *Bonding and Attachment*. Victoria, Canada: Trafford.
- Ruis, C., Van Den Berg, E., Van Stralen, H.E., Postma, A., Van Zandvoort, M.J.E, (2014). Symptom Checklist 90-Revised in neurological outpatients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36 (2), 170-177. doi <http://dx.doi.org/10.1080/13803395.2013.875519>
- Russell, J. y Jarvis, M. (2003). *Angles on applied psychology*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.
- Sampó, C., & Troncoso, V. (2015). Violence linked to crime in Brazil and the role of the armed forces in the pursuit of public safety. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*. 10(1), 89-109. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1909-30632015000100005&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-30632015000100005&lng=en&tlng=en).
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Sánchez, R. y Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 8(3), 265-274. Recuperado de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp\\_xviii\\_3\\_pp265\\_274.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf)

- Sánchez, L. (2012). *Genero y Drogas. Guía informativa*. Diputación de Alicante Editor. Recuperado de: [https://umaantelasdrogas.files.wordpress.com/2012/06/guia-genero\\_drogas.pdf](https://umaantelasdrogas.files.wordpress.com/2012/06/guia-genero_drogas.pdf)
- Sanz, M. (2011). *Díadas Madre –Hijo afectadas por el VIH/ Sida: una aproximación a las actitudes maternas en el desarrollo del Vínculo* (Tesis de Licenciatura). Universidad del Aconcagua, Argentina. Recuperado de [http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/189/tesis-1265-diadas.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/189/tesis-1265-diadas.pdf)
- Schaffer, R. (2000). *Desarrollo Social*. México: Siglo XXI.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Pace, U., Manzella, S., Di Carlo, G. y Caretti, V. (2014). The relationship between Attachment and Psychopathy: A Study with a Sample of Violent Offenders. En prensa. *Current psychology*. Doi10.1007/s12144-014-9211-z
- Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Akasheh, G. y Saei, R. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders and Related Factors in Male Prisoners. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1), 1-6. doi: 10.5812/ircmj.15205
- Shah, P. y Strathearne, L. (2014). ABC + D and DMM: Similarities and differences. En *TheRoutledge Handbook of Attachment Theory*. Paul Holmes, Steve Farnfield, Ed. New York: Routledge.
- Shamai, M. & Kochal, R. (2008). “Motherhood Starts in Prison”: The Experience of Motherhood Among Women in Prison. *Family Process*, 47(3), 323-340. doi: 10.1111/j.1545-5300.2008.00256.x
- Shaver, P. & Mikulincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. En: *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. Obegi, J. y Berant, E. Editores. New York: Guilford Press.
- Steele, M. (2005). Attachment, actual experience and mental representation. En: *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. Green, V. (Ed.). Taylor and Francis e-Library
- Supo, J. (2015). *Niveles de Investigación*. Recuperado de <http://seminariosdeinvestigacion.com/niveles-de-investigacion/>
- Temple, S. (2014). *Bienestar psicológico y esperanza en internas de un Penal de Lima* (Tesis de pre grado). Pontificia Universidad Católica, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5547>
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z.,... Demetrovics Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry Research*, 216(1), 146-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.027>

- Villagra, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. Martín, J. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3), 219-226. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122827005.pdf>
- Yáñez, M. (2015). *La caducidad de las boletas de auxilio y su impacto en la seguridad jurídica* (Tesis pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes- Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/400>
- Yárnoz, S.; Alonso-Arbiol, I.; Plazaola, M. y Sainz, L. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*, 17, 2, 159-170. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v17/v17\\_2/02-17\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v17/v17_2/02-17_2.pdf)
- Ygnatiev, Y., Fritsch, R., Priebe, S. y Mundt, A. (2016). Psychometric properties of the symptom check-list-90-R in prison inmates. *Psychiatry Research*, 239, 226–231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.007>
- Zarragoitía, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13 (3), 1- 07. doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651

# **ANEXOS**

## Anexo A Tabla: Operacionalización de variables

### DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE ASOCIADA: Síntomas Psicopatológicos

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIONES
<b>Somatizaciones</b>	<p><b>Conceptual:</b> Malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales).</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58; de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>Obsesiones y compulsiones</b>	<p><b>Conceptual:</b> Síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65; de la Escala SCL-90-R.</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>Sensibilidad interpersonal</b>	<p><b>Conceptual:</b> Presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73; de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>Depresión</b>	<p><b>Conceptual:</b> Principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79; de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIONES
<b>Ansiedad</b>	<p><b>Conceptual:</b> presencia de signos generales de ansiedad tales como el nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86; de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Directo
<b>Hostilidad</b>	<p><b>Conceptual:</b> Pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo.</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 11, 24, 63, 67, 74, 81; de la Escala SCL-90-R.</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>Ansiedad fóbica</b>	<p><b>Conceptual:</b> Malestar que alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca.</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82, 79; de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>Ideación paranoide</b>	<p><b>Conceptual:</b> Comportamientos paranoides en tanto desórdenes del pensamiento: pensamientos proyectivos, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 8, 18, 43, 68, 76, 83; de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>Psicoticismo</b>	<p><b>Conceptual:</b> Síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.</p> <p><b>Operacional:</b> Puntajes obtenidos en respuesta a</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo

los ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90; de la Escala SCL-90-R

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIONES
<b>Índice Global de Gravedad GSI</b>	<p><b>Conceptual:</b> Medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global.</p> <p><b>Operacional:</b> Cociente del total de los valores asignados a los elementos entre el número total de ítems de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>Total de Síntomas Positivos PST</b>	<p><b>Conceptual:</b> Amplitud y diversidad de la psicopatología</p> <p><b>Operacional:</b> número total de síntomas presentes o ítems con valor distinto a cero; de la Escala SCL-90-R</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo
<b>EI PSDI o Distrés global</b>	<p><b>Conceptual:</b> el sufrimiento o Distrés global que indica la intensidad sintomática media</p> <p><b>Operacional:</b> Cociente del total de los valores asignados a los elementos entre el número de respuestas positivas</p>	Cuantitativo	Puntaje Directo

#### VARIABLE ASOCIADA DE SUPERVISION: Tipo de Relación Madre-Niño

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIONES
<b>Tipo de Relación Madre Niño</b>	<p><b>Conceptual:</b> Estilo de Relación que la madre tiene con su hijo, demostrada por medio de las actitudes que la interna despliega ante él.</p> <p><b>Operacional:</b> Tipo de Relación que se obtiene en el Cuestionario de la Relación Madre Niño de Roth</p>	Cuantitativo	Aceptación Sobreprotección Sobreindulgencia Rechazo

## ESCALA DE ACTITUDES DE LA RELACION MADRE – NIÑO (R. Roth)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nº de hijos: \_\_\_\_\_ Sexo de los hijos: \_\_\_\_\_

Edad del hijo mayor: \_\_\_\_\_. Edad del hijo menor: \_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente y luego marque con un aspa (X) en el recuadro que considere refleja mejor su opinión o sentimiento:

	Completamente de acuerdo	Acuerdo	Indecisa	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. Una madre debería aceptar las posibilidades que su niño tiene.					
2. Una madre debería proporcionarle a su hijo todas las cosas que ella no tuvo cuando niña.					
3. Considero que un niño no está en falta cuando hace algo malo..					
4. La disciplina estricta es muy importante en la crianza de los niños					
5. Cuando la madre tiene problemas con su hijo, al cual no sabe cómo tratar, ella debe buscar la ayuda apropiada.					
6. Una madre debe estar permanentemente al cuidado de los alimentos que ingiere su niño					
7. La obligación de una madre es preocuparse porque su niño, tenga todo lo que desea					
8. Es bueno para el niño ser separado de sus padres por breves temporadas (1 ó 2 meses)					
9. Los niños tienen sus propios derechos.					
10. Un niño, hasta los 7 años no debe jugar solito por tanto la madre debe acompañarlo.					
11. Pienso que no es necesario que una madre discipline a su niño.					
12. Cuando una madre desapruueba una conducta de su niño, ella debe señalarle repetidas veces las consecuencias de esa conducta.					
13. Es posible que un niño a veces se moleste con su madre					
14. Una madre debe defender a su hijo de las críticas de los demás					
15. No tiene nada de malo que los padres dejen que el niño juegue videojuegos o vea TV el tiempo que desee.					
16. Mi niño no tiene la gracia ni es tan sociable como la mayoría de los otros niños de su edad.					
17. Los niños pequeños son como los juguetes que sirven para entretener a sus padres.					
18. Una madre debería averiguar sobre el desenvolvimiento de su niño en la escuela (relaciones con profesores y compañeros, sobre sus tareas) como mínimo tres veces por semana					
19. Yo muchas veces amenazo castigar a mi niño, pero nunca lo hago					
20. Para criar a un niño, no importa el método que utilice la madre, lo importante es criarlo como ella piensa.					

	Completamente de acuerdo	Acuerdo	Indecisa	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
21. Traer un bebé al mundo no implica para los padres modificar su forma de vida.					
22. Una madre debe ayudar a su hijo y hacerle la tarea cuando él no puede.					
23. Si al niño no le gusta los alimentos que le sirven, no está mal que proteste hasta que se los cambien por algo que le agrade.					
24. Con un entrenamiento estricto un niño puede llegar a hacer prácticamente todo.					
25. Disciplinar a un niño significa ponerle límites.					
26. Una madre nunca debería dejar a su hijo solo, expuesto a sus propios medios (capacidades, habilidades).					
27. Los padres responsables deben preocuparse porque su niño tenga una propina fija.					
28. Una madre debe dejar que la profesora utilice los métodos disciplinarios que considere cuando su hijo o hija no cumple las normas.					
29. Los niños(as) deben ser vistos pero no oídos.					
30. Es responsabilidad de la madre cuidar que su niño no este triste.					
31. La madre debe recostarse todas las noches con su niño hasta que éste logre dormirse, como parte de su rutina diaria.					
32. Muchas cosas que mi niño hace me fastidia.					
33. No me gusta cuando mi niño manifiesta abiertamente sus emociones (tristeza, cólera, alegría, miedo, amor)					
34. Un niño necesita más de cuatro controles médicos al año.					
35. A un niño no se le debe resonrar, por arrancararle cosas a un adulto					
36. El niño es como un adulto en miniatura.					
37. Como chuparse el dedo no es hábito higiénico, considero que es necesario que una madre tome medidas para que no lo siga haciendo.					
38. Una madre no debe confiar en su niño (a) para que haga cosas él solo					
39. Cuando el niño llora debe tener inmediatamente la atención de la madre.					
40. La madre debe dejar la alimentación de pecho lo antes posible.					
41. A una madre no le ayuda mucho hablar con su niño de sus proyectos personales.					
42. Prefiero mantener a mi niño cerca de mí por los peligros a los que se expone cuando juega lejos					
43. Por alguna razón, yo nunca puedo negarme a cualquier pedido que mi niño me hace.					
44. A menudo le juego bromas a mi hijo sabiendo que a él le disgustan					
45. Un niño debe complacer en todo a sus padres					
46. Creo que, aun cuando mi niño tuviera más de 6 años, es mejor que yo lo bañe porque no pueden hacerlo solo.					
47. Una madre debe ver siempre que las demandas de su niño sean atendidas.					
48. A menudo los niños actúan como si estuvieran enfermos cuando en realidad no lo están.					

## SCL 90-R

### L. R. Derogatis. Adaptación CICP, 2006

Apellidos Y Nombres: .....

Edad: ..... Fecha de hoy: .....

Establecimiento Penal:.....

Delito: ..... Situación Jurídica: .....

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes: Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque:

- 0 Si no ha tenido esa molestia en absoluto
- 1 Si la ha tenido un poco presente
- 2 Si la ha tenido moderadamente
- 3 Si la ha tenido bastante
- 4 Si la ha tenido mucho o extremadamente

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o Extremadamente
1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo.	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de mi mente.	0	1	2	3	4
4. Sensación de mareo o desmayo.	0	1	2	3	4
5. Pérdida del deseo o del placer sexual.	0	1	2	3	4
6. Ver a la gente de manera negativa, encontrándole siempre faltas.	0	1	2	3	4
7. Sentir que otra persona puede controlar mis pensamientos.	0	1	2	3	4
8. Sentir de que la mayoría de mis problemas son culpa de los demás.	0	1	2	3	4
9. Tener dificultad para recordar las cosas.	0	1	2	3	4
10. Estar preocupado por el desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11. Sentirme fácilmente molesto, enojado, malhumorado o irritado.	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho.	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en las calles.	0	1	2	3	4
14. Sentirme con muy pocas energías o decaído.	0	1	2	3	4
15. Pensamientos suicidas, o ideas de quitarme la vida.	0	1	2	3	4
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.	0	1	2	3	4
17. Temblores en mi cuerpo.	0	1	2	3	4
18. Tener la idea de que uno no puede confiar en la gente.	0	1	2	3	4
19. No tener ganas de comer.	0	1	2	3	4
20. Llorar por cualquier cosa.	0	1	2	3	4

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o Extremadamente
21. Sentirme incómodo con personas del otro sexo.	0	1	2	3	4
22. Sentirme atrapado o encerrado.	0	1	2	3	4
23. Tener miedo de repente sin razón alguna.	0	1	2	3	4
24. Tener arrebatos de cólera o ataques de furia que no puedo controlar.	0	1	2	3	4
25. Tener miedo a salir solo de mi casa.	0	1	2	3	4
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda.	0	1	2	3	4
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.	0	1	2	3	4
29. Sentirme solo.	0	1	2	3	4
30. Sentirme triste.	0	1	2	3	4
31. Preocuparme demasiado por todo.	0	1	2	3	4
32. No tener interés por nada.	0	1	2	3	4
33. Sentirme temeroso o con miedo.	0	1	2	3	4
34. Sentirme herido en mis sentimientos con facilidad.	0	1	2	3	4
35. Tener la impresión de que los demás se dan cuenta de lo que estoy pensando.	0	1	2	3	4
36. Sentir que los demás no me comprenden o no me hacen caso.	0	1	2	3	4
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hago bien.	0	1	2	3	4
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.	0	1	2	3	4
40. Náuseas o malestar en el estómago.	0	1	2	3	4
41. Sentirme inferior a los demás.	0	1	2	3	4
42. Calambres en manos, brazos o piernas.	0	1	2	3	4
43. Sentir que los demás me vigilan o que hablan de mí.	0	1	2	3	4
44. Tener dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hago.	0	1	2	3	4
46. Tener dificultades para tomar decisiones.	0	1	2	3	4
47. Tener miedo de viajar en combis, micros, ómnibus, o trenes.	0	1	2	3	4
48. Tener ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49. Sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.	0	1	2	3	4
51. Sentir que mi mente se queda en blanco.	0	1	2	3	4
52. Sentir hormigueos o entumecimientos en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
53. Tener un nudo en la garganta.	0	1	2	3	4
54. Perder las esperanzas con respecto al futuro.	0	1	2	3	4
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.	0	1	2	3	4
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.	0	1	2	3	4
57. Sentirme tenso o con los nervios de punta.	0	1	2	3	4
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados	0	1	2	3	4

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o Extremadamente
59. Pensar en la muerte o en el hecho de morir.	0	1	2	3	4
60. Comer demasiado.	0	1	2	3	4
61. Sentirme incómodo cuando me miran o hablan de mí.	0	1	2	3	4
62. Tener ideas o pensamientos que no son míos.	0	1	2	3	4
63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien.	0	1	2	3	4
64. Despertarme sin necesidad en la madrugada.	0	1	2	3	4
65. Sentir impulsos de tener que hacer las cosas de manera repetida: contar, lavarme, tocar cosas.	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o perturbado.	0	1	2	3	4
67. Tener ganas de romper o destrozar algo.	0	1	2	3	4
68. Tener ideas, pensamientos o creencias que los demás no comparten.	0	1	2	3	4
69. Sentirme muy cohibido o avergonzado entre otras personas.	0	1	2	3	4
70. Sentirme incómodo en lugares donde hay mucha gente.	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.	0	1	2	3	4
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.	0	1	2	3	4
73. Sentirme incómodo si estoy comiendo o bebiendo en público.	0	1	2	3	4
74. Tener discusiones frecuentes.	0	1	2	3	4
75. Ponerme nervioso cuando estoy solo.	0	1	2	3	4
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.	0	1	2	3	4
77. Sentirme solo aun estando con gente.	0	1	2	3	4
78. Sentirme tan inquieto que no puedo ni estar sentado sin moverme.	0	1	2	3	4
79. Sentirme un inútil o que no valgo nada.	0	1	2	3	4
80. Presentir que algo malo va a pasar.	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas.	0	1	2	3	4
82. Tener miedo a desmayarme en público.	0	1	2	3	4
83. Tener la impresión de que la gente intentaría aprovecharse de mí si se lo permitiera.	0	1	2	3	4
84. Pensar cosas sobre el sexo que me inquietan bastante.	0	1	2	3	4
85. Sentir que debo ser castigado por mis pecados o errores.	0	1	2	3	4
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.	0	1	2	3	4
87. Sentir que algo serio anda mal en mi cuerpo.	0	1	2	3	4
88. Sentirme siempre distante, sin afinidad con nadie.	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpabilidad.	0	1	2	3	4
90. Pensar que algo anda mal en mi mente.	0	1	2	3	4

**FIN DE LA PRUEBA**

**COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES**