

## ESTIGMAS Y SILENCIOS: SALUD MENTAL Y VIOLENCIA CONTRA LA INFANCIA EN EL PERÚ\*

Pilar Dughi M.

### Introducción

El reconocimiento de la infancia como una etapa de la vida en la que el niño debe ser protegido y cuidado de manera especial y diferente a la de los adultos, aparece a lo largo de la historia de Occidente, a través de las distintas formas de valoración de las sociedades respecto a sus niños y jóvenes. El interés por el niño ha servido para justificar los castigos corporales y la detención de adolescentes en las condiciones más inhumanas. Un legado cultural emblemático fue el considerar que la violencia contra la infancia era un instrumento educativo no lesivo a la integridad del niño.

En la última década y a medida que se han ido generando mayores canales de denuncia y apoyo a las víctimas del maltrato infantil en los países de la región, se ha ido revelando también tanto la magnitud del fenómeno como sus dolorosas secuelas. Por primera vez en el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) incluyó un Módulo de Violencia en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2001) en la que se reporta que el 41 % de padres castiga a sus hijos por medio de golpes. Los resultados de la encuesta confirmaron las tendencias generales que rodean a la problemática del maltrato y que ya han sido exploradas por otros reportes de países latinoamericanos. El maltrato infantil es tanto más grave porque los principales perpetradores del maltrato son los padres o cuidadores del niño y, porque su mayor incidencia suele presentarse en el espacio familiar, lugar donde el niño debería encontrar los mecanismos de seguridad, afecto y protección que requiere para su desarrollo.

Si bien el maltrato infantil se presenta en todas las clases sociales, numerosos estudios dan cuenta de la importancia que tienen las condiciones de pobreza como fuentes generadoras de tensión que afectan las relaciones entre padres e hijos y facilitan mecanismos de interacción violentos<sup>1</sup> Según la ENDES 2001, en nuestro país, la mayor incidencia de violencia contra la infancia se registra en lugares de alta pobreza y exclusión social como los departamentos de Apurímac - en donde alcanza el 62 %- y en Cajamarca en la que el maltrato físico llega al 73 %. Asimismo, existe una asociación entre el grado de instrucción de los padres y la presencia del maltrato: el 61 % de los varones y el 56 % de las mujeres mostraban bajos niveles educativos en la encuesta aplicada por ENDES 2001. Los factores de riesgo que propician situaciones de maltrato no sólo están relacionadas con los efectos que acarrea la difícil situación económica de las familias y el desempleo sino, también, con la tolerancia que existe en nuestra cultura frente al castigo corporal, la misma que refuerza las percepciones infantiles sobre el ejercicio de la violencia como un comportamiento socialmente aceptable. Es así que, una de las características más dramáticas del maltrato,

---

\* Este ensayo forma parte de "Políticas Públicas e Infancia en el Perú". Save the Children – UK. Lima, Perú, marzo del 2002.

<sup>1</sup> ROBICHAUD, J.B., GUAY L., COLIN C. y POTHIER M. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité*, pp. 93-98. Montréal: Gaëtan Morin Editeur. BOZZINI *et al.* (1981). *Médecine et société: les années 80*. Montréal: Éditions Saint-Martin. DESJARLAIS, R. (1997) *Salud Mental en el Mundo*. Washington : OPS- OMS

es su recurrencia intergeneracional. Entre un 70 y 80 % de padres que fueron maltratados en su infancia, reproducen la violencia contra sus propios hijos. En el Perú - según ENDES - el 56 % de mujeres encuestadas reconocían haber sido golpeadas en su infancia, llegando hasta el 70 % en departamentos como Apurímac, Loreto y San Martín. Una reciente investigación llevada a cabo con 1,673 personas en el Cuzco indica que las personas que han sido agredidas cuando fueron niños tienen el doble de posibilidades de, a su vez, maltratar a sus hijos (Guamán Poma, 2001).

Las condiciones en que muchas madres y padres viven sus tempranas experiencias de paternidad y maternidad también pueden convertirse en factores de riesgo como es el caso de embarazos en adolescentes que son rechazadas y marginadas por su situación de gestantes, o cuando existen antecedentes de violencia sexual. De acuerdo a información a nivel nacional, el 13 % de adolescentes entre 15 y 19 años, está embarazada o ya es madre<sup>2</sup>. Una encuesta realizada en Costa Rica reveló que el 95 % de los embarazos de adolescentes de 15 años de edad o menos, se debían al incesto (OMS, 1998). De otro lado, un estudio realizado en Lima, encontró la abrumadora constatación de que el 90 % de casos de niñas adolescentes que habían sido atendidas en la Maternidad de Lima, habían sido víctimas de abuso sexual (Heise, 1994).

La discriminación y la violencia contra la mujer es otra de las experiencias asociadas con el maltrato infantil. Investigaciones llevadas a cabo en los últimos años en América Latina, dan cuenta de cómo el sistema abusivo que ejercen los hombres contra las mujeres en las situaciones de violencia familiar, se reproducen en las relaciones entre adultos y niños. Un estudio nicaragüense indica que los hijos y las hijas de las mujeres maltratadas, sufren de manera especial las consecuencias de la violencia, porque la mitad de ellos y ellas han sido testigos del maltrato. Estos niños y niñas tienen hasta nueve veces más probabilidades de sufrir problemas de tipo emocional, trastornos de conducta, y dificultades de aprendizaje. Tienen además, siete veces más riesgo de ser maltratados por el padre o la madre (Ellsberg et al, 1998). En el Perú, en la encuesta antes citada en el Cuzco, el 43 % de las personas que maltrataban a sus parejas, golpeaban también a sus hijos (Guamán Poma, 2001).

### **Cultura contemporánea de derechos de la infancia y salud mental**

Cada época y cada cultura han ido definiendo qué es lo mejor para la niñez en función de un determinado sistema de valores y representaciones sociales. Es recién en el siglo pasado que la preocupación por las condiciones de vida y el entorno en el que se desenvuelve la infancia, cobra un nuevo significado. Con la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, la sociedad contemporánea reconoce por primera vez que los niños y las niñas tienen derechos específicos de acuerdo a su crecimiento y desarrollo. Y es entonces cuando los viejos problemas adquieren un nuevo cariz. El maltrato infantil deja de ser un problema circunscrito a los linderos familiares para convertirse en un motivo de preocupación y de intervención a través de políticas públicas.

---

<sup>2</sup> INEI (1998) *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: INEI.

El Perú ratifica la CDN en 1989 convirtiéndose en ley de la república. Su base fundamental fue la eliminación de la doctrina del tratamiento del *menor* en situación irregular, sustituyéndola por la doctrina de la protección integral a la infancia; es decir, se reconocieron, por primera vez, derechos específicos a los niños y adolescentes, los cuales innovarían definitivamente las legislaciones referidas a la infancia en todos los países del mundo. Asimismo, en la CDN se dieron las directrices para que estos derechos fueran efectivamente llevados a la práctica.

A través de la CDN, los gobiernos y estados suscribieron el compromiso de defender y hacer realidad los derechos de los niños, para lo cual se crearon diversos instrumentos jurídicos que permitieron transformar los marcos normativos existentes, tales como los códigos de niños y adolescentes.

El Perú, al ratificar la CDN, se vio obligado a promover y proteger los derechos así conceptualizados, por lo que se hizo imperativo redactar un nuevo código para la infancia que se adaptara a los nuevos conceptos de la doctrina internacional y que respondiera a la realidad peruana. Así, se promulga el Código del Niño y del Adolescente en 1992, entrando en vigencia al año siguiente.

Tanto la CDN como los códigos elaborados en los diferentes países de América Latina han sido la expresión de una nueva visión de la infancia y adolescencia surgida en la última década del siglo XX. Ha implicado pasar del campo de las necesidades, al campo de los derechos. Las medidas de cuidado y protección a niñas/niños y adolescentes ya no se conciben únicamente como satisfacción de necesidades, sino que éstas se convierten en derechos fundamentales que deben ser desarrollados y respetados por los progenitores o personas que los tienen a su cargo y además son una responsabilidad tutelar primordial del Estado.

Los niños y adolescentes dejan de convertirse exclusivamente en *hijos o dependientes* de sus familias y/o tutores y son considerados personas sujetos de derecho. De esta manera, la noción del *interés superior del niño*, presente en todo discurso público referido a la infancia, forma parte de las llamadas nociones - marco, particularmente frecuentes en el derecho de familia. La noción pone de manifiesto que a niñas/os y adolescentes les asiste un verdadero y auténtico poder para reclamar cuando sus necesidades no están cubiertas. Simboliza la idea de que la infancia ocupa un lugar en la sociedad y que éste debe ser respetado: defender el *interés del niño* por lo tanto, implica la protección y defensa de un interés privado, pero, al mismo tiempo, el amparo de un interés social. Alienta la idea de que frente a un conflicto de intereses - por ejemplo, entre progenitores - se consideran de mayor jerarquía aquellos que permitan la realización plena de los derechos del niño, tomándose en cuenta el imperioso deber de respetar las diferentes etapas evolutivas de la niñez y adolescencia con sus propias demandas y expectativas<sup>3</sup>.

En el contexto histórico en el que el Perú inicia el reconocimiento de los derechos sustanciales de la infancia a comienzos de la década del 90, la población se encontraba en las postrimerías del conflicto

---

<sup>3</sup> GROSMAN et al. (1998) *Los derechos del niño en la familia*. Buenos Aires: Ed. Universidad.

armado que asoló al país en años precedentes. Las secuelas de la violencia política implicaron el desplazamiento poblacional de un millón seiscientos mil habitantes, de los cuales, el 30 % fueron niños y/o adolescentes. Del total de la población afectada, alrededor de 600,000 personas huyeron o migraron de sus comunidades de origen, encontrándose en ellos casi el 5 % de niños y niñas huérfanos de la guerra<sup>4</sup>. En los territorios rurales y andinos donde se vivieron las escenas más cruentas del enfrentamiento la demanda de la población por una atención en salud mental se convirtió en una preocupación de autoridades educativas y de salud.

A pesar que el conflicto armado es considerado una de las formas más extremas de maltrato contra la infancia y la adolescencia, el Estado Peruano no había desarrollado estrategias de intervención para responder a las secuelas psico-sociales de la violencia en los niños y sus familias. En ese entonces no existían planes ni programas nacionales de atención que pudieran responder a las consecuencias de la situación traumática vivida por las familias desplazadas o aquellas que habían permanecido en sus comunidades de origen. Los principales esfuerzos de intervención eran desarrollados por instituciones privadas e iglesias. Sin embargo, sabemos que la oportunidad de la intervención psico-social en situaciones tan graves como es un conflicto armado, atenúa los dramáticos efectos que pueden dejar huellas imborrables en la historia de quienes los han padecido.

En los primeros años de la década de los noventa la salud mental no era considerada entre las prioridades de las políticas públicas. Sin embargo, paradójicamente, las secuelas de la violencia política revelaron la estrecha relación que existe entre la cultura de valores y derechos con el estado de salud mental de las poblaciones<sup>5</sup>. Para entonces, toda una generación de peruanos que pasaron su infancia y adolescencia afectadas por las secuelas del conflicto armado, se habían convertido en jóvenes adultos. Con la creación del Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR) en 1993, el Gobierno Central focalizó su atención en las necesidades materiales que demandaban los desplazados (infraestructura de vivienda y acceso a servicios), desarrollando una línea de intervención psico-social coyuntural y desarticulada del conjunto de políticas intersectoriales. Uno de los propósitos gubernamentales expresados a través de las acciones de este programa fue el de fortalecer la imagen de un país pacificado y en condiciones de garantizar una seguridad interna indispensable para atraer la inversión extranjera. Ello explicaría el carácter perentorio, vertical y focalizado de la intervención del PAR y que ha sido reportado por estudios publicados en los últimos años. Otras estrategias locales de intervención en zonas afectadas por la violencia fueron implementadas por el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud con el apoyo de agencias de cooperación como UNICEF. Se crearon experiencias tales como los MIPs (Módulos de Intervención Psico-afectiva) conformados por profesionales de salud y con una perspectiva de participación comunitaria que desarrollaron respuestas exitosas frente a las demandas poblacionales pero

---

<sup>4</sup> PROMUDEH- Gerencia de Promoción de la Niñez y la Adolescencia (2001) *Plan Nacional por la Infancia. Documento de Consulta Regional*. (Impresión).

<sup>5</sup> DUGHI P. (1996) *Experiencias en rehabilitación y recuperación psicosocial. El caso peruano*. En: UNICEF, Impacto de los conflictos armados en la infancia. Memoria de la consulta para la región de América Latina y el Caribe. Colombia: UNICEF.

que no pudieron sostenerse a través del tiempo debido, entre otras razones, a la limitada importancia que se asignaba en el Ministerio de Salud al desarrollo de políticas de salud mental.

¿Por qué, tradicionalmente, la salud mental no fue motivo de preocupación en las políticas de salud del país? Desde comienzos del siglo y hasta mediados de la década de los 80, las políticas de salud mental estaban fundamentalmente orientadas a la asistencia psiquiátrica. Oficialmente, se asumía la noción de integralidad de la salud en la esfera física y mental según las definiciones de la Organización Mundial de la Salud desde los acuerdos de Alma Ata (1977) pero, los gestores de las políticas públicas y los operadores locales de salud, compartían con la población una visión estigmatizante del significado de la Salud Mental, confinando las acciones y horizontes de intervención de las políticas de Salud Mental hacia la población considerada en estado de *locura*, es decir, aquellas personas que, según el imaginario social, eran víctimas de enfermedades incapacitantes y que requerían de hospitalización y/o internamiento hospitalario. Esta es solo una de las razones que explicarían la casi inexistente implementación de Políticas Públicas de Salud Mental desde el Ministerio de Salud en las últimas décadas, y que todavía continúan siendo invisibles en las políticas de estado.

Es recién en el año 2001 - diez años después que se aprobara oficialmente el primer Plan Nacional de Salud Mental en el país - que se elaboran los lineamientos de política de Salud Mental en el Ministerio de Salud. En estos lineamientos se indica el efecto devastador que se produce en las poblaciones, no sólo por la escasa valoración que los ejecutores de políticas asignan a la Salud Mental, sino también debido a que no se vislumbra adecuadamente los vínculos de la Salud Mental con la economía, el desarrollo social y la vida de las comunidades. Por consiguiente, resulta explicable que las atenciones en salud mental durante 1998 representaran solo el 1.15 % del total de la atención global del Ministerio de Salud<sup>6</sup>. A partir del documento técnico de lineamientos de políticas se infiere que, mientras los gestores de políticas y el gobierno central, no comprendan el alcance y la dimensión social del recurso de la salud mental para el ser humano, las políticas, programas y órganos directrices de salud mental del Ministerio de Salud continuarán sin asignación presupuestal y relegadas a un lugar sin trascendencia y de limitado poder resolutivo en la acción pública. El mismo documento hace hincapié en la subestimación de los problemas de salud mental que ocasionan graves efectos en la población trabajadora y, en consecuencia, en su vida familiar y en la productividad social. La fuente mencionada refiere que en el Brasil se reporta que más de un tercio de la población encuestada en un reciente estudio admite haber tenido algún desorden psiquiátrico y, la depresión se viene convirtiendo en el principal problema de salud en los lugares de trabajo. Estos problemas de salud mental se asocian al bajo rendimiento laboral, a la desmotivación, el ausentismo, la discapacidad y los accidentes<sup>7</sup>.

El estado de salud mental en la sociedad peruana se revela también en la manera en cómo las personas ejercitan el código de normas y valores éticos que requiere toda sociedad para regular la convivencia

---

<sup>6</sup> Programa Nacional de Salud Mental (2001) *Lineamientos de Política*. MINSA (Impresión)

<sup>7</sup> Ibid.

humana. Un estudio de vida familiar llevado a cabo a partir de una encuesta aplicada por el INEI a 2,460 mujeres en la ciudad de Lima revela que, según la percepción de las encuestadas, los principales valores que debe enseñar la familia se orientan hacia el respeto (72.7 %) y el buen comportamiento (57.7%) ilustrando la importancia que se atribuye a lo normativo en la vida cotidiana<sup>8</sup>. Lo contrario al respeto o el anti-valor del respeto es la violencia. No es casual que el valor del respeto alcance tal relevancia en el discurso de las entrevistadas pues, la necesidad de afirmarlo, puede estar expresando precisamente su carencia o insuficiencia. En los últimos veinte años la población peruana ha sido afectada no solo por el conflicto armado sino por la pérdida de su institucionalidad democrática, el abuso de autoridad y el reconocimiento de la existencia de una corrupción política generalizada que ha comprometido al conjunto de los poderes del estado.

En una situación en la que las normas y las leyes demuestran su incapacidad reguladora, se produce un estado de anomia social. Particularmente en los jóvenes se genera la desorientación y la subestimación de los valores y normas que dan sentido a los actos humanos, produciéndose a consecuencia de ello, una sensación de vacío y de pérdida del respeto por la vida propia y la ajena<sup>9</sup>. Las escenas de pandillaje y violencia juvenil así como la reproducción de la violencia familiar y el desprecio por los más débiles o desprotegidos como son los niños y las niñas, son expresión de un contexto social desvalorizante y abusivo que va más allá de las exclusivas carencias materiales. Desde esta perspectiva, los derechos a la salud mental, al cuidado y la protección que requieren niños y adolescentes, se conciben a partir del ejercicio de una cultura de valores y de respeto a una vida humanamente digna y a la búsqueda de una mejor calidad de relaciones entre las personas.

La erradicación de la violencia en todas sus manifestaciones, y particularmente del maltrato infantil, requiere una transformación de las pautas de crianza y de la percepción de lo que significa la infancia para el mundo adulto. Las interacciones sociales que se dan en el seno de las familias peruanas cobran especial gravitación pues, es ahí donde se generan las primeras reglas de la convivencia humana con sus beneficios recíprocos, sus múltiples renunciaciones y el aprendizaje a tolerar las diferencias en un clima de respeto por el otro. Algunos estudios han mencionado el carácter autoritario de estas interacciones asociadas a una falta de cultura democrática, no sólo entre sus miembros, sino como proyección de la debilidad del ejercicio de la ciudadanía en la sociedad peruana, la discriminación de género, y/o las disrupciones vitales y afectivas que se presentan en las personas que, por diversas razones - entre las que se encuentran las referidas a la situación de pobreza - se desplazan o migran de una cultura a otra, de una región geográfica a otra del país, sin lograr elaborar y procesar el cambio que ello representa<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> DUGHI, P. VILLAVICENCIO, R. ZANOLO, B.(2000) *Violencia en la familia en Lima y el Callao*. Lima: Congreso de la República. Compilación por M.J. Espinoza.

<sup>9</sup> NUÑEZ R., (1998) *Higiene Mental de la Familia*. Lima: OPS – OMS. En: PNSM (2001) Lineamientos de Política. MINSA. (Impresión)

<sup>10</sup> RODRÍGUEZ R. C., 1989: *Cicatrices de la pobreza*. Venezuela: Nueva Sociedad. RODRÍGUEZ R. C., 1995: *La violencia de las horas*. Venezuela: Nueva Sociedad. PIMENTEL, C. (2001). *Poder, salud mental y comunidad*. Lima: CECOSAM

El maltrato infantil se relaciona con el autoritarismo familiar y éste, a su vez, con la incapacidad de ejercer una genuina autoridad. En un perfil de familia autoritaria, puede existir la confusión entre autoridad y autoritarismo. Mientras que el respeto significa guardar consideración por el otro en términos de atención, cuidado, y preservación de sus derechos humanos fundamentales; es decir, a la seguridad, a la libertad y al buen trato, en las relaciones familiares; la falta de respeto se suele entender como un desconocimiento de la autoridad y una violación de las reglas establecidas. En la investigación de vida familiar llevada a cabo por el INEI antes citada, cuando se pregunta a las encuestadas cómo castigan los padres a sus hijos adolescentes de acuerdo al tipo de falta que estos han cometido, la categoría *faltar el respeto* es la que despierta la respuesta de *golpeándolos* en un 48.2 %, es decir, casi la mitad no vacila en confirmar la violencia del castigo. Considerando la tendencia al autoritarismo que existe en las familias, la conducta rebelde de los jóvenes podría estar guiada no tanto por un desconocimiento de la autoridad sino, mas bien, del autoritarismo (teniendo en cuenta además que todo ello se ve reforzado por el casi natural desconocimiento de la autoridad que se vive en la etapa de la adolescencia como parte de su desarrollo psico-emocional y sexual). En ese caso, el desconocimiento de la autoridad podría ser una protesta contra la inequidad de poder. Puede ocurrir que la falta de respeto sea una negación a acatar la orden paterna o, en el peor de los casos, una violencia ejercida de parte del hijo hacia los padres, ya sea verbal o física. Sea cual fuere la causa, la respuesta será la misma, es decir, la violencia injustificada.

La autoridad se entiende como la facultad o poder de una persona para ejercer influencia sobre otra o sobre un grupo de personas. Tiene además la propiedad de ser otorgada consensualmente por el propio grupo social, por razones de diversa índole: cultural, científica, política, religiosa, entre otras. En cambio, el autoritarismo se refiere al abuso de poder de un sujeto sobre otro con el objetivo de establecer un vínculo de sumisión y obediencia. Por este motivo el autoritarismo es unidireccional e implica una situación de desequilibrio, tanto de poder como de atributos valorativos, entre dos sujetos. En un clima de autoritarismo, la violencia contra el niño o el adolescente encuentra menores resistencias para producirse<sup>11</sup>. Si a esta constelación de elementos se agrega la discriminación de género contra las mujeres y los mensajes sociales de poder que se atribuyen a la conducta masculina, aunado a sentimientos de baja autoestima e incompetencia paterna para asumir el rol simbólico protector, hay condiciones de riesgo para generar situaciones de abuso sexual contra niñas y adolescentes.

En el documento de Lineamientos de Política de Salud Mental del Ministerio de Salud (2001), se refiere que en una muestra de 4,381 casos de violencia sexual, el 73 % de las víctimas eran mujeres y el 94 % del total eran niños/as o adolescentes<sup>12</sup>.

Las políticas de salud mental, tal y como se conciben en las sociedades contemporáneas, desarrollan planes y programas que toman en cuenta el conjunto de factores de riesgo que afectan el bienestar

---

<sup>11</sup> DUGHÍ, P. VILLAVICENCIO, R. ZANOLO, B.(2000) *Violencia en la familia en Lima y el Callao*. Lima: Congreso de la República. Compilación por M.J.Espinoza.

<sup>12</sup> Programa Nacional de Salud Mental (2001) *Lineamientos de Política*. Lima:MINSA (Impresión)

psicológico de las poblaciones. Entre éstos, se mencionan las condiciones de vida deficientes que genera la situación de pobreza producto del desempleo o subempleo: la brecha que existe entre los habitantes de zonas rurales y urbanas en términos de satisfacción de necesidades materiales y acceso a servicios, así como la discriminación que sufren minorías étnicas cuyas necesidades no son atendidas por los gobiernos centrales. Las tensiones y preocupaciones generadas en estos contextos, social, económica y culturalmente desfavorecidos, se expresan en la vida cotidiana de las familias, en las interacciones entre sus integrantes y, en la mayor o menor capacidad para ejercer la función protectora que los adultos deben brindar a niños y adolescentes en el hogar <sup>13</sup>.

Las acciones que se desprenden de las políticas de Salud Mental de los países de la región están dirigidas a preservar y promover la Salud Mental de las poblaciones en el marco de los derechos humanos fundamentales, lo que significa desarrollar respuestas para los problemas más sentidos de la población, lo que a su vez implican detener la violencia familiar, el maltrato infantil e intervenir para prevenir y atender los trastornos originados por la depresión, la ansiedad y la farmaco-dependencia, entre otras problemáticas.

El Ministerio de Salud en 1995 contó por primera vez con coordinadores de Salud Mental en las 32 regiones de salud quienes se convirtieron en los agentes responsables de la implementación de políticas de Salud Mental regionales<sup>14</sup>. Sin embargo, a pesar de la buena voluntad y esfuerzo de los profesionales de salud, el presupuesto que a nivel central fue asignado para el trabajo de Salud Mental, resultó insuficiente e insostenible para responder a las necesidades sociales: en 1999 el presupuesto asignado por el Ministerio de Salud al Programa Nacional de Salud Mental<sup>15</sup>, fue de 1' 360,000 nuevos soles para las 32 regiones de salud, el mismo que fue recortado en 50 % el primer semestre y en 75 % el segundo semestre. Mientras a nivel central se recortaba en casi tres cuartas partes el ya exiguo presupuesto del Programa Nacional de Salud Mental, ese mismo año, paradójicamente, era declarado por el Poder Ejecutivo como el año de lucha contra la Violencia Familiar. De ésta manera, durante 1999 solo se destinaron 0.0045 soles por habitante para políticas específicas de salud mental en el país. En los últimos cuatro años, el mayor presupuesto ejecutado correspondió a 1998, con 1' 370,379 nuevos soles<sup>16</sup>.

Poco tiempo después de promulgarse y aprobarse el Código de los niños y adolescentes (1993), se crea y norma el Servicio de las Defensorías. Es así, como en los últimos seis años aparecen las defensorías escolares, las defensorías de iglesia que promueve la Pastoral de la Infancia de la Conferencia Episcopal Peruana, las defensorías comunales que implementan sus acciones de defensa de los derechos de niños/as y adolescentes desde organizaciones de base de la población, y las defensorías municipales (DEMUNAS) que son las más antiguas, puesto que funcionan desde 1993. Las DEMUNAS se insertan en la estructura

---

<sup>13</sup> Health Canada (2000) *Salud de la población, conceptos y estrategias para políticas públicas saludables*. Washington: OPS.

<sup>14</sup> MINISTERIO DE SALUD (1996) *Salud Mental hacia el año 2000, II Encuentro Nacional de Coordinadores de Salud Mental*. Lima : Ministerio de Salud – INSM - HN

<sup>15</sup> Este presupuesto estaba destinado exclusivamente a las actividades de promoción, capacitación y atención. No incluía los salarios correspondientes a recursos humanos.

orgánica de las municipalidades a partir de la Ley Orgánica de Municipalidades y, desde 1997, se modifica la Ley Orgánica de Municipalidades, estableciéndose la obligatoriedad de implementar una Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente en cada Municipio, lo que permitió que las DEMUNAS obtuvieran su presupuesto por asignación municipal local.

La población reconoció rápidamente el funcionamiento de las defensorías como una alternativa accesible, eficaz y gratuita para la solución de problemas que comprometían los derechos de la infancia, lo que trajo como consecuencia, que solo en las provincias de Lima y Callao el número de materias atendidas por las defensorías entre 1994 y el año 2000, creciera en más del 500%<sup>17</sup>.

Un reporte de 1999 elaborado por la Oficina de Defensorías de la Gerencia de Promoción de la Niñez y Adolescencia del PROMUDEH, indica que de una muestra de 244 Defensorías, el número de casos atendidos alcanzó a 73,466 en diversas materias. De ese total de casos, el 42% eran casos de alimentos, el 22% de violencia familiar, 8% sobre Régimen de Visitas, 8% sobre reconocimiento voluntario por filiación, 5% a normas de comportamiento, 5% a colocación familiar, entre otros<sup>18</sup>.

Las defensorías tienen como función intervenir cuando se encuentren amenazados o vulnerados los derechos de niños y adolescentes para hacer prevalecer el principio del interés superior. Promueven el fortalecimiento de lazos familiares, motivo por el cual pueden efectuar conciliaciones extrajudiciales entre cónyuges, padres y familiares sobre alimentos, tenencia, régimen de visitas, siempre que no existan procesos judiciales sobre estas materias. Asimismo, entre otras funciones, orientan y asesoran a familias para prevenir situaciones críticas y denuncian ante las autoridades competentes las faltas y delitos cometidos en agravio de niños y adolescentes. Las defensorías son entidades instaladas en el seno de las comunidades, y por su fácil accesibilidad responden a las necesidades de la población. Coordinan con colegios y también con los establecimientos de salud en las comunidades, lo cual hace que formen parte de una red institucional informal que interviene para proteger los derechos de niños y adolescentes.

Entendiendo a la Salud Mental en un marco de derechos fundamentales, y de acuerdo a las competencias propias de las diferentes instituciones tanto públicas como privadas, la intervención contra el maltrato infantil y del adolescente, requiere de la participación de un conjunto de sectores (PROMUDEH, gobiernos locales, defensorías, Ministerio de Salud, Poder Judicial, Ministerio Público, Policía Nacional, ONGs, iglesias). Sin embargo, en los últimos años y, a pesar de entenderse que la lucha contra la violencia involucra a un conjunto de actores, la atención a víctimas de violencia no ha sido suficientemente considerada de acuerdo a la magnitud de su presentación y a la responsabilidad que le corresponde a cada entidad pública.

---

<sup>16</sup> Programa Nacional de Salud Mental (2001) *Lineamientos de Política*. Lima: MINSA (Impresión)

<sup>17</sup> En 1994 se atendieron 6,369 y en el año 2000 se atendieron 34,044. PROMUDEH (2001) *Hacia la cumbre mundial por la infancia. Plan Nacional de Acción por los niños, niñas y adolescentes. Lineamientos estratégicos*. Lima: PROMUDEH. Gerencia del Niño y del Adolescente (Impresión).

<sup>18</sup> Ibid.

Inclusive, la politización del trabajo ministerial, condujo a que tanto la población como una gran mayoría de los operadores públicos atribuyeran al PROMUDEH la principal – sino exclusiva - competencia en la ayuda a víctimas de violencia en todos los niveles de intervención, relegando la labor de otras instancias, ministerios y programas. Así por ejemplo, a pesar de que los procedimientos de recuperación psicológica para víctimas del maltrato que suelen ser de mediana y larga duración, que requieren de equipos profesionales entrenados y que, desde la oferta pública - teniendo en cuenta su infraestructura nacional y sus principios rectores - corresponderían fundamentalmente al Ministerio de Salud, éste aún no ha desarrollado una adecuación de servicios para brindar atención suficiente e integral a víctimas de violencia en términos de recursos humanos, capacitación e infraestructura. Actualmente existen los Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIs) en un conjunto de establecimientos de salud a nivel nacional. Estos módulos integrados por profesionales que laboran en los servicios de salud, detectan y brindan atención a niños/as y adolescentes víctimas del maltrato. Se crearon desde 1995 a través del esfuerzo desplegado por el Programa Nacional de Salud Mental del MINSA con el auspicio de UNICEF convirtiéndose, en los últimos años, en instancias que han venido desarrollando un modelo de atención interdisciplinario para los niños afectados por el maltrato.

Sin embargo, estas experiencias de trabajo que han logrado constituir una instancia de vigilancia contra el maltrato en hospitales e institutos especializados, son aún limitados para responder a la magnitud de la demanda y no siempre cuentan con el apoyo de las autoridades hospitalarias y/o las direcciones regionales de salud en términos de recursos humanos y presupuesto para desarrollar sus acciones. Las actividades que desarrollan los MAMIs quedan libradas a la buena voluntad y disponibilidad profesional de sus integrantes sin que sean promovidas ni asumidas por las autoridades de los hospitales como parte de la política local del sector.

Es importante señalar que existe una mayor cantidad de actores públicos y privados (maestros, padres de familia, líderes de organizaciones sociales, vecinos, Policía Nacional, personal de salud, etc.) que participan en acciones de promoción, prevención y detección de casos de maltrato infantil, pero es principalmente el Ministerio de Salud quien proporciona la recuperación psicológica y, sin embargo, todavía no cuenta con suficientes profesionales entrenados para esta demanda específica.

En este panorama, los derechos de niños/as y adolescentes aún no son suficientemente protegidos, ni sus necesidades integralmente atendidas. El maltrato infantil permaneció oculto y no fue materia de políticas públicas durante mucho tiempo. A pesar de que ya existían investigaciones y encuestas que daban cuenta de su magnitud, el Ministerio de Salud en 1994, solo reportó 294 casos de maltrato atendidos en todos los servicios de salud del país<sup>19</sup>, mientras que en 1995 el Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Humano ya reportaba en las provincias de Lima y el Callao, 1,332 denuncias de maltrato infantil<sup>20</sup>. Estas cifras de diferentes ministerios que intervienen en la misma problemática son datos

---

<sup>19</sup> DATA SOCIAL (1998) *La violencia familiar como un problema de salud pública*. Vol. IV, N° 7. Lima: Apoyo.

<sup>20</sup> PROMUDEH (2001) *Violencia Familiar desde una perspectiva de género*. Lima: PROMUDEH – NAS.

elocuentes de la falta de complementariedad que ha existido en la implementación de políticas públicas de protección y defensa de los derechos de la infancia.

A pesar que no se cuenta con cifras nacionales de prevalencia, fuentes oficiales recientes del PROMUDEH han expresado su preocupación por la probable envergadura de la violencia familiar en el país, señalándose que el índice de prevalencia, es decir, la cantidad de casos que se tienen en un momento dado en una comunidad, podría situarse entre el 40 y el 60 % del total de la población<sup>21</sup>.

El Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2000, identificó tres grandes problemas de salud mental en el país, de acuerdo a su magnitud y desde una perspectiva psico-social: la violencia familiar y el maltrato infantil, la farmaco-dependencia (principalmente el consumo de alcohol) y los trastornos depresivos y de ansiedad.

Aunque los servicios estatales de salud tampoco cuentan con registros suficientes para conocer cuántos niños/as y adolescentes son víctimas del maltrato, de acuerdo a lo que señala el MINSA, uno de los más graves problemas que afectan la salud de la población es la violencia familiar que además, tiene alta incidencia en los departamentos más pobres del país tales como Apurímac, Madre de Dios y Huancavelica, llegando a comprometer principalmente a niñas y mujeres en edad fértil y alcanzando la cifra de 31 personas afectadas por cada 1000 habitantes<sup>22</sup>.

En el año 2000, se atendieron más de 26,000 niños y adolescentes víctimas de la violencia en los servicios de salud de todo el país<sup>23</sup>. El maltrato contra niños y adolescentes ocasiona efectos negativos severos: los adolescentes maltratados pueden presentar una serie de problemas concomitantes (depresión, intentos de suicidio, conductas violentas, bajo rendimiento escolar y otros problemas sociales). La tasa de adolescentes afectados por violencia familiar en el país llega a más de 25 por 1000 habitantes<sup>24</sup>.

El incremento de casos de maltrato infantil atendidos en algunos servicios de Lima Metropolitana es una muestra de que cada vez un mayor número de personas, luego de identificar casos de maltrato infantil, están dispuestos a denunciarlos. Sólo en el Módulo de Atención al Maltrato Infantil (MAMIs) del Hospital Cayetano Heredia de Lima, las cifras de atención pasaron de 16 casos atendidos en 1995 a 3,464 casos atendidos de maltrato infantil y violencia familiar hasta octubre del año 2001<sup>25</sup>.

En relación con las políticas de intervención contra el maltrato infantil, existen dos problemas centrales y comunes tanto a los países de la región como a nivel mundial. El primero de ellos es la ausencia de registros estadísticos confiables que permitan conocer la cantidad de niños/as y adolescentes que son víctimas del maltrato, lo que dificulta el diseño de metas y las asignaciones presupuestales necesarias para

---

<sup>21</sup> PROMUDEH (2001) *Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*, Lima: PROMUDEH.

<sup>22</sup> ESCALANTE, M. URIBE, R. CURITOMAY, J. (2001) *Programa Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud. (Exposición en diapositivas)

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Ibid.

implementar planes y programas. Sin embargo, en los países latinoamericanos, por el tipo de competencia ministerial que los sustenta, el liderazgo en los registros nacionales más consistentes respecto al maltrato, lo ostentan los sectores salud y justicia<sup>26</sup>. Un segundo problema en los países de la región es la falta de categorías estandarizadas sobre lo que es el maltrato, cómo se lo define y los tipos de maltrato. Esta debilidad hace que los registros de información en los diferentes países resulten siendo no comparables.

Existe, sin embargo, consenso internacional en definir cuatro tipos de maltrato: el maltrato físico, el psicológico o emocional, el maltrato por negligencia o descuido y el abuso sexual infantil. En el Perú estas cuatro definiciones operativas de maltrato se acordaron en talleres intersectoriales de instituciones que conformaban la red de lucha contra el maltrato infantil en 1995. Dichas definiciones han sido recogidas posteriormente en disposiciones legales y en planes y manuales de instancias, tanto públicas como privadas, convirtiéndose en importantes herramientas de intervención.<sup>27</sup>

Entre los cuatro tipos de maltrato, el que se registra con más facilidad en países latinoamericanos es el maltrato físico puesto que tiene indicadores más visibles. En cambio, el abuso sexual permanece invisibilizado por ser el que mayores dificultades tiene, por un lado, para ser detectado y denunciado como, por otro lado, debido a las consecuencias penales que acarrea y los sentimientos de vergüenza e ira que despierta en las víctimas y sus familias.<sup>28</sup>

Un tercer problema común a los países de la región, es la falta de seguimiento que se realiza con los niños/as y adolescentes que fueron atendidos por ser víctimas del maltrato. Las políticas de intervención frente al maltrato promueven su detección temprana y su derivación a instituciones que puedan brindar el tratamiento psico-social pertinente para la recuperación psicológica de las víctimas y sus familias. No existe el mismo énfasis después que han sido recibidos en el sistema de protección, sean las defensorías, los establecimientos de salud u otras instancias. Se ignora qué ocurre después que los niños/as o adolescentes abandonan los servicios o se retiran del tratamiento. Cuando los niños son pequeños y dependen de los padres para asistir a las sesiones de apoyo psicológico y social, y especialmente en medios desfavorecidos en los que las familias no cuentan con establecimientos geográficamente accesibles y no pueden cubrir siquiera el costo del transporte, el porcentaje de abandono del tratamiento es muy alto y el apoyo psicológico entonces queda interrumpido. Entre los casos de maltrato infantil diagnosticados en los MAMIs (Módulos de atención al maltrato infantil en los servicios de salud) de hospitales de Lima, el porcentaje de deserción y abandono del tratamiento oscila en el rango del 15 al 90%<sup>29</sup>. Cuadros (2001) señala que en estos casos quedan dos preguntas sin respuesta que son cruciales

---

<sup>25</sup> UGARTE, C. (2001) *Experiencias de atención en Maltrato Infantil*. En: 1º Seminario Nacional de experiencias en la atención de la Violencia Familiar y Sexual. 27 y 28 de Octubre del 2001. CECOSAM, Villa El Salvador. (Ponencia).

<sup>26</sup> CUADROS, I. (2001) *Conceptos básicos sobre maltrato y abuso sexual infantil*. En: Maltrato Infantil en América del Sur. Bogotá: Save the Children, UK.

<sup>27</sup> Ministerio de Salud (2001) *Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia y el maltrato infantil*. Lima: Ministerio de Salud.

<sup>28</sup> CUADROS, I. (2001) *Conceptos básicos sobre maltrato y abuso sexual infantil*. En: Maltrato Infantil en América del Sur. Bogotá: Save the Children, UK.

<sup>29</sup> UNICEF (2000). *Casística MAMIs, 1995 -1999*. Lima: UNICEF (Informe)

para el desarrollo de políticas públicas contra el maltrato: ¿cuántos niños han ingresado o salido del sistema de protección?, ¿cuántos niños han muerto en manos de sus agresores después de salir del sistema de protección?

Las secuelas del maltrato infantil y del adolescente dependen, entre otros factores, de la gravedad del daño, de quién lo ha producido y, de la ausencia de factores protectores tales como los recursos personales o la ayuda oportuna de adultos del entorno en el que se desenvuelve el niño/a o el adolescente. La exposición al maltrato genera problemas tales como la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes entre otros efectos, que en casos extremos pueden llegar al homicidio o el suicidio.

Mientras que a nivel mundial la edad media de aparición de la depresión es alrededor de los 40 años, en el Perú, es la primera causa de atención en salud mental en los adolescentes<sup>30</sup>. Asimismo, el incremento de la depresión se correlaciona con el aumento de uso de alcohol y otras sustancias psico-activas entre los adolescentes. En los jóvenes púberes y adolescentes, las tasas de depresión alcanzan hasta 21 por 1000 habitantes en departamentos como Amazonas; y en Moquegua, que cuenta con una mayor vigilancia en el registro de salud del departamento, se estableció una tasa de depresión adolescente para el año 2000, de 43 por cada 1000 habitantes<sup>31</sup>. Las zonas de mayor incidencia son también los mismos departamentos más pobres del país entre los que se encuentran Amazonas, Madre de Dios, Cerro de Pasco y Huancavelica. El año 2000, los servicios de salud atendieron a más de 20,000 adolescentes y 4,000 niños por problemas depresivos<sup>32</sup>.

En el año 2000, la misma fuente indica que del total de niños y adolescentes atendidos en los servicios de salud mental, el 73 % de niños estaban afectados por la violencia y el 27 % por problemas depresivos. En los adolescentes, el 43 % fueron atendidos por violencia familiar y el 50 % por depresión<sup>33</sup>.

Después del maltrato infantil y la violencia familiar, el abuso de alcohol constituye actualmente el segundo gran problema de salud mental en el país, dados los indicadores de alta prevalencia de consumo de alcohol, especialmente en zonas deprimidas socio-económicamente. A pesar de no contarse con cifras confiables de investigaciones precedentes para establecer evaluaciones nacionales comparativas, en estudios recientes se constata que cada año se incorporan seis nuevos consumidores de alcohol por cada 100 personas y que, la edad de inicio del consumo se presenta desde los 12 años de edad, lo que impulsa una curva ascendente que culmina en un pico máximo en la adolescencia<sup>34</sup>. De ésta manera, la mediana de edad de inicio para el consumo de alcohol es de 17 años y de las drogas ilegales es también entre 17 y 19 años, siendo indistinta por género<sup>35</sup>. El incremento del consumo de drogas tanto legales como ilegales,

---

<sup>30</sup> ESCALANTE, M. URIBE, R. CURITOMAY, J. (2001) *Programa Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud. (Exposición en diapositivas)

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> CONTRADROGAS (2000). *Encuesta Nacional sobre prevención y uso de drogas*. Lima: INEI – UPCH – NNUU – NAS / USA.

<sup>35</sup> Ibid.

también se ha asociado a las secuelas del conflicto armado, y está estrechamente ligado a la problemática psico-social de la violencia y la pobreza<sup>36</sup>.

Según el Programa Nacional de Salud Mental, entre las dependencias que producen las sustancias psico-activas, el alcoholismo es el que acarrea mayores consecuencias tanto en el ámbito familiar y personal, como en el social y comunitario: entre 1986 y 1995 la cantidad de personas que consumían drogas en el país, fluctuó entre 88.5 % y el 88.7%<sup>37</sup>. En el ámbito escolar, las cifras de consumo oscilaron entre 19 y 94 %, porcentajes correspondientes a los primeros y últimos años de secundaria respectivamente. Asimismo, el Ministerio de Salud señala que en las zonas más pobres y excluidas fue donde los niveles de abuso de alcohol registraron mayor número de casos atendidos entre 1997 y 1998: Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima, Cuzco, Arequipa y Amazonas son los departamentos que concentraron mayor cantidad de usuarios consumidores, de acuerdo a un orden por jerarquía <sup>38</sup>.

A pesar de ello, se sabe que la demanda explícita en los servicios públicos, no registra la magnitud de la necesidad de atención de la población, por lo que se estarían obteniendo sub-registros de la real situación de consumo de drogas. Mientras que en 1998, CONTRADROGAS identificó que la dependencia al alcohol era de 10.1 % a nivel nacional, en algunas regiones de salud, la atención del problema solo alcanzaba las cifras de 0.14% y 0.85 % (Moquegua y Apurímac respectivamente) lo cual es ilustrativo de que la población no acude a solicitar ayuda a servicios especializados, o bien la cobertura de éstos resulta insuficiente, ya sea por problemas de accesibilidad o desencuentro entre la oferta de servicios y las necesidades de la población <sup>39</sup>. El conjunto de estos antecedentes, ilustran que la población de mayor riesgo frente al consumo de drogas, y particularmente al alcohol, siguen siendo los niños en edad escolar y los adolescentes de ambos sexos y que la farmaco-dependencia es también un grave problema de salud mental para la población infantil y juvenil en el país. El abuso de alcohol y de otras sustancias no es la causa directa y exclusiva pero actúa como un poderoso desinhibidor que facilita que estas conductas violentas se presenten<sup>40</sup>.

---

<sup>36</sup> DESJARLAIS,R. et col (1997) *Salud Mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS – OMS

<sup>37</sup> ESCALANTE, M. URIBE, R. CURITOMAY, J. (2001) *Programa Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud. (Exposición en diapositivas )

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> DESJARLAIS,R. et col (1997) *Salud Mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS – OMS

## PROPUESTAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A continuación se describirán conclusiones y recomendaciones generales para las políticas de Salud Mental que desarrolla el Ministerio de Salud frente al maltrato infantil, e inmediatamente después aquellas que corresponden a otros actores públicos involucrados en las políticas contra el maltrato infantil. Se considerarán dos ámbitos de intervención:

▪ <b>PREVENCIÓN</b>	
▪ <b>ATENCIÓN</b>	<p>PRIMERA FASE: DETECCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA SITUACIÓN DE MALTRATO</p> <p>SEGUNDA FASE: RECUPERACIÓN (REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA)</p>

Finalmente, se describirán los problemas existentes en los sistemas de registro nacionales en relación al maltrato infantil y temas a tener en cuenta para investigaciones cuyos insumos pueden fortalecer el desarrollo de políticas públicas.

## POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD MENTAL Y MALTRATO INFANTIL

### I. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL: ACCESO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe una escasa comprensión en quienes diseñan las políticas de salud respecto a la importancia de implementar políticas de Salud Mental en el ámbito nacional.</li> <li>▪ El Ministerio de Salud no asigna recursos suficientes a las necesidades de Salud Mental de la población y específicamente para las principales líneas estratégicas de intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesario implementar las acciones y estrategias que se desprenden de los Lineamientos de Política de Salud Mental del Programa Nacional de Salud Mental.</li> <li>▪ Se requiere aumentar las capacidades de atención del sector respecto a la Salud Mental, asignando nuevos recursos presupuestales y haciendo un uso más eficiente de los recursos existentes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existen 472 hospitales a nivel nacional, entre los cuales 10 son psiquiátricos y cuentan con personal especializado para abordar problemas específicos de Salud Mental. Existen 1,849 centros de salud a nivel nacional que cuentan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesario identificar establecimientos de salud que sean geográficamente accesibles a la población y que cuenten además con personal de Salud Mental debidamente entrenado.</li> <li>▪ Dichos establecimientos pueden convertirse en</li> </ul>

<p>con personal que puede capacitarse en la atención de problemas de Salud Mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En los centros de salud los ambientes asignados a los servicios de Salud Mental son transitorios, precarios y con poca privacidad.</li> <li>▪ Los recursos humanos en Salud Mental son escasos y están concentrados en medios urbanos.</li> </ul>	<p>centros de referencia especialmente habilitados para atender problemas específicos de Salud Mental en cada una de las 32 sub-regiones de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las autoridades regionales de salud y los directores de centros hospitalarios deben implementar políticas de atención al maltrato fortaleciendo modelos de intervención interdisciplinaria, tales como los Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIs).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existen instituciones públicas y privadas que desarrollan actividades para detectar el maltrato infantil. Los casos identificados son derivados a los establecimientos de salud para el respectivo tratamiento de recuperación psicológica.</li> <li>▪ Sin embargo los profesionales de Salud Mental de los establecimientos de salud, no están adecuadamente entrenados para desarrollar el tratamiento de recuperación psicológica que requieren las víctimas – niños y adolescentes – de maltrato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesario desarrollar un programa de entrenamiento y asesoría para que el personal de Salud Mental de los establecimientos de salud pueda brindar el tratamiento de recuperación psicológica a víctimas del maltrato infantil, así como para sus familias.</li> </ul>

## II. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES, SEGÚN LOS USUARIOS, RESPECTO AL MALTRATO INFANTIL.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ El reconocimiento público de la existencia del maltrato al interior de las familias, estigmatiza a los niños afectados y revela las incompetencias de los padres, lo que genera malestar en los involucrados. Como consecuencia de ello, se produce un alto riesgo de interrumpir el tratamiento lo que se refuerza por los costos de atención y la precaria situación económica de las familias.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Es necesario el compromiso de las direcciones regionales de salud y las direcciones de centros hospitalarios para desarrollar políticas locales de atención al maltrato infantil, asignando partidas presupuestales.</li><li>▪ Los establecimientos de salud deben cumplir con las disposiciones legales que establecen la atención gratuita en casos de Violencia Familiar y Maltrato infantil.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ En provincias los niños y adolescentes víctimas del abuso sexual infantil no cuentan con la oportuna atención de Medicina Legal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ El personal de salud de los centros de referencia que atienden casos de maltrato infantil, debería ser entrenado y acreditado por Medicina Legal para el reconocimiento del abuso sexual infantil.</li><li>▪ Los casos de maltrato infantil que sean atendidos por Medicina Legal, deberían ser considerados como emergencia en los establecimientos de salud.</li></ul>

## POLÍTICAS SECTORIALES DE INTERVENCIÓN EN MALTRATO INFANTIL.

### Prevención

Las acciones de prevención dirigidas a evitar la ocurrencia del maltrato infantil es lo que se conoce como prevención primaria. En general, toda acción preventiva tiene como metas reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección que evitan que se produzcan situaciones de maltrato. Las acciones preventivas que se llevan a cabo en las comunidades por los diferentes sectores involucrados en la lucha contra el maltrato, está dirigida a la población en general, buscando mejorar las condiciones de la comunidad para superar los factores asociados a la aparición del problema. Se llevan a cabo campañas, ferias escolares, se elabora y distribuye material impreso, y se actúa con los medios de comunicación a través de spots, programas, artículos y reportajes, entre otras modalidades de difusión en la comunidad.

En los últimos años muchas instituciones han llevado a cabo estas actividades, e incluso, por medio de acciones concertadas intersectoriales, en ocasiones a través de redes de coordinación locales contra el maltrato infantil conformadas por organismos sociales de la población, ministerios de salud y educación, defensorías, municipios, PNP, ONGs e iglesias. Sin embargo, hay temas que no se han abordado en las acciones preventivas y hay medios de comunicación que sería conveniente utilizar con más frecuencia debido a su mayor cobertura poblacional.

### Recomendaciones

- Particularmente, uno de los problemas que se han estudiado respecto a la aparición del maltrato infantil, es la falta de involucro de los progenitores masculinos en la crianza de los hijos, y el estado de sobrecarga y sobre-demanda en el que se encuentran las madres por ser socialmente consideradas como únicas responsables de este rol que corresponde a ambos progenitores. Por ello, una acción importante es promover una participación compartida entre ambos progenitores en el sistema de crianza infantil y juvenil. En algunos países de América Latina como Colombia, se han llevado a cabo campañas que han tenido por objetivo promover un mayor acercamiento del padre en la dinámica familiar y en las pautas de crianza (campaña: *Pinta a papá*).
- Es importante desarrollar acciones preventivas que incidan directamente contra las pautas de crianza violentas que se llevan a cabo tanto en la familia como la escuela. En algunas ciudades peruanas como en Ayacucho, se ha trabajado promoviendo la imagen del maestro de escuela que no ejerce violencia contra los alumnos a través de concursos (campaña: *El profesor que menos pega*).
- Promover también prácticas sociales no discriminatorias en razón de género, es otro de los aspectos fundamentales de trabajo para prevenir la incidencia no solo de violencia familiar, sino especialmente de abuso sexual contra niños/as y adolescentes.

- Promover habilidades de negociación y formas de disciplina alternativas orientadas a erradicar el castigo físico, es otra de las estrategias importantes a desarrollar. Se difunde la necesidad del buen trato a los niños para evitar el maltrato, pero no siempre se difunden el repertorio de mecanismos alternativos a través de los cuales es posible que los adultos aprendan a ejercer otras formas de control y regulación diferentes a aquellas propias de una cultura violenta.
- En relación a acciones de difusión, es importante convocar el compromiso de actores sociales tales como la empresa privada y otros, a fin de tener un mejor acceso a medios de comunicación que puedan llegar a grandes sectores de la población, tales como la radio en zonas rurales y la televisión en medios urbanos, especialmente.

### **PRIMERA FASE DE LA ATENCIÓN: DETECCIÓN Y VALIDACIÓN DEL MALTRATO**

A través de la detección y la validación de casos de maltrato (incluye la denuncia) ya se está iniciando una estrategia de atención.

La primera fase de la atención está dirigida inicialmente a restituir los derechos contravenidos. Es lo que se llama una intervención social. Su objetivo es detener la situación de maltrato, proteger al niño, brindar medidas de resguardo y amparo, orientar a los padres de familia o cuidadores, promover una cultura de respeto a los derechos de niños y adolescentes y esgrimir la acción coactiva del Estado como defensor de los derechos de la infancia. La intervención social realiza lo que se conoce como el proceso de validación o constatación del maltrato.

Por el carácter que tiene la intervención social, involucra a la familia, a los agentes de salud o defensores; de acuerdo a la gravedad de la situación o al tipo de maltrato también involucra a la policía nacional, a las fiscalías de familia, medicina legal y al poder judicial.

La intervención social tiene un componente de prevención secundaria, pues está orientada también a impedir la aparición de nuevos casos en las familias identificadas como de alto riesgo. Una familia en la que ya se produjo una situación de maltrato, tiene la probabilidad de continuar desarrollando interacciones violentas entre los demás miembros que la conforman.

La intervención social, de alguna manera, es también el comienzo de una intervención reparativa, en la medida en que ya se está actuando para evitar la progresión del daño y evitar la recurrencia del maltrato. Sin embargo, no es una intervención recuperativa ni terapéutica.

En los casos de maltrato infantil, debido al estado de indefensión en el que se encuentran las víctimas y porque la mayor incidencia de maltrato se produce en el hogar, los hechos difícilmente son evidenciados y menos aún, denunciados. Si el niño/a es pre-escolar y/o menor de cinco años, la situación de maltrato se visibiliza menos. Por ello, cualquier estrategia de implementación de políticas contra el maltrato infantil, debe tener en cuenta, como primer paso, la detección activa.

### **Respecto a las competencias sectoriales en la detección de casos.**

- Actualmente existe un conjunto de actores involucrados en la detección y constatación del maltrato infantil en el ámbito nacional, siendo los más importantes por la intervención social que ofrecen: más de 1,200 defensorías municipales, escolares, comunales, 32 Centros de Emergencia Mujer, y los establecimientos de salud. Las fiscalías de familia y las secciones especializadas de la policía nacional que existen en algunas delegaciones policiales también intervienen cuando sus servicios son requeridos.
- Sin embargo, es necesario señalar que muchas instancias que brindan atención, tanto a personas adultas víctimas de la violencia familiar como a niños víctimas del Maltrato Infantil, no cuentan con equipos profesionales debidamente capacitados en las técnicas de intervención particulares que se necesita para atender a los niños y/o adolescentes de acuerdo a su grado de crecimiento y desarrollo.
- En Defensorías y Centros de Emergencia Mujer tampoco se cuenta con el personal suficiente para realizar la intervención social (validación del maltrato).
- Así mismo, existe una duplicidad de funciones entre algunos servicios brindados por el estado. Así, los Centros de Emergencia Mujer y las defensorías brindan una primera atención a la misma población, pero no existe una clara delimitación de la competencia diferenciada y/o específica de los Centros de Emergencia Mujer en relación con los servicios que ofrecen las defensorías y /o los servicios de salud.

### **Respecto a los niños y adolescentes que son víctimas del maltrato.**

- Hay poco trabajo orientado a conocer lo que ocurre con los niños que salen del sistema de protección una vez que es constatada la existencia del maltrato infantil (validación).

### **Respecto a la intervención de Medicina Legal, Fiscalías de Familia y el sistema judicial.**

- La determinación del tipo y naturaleza de las medidas de resguardo y protección que se necesitan para detener una situación de maltrato, requiere evaluar los factores de riesgo y gravedad en cada uno de los casos atendidos. Será necesario categorizar modalidades de evaluación de riesgo y gravedad que permitan una intervención estandarizada.
- Durante el proceso de constatación del maltrato, y especialmente en los casos de abuso sexual infantil, cuando la intervención no se desarrolla oportunamente y con el cuidado que se requiere de parte del personal que atiende, se puede producir lo que se conoce como el *síndrome de retractación*: el niño o el adolescente cambian la versión de los hechos a fin de evitar recibir la hostilidad y censura del entorno social y especialmente de la familia, cuando el agresor es el padre o un integrante del grupo familiar. En esos casos, el riesgo será grave porque el agresor seguirá viviendo con el niño y además quedará impune.

- En otros casos, los medios probatorios tradicionalmente empleados a nivel judicial, resultan poco apropiados e insuficientes para constatar el maltrato, produciéndose muchas veces una nueva situación de maltrato, conocida como victimización secundaria. Ello se debe a que el niño es presionado una y otra vez a repetir a través de múltiples entrevistas los hechos dolorosos que ha padecido. Esta repetición sería innecesaria si existiera un sistema de acreditación de los hechos lo suficientemente consistente para evitar el ocultamiento y la distorsión que generalmente hace el adulto en casos de maltrato infantil y especialmente en casos de abuso sexual. En otros países como Estados Unidos y Canadá, los operadores de justicia utilizan filmaciones testimoniales como medios probatorios. En el Perú no se hace uso de estas alternativas por una serie de razones tales como la falta de infraestructura adecuada y de medidas de seguridad y resguardo para proteger la identidad de niños y adolescentes afectados y también por falta de entrenamiento de los operadores.
- La dificultad para categorizar y constatar lo que se conoce como *daño psicológico* en víctimas del maltrato en la intervención de Medicina Legal, es otra de las razones por las que se produce la victimización secundaria y/o por la que no se logran emitir las medidas adecuadas de resguardo y protección a las víctimas. Este es un problema común a los países de la región.

### Recomendaciones

- Las diferentes entidades que intervienen en maltrato infantil, deberían delimitar sus competencias, funciones, número y entrenamiento de recursos humanos y apoyo logístico, de acuerdo a metas de atención basadas en las necesidades poblacionales detectadas y, especialmente, teniendo en cuenta la existencia y competencias de los otros sectores e instituciones que también brindan atención.
- En el caso de las defensorías, su principal rol está centrado en la detección, es decir, la identificación sospechosa o evidente del maltrato, (defensorías comunales, y defensorías escolares) y constatación, es decir, brindar una primera atención y tomar decisiones respecto a las medidas a seguir una vez que se comprueba la existencia del maltrato (DEMUNAS principalmente) así como en el desarrollo de acciones preventivas para evitarlo. Por lo tanto, su función es la intervención social, no la intervención recuperativa. Por ello, es necesario que cuenten con un adecuado sistema de referencia para derivar los casos a los establecimientos de salud u otras instituciones para completar la intervención recuperativa.
- Los Centros de Emergencia Mujer tendrían la ventaja de contar con equipos multiprofesionales (medicina legal, fiscalía de familia, policía nacional, psicología y trabajo social), por lo que los procedimientos de la intervención social (constatación del maltrato) deberían ser más rápidos y de emergencia, es decir, detectar y validar el maltrato existente en aquellos casos de mayor complejidad que no pueden abordar las DEMUNAS. Posteriormente, derivar los casos para su tratamiento complementario en los servicios de salud. Sin embargo, la mayoría de Centros de Emergencia Mujer, no cuenta con estos equipos multiprofesionales, por lo que sus funciones y las facilidades que pueden

brindar a las víctimas del maltrato, no están muy diferenciadas de las defensorías y /o de los establecimientos de salud.

- Los Centros de Emergencia Mujer deberían contar con un adecuado sistema de derivación de casos para los establecimientos de salud, a fin de que estos desarrollen la intervención de recuperación psicológica.
- El conjunto de entidades que intervienen en maltrato infantil, deberían tener en cuenta la importancia de desarrollar un sistema de vigilancia para aquellos niños que salen del sistema de protección una vez que se ha constatado la existencia del maltrato.
- Respecto a Medicina Legal, es importante precisar la noción operativa de daño psicológico a efectos de su calificación. Ello implica tener claros los factores a considerarse en la evaluación: características del evento, características de la víctima de acuerdo a edad y grado de crecimiento y desarrollo, y la calidad del entorno en el que se desenvuelve el niño/a o adolescente afectado. Asimismo, es importante considerar un protocolo de validación del daño psicológico a partir de la sistematización de las experiencias de intervención en Medicina Legal.
- Otro aspecto que debe tenerse en cuenta en el entrenamiento y capacitación de interventores que evalúan y constatan la situación de maltrato, especialmente en Medicina Legal y Fiscalía de Familia, es considerar el valor del *síndrome de retractación* que se produce en niños y adolescentes cuando existe el abuso sexual.
- En relación a los medios probatorios de acreditación de los hechos de maltrato y especialmente del abuso sexual infantil en el sistema judicial, es necesario desarrollar un debate y promover medidas legislativas y ejecutivas para obtener alternativas probatorias no lesivas a la dignidad del niño y, por lo tanto, tendientes a evitar la doble victimización que se produce durante el procedimiento de constatación de maltrato.

## **SEGUNDA FASE DE LA ATENCIÓN: RECUPERACIÓN (TRATAMIENTO TERAPÉUTICO)**

La recuperación es un término que corresponde a lo que se conoce como prevención terciaria, es decir, es la intervención que se produce cuando ya ha ocurrido el maltrato y está destinada tanto a impedir que repita la situación de maltrato, como a paliar las secuelas físicas y/o psíquicas del daño. Por lo tanto, está dirigida a la población que ha sido afectada por el problema.

No existe un solo tipo de intervención recuperativa o terapéutica. Depende de un conjunto de factores: tipo de abuso, dimensión del abuso, características de la familia, situación de riesgo del niño, etc.; sin embargo, es diferente actuar durante el período de constatación o validación del maltrato (revelación de los hechos) que posteriormente, durante el procedimiento de rehabilitación para el niño y su familia.

### **Respecto a las competencias sectoriales en la atención.**

- No todas las instituciones cuentan con recursos humanos y entrenamiento adecuado para desarrollar acciones de recuperación para niños, adolescentes y sus familias afectados. Mientras que el procedimiento de validación o constatación del maltrato es de corto plazo y puede ser, en casos de emergencia, de veinticuatro horas; el de rehabilitación en cambio, es de mediano y largo plazo por lo que puede durar un mínimo de ocho meses y prolongarse por más de un año.
- Los principales servicios que, inician la recuperación (rehabilitación psicológica o tratamiento terapéutico) con las víctimas - además de detectar, brindar atención de emergencia y constatar los casos de maltrato-, son los establecimientos de salud y algunas instituciones privadas como ONGs.
- Los establecimientos de salud, además, tienen entre sus competencias sectoriales, proporcionar servicios de recuperación a agresores.
- Sin embargo, muchas veces estas competencias intersectoriales entre los servicios de salud y otros como los Centros de Emergencia Mujer, se superponen y no se desarrollan de manera complementaria.

### **Respecto a los niños y adolescentes que son víctimas del maltrato**

- Hay pocos estudios e investigaciones orientados a evaluar los efectos de la recuperación psicológica en víctimas del maltrato infantil.

### **Respecto a los operadores que intervienen**

- Los servicios que desarrollan intervenciones en maltrato infantil, están expuestos al síndrome del agotamiento crónico más conocido como *burn out*, que se presenta no sólo en los trabajos recuperativos, sino en cualquier equipo profesional que interviene en situaciones de violencia (personal de defensorías, de los Centros de Emergencia Mujer, de la Policía Nacional, etc.;
- El síndrome del agotamiento crónico, se produce por una sobrecarga tensional en los equipos profesionales debido a las características de un trabajo que demanda un esfuerzo emocional particular y cuando las condiciones de trabajo no son adecuadas. Es decir, cuando no existe un trabajo de equipo interdisciplinario y con un adecuado sistema de competencias profesionales bien delimitado entre sus integrantes, de tal manera que los procedimientos de intervención se lleven a cabo de una manera eficaz y de acuerdo al carácter de la problemática atendida y al perfil de las víctimas.

## Recomendaciones

- De acuerdo a competencias sectoriales y a la distribución de la red nacional de establecimientos de salud, las políticas sectoriales de salud y especialmente las de salud mental, deberían desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación respecto a los resultados de las actividades de recuperación psicológica que llevan a cabo con las víctimas del maltrato infantil.
- Se debería desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación en los servicios de salud, respecto a los efectos de las intervenciones recuperativas con agresores.
- Los trabajadores de salud, tal y como ya se ha indicado en el acápite correspondiente a las recomendaciones para políticas de salud mental, deberían estar entrenados a través no sólo de capacitaciones, sino también de un sistema de asesoría y seguimiento constantes, en los modelos de recuperación para atender a víctimas del maltrato infantil y sus familias.
- Los Centros de Emergencia Mujer deberían delimitar cuáles son sus competencias respecto a cada uno de los niveles de intervención en maltrato infantil: detección, constatación y recuperación. Asimismo éstos deberían precisar sus niveles de complementariedad con los servicios de salud para cada uno de los niveles mencionados.
- Se debería desarrollar un sistema de protección para los operadores que integran los equipos de intervención contra el maltrato infantil y juvenil, a efectos de evitar la aparición y progresión del síndrome del agotamiento crónico, puesto que éste distorsiona el trabajo y produce rutinización, desmotivación, estrés y afecta el adecuado rendimiento de los profesionales en el trabajo. Se recomienda en estos casos, como parte del sistema de protección a los operadores, que el trabajo sea en equipo y no individual. Asimismo, que sea interdisciplinario (creación de un saber colectivo a partir de las diferentes competencias profesionales: herramientas que provienen de conocimientos de salud mental y destrezas psicológicas, conocimientos de derecho, de trabajo social, de cuidados de salud, de medicina legal, etc.) y no multiprofesional (un conjunto de profesionales que trabajan en el mismo espacio pero que no actúan interdisciplinariamente).
- Las instituciones que trabajan recuperación deberían tener modelos de intervención elaborados a partir de la sistematización de experiencias emblemáticas. Ello facilitaría las metodologías de intervención, la validación cultural y su efecto multiplicador a nivel nacional.

### III. LOS SISTEMAS NACIONALES DE REGISTRO Y LAS INVESTIGACIONES

Como ya se ha mencionado, uno de los grandes problemas que existen en todos los países de la región, son las dificultades para contar con un adecuado sistema de registro de casos de niños/as y adolescentes afectados por el maltrato. En un estudio reciente realizado por Save the Children Reino Unido en los

diez países de América del Sur (2001), se constató que no existía un registro centralizado de información sobre maltrato infantil y abuso sexual en ninguno de los países.

Es decir, aunque se reconoce el problema, no se conoce su magnitud, lo que dificulta el desarrollar el planeamiento de acciones basadas en un conocimiento suficiente y realista de cómo ocurre el fenómeno del maltrato en la población. La falta de un sistema de información no permite integrar las diferentes acciones realizadas por las distintas entidades e instituciones en cada país, ni realizar la vigilancia contra el maltrato, así como tampoco evaluar los logros y avances producto de las acciones que se llevan a cabo<sup>41</sup>.

En relación a las investigaciones en el campo de la salud mental y el abordaje del maltrato infantil y del adolescente, existe una gran carencia de información indispensable para el diseño y ejecución de las políticas públicas. Es necesario explorar más los efectos que tienen diferentes variables del contexto cultural en el crecimiento y desarrollo de los niños, más aún en un país como el Perú, multiétnico y pluricultural. Asimismo, es indispensable explorar la consistencia de las redes de soporte social tales como la familia, los cuidadores, la escuela y las organizaciones sociales de la comunidad. Estos componentes tienen que ver con los factores de protección y de riesgo para la ocurrencia del maltrato. Asimismo, las modalidades del ejercicio de la paternidad, la masculinidad y la vida familiar en los diferentes contextos culturales.

Uno de los grandes temas de investigación que no se han desarrollado en el Perú a escala nacional, es el correspondiente a la prevalencia del maltrato infantil en el país, es decir, el número de casos de maltrato que existe a nivel nacional. Fuentes indirectas, señalan que las cifras de prevalencia del maltrato en el Perú estarían situadas entre los 250,000 y 400,000 casos<sup>42</sup>.

Otros temas de investigación relevantes para el diseño e implementación de políticas públicas de prevención y atención frente al maltrato son: el rol de los progenitores masculinos en el sistema de crianza así como en las interacciones familiares; la percepción de los varones acerca de los roles de género en la familia, de los patrones de crianza y las relaciones con los hijos; los mecanismos de negociación, conflicto y violencia en la vida familiar, entre los adolescentes y en la interacción entre maestros y alumnos, así como entre los mismos alumnos(as) en la escuela.

---

<sup>41</sup> CUADROS, María Inés (2001) *Panorama del Maltrato y Abuso Sexual en América del Sur. Estudios y actores claves del Tema en la Subregión*. Colombia: Save The Children Reino Unido.

<sup>42</sup> Ibid.

## Recomendaciones

- Un primer paso para obtener una información veraz y estandarizada, es que todos los actores involucrados en el tema del maltrato infantil, manejen las definiciones operativas de los cuatro tipos de maltrato: físico, psicológico o emocional, abuso sexual, y el maltrato por descuido y negligencia.
- Parte de los problemas que existen en la recolección de datos, es que muchas veces, cada institución determina sus propias definiciones operativas de maltrato, agregando algunas o creando otras (maltrato mixto, múltiple, etc.) cuando se sabe que todos los tipos posibles de maltrato se pueden categorizar en las cuatro categorías mencionadas.
- Existe el *intento de suicidio* de niños/as y adolescentes como una categoría adicional de maltrato que algunos registros la colocan aparte. Sin embargo, considerando los factores que ocasionan esta auto-agresión extrema, debería ser incluida en el maltrato denominado de tipo emocional o psicológico.
- Por otro lado, algunas instituciones confunden las características del maltrato de acuerdo al ámbito y/o perfil del agresor (intrafamiliar, extra-familiar, institucional, etc.) con las categorías operativas que lo definen, aumentando más las dificultades de estandarización y registro de información.
- Por las razones antes expuestas, es importante que cada institución que interviene en maltrato, alimente un registro nacional centralizado de acuerdo a categorías operacionales comunes, acordadas inter-sectorialmente.
- Parte de los problemas de registro se deben a que o bien los casos atendidos no se registran, o diferentes instituciones atienden y registran los mismos casos. Por ello, la coordinación intersectorial de los sistemas de registro nacionales es de particular relevancia.
- Entre los temas de investigación se recomienda explorar la función filial tanto de progenitores masculinos como femeninos a fin de identificar el estado de atención y desatención de niños y adolescentes y promover pautas de crianza adecuadas. Es importante también explorar la función continente de los padres y el grado de integración y adiestramiento de la familia para el ejercicio de sus funciones filiales. Factores de riesgo tales como las sobredemandas a las madres y la falta de soporte en familias numerosas y con escasa participación paterna en la crianza, y, especialmente, las condiciones de abandono y negligencia en nuestro medio - de acuerdo a los contextos culturales - deberían ser motivo de investigación. Asimismo, es necesario conocer las percepciones, creencias, valores y actitudes respecto a los roles de género y de la sexualidad en maestros, maestras y alumnos/as, aspectos que tienen que ver con pautas de prevención del maltrato y el abuso sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOZZINI *et al.* (1981). *Médecine et société: les années 80*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- CONTRADROGAS (2000). *Encuesta Nacional sobre prevención y uso de drogas*. Lima: INEI – UPCH – NNUU – NAS / USA.
- CUADROS, I. (2001) *Panorama del maltrato y abuso sexual en América del Sur. Estudios y Actores Claves del Tema en la Subregión*. Bogotá: Save the Children - Reino Unido y Asociación Afecto.
- CUADROS, I. (2001) *Conceptos básicos sobre maltrato y abuso sexual infantil*. En: *Maltrato Infantil en América del Sur*. Bogotá, Save the Children - Reino Unido.
- DATA SOCIAL (1998) *La violencia familiar como un problema de salud pública*. Vol. IV, N° 7. Lima: Apoyo.
- DESJARLAIS, R. et col. (1997) *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS- OMS
- DUGHI P. (1996) *Experiencias en rehabilitación y recuperación psicosocial. El caso peruano*. En: UNICEF, *Impacto de los conflictos armados en la infancia. Memoria de la consulta para la región de América Latina y el Caribe*. Colombia: UNICEF.
- DUGHI, P. VILLAVICENCIO, R. ZANOLO, B. (2000) *Violencia en la familia en Lima y el Callao*. Lima: Congreso de la República. Compilación por M.J. Espinoza.
- ELLSBERG M. y PEÑA R. et col. (1998) *Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Nicaragua: Ed. Depto. De Medicina Preventiva y Salud Pública, UNAN. León.
- ESCALANTE, M. URIBE, R. CURITOMAY, J. (2001) *Programa Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud. (Exposición en diapositivas).
- GUAMAN POMA DE AYALA (2001). *Violencia en el Cusco. Una aproximación desde la Salud Pública*. Cusco: Guamán Poma de Ayala.
- GROSMAN et al. (1998) *Los derechos del niño en la familia*. Buenos Aires: Ed. Universidad.
- HEISE L. (1994) *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Washington DC: OPS.
- Health Canada (2000) *Salud de la población, conceptos y estrategias para políticas públicas saludables*. Washington: OPS.
- INEI (2001) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima: INEI-USAID-UNICEF.
- INEI (1998) *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: INEI.
- MINISTERIO DE SALUD (1996) *Salud Mental hacia el año 2000, II Encuentro Nacional de Coordinadores de Salud Mental*. Lima: Ministerio de Salud – INSM - HN
- Ministerio de Salud (2001) *Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia y el maltrato infantil*. Lima: Ministerio de Salud.
- NUÑEZ R.,(1998) *Higiene Mental de la Familia*. Lima: OPS – OMS. En: PNSM (2001) *Lineamientos de Política*. MINSA.
- OMS - OPS. (1998) *Violencia contra la mujer*. Washington DC: OPS (Impresión).

- PIMENTEL, C. (2001). *Poder, salud mental y comunidad*. Lima: CECOSAM.
- Programa Nacional de Salud Mental (2001) *Lineamientos de Política*. MINSA (Impresión)
- PROMUDEH (2001) Hacia la cumbre mundial por la infancia. Plan Nacional de Acción por los niños, niñas y adolescentes. Lineamientos estratégicos. Lima: PROMUDEH. Gerencia del Niño y del Adolescente (Impresión)
- PROMUDEH (2001) *Violencia Familiar desde una perspectiva de género*. Lima: PROMUDEH – NAS.
- PROMUDEH (2001) *Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*, Lima: PROMUDEH.
- PROMUDEH- Gerencia de Promoción de la Niñez y la Adolescencia (2001) *Plan Nacional por la Infancia. Documento de Consulta Regional*. (Impresión).
- ROBICHAUD, J.B., GUAY L., COLIN C. y POTHIER M. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité*, pp. 93-98. Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- RODRÍGUEZ R. C., 1989: *Cicatrices de la pobreza*. Venezuela: Nueva Sociedad.
- RODRÍGUEZ R. C., 1995: *La violencia de las horas*. Venezuela: Nueva Sociedad.
- UGARTE, C.(2001) *Experiencias de atención en Maltrato Infantil*. En: 1º Seminario Nacional de experiencias en la atención de la Violencia Familiar y Sexual. 27 y 28 de Octubre del 2001. CECOSAM, Villa El Salvador. (Ponencia).
- UNICEF (2000). *Casística MAMIs, 1995 -1999*. Lima: UNICEF (Informe).