

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



PUCP

Título

Marcos de interpretación y prácticas de profesionales de salud frente al maltrato infantil: Análisis de rutas de invisibilización en un establecimiento de salud en Lima

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN ANTROPOLOGÍA

AUTOR

Rodney Raúl Cuadros Tairo

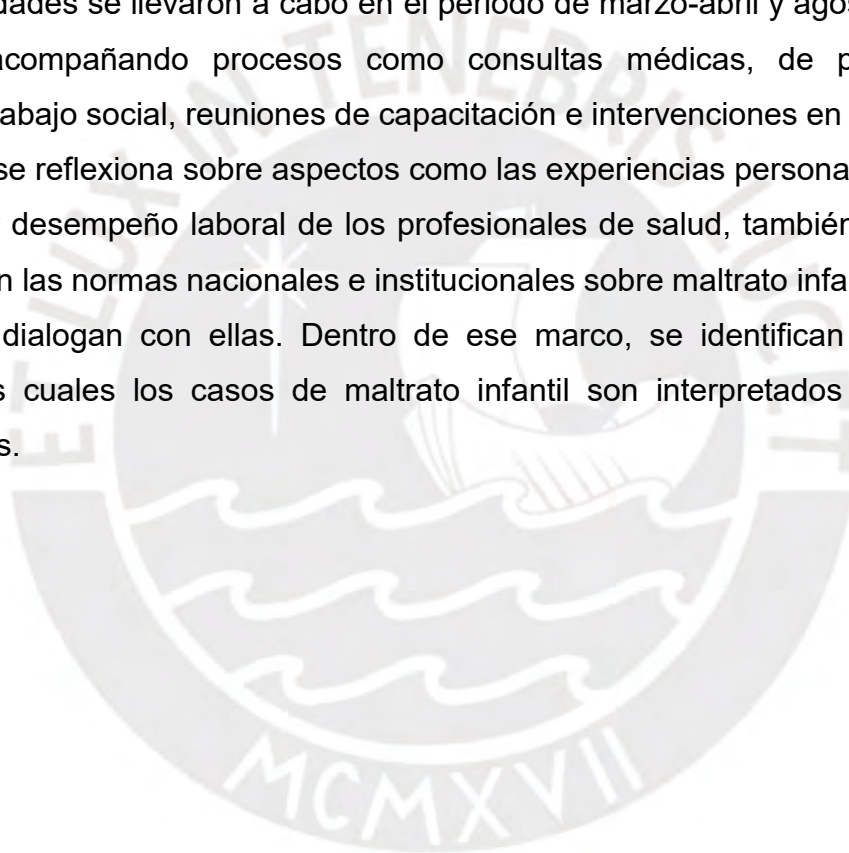
ASESORA

Carmen Juana Yon Leau

Diciembre, 2020

RESUMEN

Esta investigación tiene el objetivo de indagar y reflexionar sobre los motivos por los cuales los profesionales de salud no realizan el diagnóstico y el registro del maltrato infantil, así como la articulación con otras instituciones. Con este fin, se plantea la reconstrucción de las trayectorias de vida y trayectorias profesionales de prestadores de salud, y las narraciones de casos de maltrato infantil en un establecimiento de salud de un distrito al este de Lima. Para ello se realizó observación participante y entrevistas a profundidad dirigidas a los profesionales que laboran en el establecimiento de salud, dichas actividades se llevaron a cabo en el periodo de marzo-abril y agosto-noviembre del 2018, acompañando procesos como consultas médicas, de psicología, de obstetricia, trabajo social, reuniones de capacitación e intervenciones en la comunidad. Finalmente, se reflexiona sobre aspectos como las experiencias personales, formación profesional y desempeño laboral de los profesionales de salud, también se toman en consideración las normas nacionales e institucionales sobre maltrato infantil y como los prestadores dialogan con ellas. Dentro de ese marco, se identifican los procesos mediante los cuales los casos de maltrato infantil son interpretados y finalmente, invisibilizados.



AGRADECIMIENTOS

A mi madre Nilda Tairo, a mi hermana Maribel Cuadros y a mi hija Luna, quienes de diferentes maneras me brindaron motivación, ánimo y soporte para realizar el presente estudio.

A mi asesora, la Dra. Carmen Yon Leau, por su comprensión, comentarios y su paciente acompañamiento para guiar este proceso de investigación.

Al personal de salud, a los que participaron en este estudio otorgando su tiempo y a todos aquellos que luchan y dieron sus vidas contra la actual pandemia.



ÍNDICE

	Pág
Resumen	i
Índice	ii
Introducción	1
PRIMERA PARTE: MARCO DE LA INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO I	
ESTADO DE LA CUESTIÓN:	5
1.1. Estudios sobre el Estado y políticas públicas	5
1.2. Retos y posibilidades de los prestadores de salud para poner en práctica su labor	9
1.3. Estudios sobre maltrato infantil	12
CAPÍTULO II	
MARCO CONCEPTUAL	15
2.1. El estudio del Estado desde un enfoque etnográfico: Marcos de Interpretación y prácticas desde lo cotidiano	15
2.2. Formación y modos de ver y actuar de prestadores de salud	16
2.3. Violencia y maltrato infantil	19

SEGUNDA PARTE: DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS	21
CAPÍTULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO	21
3.1 El problema de investigación y su justificación	21
3.2 Objetivos y preguntas de investigación	25
3.3 Metodología y selección de los casos	26
CAPÍTULO IV	
EL MALTRATO INFANTIL EN LAS TRAYECTORIAS DE VIDA Y LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD	30
4.1. Trayectorias profesionales y personales de los proveedores	31
4.2.1 Karen (psicóloga)	33
4.2.2 Marina (obstetra)	41
4.2.3 Berta (trabajadora social)	47
4.2.4 Oscar (médico)	54
CAPÍTULO V	
CASOS DE MALTRATO NO REGISTRADOS EN EL SERVICIO DE SALUD – PROCESOS Y RUTAS DE INVISIBILIZACIÓN	66
5.1 El maltrato infantil en el sistema de salud	66
5.1.1 A nivel del marco institucional	66
5.1.2 En el centro de referencia (hospital nivel tres)	68
5.1.3 En el primer nivel de atención (centro de atención primaria)	69
5.2 Casos de maltrato no registrados	73
5.2.1 Lucy: cuándo hay ausencia de agresión física	73
5.2.2 Pepe: poner otro diagnóstico para evitar complicaciones	80
5.2.3 Gaby: cuando son las normas las que invisibilizan	86

CAPITULO VI

CONCLUSIONES	97
6.1 . Ausencia de registro: rutinas y prácticas institucionales que invisibilizan el diagnóstico	98
6.2. Experiencias que influyen sobre otras experiencias: trayectorias de vida y trayectorias profesionales de los prestadores de salud	100
6.3. Marcos institucionales: de la interpretación a la acción	103
BIBLIOGRAFÍA	105



INTRODUCCIÓN

Esta tesis busca aportar al entendimiento de los marcos de interpretación y prácticas del personal de salud que dificultan el diagnóstico, tratamiento y consecuente registro de los casos de maltrato infantil en un establecimiento de salud al este de Lima. Para ello, se analiza el uso de las normas institucionales respecto a maltrato infantil, los diferentes capitales con los que cuenta el personal de salud, así como sus trayectorias laborales y personales vinculadas a experiencias de maltrato infantil.

Tomando en consideración la estadística internacional y nacional, la Organización Mundial de la Salud estima que a nivel mundial hasta 1 billón de niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad han sufrido algún tipo de violencia física, sexual, emocional o negligencia en el último año (OMS, 2020). Según los resultados del censo del 2017, en el Perú existen 10 millones 338 mil niños de cero a 17 años de edad, de los cuales, el 51% (5 millones 269 mil) son varones y el 49% (5 millones 69 mil) son mujeres. Según el Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, el 81.3 % de los adolescentes entre los 12 y 17 años han sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de uno de sus cuidadores, siendo la más común la violencia psicológica con un 71,1%, la física con un 30.4% y una mezcla de ambas el 27.7% (INEI, 2015). Según las cifras del Centro Emergencia Mujer el 2017 se atendieron 30,681 casos de violencia en menores de 18 años, lo que hace 7,642 personas más en comparación al 2016 (MIMP, 2017).

Por otro lado, en nuestro país existe una evolución en lo que a derechos del niño y el adolescente se refiere, en 1962 se implementa el Código del Menor, norma que dialoga con la Declaración Universal de los Derechos del Niño de 1959. Posteriormente se realiza la Convención de los Derechos del Niño de 1989 y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990. En el Perú, no es hasta 1992 que se emite el Código de los Niños y Adolescentes aprobado por Decreto Ley 26102 y en 1996 nació el Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente mediante la Ley N° 26815, con el objetivo de proporcionar a todo niño y adolescente las condiciones para su pleno desarrollo. En 1997 y más centrada en los casos de violencia conyugal, se da la Ley

N°26260 de Protección Frente a Violencia Familiar y su posterior modificatoria mediante la Ley N° 26763. En el 2011 se da la Ley N° 29719 que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas.

En el 2013 como parte de acciones contra la violencia en los centros educativos se redacta la Estrategia Nacional Contra la Violencia Escolar por el Ministerio de Educación. En el 2015 se promulgó la Ley N° 30364 “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, que además de tomar en consideración la violencia conyugal, considera a niños y adolescentes, adultos mayores y personas discapacitadas. También se crea el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA 2012-2021) mediante el cual se buscan articular esfuerzos de instituciones públicas y privadas en favor de los niños y adolescentes en temas como la desnutrición crónica, acceso a una educación de calidad, disminuir la tasa de maternidad adolescente y disminuir la tasa de maltrato infantil.

En la actualidad contamos con la Ley N° 30403 emitida en el 2018, que prohíbe el castigo físico y humillante contra los niños y adolescentes, el cual busca promover acciones en todos los espacios donde comúnmente se vinculan, como son el hogar, la escuela y los centros de acogimiento residencial estatales y privados. En el área de la salud, además de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS) creados por el Estado Peruano en la década de 1990, podemos mencionar el numeral 3 del artículo 45 de la Ley N° 30364 que hace responsable al Ministerio de Salud para garantizar una atención de salud de calidad en casos de violencia contra mujeres u otros integrantes del grupo familiar, es en ese sentido, se emite el reciente Decreto Supremo 008-2019SA “Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual” donde se busca establecer de forma fluida el enlace entre ambos servicios y de esa manera atender los casos de violencia de manera integral.

Con ese marco normativo se asumiría que determinados profesionales de salud deben actuar, todos, de una determinada manera debido a su formación biomédica y a su

pertenencia al sector salud, olvidando otros factores de gran importancia como los procesos de implementación y rutinas de los EESS, y las experiencias de vida y marcos de interpretación del personal de salud, que surgen como parte de sus trayectorias personales y profesionales diversas. La presente investigación pretende analizar las experiencias vividas por el personal de salud a través de la reconstrucción etnográfica de los contextos en los que se identifican y no se registran los casos de maltrato infantil.

Este estudio se llevó a cabo en un distrito del este de Lima en los meses de marzo a abril y de agosto a noviembre del 2018, tanto dentro de las instalaciones del centro de salud de primer nivel de atención como en las inmediaciones del distrito durante las salidas a comunidad. Para llevarlo a cabo se estructuró en seis capítulos, en el primer capítulo se presentan estudios actuales que discuten tres temas de interés para la investigación, Estado y políticas públicas, retos y posibilidades de los prestadores de salud y estudios sobre maltrato infantil.

En el segundo capítulo se desarrollan los enfoques teóricos relevantes para el estudio, el marco conceptual propuesto responde a las necesidades identificadas en el trabajo de campo y, por lo tanto, es desarrollado como parte del ejercicio de reconstruir las trayectorias de vida y profesionales de los prestadores y analizar los casos de maltrato infantil no registrados. Se considera el estudio del Estado desde un enfoque etnográfico, mediante ello se pone especial interés en los marcos de interpretación y prácticas desde lo cotidiano. La formación y modos de ver y actuar de los prestadores de salud, el cual analiza los aprendizajes que se adquieren a lo largo de la vida personal y profesional. Asimismo, se hace uso de conceptos sobre violencia y maltrato, los que permiten analizar las posibles causas y consecuencias del maltrato infantil.

El tercer capítulo explica el diseño metodológico de manera detallada, incluye el problema de investigación, la justificación más precisa del mismo, los objetivos y preguntas de investigación y la metodología. En este capítulo se presentan los temas principales del estudio y sus tres ejes de análisis: 1. Explorar las maneras en las que los profesionales de salud identifican y abordan el maltrato infantil en sus prácticas cotidianas de atención a niños, niñas y adolescentes en el EESS donde laboran. 2. Identificar y analizar los aspectos de la formación profesional y experiencias personales del personal de salud que influyen en su modo de interpretar y actuar frente al maltrato

infantil y 3. Analizar qué aspectos de los marcos de interpretación y actuación que brinda la institución facilitan o dificultan la identificación y abordaje del maltrato infantil desde los EESS primarios.

Las trayectorias profesionales y personales de los proveedores de salud son presentadas en el cuarto capítulo, en el transcurso del capítulo se identifican también momentos clave en que los prestadores adquieren experiencias que, a manera de capitales (García, 2008), posibilitan la identificación, diagnóstico y registro del maltrato infantil. Se hace un recorrido por sus experiencias personales, de formación profesional, primeras experiencias laborales y su desempeño en el establecimiento de salud.

En el quinto capítulo, se hace un balance de cómo se aborda el maltrato infantil en el sistema de salud peruano y en la institución donde se hace el presente estudio. Así mismo, se analizan las narrativas de los prestadores sobre algunos casos de maltrato infantil no registrados en el establecimiento de salud. Abordar dichas narrativas permite identificar y describir en detalle los procesos que subyacen a las “rutas de invisibilización”, que son los procesos mediante los cuales los prestadores hacen uso de justificaciones diversas para no hacer una identificación, diagnóstico y registro de los casos de maltrato infantil, con el aparente objetivo de evadir responsabilidades legales que no son reconocidas por la institución.

Finalmente, en el sexto capítulo se presentan las conclusiones de la presente investigación. A partir del diálogo entre la información recogida en el campo y el marco conceptual, se hace una síntesis de los hallazgos más importantes y se presentan las reflexiones finales.

PRIMERA PARTE:
MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I

ESTADO DE LA CUESTION

1.1. Estudios sobre el Estado y políticas públicas

Referente a los estudios sobre Estado y políticas públicas, en su texto: “Formas de prevención y atención de la violencia contra los niños y niñas en zonas rurales”, Patricia Ames y Mercedes Crisóstomo, hacen un balance general de la situación actual y realizan un análisis de la implementación de políticas públicas y programas centrados en la prevención y atención de la violencia en el Perú, distinguen cuatro áreas, instituciones de protección ad hoc, familia, educación y salud, en este último destacan los estudios de Wirtz et ál. (2016) y Mouesca (2015), quienes coinciden en que el personal de salud se encuentra en una posición que les hace posible, prevenir, detectar y derivar casos de violencia. También se menciona el estudio de CEPAL, (2009) donde se resalta la estrategia de intervención como son los MAMIS (Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud), pero centralizados en ciudades y dentro de hospitales especializados.

Ames y Crisóstomo, reparan en la necesidad de contar con un primer nivel de atención, como son las postas y centros salud más cercanos a la población rural, dotados de prestadores de salud mejor capacitados en la atención y prevención del maltrato infantil. En ese sentido, durante su estudio en el distrito de Seclla, en Huancavelica, concluyen que, en la actualidad en el Perú existen iniciativas aisladas sin las articulaciones interinstitucionales debidas y no una política pública nacional de prevención de la violencia. Se identifica que dichas acciones en su mayor parte son realizadas en ámbitos educativos en zonas urbanas, dejando postergadas las zonas rurales (Ames & Crisóstomo, 2019). Dicha apreciación coincide con Muzzi, (2006) quien considera que el maltrato infantil en el Perú es un importante problema de salud pública que afecta a la población en general, con mayores repercusiones en los pobladores de las zonas rurales, las cuales además se encuentran perjudicadas por el rezago económico y factores como la geografía inaccesible que limita y dificulta el alcance de las políticas

públicas como son los (MAMIS) Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (Muzzi, 2006). Otros estudios más específicos dentro del campo de las políticas públicas y maltrato infantil en el Perú, son los que se enfocan en el tema de las DEMUNA (Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente), servicios que tienen como función general, proteger y promover los derechos del niños, niñas y adolescentes brindando atención gratuita en situaciones que amenacen o vulneren sus derechos.

Dentro de este marco se realizaron algunas investigaciones especialmente en el área de Gerencia Social, como por ejemplo, el estudio realizado por Gina Páez (2016) en Ancash, donde analiza la DEMUNA de Huaylas; a manera de conclusiones menciona que está principalmente destinada a promover y defender “derechos legales” como las denuncias por alimentos, tenencia, régimen de visitas, violencia familiar y hostigamiento sexual. Cuando atiende situaciones de maltrato infantil lo hace desde una perspectiva jurídica, haciendo derivaciones a otras instituciones ya que no cuentan con un equipo estable, lo cual coincide con el estudio de Maira Gonzales, (2017), quien analiza dos DEMUNA en Acomayo, Cusco. Gonzales concluye en que las mencionadas actividades se ven limitadas debido a la falta de personal dedicado exclusivamente a esas funciones; la alta rotación y bajos presupuestos que en su mayoría responden a decisiones políticas son identificadas como responsables. Gonzales hace hincapié también en que el personal no está debidamente capacitado en las funciones que cumplen, lo cual también se evidencia por su escasa proyección a la población en cuanto a talleres y capacitaciones (Gonzales, 2017).

En el 2007, Beatriz Boza, realiza una investigación en los servicios de DEMUNA y WawaWasi a solicitud de Niños del Milenio en las ciudades de Lima, Arequipa y Ayacucho. Tomando especial interés en las características de su organización, marcos normativos, gestión, financiamiento, mecanismos de control y la opinión de los beneficiarios. Dentro de sus hallazgos se puede mencionar que la disposición de personal, los recursos y el desempeño final de las DEMUNA está directamente relacionado a la voluntad política de los Municipios, lo cual también influye notablemente en la manera en cómo se proyecta a los ciudadanos (Boza, 2007). Otro texto que resulta relevante para mi estudio es el informe de tipo descriptivo “¡Fortalezcamos las DEMUNA! Defendiendo los derechos de los niños, niñas y adolescentes”, realizado por la Defensoría del Pueblo en 48 Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente. Tuvo el objetivo de promover el fortalecimiento de dichas instancias, las cuales tienen como

una de sus principales funciones intervenir en los casos de maltrato infantil. Dicho estudio, mediante entrevistas con los jefes de las DEMUNA, reporta datos que llaman la atención en relación a cómo se abordan casos de maltrato infantil. Según los datos revisados, en algunas DEMUNA tienen muy pocos casos de maltrato infantil registrado e incluso hay una que no tiene casos durante el periodo del estudio.

Por otro lado, solamente un 24.29% de las denuncias fueron realizadas por niños y adolescentes lo cual sugiere sus dificultades para pedir ayuda mientras que la mayoría de casos atendidos son relacionados a denuncias por alimentos, régimen de visitas y tenencia. Respecto al seguimiento de los casos, solamente 2 DEMUNA hicieron seguimiento del 100% de los casos, las actividades promocionales en su mayoría van dirigidas a los adultos y son escasas. En 30 DEMUNA de las estudiadas, las ciudades donde se encuentran se habla un idioma diferente al castellano y el personal necesita de traductores para realizar sus funciones. En 36 de las DEMUNA el personal reconoce canalizar los casos a otras instancias lo cual puede ser positivo, pero también pone en evidencia la escasa capacidad de brindar apoyo efectivo. Respecto a la capacitación del personal, refieren que en 31 recibieron capacitación previa en su totalidad, 12 de las estudiadas reconocen haber asumido la defensa legal de niños y adolescentes. Por otro lado, las limitaciones en infraestructura, presupuesto y materiales de trabajo son otros temas que influyen de manera significativa en el desempeño de los prestadores. Finalmente se indagó sobre algunos temas relacionados al maltrato infantil con resultados preocupantes, pues si bien es cierto son estadísticamente pequeños, se trata de una institución que debería cuidar de la integridad de los niños y adolescentes, entre los más llamativos tenemos que 5 de 47 entrevistados afirmaron que los niños y adolescentes provocan a sus padres para ser golpeados y 3 de 47 justificaron el uso de la violencia para llamar la atención en niños y adolescentes, cifras estadísticamente pequeñas pero llamativas por tratarse de instituciones que deben garantizar los derechos de niños y adolescentes (Defensoría del Pueblo, 2013).

Los estudios citados respecto a las DEMUNA, coinciden en su mayoría en algunos puntos específicos que no facilitan el cumplimiento de sus funciones, como por ejemplo, los temas relacionados al personal, quienes no se encuentran debidamente capacitados, su mal manejo de la información, su insuficiente continuidad y exclusividad a las funciones asignadas. Los problemas antes mencionados, sumado a la naturalización de la violencia como forma de castigar y educar, generan un subregistro

de los casos de maltrato infantil.

Un estudio que no habla precisamente de maltrato infantil, pero es de importancia para los fines de mi investigación, ya que el 93% de los casos presentados corresponde a menores de edad, es “Problemas en los servicios de salud y justicia en la atención a víctimas de violación sexual en el Perú: un estudio exploratorio sobre el departamento de Huánuco” realizado por Zevallos, Mujica y Vizcarra en el 2016. Fue planteado debido al alarmante incremento de casos de violación en el departamento de Huánuco entre los años 2010 y 2014, lo cual trajo un aumento en la demanda de los servicios de atención para las víctimas de violación, entre ellos, los servicios de justicia, asistencia legal y de salud. El estudio, en referencia a los servicios de salud, advierte problemas de diversos tipos, logísticos, procedimentales y prejuicios de los prestadores, lo cual ocasiona la revictimización de las afectadas, concibiéndolas en ocasiones como un “objeto de prueba”. Identifican entre sus hallazgos, lo que los autores denominan “campos asociados” que, según señalan, funcionan a manera de cercos concéntricos respecto al sujeto-víctima, distanciándolo de los servicios de atención en casos de violación sexual, entre ellos, los servicios de salud. Mencionan el contexto de precariedad y pobreza de la víctima, la escasez de personal y materiales, la falta de establecimientos de salud y cobertura por parte del Estado, problemas de implementación de las mecánicas de atención y la inexistencia o desconocimiento de las normas por parte de los prestadores (Zevallos, Mujica, Vizcarra, 2016).

Otra investigación, que si bien es cierto no está centrada en maltrato infantil, es una referencia para mi estudio, ya que aborda una política pública desde el enfoque de etnografía del Estado, es el libro “Acá no hay ventanillas: la burocracia de la calle en los programas sociales”, donde se investiga al Estado, sus dinámicas y lógicas en relación con la sociedad. En este texto, Diego Cerna, mediante el enfoque de análisis exploratorio cualitativo con énfasis en el trabajo de campo (Kapiszewski et al., 2015) y el registro y descripción de “lo observado fenoménicamente” (Geertz, 1987), investiga las dinámicas y lógicas burocráticas del Estado y cómo se relaciona este con la sociedad, para ello describe las políticas públicas desarrolladas en los últimos años por el Estado Peruano y cómo estas generan prácticas cotidianas en la interacción con los usuarios. Como parte de los resultados, se explica que la carga laboral, las características geográficas de la zona donde se opera, los recursos disponibles y el clima laboral llevan a los prestadores a generar una serie de estrategias que les permita

cumplir con sus funciones en el tiempo establecido, según los protocolos y lograr las metas propuestas (Cerna et al., 2017). Dichas dinámicas podrían ser extrapolables al campo de la salud, donde los prestadores también desempeñan sus actividades dentro de un marco similar.

En cuanto a investigaciones a nivel latinoamericano y dentro del campo de la Salud Pública se puede mencionar la investigación de Pamela Alfonso en el 2016 donde analiza la situación de la política pública en Bogotá en relación a la prevención del maltrato infantil, haciendo una revisión de las leyes e instituciones responsables del cuidado de niños y adolescentes, concluye que no existen normas específicas en la prevención del maltrato infantil, advierte esfuerzos aislados de algunos distritos los cuales no son documentados ni articulados de manera intersectorial. Las leyes que rigen a diferentes sectores toman a la prevención del maltrato infantil como un tema transversal, haciéndose necesario considerar este tipo de violencia como un eje temático para la elaboración de leyes (Alfonso, 2016).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su Boletín publicado en junio del 2009, publicó el tema: “Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro” donde en base a testimonios, se identifican factores de riesgo para el maltrato infantil, se discuten las graves consecuencias del maltrato infantil y se hace evidente las dificultades para su identificación, abordaje, denuncia y registro. Se demuestra, en base a la estadística de algunos países latinoamericanos, que el hogar es el espacio donde se da más frecuentemente los casos de violencia favorecido por la naturalización de la violencia, considerada también, como una manera válida de educar y castigar. Finalmente se destaca la intervención de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS) creados por el Estado Peruano en la década de 1990, los cuales se encuentran en hospitales nacionales y cuentan con un equipo multidisciplinario sensibilizado para brindar soporte integral a los menores afectados y a sus familias, pero al mismo tiempo activan acciones intersectoriales y complementarias que pretenden una atención en red con otras instituciones (CEPAL, 2009).

1.2 Retos y posibilidades de los prestadores de salud para poner en práctica su labor

En su texto “En nombre del Estado: servidores públicos”, trabajo realizado en una microred de salud en la costa rural del Perú, Esperanza Reyes (2007), mediante el

enfoque de “la cultura como práctica” de Ortner (1984) y a través de la descripción y entrevistas principalmente a prestadores de salud, busca explicar los encuentros, desencuentros, alianzas y complicidades que ellos presentan, los cuales tienen diferentes profesiones, géneros, generaciones, estamentos y regímenes laborales. También explica la importancia de que los prestadores de salud conozcan las situaciones que se presentan en el primer nivel de atención y concluye en que las normas y protocolos de la institución de salud se ven enfrentadas a la interpretación discrecional de los mismos, con un criterio muchas veces arbitrario y con sanciones morales que dependen de la experiencia personal, finalmente advierte que la tarea de un trabajador de salud en atención primaria involucra ser agentes de desarrollo, “[...] los servicios de salud están en inmejorables condiciones para prestar atención, orientación y apoyar en recuperar la autoestima en las mujeres y niños que sufren violencia en el hogar. Esto supone una inversión en seguimiento psicosocial y en la calidad de la atención para prevenir y detectar tempranamente esta situación y reportarla” (Reyes, 2007).

Por otro lado, en el texto “Allá es clínicamente así: saber llegar”, de la misma autora, se estudió la formación y la práctica profesional médica en el Servicio Rural Urbano Marginal, donde hace evidente las dificultades que presentan los profesionales de la salud formados en atención hospitalaria cuando inician su trabajo en áreas rurales, lo cual genera un problema en la comunicación con los pacientes y la posibilidad de una atención deshumanizada: una vez que egresan están más ligadas a curar patologías complejas que a desarrollar acciones de atención primaria. El manejo de programas de prevención y promoción en puestos y centros de salud es un vacío recurrente. Comunicarse, dar confianza, recuperar y apoyar las decisiones de los pacientes, todo ello se dificulta en situaciones de emergencia o incertidumbre sobre sus dolencias (Reyes, 2011).

Entre los estudios internacionales, se puede mencionar el realizado por Andrea Wirtz en el departamento de epidemiología de la escuela de salud pública y derechos humanos de Johns Hopkins en los Estados Unidos. En esta investigación se evaluaron publicaciones y protocolos nacionales orientados a brindar prevención y respuesta contra el maltrato infantil en varios países de América Latina y el Caribe, dentro de los cuales se encuentra el Perú. Se advierte que los protocolos, en su mayoría, aportan información clara de cómo actuar cuando se identifica un caso de maltrato infantil, pero

también se observa que los prestadores de salud no logran las competencias esperadas debido a problemas en la capacitación, por lo cual no asumen la responsabilidad y actúan con poca seguridad frente a episodios de maltrato infantil. Wirtz también plantea que los prestadores de salud se encuentran en un lugar idóneo para identificar casos de violencia y hacer las referencias a las instituciones apropiadas ya que se encuentran en contacto cercano con los pacientes, pero una inadecuada difusión de protocolos, poca cooperación intersectorial, infraestructura limitada y recursos humanos insuficientes hacen que el registro de los casos de maltrato no se realice (A. L. Wirtz et al., 2016). De acuerdo con esto, el médico Juan Mouesca, de la Unidad de Violencia Familiar, Hospital de Niños, Buenos Aires en la Argentina, en su artículo “Prevención del maltrato infantil: función del pediatra”, afirma que los pediatras son los profesionales de la salud que tienen los conocimientos teóricos y prácticos en la atención de salud de niños y adolescentes por lo cual deberían lograr un entrenamiento óptimo para identificar los factores de riesgo y protección contra el maltrato infantil (Mouesca, 2015).

Por otro lado, los profesionales de salud tienen los conocimientos y están en el lugar idóneo para identificar el maltrato, sin embargo, una limitante es que la violencia también es parte de sus relaciones sociales cotidianas como se hace evidente en el texto “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, donde Roberto Castro, mediante la observación en las salas de labor y parto en unos hospitales públicos de México, refiere que la manera de pensar, actuar y sentir en los médicos inicia desde los años de pregrado, naturalizando estructuras jerárquicas, maltrato y desigualdad de género como formas válidas de educar, las cuales se normalizan a su vez en su práctica clínica y trato violento también a los pacientes (Castro, 2014). En el caso peruano, Daniel Rojas en su texto “Diario de un interno de medicina”, relata sus experiencias vividas en primera persona dentro de un proceso formativo como es el internado médico en un hospital de nivel tres en Lima. A manera de autocuestionamiento y en el marco de la educación médica hospitalaria, narra la interacción con médicos de planta, otros internos de medicina, profesionales de otras áreas y pacientes, dando cuenta de un proceso de resocialización de los futuros médicos marcado por un trato frecuentemente violento, donde se internaliza maneras de pensar y actuar que son reproducidos por parte de los médicos de planta y médicos residentes con sus subordinados con la justificación de adquirir habilidades clínicas. El efecto de estas interacciones, muchas veces se traduce en violencia también para con los pacientes que sumado a carencias

materiales del entorno y servicios saturados con largos tiempos de espera, ven afectada la calidad de atención que reciben. A manera de conclusión, Rojas refiere la urgencia de proponer y de contar con métodos alternativos de educación médica que no estén basados en estructuras jerárquicas y totalizadoras que inducen y normalizan el maltrato como forma de educar y de ejercer la medicina (Rojas, 2019).

1.3. Estudios sobre maltrato infantil

Respecto a maltrato infantil, existen investigaciones tanto en zonas urbanas y rurales, que identifican una multiplicidad de factores, actores y ámbitos vinculados al tema. En la investigación “Factores de riesgo frente a la ocurrencia de abuso sexual a niñas y niños en barrios tugurizados de Lima Metropolitana”, realizada en el distrito de El Agustino por Gina Arnillas el 2011, se reporta que este distrito cuenta con una población de niños, niñas y adolescentes mayoritaria, 52% aproximadamente, de los cuales el 90% son menores de 10 años. Arnillas busca hacer evidentes los factores de maltrato infantil y en especial el abuso sexual dentro del distrito El Agustino. Entre los factores preponderantes se identifica: los espacios públicos escasos con limitaciones para el juego y la recreación, empleos precarios, pobreza, inseguridad ciudadana, instituciones educativas poco amigables, limitada conciencia de los derechos, el castigo físico como una manera aceptada de corregir y educar, crianza sexista, concepciones machistas, el ejercicio del poder adulto indiscriminado y finalmente la tugurización y el hacinamiento entre los más importantes. Como propuestas de cambio, plantea crear políticas públicas y acciones dirigidas basadas en un enfoque sistémico con la participación de diferentes actores, todo esto con el objetivo de prevenir la ocurrencia de nuevos ciclos de violencia, reconociendo factores ambientales y estructurales como el hacinamiento. Sin embargo, indica que es imprescindible trabajar al mismo tiempo en percepciones y prácticas de la población como son los sistemas de crianza, vínculos protectores, fortalecimiento de capacidades personales y conciencia de derechos, en el caso de prestadores de salud, sugiere trabajar con la identificación y recuperación de las familias en situación de maltrato crónico o en riesgo del mismo, poniendo especial énfasis en niños y adolescentes (Arnillas, 2011).

Por su parte, Patricia Ames en su texto “Entre el rigor y el cariño: infancia y violencia en comunidades andinas” sugiere, que para entender la lógica y circunstancias que subyacen al maltrato infantil, podemos usar una perspectiva socioantropológica, pues

la violencia es un fenómeno social en el cual intervienen diversos factores y en distintos niveles. Para su estudio hace uso del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987), que ha sido empleado para estudiar modelos de socialización (Janine Anderson, 2006) y para comprender factores de riesgo y protección de la violencia (Pinheiro, 2006). El modelo ecológico identifica diferentes sistemas que están relacionados e influyen constantemente entre sí, pero también están contenidos uno dentro del otro, se encuentran: el microsistema, referido al entorno más cercano, la familia, pares, el vecindario; el mesosistema que son instituciones mediadoras, la escuela, el centro de salud, etc., a través de las cuales el niño entra en contacto con la sociedad; el exosistema, configurado por instituciones religiosas, judiciales, medios de comunicación, etc., es decir, aquellos que tienen influencia indirecta en la familia, creando, modificando, transmitiendo y reproduciendo creencias; y el macrosistema, que es el contexto cultural, económico y político más amplio, que determina los recursos disponibles, las creencias y los valores. Finalmente, el cronosistema agrega la dimensión del tiempo y el grado de estabilidad o cambio en el mundo de los niños (Bronfenbrenner, 1987).

Patricia Ames, identifica diferentes causas del maltrato infantil, la violencia de pareja es una y se ve agravada por las desigualdades existentes que legitiman y reproducen la violencia. En su investigación, realizada en comunidades andinas, hace evidente cómo las familias que usan el castigo físico en el hogar con frecuencia legitiman su uso en el espacio escolar. Del mismo modo ocurre con el espacio comunal, la comunidad no se percibía como un espacio peligroso sino más bien seguro, pero las ideas que circulan en ella y que legitiman el uso de la violencia infantil y sobre todo de pareja en ciertos lugares y circunstancias, contribuyen a su perpetuación (Ames, 2013). Siguiendo esa línea, en el texto "Understanding Children's Experiences of Violence in Peru: Evidence from Young Lives", Gabriela Guerrero y Vanessa Rojas describen experiencias de violencia en niños, identificando que estas tienden a aumentar en el tiempo, conforme ellos se van insertando en relaciones sociales más complejas dentro de la familia y la comunidad. Es decir, los niños pasan más tiempo fuera del hogar a medida que van creciendo y las formas de violencia también se van haciendo más complejas y diversas; se analizaron tres tipos de violencia, la física, la psicológica y la negligencia. Según se reporta en el texto, la violencia más común es la que se da dentro del hogar y generalmente es ejercida por los padres, puede estar naturalizada llegando a ser un

modo aceptado de educar y proteger. Es por toda esta compleja trama que para abordar los temas de violencia en niños se requiere actuar en diferentes niveles, desde los factores que subyacen a la violencia hasta las expresiones de ella. Con ese razonamiento, se propone el modelo ecológico para explorar la complejidad del maltrato infantil, así como desarrollar políticas públicas mediante estrategias sensibles a los contextos sociales que sean eficaces para prevenir la violencia (Guerrero & Rojas, 2016).

En la literatura de salud pública internacional también se observa la importancia de los enfoques sistémicos y los determinantes sociales diversos para abordar el maltrato infantil, los que concuerdan en lo limitante de centrarse solo en los profesionales de salud o en las familias. Así, el estudio realizado por Jin Peng y colaboradores “Un enfoque sistémico para abordar el maltrato infantil en China”, propone una perspectiva amplia para el abordaje del maltrato infantil, tomando en cuenta estructuras gubernamentales, organizaciones formales e informales, comunidad y familia, que incluye las características culturales propias como el confucianismo que enfatiza las estructuras jerárquicas, la autoridad patriarcal y las altas expectativas académicas que acepta la violencia física como una manera de castigo, pero también como una forma de reforzar el respeto y amor por los padres (Peng et al., 2015). Del mismo modo Rajan R. Patil, en su estudio “Discriminación basada en la casta, el trabajo y el descenso como un determinante de la salud en la epidemiología social”, describe los determinantes sociales de la salud en la India como son la casta, la discriminación y la exclusión social, todos ellos de naturaleza intrínsecamente política. Dichos determinantes, según Patil, influyen sobre los derechos políticos, económicos, sociales y culturales y dentro de ellos el derecho a la salud (Patil, 2014).

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. El estudio del Estado desde un enfoque etnográfico: Marcos de interpretación y prácticas desde lo cotidiano

Luego de las reformas de las instituciones de salud y sistema de pensiones en el Perú realizadas en el gobierno de Fujimori, tomando a las políticas públicas chilenas como modelo, la modernización de la seguridad social en salud fue la más celosamente protegida para vencer así la oposición en ese momento, se colocó al Instituto Peruano de Seguridad Social bajo las normas del Ministerio de Salud, que a partir de ese entonces, según estas reformas, sería el supervisor de la política de salud en general y del segmentado sistema de salud peruano (Ewig, 2012).

La violencia en general y dentro de ella, el maltrato infantil, se encuentran protocolizados como problemas de salud pública dentro del marco institucional del Sector Salud en el Perú. Sin embargo, se aprecia un contraste notable entre la estadística nacional sobre maltrato infantil, que reporta que un 74% de niños y un 81% de adolescentes han sido víctimas de algún tipo de maltrato (INEI, 2015), y la cantidad de casos de maltrato infantil registrados en el EESS. Por ello, es importante prestar atención al contexto institucional que estaría dificultando la implementación de estas políticas y la manera en que el Estado se proyecta mediante sus instituciones. El enfoque etnográfico para el estudio del Estado nos permite poner especial atención en las prácticas cotidianas mediante las que este produce localmente y la constitución cultural del mismo, que estarían limitando el registro de estos casos de maltrato infantil en los servicios de salud. Las políticas públicas de salud se traducen, se modifican, se resignifican y se negocian en los ámbitos locales y rutinas diarias a través de las que se implementan servicios de salud públicos. Los prestadores permanentemente van negociando a su vez con las circunstancias, con las consecuencias y la propia experiencia local (Ferguson & Gupta, 2002).

En el ámbito local y los encuentros cotidianos en las instituciones públicas se aprecia cómo la gente percibe al Estado, cómo se forman esos entendimientos, y cómo el Estado se manifiesta en la vida de las personas. Allí se despliega el análisis de los

procesos culturales a través de los cuales el Estado es instanciado y experimentado, así como permite ver que la ilusión de la cohesión y unidad creada por el Estado, siempre es contestada y frágil, y que es resultado de un proceso hegemónico que no debería tomarse por hecho (Sharma & Gupta, 2006).

Para el análisis de las prácticas de los proveedores de salud y sus marcos de interpretación en el contexto de las entidades públicas en que laboran, se toma como referencia un entendimiento de la cultura como práctica, tal como plantea Esperanza Reyes (2007) en su estudio sobre prestadores de salud, a partir del marco conceptual desarrollado por Pierre Bourdieu y luego, por Sherry Ortner, quien tiene como premisa básica la práctica de los agentes y la consecuente relación dialéctica entre estructura y agencia; la primera puede ser entendida como aquello que condiciona la acción de las personas, sin llegar a determinarla por completo; la segunda, si bien no configura una voluntad completamente libre, tiene la capacidad de transformar activamente las condiciones estructurales y con ellas la cultura. Es decir, es posible redefinir la cultura y las estructuras sociales, y en la presente investigación se busca registrar no solamente las estructuras existentes, sino que también se pretende registrar la capacidad de acción de cada agente en relación a la estructura, la agencia de cada uno de ellos para redefinir las estructuras existentes (Ortner, 1984). También se presta atención a las pequeñas rutinas; estas representaciones fundamentales de lo temporal, espacial y el ordenamiento social que está en la base y organiza el sistema como un todo. Es en la observación de las relaciones donde se advierte la producción de una red de “significaciones”, las personas tienen además sus conocimientos académicos, sus propias experiencias, cultura, costumbres, formas de pensar, personalidad. Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, se puede entender que detrás de las acciones existen lógicas que justifican y subyacen a las prácticas (Bourdieu, 2004).

2.2. Formación y modos de ver y actuar de prestadores de salud

El antropólogo Byron Good, según el enfoque fenomenológico-interpretativo, nos explica que para la biomedicina el sufrimiento humano y la enfermedad son una forma de experiencia a partir de la cual se elaboran narrativas de cierto modo y culturalmente específico de ver, escribir y hablar de los sujetos a los que atienden. Estos modos particulares, han sido cimentados en la formación médica y que se caracterizan por una

visión individualista y materialista centrada en el cuerpo biológico, así como en una aproximación técnico-racional a los problemas (Good, 2003). En esa tesis veremos cómo esta formación incorpora a los problemas de maltrato infantil, sus retos y limitaciones, pero también el tipo de dilemas y autocuestionamientos que puede generar.

Asimismo, resulta de utilidad incluir el marco de análisis de Good respecto a las narraciones de aflicción o enfermedad. Este autor, identifica algunos elementos en la elaboración de las narrativas sobre la aflicción que tomaremos como referencia para abordar las narraciones de las profesionales de salud sobre los casos de maltrato infantil. Entre estos elementos se encuentran la “trama” formada por los relatos o historias de la enfermedad que pueden ser enunciados tanto por los individuos como por sus familiares y están constantemente influenciados por las convenciones culturales. Luego, están los elementos subjuntivadores en las narraciones de la enfermedad, son los que aportan diversas perspectivas de un mismo suceso, en ocasiones opuestos, pero al mismo tiempo complementarios. Estos elementos subjuntivadores, según Bruner, permiten moverse entre distintas posibilidades humanas en lugar de certezas asentadas (Turner & Bruner, 1986), posibilidades que quedan como un final abierto, un devenir en el futuro. Otro elemento importante es el lugar del sufrimiento en la narración, el que se articula mediante estrategias narrativas intersubjetivas que utilizan formas culturales populares para narrar experiencias generalmente de personas diferentes a los narradores, evoca relaciones de poder y articula una vida de sufrimiento. Asimismo, la modelación narrativa de la enfermedad condensa una red de significados que incluye experiencias diversas como situaciones traumáticas, de sufrimiento y ansiedad, entre otras formas de sufrimiento asociadas a la enfermedad y, que a su vez son razonadas por las personas dentro de la lógica que aporta la cultura en la cual se desenvuelven (Good, 2003).

De otra parte, cuando se habla de los prestadores de salud, se habla de sujetos que si bien es cierto han tenido una formación médica académica también tienen otro tipo de capitales que pueden ser simbólico, social, económico y cultural (Bourdieu, 1997). Es decir, son médicos, pero también son personas que han tenido historia personal, en la que han adquirido estos capitales; y que así mismo tienen un rol de padres, hijos, hermanos, etc. Todos esos diferentes capitales son adquiridos e incorporados a otras

diferentes dimensiones de su vida que estarían incidiendo en las decisiones que toman y en la percepción que tienen sobre temas como el maltrato infantil, tema de gran complejidad cultural y política que engloba una complejidad de subjetividades, relaciones de poder, conflictos, tensiones, inseguridades, contradicciones y afirmaciones. En base a las reflexiones anteriormente señaladas, Cristina García en su texto “Hegemonía e interculturalidad” intentando “objetivar al objeto objetivante” (Bourdieu, 1997), propone cuatro factores. Primero, todos los terapeutas tienen un “capital cultural” que se obtiene mediante la formación académica y una “mirada social” mediante la cual se tiene una visión del mundo desde donde comprende al otro y su realidad social. Segundo: la mirada social se ve matizada por un componente ideológico y la personalidad de cada profesional. Tercero: finalmente las características de la persona, en este caso el prestador de salud, se ven influenciadas por las características físicas del establecimiento y el contexto social que lo rodea, todo ello influye notablemente entre “lo que se dice y lo que se hace”. Cuarto: en la relación prestador de salud y paciente se forma una relación de poder, entran en interacción no solo los marcos perceptuales diferentes, sino sujetos, agentes sociales con bagajes culturales diferentes que incluye lenguaje, costumbres y formas de percibir el mundo, relaciones de dominación histórica (García Vasquez, 2008).

Más recientemente, y en base al concepto de habitus propuesto por Bourdieu, el cual se refiere a los modos de acción y de pensamiento que se originan según la posición que ocupa un sujeto en un campo específico, lo cual otorga un espacio de movimiento o “márgenes de maniobra” mediante comportamientos y “reglas de juego” que se aprenden e internalizan (Bourdieu, 1997). Roberto Castro explica la formación de un habitus autoritario, en su texto “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, donde hace evidente la manera como se incorporan, aceptan y transmiten formas de enseñanza basadas en violencia en el ámbito médico, a manera de un currículum paralelo, se interiorizan formas jerarquizadas y discriminatorias de interactuar entre profesionales de la salud y que son extendidas también en la interacción con los pacientes (Castro, 2014).

2.3. Violencia y maltrato infantil

Según la Organización Mundial de la Salud, el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (OMS, 2020).

El maltrato infantil también puede ser entendido, según Pinheiro, como los daños psicológicos y físicos en menores de 18 años causado por diferentes tipos de conducta que pueden ser por acción u omisión; violencia infantil que en muchos casos es considerada como una forma legítima de impartir disciplina y que en gran medida se desarrolla en el hogar en la relación con los cuidadores, otras personas que viven con ellos, pero también puede estar presente en escuelas, centros penitenciarios y otros espacios como los trabajos y la comunidad en general, es por ese motivo que en muchos casos no se reporta o identifica como tal, solo el 2,4% de los niños en el mundo están protegidos por la ley contra el castigo físico en los diversos ámbitos de su vida según el Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas (Pinheiro, 2006). El maltrato infantil puede tener efectos devastadores en el desarrollo infantil y se extiende por todo el mundo, es el hogar donde se da la mayor parte de casos, muchas veces bajo la justificación de que la violencia aún se considera una forma legítima de educar tanto en la familia como en los colegios. El maltrato infantil también es influenciado por la violencia de pareja y condicionado por la ausencia de espacios agradables, ordenados y seguros (Ames, 2013); este fenómeno es agravado por situaciones como el hacinamiento donde hay un mayor riesgo de violencia física y psicológica (Arnillas, 2011). En el Perú, según los reportes de la ENDES 2011, la violencia infantil tiene una alta prevalencia en general y en las zonas rurales en particular bajo la creencia de que tiene efectos positivos en la educación del niño.

En su texto "Entre prójimos", Kimberly Theidon propone entrar en la esfera de la significación y de la experiencia la cual permitiría explorar distintas comprensiones de las causas de problemas de salud mental y entender cómo la salud y el malestar son producidos social e históricamente. En el caso del maltrato infantil, las causas y las

formas como se percibe también dependen de los contextos culturales y socio-históricos. Mediante el trabajo de campo sostenido y de la observación participante, es posible capturar la profundidad histórica, sea en la forma de narrativas individuales o comunales, o en la del lenguaje corporal, para ello, subraya la necesidad de una psicología "sensata". Sugiere que la antropología ofrece un enfoque fenomenológico sobre la realidad, el cual podría ser útil en lugar de pensar en criterios sintomáticos que reflejan categorías biológicas universales (Theidon, 2004). Desde ese enfoque, es de importancia para los fines del estudio reparar en las características socioeconómicas y culturales, así como en la historia personal mediante la entrevista a profundidad, ya que todos esos factores subyacen a los marcos de interpretación y prácticas del personal de salud respecto a la identificación y abordaje del maltrato infantil.



SEGUNDA PARTE:

DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS

CAPÍTULO III:

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 El problema de investigación y su justificación

La motivación principal para desarrollar este estudio se origina durante mi práctica profesional como psiquiatra de niños y adolescentes. En este contexto, tuve la oportunidad de sostener largas conversaciones con los pacientes y pude identificar frecuentemente durante las entrevistas que se realizan con fines diagnósticos y terapéuticos, las experiencias de violencia vividas por los niños y adolescentes en diferentes formas y grados de gravedad, de las cuales la mayor parte de veces no son conscientes. De la misma manera, en los grupos terapéuticos con los pacientes, padres y familiares también se identifica frecuentemente largas historias familiares de violencia que muchas veces se considera justificada con frases como: “era mi padre, él quería lo mejor para mí”, “nuestros padres lo hacen porque nos quieren ¿o no?”, “gracias a eso soy la persona que soy, no me ha ido mal” “¿podemos hacer eso no? Son nuestros hijos”, “¿no es eso algo normal?”. No es hasta avanzado el proceso terapéutico que algunos pacientes y padres comienzan a identificar los daños que los años de violencia han causado en ellos. Incluso en ocasiones, son los terapeutas los que logran identificar situaciones similares en su propia experiencia, experiencias que no son fáciles de comunicar debido a su rol en esa interacción, pero que a su vez, influyen en su manera de actuar y de valorar las experiencias de los pacientes y familiares.

De este modo, las experiencias de violencia en sus diferentes formas están presentes tanto en pacientes, en sus familiares y también en nosotros los terapeutas, es un

problema que existe pero que en la institución donde se desarrolla el presente trabajo el registro es casi inexistente. Por ese motivo, indagué sobre el registro en el servicio de Psiquiatría de Niños Adolescentes de un hospital de nivel tres y encontré en la estadística que el maltrato infantil no se encuentra dentro de los quince diagnósticos más frecuentes dentro de consulta externa ni en hospitalización [sacado del registro de diagnósticos frecuentes del Hospital de nivel tres]. Esta cifra resulta notoriamente baja para la gran cantidad de pacientes con problemas de salud mental que se reciben (en mi experiencia) y, como se sabe, se podrían identificar como víctimas de maltrato infantil en algún momento de sus vidas.

El diagnóstico y registro estadístico de la violencia contra los niños y adolescentes conocida también como maltrato infantil, suele ser el producto de una serie de acontecimientos que pueden suceder tanto en la historia familiar de las personas que son víctimas de la violencia como en la de los prestadores de salud que se encargan de la identificación, diagnóstico, tratamiento y registro de los casos. Esta situación contribuye a la invisibilización de un problema de gran importancia en la salud pública debido a sus consecuencias tanto en la salud mental como física de las personas, ya que experimentar la violencia en la infancia afecta la salud y el bienestar de por vida (OMS, 2020), este hecho se convierte en el punto de partida para la investigación antropológica que me propuse realizar como tesis.

Los procesos que se asocian a la transmisión de la violencia y al maltrato infantil están influenciados por las estructuras de relaciones sociales, los marcos institucionales para visibilizar y enfrentar la violencia, así como por la cultura de una sociedad en particular. Tomando como referencia el enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1987), que permite comprender las relaciones e influencias entre los ambientes y los sujetos, en el presente caso, se estaría considerando al microsistema conformado por las relaciones sociales inmediatas, el exosistema, conformado los marcos institucionales que tienen influencia en la familia y el macrosistema que es el contexto cultural, económico y político más amplio (Bronfenbrenner, 1987 y Ames, 2013). Esto a su vez, daría lugar a un marco de interpretación y promueven o desalientan ciertas prácticas individuales, lo que estaría llevando a que las personas reproduzcan o cuestionen poco sus experiencias relacionadas a la violencia. De allí mi interés por comprender los procesos socio-culturales y el marco institucional en que labora el personal de salud, que subyacen a

esta invisibilización de un fenómeno que está ligado a la salud mental y termina por afectar más aun a los niños y adolescentes.

Como se menciona líneas arriba, la estadística internacional y nacional, estima que, a nivel mundial hasta 1 billón de niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad, han sufrido algún tipo de violencia física, sexual, emocional o negligencia en el último año (OMS, 2020). Mientras que, en nuestro país, el 81.3 % de los adolescentes entre los 12 y 17 han sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de uno de sus cuidadores (INEI, 2015). Cifras que, según los Centro Emergencia Mujer, han ido aumentando según lo registrado el 2017 en comparación al 2016 (MIMP, 2017). Por otro lado, se ha evidenciado una evolución en lo que a derechos del niño y el adolescente se refiere, desde la Declaración Universal de los Derechos del Niño de 1959, hasta la Ley N° 30403, emitida en el 2018, que prohíbe el castigo físico y humillante contra los niños y adolescentes, y busca promover acciones en todos los espacios vinculados donde comúnmente se generan, como son el hogar, la escuela y los centros de acogimiento residencial. A ello se suman, los ya mencionados esfuerzos intersectoriales, entre los que se puede mencionar el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA 2012-2021) mediante el cual se buscan articular esfuerzos de instituciones públicas y privadas en favor de los niños y adolescentes y el “Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual”.

Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos, en el Perú no contamos con una idea clara de la cantidad de niños y adolescentes víctimas de violencia que acuden a los establecimientos de salud. El número de diagnósticos registrados en algunas instituciones de salud en nuestro país es bastante bajo comparado con las cifras entregadas por el Instituto Nacional de Estadística y las estadísticas internacionales. Entre las razones de la falta de identificación, diagnóstico y no registro se encontraría la dificultad en las personas para percibir algunas situaciones como violencia y la consecuente ausencia de solicitudes de ayuda, pero otro de los motivos que acá exploraré, son las dificultades que pueden presentarse en las instituciones encargadas de la identificación, diagnóstico y registro de estos casos. Esto ocurre a dos niveles, a

nivel de los protocolos, mecanismos y procedimientos institucionales, pero también a nivel de cómo los prestadores de salud interpretan y actúan frente a los casos de violencia, más aún en el caso de niños y adolescentes.

En el presente trabajo busco analizar los marcos de interpretación y prácticas del personal de salud en relación a casos de maltrato infantil. Para ello, tomaré en cuenta las narrativas y observación de las labores de los trabajadores de salud, su flujo de trabajo y el uso que hacen de las normas institucionales. Luego de la conversación con el personal de salud y la observación participante, he realizado una selección de casos de maltrato infantil que llegaron al servicio de salud donde hice mi estudio. En estos casos, se trata de analizar los motivos por los cuales no se hace el registro y el contexto que favorece o no este proceso, así como los significados que puede tener para el personal el diagnóstico de maltrato infantil.

Se asume que determinados profesionales de salud deben actuar todos de una determinada manera debido a su formación biomédica, olvidando otros factores de gran importancia como sus experiencias de vida y marcos de interpretación que surgen como parte de sus trayectorias personales y profesionales diversas. Por otro lado, se considera que algunos comportamientos violentos son aceptados, justificados y generalizados como forma de crianza, enseñanza y castigo (Ames, 2013a). Con este trabajo se busca traer las experiencias vividas por el personal de salud al medio de la discusión y analizar a través de la reconstrucción etnográfica de los contextos en los que se identifica y no se registra los casos de maltrato infantil en un servicio de salud del primer nivel de atención en un distrito de Lima.

3.2 Objetivos y preguntas de investigación

Teniendo en cuenta este planteamiento, la pregunta principal de investigación es:

¿Cuáles son los marcos de interpretación y prácticas de profesionales de salud frente al maltrato infantil en un EESS de atención primaria en El Agustino?

De manera específica, se busca conocer y analizar a partir de las conversaciones con los profesionales de la salud:

¿Cómo los profesionales de salud identifican y abordan el maltrato infantil en sus prácticas cotidianas de atención a niños/as en el EESS donde laboran?

¿Qué aspectos de la formación profesional y experiencias personales del personal de salud influyen en su modo de interpretar y actuar frente al maltrato infantil?

¿Qué aspectos de los marcos de interpretación y actuación que brinda la institución facilitan o dificultan la identificación y abordaje del maltrato infantil desde los EESS primarios?

Los objetivos de la investigación son los que siguen a continuación:

Objetivo principal:

Analizar los marcos de interpretación y prácticas de los profesionales de la salud frente al maltrato infantil en un establecimiento de salud de atención primaria, a partir de sus narrativas y experiencias.

Objetivos secundarios:

Explorar las maneras en las que los profesionales de salud identifican y abordan el maltrato infantil en sus prácticas cotidianas de atención a niños/as en el EESS donde laboran.

Identificar y analizar los aspectos de la formación profesional y experiencias personales del personal de salud que influyen en su modo de interpretar y actuar frente al maltrato infantil.

Analizar qué aspectos de los marcos de interpretación y actuación que brinda institución facilitan o dificultan la identificación y abordaje del maltrato infantil desde los EESS primarios.

3.3 Metodología

Se trata de un estudio cualitativo con enfoque etnográfico que hizo uso de la observación participante y las entrevistas. El trabajo de campo se realizó en la ciudad de Lima en los meses de marzo a abril y de agosto a noviembre del 2018 en un distrito de Lima, tanto dentro de las instalaciones del centro de salud de primer nivel de atención como en las inmediaciones del distrito durante las salidas a comunidad.

La primera etapa se desarrolló en el periodo de marzo a abril del 2018, en el que laboré en el mismo centro de salud donde se realizó el estudio. En este tiempo desarrollé observación participante de la dinámica de trabajo del personal de salud en el establecimiento de salud y pude obtener alguna información exploratoria sobre casos de maltrato infantil los cuales no eran registrados. Aquí surgieron por primera vez, los datos sobre los casos de Gaby, Pepe y Lucy (seudónimos, como se explicará más adelante) que seleccioné y profundicé en un segundo momento (de agosto a noviembre de 2018) de mi trabajo de campo, periodo en que ya no me encontraba laborando en el centro de salud. Al mismo tiempo se hizo el registro de las trayectorias profesionales de algunos profesionales de la salud. En el presente trabajo se realiza la reconstrucción de la trayectoria de vida y profesional de cuatro trabajadores que tienen participación directa en la atención a pacientes y por consiguiente experiencias con algunos casos de maltrato infantil. Adicionalmente se recogen tres casos de maltrato infantil con la finalidad de analizar las rutas y procesos que se siguen en el establecimiento de salud.

3.3.1 Selección de casos

Los tres casos seleccionados se identificaron a partir de entrevistas a informantes clave, los cuales fueron profesionales de la salud, entre médicos, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras y obstetras. Todos los entrevistados tienen amplia información sobre casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil, identificaron casos de los cuales manejan información en detalle y también brindaron información parcial de otros casos.

Luego de las conversaciones sostenidas, se seleccionaron los casos en base a dos criterios básicos:

1. Casos que no tengan una antigüedad mayor a 3 años.
2. Casos que hayan sido identificados y manejados en el establecimiento de salud.

Para reconstruir estos casos se entrevistó a un total de nueve (9) personas vinculadas a la atención de los niños, niñas y adolescentes.

3.3.2 Métodos de investigación

Observación participante: Se realizó como parte del desarrollo del trabajo habitual de los trabajadores de salud, en los espacios de interacción, consultorios, salas comunes, salas de reuniones y colegios durante las salidas a la comunidad. La observación participante acompañó el proceso de consultas médicas, de psicología, de obstetricia, trabajo social, reuniones de capacitación e intervenciones en la comunidad, de esta manera puedo contextualizar las situaciones en las que se da contacto con personas que han sufrido situaciones de violencia. El registro de información se hizo en un diario de campo.

Entrevistas no directivas o conversacionales y entrevistas semi-estructuradas: La identificación de los 3 casos se realizó a través de entrevistas conversacionales con el personal de salud que participó de diferentes maneras en los casos de maltrato infantil. Luego, se reconstruyeron los casos a través de un mínimo de tres entrevistas semi-estructuradas por cada caso, las que tuvieron los siguientes objetivos:

- a. Reconstrucción verbal de las situaciones en las que se identificó un caso de maltrato infantil. Se buscó reconstruir la manera en la que el contexto favoreció o no la identificación del maltrato y el manejo que se hace de este diagnóstico hasta su registro. Adicionalmente, se obtuvo información del diagnóstico que se hizo del caso.
- b. Conocer los significados y la valoración que hace a partir de sus experiencias el personal de salud en torno al maltrato infantil en los menores de edad, desde un enfoque fenomenológico e interpretativo. Se buscó conocer las narrativas en torno a la identificación, el diagnóstico y registro, posibles

causas, explicaciones (Anderson, 2000; Good, 2003). Las narrativas permiten dar cuenta de lo que el informante dice, “cómo lo dice, cuánto dice y qué no quiere (o no puede) decir” (Anderson, 2000).

Principios éticos y posicionalidad

Se aseguró la confidencialidad (se usan seudónimos en todos los casos y también se eliminaron todos los datos identificatorios) y voluntariedad de las personas entrevistadas. Todas las grabaciones y registros fueron hechos con el consentimiento de los/as participantes. Algunos participantes desearon no ser grabados por lo cual solo se tomaron apuntes durante la observación y entrevista. Se tomaron las medidas para que los participantes se sientan seguros y tengan conocimiento pleno de que su participación es confidencial.

El presente texto no busca de ningún modo convertirse en una denuncia sobre las falencias o las deficiencias del trabajo que realiza el personal de salud en los hospitales grandes o en el primer nivel de atención. No pretende culpabilizar tampoco a ningún profesional de lo que sucede en nuestro sistema de salud, por lo cual, también se omite el nombre del centro de salud, la institución a la que pertenecen y los datos que permitan sea identificable.

En un inicio, entre los meses de marzo y abril del 2018, yo trabajaba en la institución a la cual pertenece el establecimiento de salud. Al encontrarme en calidad de médico residente y laborar en un hospital de referencia, era frecuente recibir pacientes referidos de varios centros de salud entre ellos el establecimiento en el cual realizo mi estudio. Mi contacto con dicho establecimiento fue realizado por mutuo acuerdo, partiendo por mi interés de conocer cómo se interpreta y actúa frente a casos de maltrato infantil en el primer nivel de atención y por la solicitud de parte de la jefatura del establecimiento para tener una serie de capacitaciones en temas de salud mental de niños y adolescentes. Desde un inicio, informé a los participantes en las capacitaciones sobre mi intención de elaborar una etnografía con el objetivo de realizar una tesis, es así que muchos de los participantes fueron manifestando su deseo de participar y entregaron información valiosa para los objetivos de esta tesis.

En un primer momento, entre los meses de marzo a abril y dada mi condición de médico

que trabajaba en la institución tuvo la posibilidad de conocer de primera mano la interacción entre el personal, las actividades que en la institución se realizan, el uso e interpretación que el personal hace de las normas institucionales, la manera en que se abordan los casos de maltrato infantil y, así tuvo la oportunidad de hacer explícitos mis objetivos de realizar una investigación etnográfica sobre maltrato infantil contando con una buena disposición de la mayoría de los trabajadores para colaborar con información, como plantea Guber, la diferencia entre observar y participar está centrada en la manera cómo se relaciona el investigador con los informantes y que tanto estos le permiten participar en sus actividades (Guber, 2014).

A diferencia del hospital de referencia, en donde cumplía funciones asistenciales, mi participación en el centro de salud fue para realizar actividades de capacitación en temas de salud mental en niños y adolescentes para los prestadores de salud en general, también participé de manera activa en algunas intervenciones de salud tanto en consultorio como en la comunidad y en otros casos solamente como observador en sus actividades diarias. Es decir, tuve un rol de observador y participante en las diferentes actividades que en el centro de salud se producen.

Posteriormente, desde el mes de julio del 2018, dejé de laborar en la institución, motivo por el cual, mi participación en el centro de salud fue solamente de observador. Sin embargo, dada la relación planteada inicialmente y mi participación en las actividades en el centro de salud, fue un proceso importante en la segunda fase de la investigación generar cierta distancia para convertirme únicamente en observador. Se podría decir que, hasta cierto punto desde una participación total en las actividades del centro, tuve que paulatinamente convertirme en observador, lo que implicó generar algunas diferencias en mi manera de observar y participar, en términos de Guber, pasé de “participante observador” a “observador participante” (Guber, 2014), asumiendo algunas actividades de manera ocasional a pedido de los trabajadores.

CAPÍTULO IV

EL MALTRATO INFANTIL EN LAS TRAYECTORIAS DE VIDA Y LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

En el presente capítulo se realiza un análisis de las trayectorias de vida y profesionales de los trabajadores de salud, las que enmarcan experiencias que son útiles para entender sus marcos de interpretación y prácticas en relación al maltrato infantil. Estas trayectorias dan cuenta de las experiencias de estos profesionales de salud sobre su infancia, adolescencia y vida de pareja. Luego, se indagó por las motivaciones de su elección profesional, sus experiencias formativas en los centros de estudios, así como sus primeras experiencias profesionales. Finalmente, se obtuvo información sobre su trabajo actual, clima laboral y expectativas profesionales. La reconstrucción de estas trayectorias, tiene como eje las experiencias relacionadas a violencia, en especial a maltrato infantil, tomando en consideración que haber vivido experiencias de este tipo tendería a producir una naturalización y aceptación del maltrato infantil como una forma aceptada de educar (Ames, 2013; Pinheiro, 2006).

Como se verá en lo sucesivo, las experiencias de maltrato, tanto en el ámbito personal como en el profesional, son algo que los prestadores tratan de manejar con cierta reserva; sin embargo, la reconstrucción de sus trayectorias de vida y trayectorias profesionales permite constatar la constante presencia de experiencias de violencia. Estas son importantes para comprender el contexto de una de las causas del no diagnóstico ni registro de los casos de maltrato infantil con la consiguiente invisibilización, fenómeno que debe ser estudiado desde la reflexión antropológica. En esa línea, este estudio busca aportar desde un acercamiento etnográfico al Estado y como este se produce en el nivel local y desde las prácticas de los profesionales de salud, sus dinámicas y lógicas (Cerna et al., 2017).

Al final del capítulo, realizo una discusión sobre cuatro ámbitos de importancia en la vivencia y re-producción de la violencia en el caso de los profesionales de salud: las experiencias en la vida personal, en su formación profesional, sus experiencias laborales previas y en el establecimiento de salud. No es pretensión del presente estudio una generalización sobre los procesos de diagnóstico y registro, sin embargo, si se intenta lograr un acercamiento a los contextos, procesos y relaciones sociales que intervienen en la invisibilización del maltrato infantil.

4.1. Trayectorias profesionales y personales de los proveedores involucrados

Citando a Bourdieu, pretendo “objetivar al sujeto objetivante”, tratando de objetivar el punto de vista de los prestadores de salud mediante la observación participante y una serie de entrevistas, todo ello con la finalidad de conocer los marcos de interpretación y prácticas de los profesionales de la salud frente al maltrato infantil en un establecimiento de salud de atención primaria y las condiciones en que realizan su práctica profesional. La manera como se entienden y valoran las enfermedades es un asunto sobre todo social y cultural, de la misma manera, la atención y el cuidado que se brinda están influenciados por los mismos factores, así como las rutinas y prácticas que desarrollan las personas en su vida diaria (Bourdieu, 2004). Por otro lado, el acceso a diferentes opciones terapéuticas y los diversos saberes influyen de manera decisiva en la manera que se entiende, se identifica y vive una enfermedad.

Dentro de este marco, se encuentran la interpretación y las prácticas que las personas que se encargan de la identificación, registro y tratamiento de las enfermedades hacen. Hablar de los profesionales de salud va más allá de hablar solamente de personas que prestan servicios de cuidados en salud a otras personas, hablamos del uso que hacen de las normas institucionales en su interacción con los usuarios, las herramientas que la institución les brinda y cómo se conforma el Estado en esas prácticas (Ferguson & Gupta, 2002).

A pesar de los conocimientos adquiridos la mayoría de veces las identificaciones de los casos de maltrato infantil y su registro no se realizan. En ese sentido, la reconstrucción de las trayectorias profesionales y casos de maltrato infantil no registrados que se toma

en cuenta en la presente investigación, permite problematizar sobre los procesos y rutas de invisibilización a partir de los testimonios de las personas que actuaron como prestadores de servicios de salud. En tanto, los problemas de salud son hechos sociales como se ha dicho, la identificación, tratamiento y registro de los casos de maltrato infantil son el punto de inicio de una reflexión antropológica sobre la interpretación y las prácticas de los profesionales de la salud frente al maltrato infantil. Evidentemente, los casos citados en el presente trabajo no pretenden ser una generalización, tanto en el caso de los prestadores de salud como en los casos de maltrato infantil. Sin embargo, si pretende generar un panorama claro sobre los factores sociales compartidos en el proceso de identificación, tratamiento y registro de casos de maltrato infantil en un establecimiento de salud.

Pese a los reportes de estudios nacionales e internacionales que reportan sobre estadística elevada de maltrato infantil en nuestro país, llama la atención la ausencia de registro en el establecimiento de salud, lo cual contrasta con los relatos encontrados sobre maltrato durante las indagaciones realizadas.

En este capítulo reconstruyo las trayectorias profesionales de trabajadores de salud cuya interpretación y prácticas en relación al maltrato infantil son el eje principal de esta investigación, se hace un relato de sus experiencias de vida poniendo énfasis en las relacionadas a maltrato infantil, motivaciones para escoger una carrera relacionada a la salud y experiencias durante la formación profesional. El relato se centra principalmente en las experiencias laborales, dado que es la etapa donde el personal de salud hace uso de sus diversos saberes para el abordaje del maltrato infantil. Como se verá más adelante, los relatos coinciden en algunas características, sobre todo las relacionadas a la identificación y manejo de los casos de maltrato infantil. Posteriormente analizo los relatos, considerando algunos diversos aspectos como las experiencias personales, la formación profesional, y las condiciones laborales en el establecimiento de salud.

Como fue posible anticipar, conversar sobre salud y temas relacionados a violencia y maltrato infantil, invita a los trabajadores a recordar diferentes experiencias relacionadas a al tema de violencia en el trabajo, pero también, a recordar experiencias personales como historias familiares y de vida tanto en el ámbito educativo escolar como universitario. Cuando se habla de los prestadores de salud, se habla de sujetos

que si bien es cierto han tenido una formación médica académica también tienen otro tipo de capitales que pueden ser simbólico, social, económico y cultural (Bourdieu, 1997).

- **Karen (psicóloga)**

Karen tiene 38 años, es psicóloga de profesión y es una de las dos psicólogas en el establecimiento de Salud desde hace más de 10 años, actualmente se encuentra como personal nombrado. Nacida en Lima de padres cajamarquinos, tiene dos hermanas, ambas enfermeras de profesión. Cuando hablamos sobre maltrato infantil rememora algunos recuerdos de su niñez, marcando distancia sobre cualquier tipo de abuso. Este relato surge a raíz de la conversación sobre los casos de maltrato infantil en el establecimiento de salud y la responsabilidad que asume en su abordaje, considera que haber vivido una infancia sana, según ella, le permite tener una idea clara de lo que es el maltrato infantil.

Karen: “En mi experiencia personal, creo que nunca he sufrido de maltrato, mis papás nunca han sido así con nosotras, han sido muy respetuosos en su trato, somos todas mujeres y a las tres nos han tratado muy bien, otros familiares tampoco ejercieron algún tipo de maltrato. Muy pocas veces he recibido gritos o insultos, ya recién cuando eran cosas muy graves, no te pases... pero no, no puedo decir que he sufrido violencia en mi casa, ni antes ni ahora por parte de mi esposo. En el trabajo sí es todo lo contrario”.

Por el momento Karen es una de las dos psicólogas que trabajan en el centro de salud, se ha convertido en referente para los otros profesionales sobre temas relacionados a salud mental, dentro de ellos, casos que podrían ser considerados maltrato infantil. La trayectoria de vida y profesional de Karen se ve marcada por algunas decisiones, según refiere ella, apuradas en su juventud. Las presiones familiares por acceder a un trabajo dentro del campo de la salud terminaron por marcar las decisiones de las tres hermanas.

Karen: “No sé por qué estudié psicología, debe ser por la presión de mi familia para que hagamos algo relacionado a salud, mi hermana mayor y mi otra hermana, por ejemplo, son enfermeras, pero a ellas les gusta ser enfermeras. Mi

motivación no fue económica para nada; se gana mal como psicóloga. Mi familia fue la que ejercía cierta presión sobre mí, mis tíos y mis primos, por ejemplo, son médicos y eso era como un reto para nosotras, mis padres no me hacían problemas por eso, pero mi familia si tenía algunos comentarios. Como están metidos en el tema de salud ellos querían que estudie medicina, pero yo consideraba que no era para mí. Mis hermanas son enfermeras porque no pudieron ser médicos, por ejemplo. Mis primos son médicos por la presión de sus padres también. Yo lo pensé y no quise postular a medicina, pero si escogí algo en el campo de la salud”. “En ese tiempo para postular puse tecnología médica como primera opción y psicología fue mi segunda. Esa decisión apurada tomé en ese entonces, te lo digo porque si tuviera que decidir ahora nuevamente estudiaría otra cosa, no volvería a estudiar psicología ... (piensa) es una carrera bonita, sí, pero a mí me gustan más otras cosas”.

En la historia de Karen se hace notoria la presión familiar ejercida para escoger una profesión ligada al campo de la salud que, si bien la identifica, no le es posible describir con claridad las motivaciones personales para optar por esa decisión. Usualmente existen diferentes factores en la toma de decisiones de este tipo, como son los sociales, políticos, económicos, culturales, académicos y personales (García, 2009).

Karen: “Los años de estudio en la universidad fueron chéveres, la pasé muy bien, no sentí que sea una carrera jerárquica como veía que era medicina, los docentes y las prácticas fueron tranquilas, eran amables los psicólogos. En la universidad nacional donde estudié los años de carrera te enseñan de todo, todas las teorías, no hay línea específica, no se cierran, te dan una visión de todo. Yo recuerdo que en quinto año me fui a llevar un curso en una universidad particular, me sentí en la calle, no entendía sus seminarios, sus términos, sus jergas. La manera como te forman en psicología depende mucho de la universidad, otra universidad particular, por ejemplo, es cognitiva conductual, entonces sus alumnos asumen ese lenguaje e incluso una manera especial de manejarse”.

Si bien es cierto, Karen no reconoce haber asumido un rol específico en su manera de relacionarse con los pacientes y sus compañeros de trabajo, refiere que lo común es que las facultades de psicología, durante la formación académica, generen un perfil

especial dependiendo de la universidad de origen, no solamente imparten las prácticas elementales para el ejercicio clínico, sino que también imparten formas de razonamiento y formas de hablar y actuar (Bourdieu, 2004; Good, 2003).

Karen: “El internado lo hice en Bravo Chico, la experiencia fue buena, roté por todos los consultorios, psiquiatría, neurología, obstetricia y otros más, un mes cada uno. La relación con los médicos fue muy buena, sobre todo en psiquiatría, el médico era muy amable y le gustaba enseñar, nosotros éramos sus llaveros. El internado fue una buena experiencia en general”. “Serums hice en Puente Piedra en un centro de salud, había un médico que era el jefe, muy amable también. No tuve problemas, mi trabajo era tranquilo y a veces me mandaban al hospital de Puente Piedra a ayudar, lo cierto es que no me prepararon mucho para el trabajo comunitario en la universidad, fue en el hospital donde aprendí más sobre ese tema. Buena experiencia, no me quejo. Los temas de maltrato infantil eran algo común en esa zona, pero no se veía como un problema, ni para los padres ni para el personal de salud. Mi primer trabajo después del Serums fue en clínicas de Hemodiálisis, era un tiempo donde estaba desesperada por tener ingresos económicos para pagar mi maestría, trabajé 6 meses gratis porque no encontraba nada, después me contrataron. Tuve la suerte que el dueño, un médico que era buena persona, haga la apertura de otras dos clínicas y me jaló para trabajar en todas ellas. Se ganaba regular, pero el trabajo era muy cansado, horarios dispersos y agotadores. Estuve como dos años pagando la maestría. Fue buena experiencia para aprender y conocer amigos, porque como espacio es un ambiente deprimente”.

Dentro de sus experiencias laborales, las cuales de alguna manera inician en el internado, Karen no recuerda haber sufrido situaciones de maltrato durante su formación profesional, ni con el propósito de interiorizar jerarquías, ni relacionadas a desigualdades de género en su internado. A diferencia de la formación médica, el tránsito de sus actividades fue por consulta externa y el aprendizaje no estuvo basado en el castigo (Castro, 2014). Por otro lado, se observa también experiencias relacionadas a la naturalización del maltrato infantil, justificando dichas acciones con un contexto temporal donde se podría entender como válida. La existencia de violencia en un espacio tiende a naturalizar la violencia en el otro (Ames, 2013).

Karen: “Yo soy psicóloga clínica, hice una maestría en terapia cognitivo conductual en una universidad particular, fue hace tiempo y mi motivación fue que necesitaba eso poder entrar a un trabajo, tenía un mal currículum, no pasaba nada, por eso me metí a la maestría. Después, tuve que trabajar solamente para pagarla, era cara. Yo quería entrar a trabajar a esta institución porque toda mi familia trabaja aquí, era como un reto. Con la maestría a cuestas logré mejorar mi currículum y me contrataron, no tuve que esperar mucho y me nombraron, tengo mis beneficios, no me arrepiento, eso es lo que tengo, pero no me emociona, no fluye, ni me apasiona, es como si fuera algo que no me completara del todo, por eso es que no hago consulta particular. Por ejemplo, yo tengo colegas y amigas que me llaman para hacer turnos en clínicas o para reemplazar en sus consultorios particulares, pero sinceramente no me gusta para nada la idea, yo no quiero, no estoy para eso. Yo soy psicóloga solamente aquí, ni bien salgo de este centro dejo de ser psicóloga y me dedico a lo mío, a lo que me gusta, que es la administración”.

Karen, en sociedad con su esposo rehabilitador, iniciaron una pequeña empresa, un pequeño centro de rehabilitación que ella se encarga de manejar en sus tiempos libres, se ha convertido en una fuente de ingresos para la familia, pero sobre todo se ha convertido en una actividad agradable para Karen.

Karen: “Yo me siento más atraída por la administración. Por ejemplo, con mi esposo hemos puesto un pequeño centro de rehabilitación y a mí me gusta organizarlo, yo creo que funciono mejor en cosas administrativas, me siento como pez en el agua. Si yo tuviera que escoger de nuevo una carrera, yo escogería administración de empresas, esa es mi carrera. Es una empresa familiar y nos va bien con eso, me gusta ver los pendientes, ir de un lado a otro, organizar cosas. Por eso digo que esa sería ahora mi opción elegida. No está mal la psicología, pero no me apasiona”.

Las interpretaciones y prácticas respecto al maltrato infantil por parte de Karen se manifiestan con más claridad cuando comenta sobre sus experiencias laborales. Prácticas que de alguna manera se convirtieron en el eje que articula las acciones del

centro de salud respecto a casos de maltrato infantil y violencia en general, al ser ella una de las dos psicólogas y, según el resto de entrevistados, el referente respecto a problemas de salud mental, pues se realizan referencias constantemente a su consultorio para atención vinculado a esos temas.

Karen: “Los casos de salud mental, de cualquier tipo, me los mandan a mí, si es un caso de violencia de cualquier tipo también quieren que yo lo vea, no se dan cuenta que tengo una espera de pacientes de más de un mes. Berta y la otra trabajadora social, no se meten en esos temas de maltrato, no ven tampoco los temas de familia, todos esos casos los mandamos al CEM (Centro Emergencia Mujer). Hace un tiempo, estaba cerca esa oficina, eran solamente unas cuadras, pero ahora no sé dónde queda. Cuando estaba cerca la oficina, la trabajadora social les llevaba, pero ahora que está lejos les mandamos nomás, no sabemos si van o no van”.

Karen explica la situación que se enfrenta en el establecimiento de salud respecto a los casos de violencia y de maltrato infantil. Hace evidente la carencia de protocolos, manuales o guías de manejo respecto a esos temas, así también da cuenta de la falta de organización del personal de salud cuando se trata de identificar, atender o derivar un caso.

Karen: “Preferimos no meternos en esos problemas de maltrato, nadie te ayuda, nadie te apoya ni te respalda, ya me ha pasado. Recuerdo que una vez me llamaron del juzgado para que emitiera un informe psicológico sobre un caso de maltrato, no sabía cómo hacerlo, nadie me dio recomendaciones ni me ayudó. Pregunté al jefe de ese entonces y se hizo el loco, a otros compañeros, a la central y nada. Al final una colega que trabaja en otro centro me dio algunas recomendaciones, que consistía en poner cosas generales para no meterme en problemas. Sé que esas cosas deberían tener un mejor manejo, al menos la asesoría de alguien especializado, pero no hay”.

La narrativa que ofrece Karen sobre las prácticas del centro de salud, describe de alguna manera la respuesta que ofrece el establecimiento de salud y la institución respecto al respaldo que brindan a sus trabajadores para el cumplimiento de sus

funciones. Es decir, es aquello que condiciona de alguna manera la acción de las personas, sin llegar a determinarla por completo; es Karen mediante su capacidad de acción que transforma activamente las condiciones estructurales (Ortner, 1984).

Karen: “El trabajo aquí es cargado, yo me siento cansada, he pedido personalmente y también hice varias solicitudes para que contraten otro psicólogo, pero no sucede. Nadie nos apoya. Es más, aquí yo no me siento valiosa, no me toman en cuenta cuando se trata de mejorar las condiciones de trabajo, en otras instituciones la experiencia es diferente, los psicólogos forman parte de varios planes, manejan varios protocolos, les entregan materiales, reciben capacitaciones. Aquí en la institución, no te entregan nada, salud mental es la última rueda del coche. Estamos así hace 9 años y es frustrante, hasta ahora no aprueban la adquisición de materiales, tengo que traer mis propias pruebas y mis test de mi casa, llevarlos y traerlos, sacar copias, no hay nadie que me ayude, las únicas que me ayudan son las asistentes sociales dentro de lo que pueden y quieren”.

Karen también comenta sobre sus experiencias como personal de salud, las condiciones laborales y situaciones de violencia dentro del establecimiento. El clima laboral también influye en el desempeño del personal pues termina por configurar un contexto institucional que desmotiva a los trabajadores para el desempeño de sus funciones. Los prestadores de salud, si bien es cierto han tenido una formación académica, tienen otros tipos de aprendizajes que, según Bourdieu, podrían ser capitales de tipo simbólico, social, económico y cultural. Todos esos diferentes capitales repercuten e inciden de alguna manera en su toma de decisiones, sus actitudes y prácticas (Bourdieu, 1997).

Karen: “No recuerdo haber vivido situaciones de discriminación ni por género ni por mi profesión, he tenido mucha suerte, porque sé que eso si sucede. He escuchado comentarios altaneros y discriminadores de algunos médicos hacia otras personas, algunos piensan que las personas que no saben de salud son ignorantes. Más bien aquí, en este centro, si me he sentido maltratada varias veces. Una vez una señora vino justo cuando yo tenía que asistir a un taller en la municipalidad, le pedí amablemente que regrese al día siguiente, pero la

señora no entendió y fue a quejarse con el director, quien vino y me gritó de la peor manera delante de ella, nadie me había gritado así en mi vida. Me obligó a atenderla, no recuerdo ni lo que le pregunté, la misma señora se sentía incómoda por manera en que me habían gritado; llegué tarde al taller. Lloré todo el camino y al día siguiente vino el director a disculparse; no me importó, no recuerdo ni qué le dije”.

Karen hace notar que dentro del clima de trabajo se conforman algunas interacciones que influyen en el desempeño laboral de los prestadores, se conforman una serie de jerarquías que sobrepasan la simple estructura organizacional, se producen relaciones carentes de igualdad entre prestadores que termina por afectar en gran medida la relación con los pacientes y crea condiciones en las que se reproducen algunas formas de maltrato y violencia institucional. Como menciona Castro en su texto sobre generación del habitus médico autoritario en México, en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa, y en la desigualdad de género se sientan las bases para la generación y reproducción del poder en el nivel micro de la interacción social (Castro, 2014).

Karen: “Aquí el ambiente de trabajo es bueno, pero creo que el ambiente de trabajo era mejor antes, teníamos un grupo más agradable pero ahora hay gente nueva y es difícil que las cosas funcionen. Con el jefe actual tampoco las cosas son muy sencillas, es una persona que atosiga, grita a las personas, nos trata mal, hay algunas compañeras de trabajo que vienen a mi consultorio y lloran por el trato que han recibido. Especialmente una de las trabajadoras sociales, ella se deja maltratar, le ponen horarios difíciles y se complica, sale muy tarde a su casa. Yo no le hago caso al jefe, le doy por su lado y no tengo problemas. Yo creo que las personas cuando son maltratadas se convierten también en maltratadores o se van al otro extremo y se dejan maltratar por todos”.

Ante la pregunta: ¿Consideras que se puede usar la violencia como una manera de enseñar o corregir? Karen responde:

Karen: “No considero que la violencia sea una buena manera de educar, ahora soy mamá y entiendo perfectamente lo que dicen las madres: amo a mi hijo, pero

ya no lo soporto. Lo entiendo porque una vez yo grité a mi hija muy feo, luego me sentí terriblemente mal, le grité porque ese día yo también estaba con mis cosas y le grité. Observé que ella me miró con una cara de extrañeza total, de miedo. Desde ese día juré en no volver a hacerlo, desde ese día lo que hago es respirar profundamente y darle un abrazo. Me da ganas de agarrarle de los moños, pero me aguanto, no recuerdo que a mí me hayan hecho algo así. Mi padre por ningún motivo, pero creo que mi madre si lo hizo algunas veces. El hecho es que hay muchas formas de hablar con los hijos y corregir sin usar la violencia, porque el maltrato a la larga trae más cosas negativas”.

El consultorio de psicología es uno de los más pequeños del establecimiento de salud, las instalaciones son precarias, material prefabricado tanto en las paredes como en el techo, lo cual hace que las conversaciones en otros consultorios se escuche con facilidad, el espacio dedicado a la atención de pacientes es reducida, para dos personas sentadas como máximo, no hay espacio para grupos terapéuticos. Según García, las acciones de los prestadores se ven notablemente influenciadas por el establecimiento y el contexto que los rodea (García, 2009). En el escritorio que se encuentra entre Karen y las personas que atiende, hay una computadora e historias clínicas apiladas, lo cual dificulta el contacto visual y la conversación fluida. Durante un turno tiene una programación aproximada de 15 pacientes, frecuentemente tiene pacientes adicionales, es común ver a Karen agobiada con las consultas, no hace psicoterapia individual, pues según da a entender en diferentes momentos no existen las condiciones. El tiempo que dedica a cada paciente es muy variable, dependiendo de los problemas con los cuales se acerquen a consulta.

Su trato es cortés mas no cálido, recibe a los pacientes con cierta premura, hace preguntas directas para obtener información sobre los síntomas que busca para hacer los diagnósticos, no permite que los pacientes se extiendan en temas que, ella considera, no son de importancia. Independientemente de que se trate de un paciente niño, adolescente o adulto, Karen mantiene el mismo tono de voz, en ocasiones directivo, llama la atención con cierto aire autoritario, paternalista y corrige conductas que considera inapropiadas. Comportamiento que probablemente ha sido internalizado durante sus años de servicio en el puesto que ocupa (Bourdieu, 1997).

- **Marina (obstetra)**

Marina es obstetra, tiene 40 años, nacida en Chimbote, hija única. Creció con su madre, su padre falleció a temprana edad. Actualmente trabaja en el centro de salud desde hace aproximadamente 8 años con un contrato estable de tipo 728, cumple las funciones regulares de una obstetra, atiende consulta externa y realiza procedimientos en un consultorio del centro de salud, se encarga de realizar evaluaciones y controles a todas las gestantes para lo cual tiene asignados tres días a la semana, un día para estimulación temprana y un día separado para consulta sobre planificación familiar con mujeres o parejas que así lo soliciten, alcanza también, según refiere, recomendaciones sobre temas de pareja cuando lo considera necesario. Durante la observación de sus actividades, surgen momentos donde Marina se anima a compartir algunos episodios de violencia psicológica en su niñez, asociados según ella, a muchos factores como por ejemplo, la condición de viuda y edad de su madre, la presencia de su abuela y ser hija única.

Marina: "Cuando era niña crecí solo con mi madre, mi padre es fallecido. Mi madre gritaba mucho, era muy irritable, sobre todo en su menopausia, le llegué a tener cólera y rabia, no soporto hasta ahora que me levanten la voz por lo que viví con ella. Yo soy hija única y no tengo otros hermanos entonces mi madre estaba muy pendiente de mí. Mi casa era tranquila pero solo mi mamá gritaba, eso no lo entendía. Esa actitud de ella hacía que si otra persona me llamaba la atención yo reaccione muy mal, me sentía asustada y alterada todo el tiempo. Nunca me golpeó mi madre, otra historia es mi abuela, ella si era bien violenta físicamente, golpeaba a mis primas, les daba empujones bien fuertes, a mí una vez me dio un par de manazos también, nunca lo voy a olvidar".

Las personas que ejercieron maltrato sobre Marina en su infancia, fueron personas muy cercanas, su madre y su abuela; ella refiere haber desarrollado mecanismos de respuesta durante esas experiencias, características personales que le acompañan hasta la actualidad. Posteriormente, durante su edad adulta, sufrió problemas de violencia con su pareja, sucesos que fueron pasados por alto en varias oportunidades. Según la literatura, las personas que han sufrido experiencias relacionadas a violencia en la infancia tienden a repetirla y en ocasiones a naturalizarla. Familias que usan el

castigo físico en el hogar con frecuencia legitiman su uso en otros espacios (Ames, 2013).

Marina: “Otra experiencia que recuerdo, es que tuve una pareja que era muy violento, él era médico y comenzamos muy bien pero un día estuve bailando en la discoteca y a él no le gustó mi manera de bailar, me dijo que yo estaba borracha y que debíamos salir, me dio un jalón muy fuerte. Tiempo después me pidió disculpas y me dijo que nunca más iba a ocurrir. Al inicio como te decía, era bonito porque parecía que alguien estaba preocupado por mí, él decía que me protegía, pero luego me pareció algo de un celoso con problemas, porque yo me puse a leer y a investigar, eran celos exagerados infundados, le dije que tenía un problema. Él por ese motivo me puso la cruz, fueron épocas feas de muchas discusiones, me jaló otra vez del brazo, me trató muy mal, yo no estaba dispuesta a soportar más cosas porque no toleraba ni que me griten, imagínate que me estén jaloneando. Pero sin embargo, lo perdoné, le di una segunda oportunidad, pero no funcionó, nos hicimos mucho daño. No sé hasta dónde hubiéramos llegado, no sé hasta dónde podemos perdonar cosas así, yo lo dejé por ser muy celoso y violento”.

La trayectoria profesional de Marina inicia en base a decisiones que ella considera temporales, marcadas por algunas limitaciones geográficas y económicas. Comienza sus estudios de obstetricia, según refiere ella, motivada por su interés por iniciar en una carrera de salud y conocer cómo se hacen los procedimientos médicos.

Marina: “Yo escogí obstetricia, no por vocación a esa carrera exactamente, lo que me ha marcado desde pequeña es mi deseo de aprender y poder hacer los procedimientos médicos, yo quería ser médico, pero con toda sinceridad, en mi caso y en ese entonces, no había como estudiar medicina en Chimbote, la única posibilidad era Trujillo y en una universidad nacional, pero como en ese entonces había muchas huelgas, paros y varios problemas decidí comenzar con lo que había, postulé a obstetricia en mi ciudad y después recién trataría de pasarme a medicina. Una vez estando en la carrera de obstetricia, nos pintaron muy bonita la profesión, nos dijeron que no tendríamos que depender tanto de médicos en el desarrollo profesional (baja la voz con timidez), por ese motivo decidí

quedarme, pero pensando en estudiar medicina después. Esa era mi meta, pero el tiempo pasó y ya no pude hacerlo. Durante la carrera todo bien, no tuve problemas, la mayoría somos mujeres y los maestros lo toman en cuenta, tratan de formarnos no solo como profesionales, sino también como personas”.

Marina manifiesta que durante el inicio de su formación y durante su carrera su objetivo era ser médico, pero no pudo concretar sus planes, sin embargo, considera que las funciones que realiza actualmente son similares. Afirma también la intención de sus maestros de generar en ella y sus compañeras una manera de hacer las cosas lo cual podría ser, como en el caso de los médicos, un aparato educativo que mediante tecnologías del yo muy específicas sienta las bases para la generación y reproducción del poder en el nivel micro de la interacción social (Castro, 2014).

Marina: “Hice mi internado en un hospital del ministerio en Trujillo, tengo muy gratos recuerdos, aprendí bastante y tuve buenos maestros, no pasé ninguna situación fea que yo recuerde. El Serum mas bien lo hice en una localidad cercana a Lima, no tengo buenos recuerdos de esa experiencia, creo que en la universidad nos forman para atender en un hospital o en una clínica, no existía la idea de salir a hacer trabajo en el campo, cuando estudias y aprendes siempre piensas que vas a estar en tu consultorio o en el hospital haciendo tus procedimientos, después uno se da cuenta que no es la realidad. Sobre violencia o maltrato, solamente nos hablaron de situaciones de pareja, nada de niños o adolescentes, eso lo consideramos parte de otras profesiones, no era un tema de importancia. Pero bueno, creo que igual desde el principio yo estaba destinada a ser pobre, porque si no era eso yo hubiera estudiado microbiología, odontología o psicología, pero algo de salud tenía que ser. Hasta ahora no sé por qué con exactitud, pero es algo que me interesa, también me interesa el tema de educar, de enseñar. Me veo solamente así, enseñando o haciendo mis procedimientos”.

Marina coincide con la percepción de otros profesionales en el hecho de que la formación en salud es mayormente hospitalaria y que, al igual que el texto “Allá es clínicamente así”, las aspiraciones de los profesionales de la salud una vez que egresan están más ligadas a curar patologías complejas que a desarrollar acciones de atención primaria en la comunidad (Reyes, 2011). Por otro lado, refiere que la violencia contra

los niños y adolescentes no fue un tema de interés en su formación y de esa manera justifica que el diagnóstico y registro del mismo no es parte de sus competencias profesionales.

Marina: “Mi primer trabajo después del Serums fue en un centro de salud del ministerio, fue una mala experiencia, era la época en que hacía retenes, no podía dormir bien, nos programaban un mes de reten cada una. Éramos dos obstetras nomas y era terrible, yo llegué a tener pesadillas con la ambulancia que me venía a buscar para llevarme a atender. Fue en mi primera experiencia de trabajo, era terrible tener que correr todo el tiempo, estar contra la hora. Me estresaba cuando nos ponían un montón de historias en el escritorio, me genera mucho malestar, fue en esa época en la que comencé con mis problemas de depresión y ansiedad, luego tuve un par de trabajos similares, eran bastante mecánicos y no me gustaba. No recuerdo haber tratado con problemas de maltrato o violencia, menos con menores, es que nosotros no vemos esas cosas”.

Hace referencia a situaciones estresantes vividas en otros establecimientos de salud. Marina considera que la exigencia en esas experiencias laborales son la posible causa de sus problemas de salud actuales. Respecto a maltrato infantil, niega haber tenido experiencias laborales o asumido responsabilidades de ese tipo. En el caso del establecimiento de salud donde trabaja en la actualidad, refiere:

Marina: “En el centro tenemos casos de maltrato a la mujer, debemos tener de maltrato infantil también. Pero la verdad es que para no hacerme problema yo le aviso a la trabajadora social, yo no sé qué hacer en un caso de problemas de familia, peor con un caso de violencia. Cuando ha sucedido, ella (la trabajadora social) me dice que debemos ir juntas para hacer la denuncia, pero yo no quiero meterme en eso, no tengo experiencia en eso y además cuando uno va nadie te reconoce el tiempo que inviertes, tengo que seguir atendiendo la misma cantidad de pacientes, que me esperan molestos encima. En el trabajo, no tenemos asignadas esas funciones, nadie nos da tiempo para hacer seguimiento a pacientes, no tenemos horas programadas para salir y hacer visitas domiciliarias. Yo pienso que es algo necesario, cuando encontramos un resultado patológico de Papanicolau o cuando las gestantes son adolescentes es importante ir a

visitarles, son bombitas de tiempo, les tenemos que llamar por teléfono para hacerles seguimiento, alguna vez nos dieron horas para visitas domiciliarias, pero ya no. Yo considero que los pacientes ocultan muchas veces detalles que son importantes conocer y que solamente se conocen si uno ve donde viven”.

En su relato, Marina hace evidente que no considera el abordaje y el registro del maltrato infantil dentro de sus funciones, advierte también experiencias que recuerda como negativas cuando se hace la denuncia de un caso de violencia. Pensar que es función de alguien más es algo común en el centro de salud como se verá más adelante, pensamiento que concuerda con lo que propone Ortner, la estructura condiciona la acción de las personas, sin llegar a determinarla por completo, la agencia de cada uno de ellos podría redefinir las estructuras existentes (Ortner, 1984).

Marina: “No siento apoyo de la jefatura respecto a los problemas con los pacientes, pero en contraparte somos un equipo que trabajamos juntos, nos comunicamos bastante. No tenemos protocolos de manejo en esas situaciones de violencia, no sabemos qué hacer, no hay nada sobre eso en el centro, o yo no lo conozco... no sé. Respecto a nuestro trato con los pacientes, por mi parte yo quiero tener paciencia con los pacientes, no me hago problemas, podría estar una hora con una paciente y tomarme el tiempo para entenderle, pero lo malo de esta institución es que en cada turno hay muchos pacientes programados y eso es demasiado cansado. Aquí nos presionan con los tiempos, la cantidad de pacientes que tenemos que atender no es poca cosa, no quisiera estar apurándolos para que se vayan. Por el contrario, me estresa cuando los pacientes me apuran, eso no lo soporto, creo que eso viene desde un trabajo anterior que tuve, esa actitud hace que me duela todo el cuerpo, me desespera. Cuando algo tengo pendiente me da contracturas, ni bien estoy sintiendo que algo me presiona, un horario, o cualquier cosa, me da contracturas. Por esos problemas de salud me hacen desgastamientos todas las semanas para no estar con tanto dolor. Incluso cuando viajo por vacaciones me dan contracturas por el estrés de los itinerarios”.

Marina hace evidente también la ausencia de protocolos, manuales y guías para el manejo del maltrato infantil, es más, considera que el centro de salud, en sus diversas

instancias, no crea condiciones laborales adecuadas para ese tipo de abordaje, piensa que existe algún tipo de maltrato por parte del personal directivo tanto en la organización del trabajo como en el trato hacia los trabajadores. Se podría decir que la intervención del Estado a través del manejo de sus instituciones de salud no solo afecta a los pacientes que acceden a los servicios que este brinda, sino que también afecta directamente en la vida de los prestadores de salud que trabajan bajo un sistema que moldea sus percepciones y entendimientos sobre el mismo (Sharma & Gupta, 2006). Sobre sus expectativas de vida, refiere:

Marina: “Yo ya pensé y decidí que no debo tener hijos, por todos mis males, tomo medicación psiquiátrica, fármacos para el dolor y para ansiedad (Pregabalina y Duloxetina), ya tengo 5 años de tratamiento, quiero dejarlos porque no quiero tomarlos toda la vida, me preocupa por mi hígado. Yo he tenido cáncer de mama hace algunos años, no quiero tener hijitos después de tantas quimios y de fármacos, no quiero nada de eso porque seguro saldrían muy alterados mis hijos, supongo que con todo lo que he recibido no podría tener hijos sanos. Por el momento ni siquiera tengo pareja, ya dejé de pensar en eso de tener pareja y familia, me siento mejor así. Si fuera mi deseo real ya tendría mis hijos, créeme. También me diagnosticaron trastorno de ansiedad generalizada en un hospital, un psiquiatra, fui porque cuando trabajaba en otro hospital y había pacientes con dolor de parto gritando yo no soportaba y quería salir corriendo como loca, me diagnosticaron, pero no me explicaron nada, solamente me dejaron un antidepresivo, no me convencí y decidí ir a buscar otra opción”.

Ante la pregunta: ¿Consideras que se puede usar la violencia como una manera de enseñar o corregir?, Marina responde:

Marina: “Considero que no se debe golpear a los niños para enseñar, obviamente es algo malo. Pero hay un detalle ahí, yo no sé hasta dónde me pueda dar la paciencia. Porque yo rápidamente pierdo la paciencia, me altero muy rápido; si alguien no sigue las indicaciones que le doy, si me tocan insistentemente la puerta o me hostigan, de un momento a otro yo me doy cuenta que estoy comenzando a alzar la voz y comienzo a alterarme, no tolero mucho esas cosas, por eso me enfermo”.

Marina reconoce los efectos del maltrato infantil y lo condena. Sin embargo, justifica algunos comportamientos en base a sus experiencias previas personales y como trabajadora de salud. Siguiendo a Castro (2014), los prestadores de salud durante su vida personal y profesional incorporan varios tipos de conocimiento, es decir, además de los conocimientos académicos, sus propias experiencias, cultura, costumbres, formas de pensar y personalidad, es mediante estas lógicas que justifican sus prácticas.

Las obstetras del establecimiento de salud, ocupan varios espacios en las instalaciones, tienen tres consultorios en los cuales realizan diferentes actividades, como evaluación de los controles prenatales y consultas sobre métodos anticonceptivos. Los consultorios cuentan con estructuras de material noble, cuentan también con los implementos adecuados para la atención de gestantes. La programación de pacientes es variable y se dividen entre consultas y algunos procedimientos, como por ejemplo la toma de muestras para Papanicolau. Pude hacer el acompañamiento a Marina durante las consultas y pude percatarme que ella dedica más tiempo de lo usual a las consultas e intenta tener un trato cálido y amable con las pacientes.

En su interacción con las pacientes también tiene un trato autoritario y paternalista, indaga por detalles con minuciosidad, pero valida con dificultad a las pacientes cuando dan sus opiniones, descalifica las costumbres y creencias de las pacientes. En ocasiones, cuando los pacientes llaman a la puerta o hacen comentarios respecto al tiempo que se toma Marina en las consultas, ella reacciona de manera violenta, alza la voz y les llama la atención.

- **Berta (trabajadora social)**

Berta es trabajadora social, tiene 44 años, nacida en Lima, de padres limeños, es la menor de 5 hermanos, creció con ambos padres. Trabaja en el establecimiento de salud desde hace 8 años, actualmente tiene un contrato 728, lo cual significa que se encuentra nombrada en la institución y goza de estabilidad laboral; sus funciones dentro del centro de salud consisten en actividades preventivas y de promoción en salud, gestión y atención directa a personas o grupos con riesgos de índole social. Realiza evaluación social de algunos casos que recibe como referencia de otros profesionales de la salud,

lo cual significa que tiene conversaciones donde indaga sobre situaciones de desprotección, hace el contacto con instituciones estatales cuando considera que existen problemas que así lo ameriten, también realiza consejería y refiere pacientes a otros servicios si identifica algún signo o síntoma. Dentro de las conversaciones sobre el tema de maltrato y violencia se siente en confianza y se anima a comentar sobre algunos detalles de su infancia relacionados con la experiencia de la violencia:

Berta: “Mi padre era un tipo bastante violento, era muy agresivo, nos tiraba de todo, de ser posible nos lanzaba la refrigeradora. Somos 5 hermanos y mi padre militar les hacía de todo a mis hermanos, los metía al baño y les apagaba la luz, yo era la más pequeña y recuerdo que yo reclamaba para que no les pegue tanto. Mi madre era tranquila, no recuerdo que me haya pegado pero mis hermanos me contaban que ella tenía un chicote de tres puntas, nunca lo vi. Yo era la más pequeña y era como la “reclamona”, les defendía, le decía a mi papá que le iba a avisar a mi abuela para que le haga lo mismo. Era algo de todos los días, estábamos tranquilos conversando y de repente se escuchaba gritos y golpes y había que correr a separarlos, era mi padre golpeando a uno de mis hermanos varones. Ya hasta grandes les pegaba, pero de mi mente se borró cosas más feas. Pero la verdad es que lo manejamos bien, ninguno de nosotros quedó traumado, hasta ahora mi papá es un hombre muy violento, irritable, ya no tiene fuerza para tirar cosas, pero sigue violento”.

Berta narra una historia personal marcada por episodios de violencia, la cual trata de minimizar y en ocasiones justificar. La presencia del padre violento, según Berta, hizo que no tomara las mejores decisiones en su vida personal. Al formar una familia, continuó experimentando situaciones de violencia, esta vez a causa de su esposo. Hace notar que en la actualidad no guarda ningún tipo de rencor, ni alberga sentimientos de tristeza al respecto. Refiere también que ha aprendido a manejar la relación con su padre que ya está anciano, y con su esposo, del que está separada. De algún modo, se podría considerar como un maltrato que ha terminado de naturalizar y aceptarlo como forma de enseñanza (Ames, 2013; Pinheiro, 2006).

Berta: “Cuando me casé, me fui con mi esposo, pero él es un miércoles también, si uno de mis hijos se caía yo sufría los insultos de mi padre y de mi esposo, la

descalificación absoluta. Yo agarraba a mi hijo y me iba corriendo de la casa, no tenía a donde ir, los dos se creían los perfectos. Con todas las experiencias que tuve con mi padre, que mi esposo me diga algo y me insulte era insoportable. Mi esposo no golpea, pero si insulta y tiene ideas extrañas, no se puede hablar con él, es imposible hablar cosas serias con él. Estamos separados, se fue cuando estuve embarazada de mi segunda hija, se portó muy mal. Luego regresó, pero ya no somos pareja, aprendí a manejarlo, con mi papá también aprendimos a manejarlo, ahora todos los hermanos nos burlamos, ahora nosotros lo mandamos al baño entre risas, nos burlamos, lo bajamos... nadie está traumatado con eso, lo recordamos sin peso, no me afecta para nada”.

A pesar de hacer notar varias veces que los episodios de violencia no causaron efectos en su vida actual, Berta reconoce que muchas de las decisiones en su vida profesional fueron determinadas por el maltrato vivido. Es en la historia personal donde se adquieren los capitales, según Bourdieu, capitales simbólico, social, económico y cultural, los que son adquiridos e incorporados a otras diferentes dimensiones de su vida que estarían incidiendo en las decisiones que toman (Bourdieu, 1997) y en la percepción que tienen sobre temas como el maltrato infantil.

Berta: “Yo no sabía que estudiar, pero estudié para trabajadora social un poco motivada por mi madre que trabajaba como voluntaria en una parroquia, hacía voluntariado y nos llevaba todo el tiempo para ayudarme a mí y a mis hermanos. Yo prefería estar con ella que estar en casa con mi padre. Un día hablé con mi tía que es trabajadora social en el Estado y me gustó mucho lo que ella hacía, me gustó que tenía que salir a visitar a las personas, saber un poco de todo, pero sin profundizar en nada (risas)”. “Mis estudios de pregrado los hice en una universidad particular con influencia religiosa, yo escogí ese lugar porque estaba cerca de mi casa y mis padres insistían que fuera allá, por la formación que tenemos en mi casa; somos muy creyentes. Ya en ese momento tenía muy claro que quería ser trabajadora social. Los años de estudio fueron buenos, tranquilos, había actividades de ayuda al prójimo y eso me gustaba bastante, salíamos a trabajar con personas de menores recursos. Yo considero que, en mi facultad hay cierta mística de formación, nos enseñaron una manera especial de ser, nos enseñaron muchas formas de reaccionar que considero son positivas, el

autoconocimiento y la identificación de nuestras emociones fueron de gran importancia. No recuerdo que nos hayan hablado mucho del maltrato infantil, es decir, si sabíamos que golpear a un niño no estaba bien, pero no era tan problemático como lo es ahora; existía cierta tolerancia al castigo cuando alguien se portaba mal. Lo único que recuerdo como negativo era que había una compañera que sufrió un poco de maltrato por algunas profesoras, era por ser ella agraciada y voluptuosa, escuché que eso sucedía con las chicas que eran de alguna manera llamativas y que eran consideradas coquetas. Las profesoras las hostigaban hasta que se retiraban”.

Dentro de su relato, Berta comparte varios detalles de su educación universitaria, menciona sus motivaciones relacionadas a experiencias familiares, hace referencia a las prácticas en su formación que buscaban generar una manera “adecuada” de ser trabajadora social, basada en maneras de comportarse, de hablar y de manejar situaciones, valiéndose, incluso, de actitudes violentas contra quienes, consideran, no siguen las normas establecidas. Esta experiencia es similar a la de las y los médicos que han sido referidas en otros estudios (Castro, 2014). Dentro de su trayectoria laboral, Berta refiere:

Berta: “Yo no hice internado en un hospital como otros profesionales de salud, lo que se hacía en mi universidad era trabajo de prácticas en empresas, empresas de construcción, fábricas de alimentos, en un laboratorio, en un proyecto de la misma universidad para mejorar la educación en los colegios. Lo que pasa es que debemos hacer 5 ciclos de prácticas y por eso tuve experiencias diversas, todas fueron buenas, no tuve problemas. Después trabajé en dos municipalidades, fueron trabajos interesantes, totalmente en comunidad, alguna vez estuve cerca a la DEMUNA, ahí vi algunos temas de maltrato, pero había muchos intereses políticos y era difícil mantenerse en esos espacios. Luego entré a trabajar en esta institución por un amigo, me dijeron para trabajar en recursos humanos, pero como no tenía título no se pudo, estuve como digitadora por 5 años porque me faltaba la titulación, al final logré hacerlo y para poder trabajar como trabajadora social hice mi Serums en Huaral, la misma institución me desplazó por un año. La experiencia fue buena. Estuve en apoyo al personal, a los pacientes, vi casos de abandono, pero más en adultos mayores, no mucho

con niños y adolescentes. El maltrato infantil no se tomaba muy en cuenta, se consideraba que era algo normal corregir con castigo físico a los hijos. En Huaral si pude ver un tema de violencia de género, un ginecólogo que lo mandaron como castigado de otro lugar, hizo algo en un hospital y como no lo podían sacar lo mandaron a un lugar lejano, acosaba a las pacientes, era algo que no sabíamos cómo manejar porque seguía haciendo lo mismo en nuestro centro de salud. También viví algunos temas de acoso de parte de algunas personas que trabajaban en ese centro, pero lo supe manejar, puse mis límites y aclaré las cosas con esas personas, creo que todo depende de cómo una lo maneja”.

En su relato, al igual que otros profesionales, hace referencia a las experiencias de violencia y maltrato infantil durante su vida laboral. Hace notar cómo ha ido cambiando su importancia en el tiempo. Respecto a su experiencia laboral actual menciona:

Berta: “Me gusta mi profesión, tengo experiencia en bienestar de personal, trabajar con el empleado enfermo. Lo que no me gusta es aquí, en este centro nos tratan como comunicadores sociales, quieren que organice el día del padre y de la madre, que organice las reuniones, no me gusta, pero me lo atribuyen. Creo que no entienden muy bien cuáles son las funciones de una trabajadora social. Me obligan a realizar esas funciones, esperan que hagamos eso, pero yo tengo que darle más tiempo a trabajar con pacientes, visitarlos, terapia de familiares, de lo contrario ¿qué hago aquí? No tiene sentido”.

Es notorio su malestar en el espacio laboral debido a la percepción que tiene de no ser reconocida ni valorada por sus jefes. Considerar que otros no conocen las funciones de una trabajadora social, hace que Berta cuestione su permanencia en su centro de labores. Sobre el manejo de maltrato infantil en el centro de salud, comenta:

Berta: “Nos capacitaron hace poco sobre violencia familiar, fue un cursito de dos días y gracias a tus charlas sobre violencia y sus efectos tenemos algo de información sobre maltrato, pero no tenemos protocolos o lineamientos que nos digan lo que tenemos que hacer. No tenemos muchas capacitaciones sobre eso, no puedo tampoco acceder a información que es muy necesaria, necesito estar actualizada sobre las normas para poder brindar asistencia a los pacientes y nos

quitaron el internet a las trabajadoras sociales. Otros profesionales si tienen acceso a internet y casi no lo usan. Creen que voy a estar en el Facebook y en mi correo, no lo entienden. Es el director actual el que está molesto con nosotras porque no quisimos ser responsables del tema de las quejas, él nos encargó el libro de quejas, pero no es nuestra función, le dijimos que no lo haríamos y se molestó con nosotros, nos quitó el internet por eso. Cuando hay casos de violencia aquí en el centro, tengo que ir, visitarlos, hacer un informe, hacer la denuncia. Le digo a los padres que si no corrigen la situación voy a hacer una denuncia, pero solo es una amenaza porque no suelo hacer las denuncias. Mi experiencia con eso no es buena, voy a la casa de la mujer y no me aceptan fácil las denuncias, me cuestionan, no quieren recibirlas, me dicen: ¿está segura de que es cierto? porque le advertimos que esta gente miente. La última denuncia que hice fue de una chica que tiene retardo, de un momento a otro salió embarazada, la madre no tenía idea y aquí hicimos el diagnóstico de embarazo. Le sugerimos que ponga una denuncia para constancia de que eso sucedió, que ella podría tener problemas por no hacerlo. Al final aceptó en hacer la denuncia, se hicieron las investigaciones y resultó que el padre era el dueño de la casa donde alquilaban, fue una violación. No sé cómo habrá quedado ese tema, ya le perdí el rastro”.

Berta hace referencia a las experiencias previas relacionadas a casos de maltrato infantil en el centro de salud, considera que no existen normas ni protocolos al respecto y que incluso en ocasiones el hacer ese diagnóstico podría ser un problema para ella. Recuerda los impases laborales vividos debido a la decisión que tomó de hacer las denuncias, experiencia que es compartida por otros profesionales, por lo cual hacen uso de los “márgenes de maniobra” mediante comportamientos y “reglas de juego” (Bourdieu, 1997) que les permite la ausencia de protocolos y normas institucionales, pero al mismo tiempo ignorando las normas nacionales. Ante la pregunta: ¿Consideras que se puede usar la violencia como una manera de enseñar o corregir?, Berta responde:

Berta: “No considero que la violencia sea una forma adecuada de enseñar, tampoco pienso que las personas deban guardar ese rencor y que les cause tanto malestar. Recuerdo de una paciente que tenía descalcificación y artrosis,

escarbé en los datos y me dijo que estaba molesta porque su papá les abandonó y les dejó solos a ella y a sus 4 hermanos. Ese padre si era violento, mi papá no es nada. Cuando sus hermanos lloraban los metía en un balde de agua fría, no dejaba que la madre les dé leche. Yo le digo: ¿por qué estas molesta con tu papá, por haberse ido? Te hizo un favor, no tendrías que estar triste. Trato de que las personas se den cuenta lo que les sucede en realidad, creo que les sirve para superar sus problemas”.

No se cuenta con un consultorio para la trabajadora social en el establecimiento de salud, tiene un escritorio en un espacio que comparte con otra trabajadora social y personal administrativo. Al ser un espacio compartido, cuando los pacientes acuden para la consulta, ésta se realiza frente a otros profesionales, lo cual genera cierta incomodidad en los pacientes para poder comentar sus problemas. Las funciones de Berta como trabajadora social no están bien definidas en el centro, en ocasiones hace consultas como si se tratara de una psicóloga y así poder colaborar con la lista de espera que tiene Karen (psicóloga) ya que sus intervenciones están centradas en los problemas sociales o familiares que presenten los pacientes, también tiene un manera paternalista de dirigirse a ellos sin importar la edad, les llama la atención, califica sus acciones y en ocasiones amedrenta a algunos padres o adolescentes cuando considera que son culpables de algún comportamiento negativo, haciendo tangible una relación de poder (García, 2009). En algunas ocasiones acompañé a Berta en algunas intervenciones comunitarias, a domicilios, a colegios e incluso a una visita al ministerio público. En todos los casos ella manifiesta que ese debería ser el trabajo social, salir del centro y proyectarse en la comunidad, pero que nadie lo entiende. En su visita al ministerio público, Berta averigua los procedimientos para ayudar a un adolescente víctima de maltrato emocional y físico, se le informa que si desea hacer una denuncia es ella quien debe hacerlo a título personal, Berta decide no continuar ya que con anterioridad se ha visto involucrada en situaciones similares, viéndose obligada a asistir a citaciones a declarar sin que esto sea reconocido como actividades laborales. Berta se muestra incómoda por la poca comprensión que sus labores profesionales tienen en el establecimiento de salud, en varias ocasiones ha reclamado a la jefatura, lo cual, según ella refiere, le ha ocasionado problemas personales con el jefe del establecimiento.

- **Oscar (médico)**

Oscar es médico general, tiene 42 años de los cuales los últimos 9 años ha venido trabajando asumiendo responsabilidades de coordinación con el área médica y atendiendo consulta externa. Durante más de 8 años tuvo contratos CAS con la institución; desde julio del 2018 tiene un contrato 728. Es uno de los siete médicos que trabajan en el establecimiento de salud. Nacido en Lima, de padres limeños también, es el quinto de cinco hermanos y refiere no haber sufrido maltrato infantil de ningún tipo en su hogar. La conversación nace a raíz de las preguntas realizadas para indagar por la existencia de protocolos de manejo o atención de niñas, niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil.

Oscar: “Mi madre era comerciante y mi padre fue maestro pastelero, era jefe de pastelería fina en hoteles muy buenos de la ciudad, falleció hace 9 años, mi madre todavía vive. Estudié los once años del colegio en un colegio parroquial, después de terminar, pasaron seis años hasta que inicié estudios de medicina en una universidad particular. Saliendo del colegio yo quería ser policía, mis dos hermanos mayores son policías, pero entonces en los exámenes no me gustó el trato, es un trato muy rígido, muy vertical. Después de eso yo no sabía muy bien lo que quería hacer, durante algún tiempo fui taxista, he vendido juguetes, dulces, todo tipo de cosas, luego empecé a estudiar computación, hasta que finalmente decidí entrar a la academia para prepararme para estudiar algo. Durante ese tiempo decidí que quería estudiar medicina, postulé dos veces a San Marcos y dos veces a la Villareal, pero no podía ingresar, incluso mi padre me dijo que ya no me apoyarían económicamente, por eso yo junté todo mi dinero y al final postulé e ingresé a una universidad particular”.

Oscar hace alusión a las condiciones familiares y experiencias de trabajo previas antes de que se decida por seguir estudios de medicina. Posteriormente, comparte algunas experiencias personales relacionadas a maltrato infantil durante su vida.

Oscar: “Mi madre nunca me golpeó, solamente me llamaba la atención de maneras un poco feas a veces, nunca usó groserías, pero si me hacía sentir mal, en algún momento pensé que sería mejor si me pegara porque no soportaba sus

palabras; mi padre lo hizo una vez cuando me metí una borrachera, me jaloneó de la oreja, pero no más. Podría decir que mis padres jamás me gritaron, jamás me pegaron. Con mi madre tuve un problema que me causó resentimiento, pero después lo olvidé. Mis hermanos siempre fueron buenos conmigo, en el colegio si yo recuerdo que nos golpeaban, era frecuente, lo considerábamos normal, nos pedían quitarnos los zapatos delante de otros, eso era un poco vergonzoso”.

Las experiencias de Oscar en el espacio familiar no estuvieron marcadas por situaciones frecuentes de violencia, lo que contrasta con sus experiencias en el colegio. Narra algunas situaciones con sus padres de las cuales prefiere no entrar en detalle, dichas experiencias contrastan con las vividas en el colegio, que se podría considerar un maltrato que como en el caso de Berta, sería naturalizado y aceptado como forma de enseñanza.

Oscar: “Ingresé a la universidad y fui donde mi papá, le dije que ya había ingresado y que ahora me tenía que apoyar. Escogí medicina porque siempre me ha llamado ayudar a la gente, siempre, siempre... Es más, antes de que yo ingrese a la universidad me interesé en iniciar estudios para ser cura, incluso llegué a ser un consejero, me interesé tanto en la religión en ese tiempo que recién hice mi primera comunión y mi confirmación a esa edad, rápidamente me hice catequista de niños, luego de adolescentes. Los primeros años de universidad la pasé bien, salía bastante con mis amigos, la pasaba bien, pero tenía algunos problemas con los cursos; salía bastante. En la universidad pasa de todo, muchos compañeros estudiaban medicina para poder tener un mejor ingreso económico en el futuro, yo me dedicaba a hacer obra social, iba a visitar una ONG que trabajaba con gente pobre, sentí mucha pena por las personas que acudían ahí, vi niños muy descuidados. Otra cosa que se puede ver es el trato que se da a los estudiantes de medicina, es muy duro en algunos lugares, por ejemplo, hay hospitales donde el trato es horizontal, de amigos, y otros hospitales donde los médicos son muy duros y verticales. Mi internado hice en el Collique, hubo un doctor que nos invitó a hacer el internado y nos prometió que nos pagarían. Nos pareció genial, ya no tuvimos que postular, seis de mis compañeros nos quedamos con esa oportunidad, fue algo bueno porque fue remunerado, aprendí mucho, no era tan jerárquico, los residentes me tenían

confianza, nos enseñaban y nos dejaban solos en las noches, esa actitud era de confianza. Solamente en medicina interna era un poco vertical, pero no puede haber educación médica sin un poco de eso, pero en general era bueno el trato. Tú sabes, los hospitales antiguos son un poco chapados a la norma, más a la antigua. Por otro lado, eran muy machistas, había algunas coleguitas que no la pasaban muy bien, les molestaban duro, pero después ya se acostumbran, creo que terminando la carrera ya entienden por fin como es el asunto y ya le entran al juego, sus bromas ya no son iguales tampoco. Ese tipo de mujer, que se mueve en un ambiente de hombres, se nota que tiene muchos cambios en su manera de ser”.

Trata de hacer notar que su motivación estuvo marcada por una fuerte vocación de servicio, como menciona Byron Good, optar por una carrera médica no solo está basada en entusiasmo intelectual, sino que, muchos afirman su deseo de comprometerse apasionadamente con los aspectos primordiales de la enfermedad y del sufrimiento y haber escuchado y visto espacios de formación en la áreas médicas marcados por malos tratos y castigos, lo cual coincide con el texto de Castro que advierte sobre una educación médica, que juega un papel central en la génesis de un habitus profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa, y en la desigualdad de género (Castro, 2014b). Sin embargo, Oscar marca distancia de esos casos, insiste en recordar sus años de estudio como tranquilos y su internado como una experiencia buena, de alguna manera justifica y naturaliza algunos tratos como “tradicición” y nos los considera violentos del todo. Como menciona también Castro (2014), podrían ser respuestas que denotan que Oscar han completado el camino de la socialización y ha sido adoptado plenamente por la institución a la que aspiró pertenecer, ahora, de alguna manera habla en su nombre .

Oscar: “Mi Serums lo hice en el MINSA, en Palpa, Ica. Era un lugar tranquilo, en general, para mí no fue una experiencia mala, pero tampoco fue lo que esperaba, yo esperaba más. Era un puesto de salud, que quedaba casi en la frontera de Ayacucho, era un puesto que no solía tener médico, era raro que yo esté ahí, era una zona plagada de minería informal; me advirtieron que no debía meterme con

algunas personas, tenían dinero y eran peligrosos. Cuando tenían emergencias fuertes se iban de frente a Palpa que quedaba a solo 45 minutos, algunos mineros informales entraban con su gente a rescatar a los heridos y de frente se iban a Ica. Recuerdo que pasaban cosas que no debían pasar en ese centro de salud, el técnico de enfermería traía cosas para vender a los pacientes, no eran cosas que realmente ayuden, pero el hecho de que las trajera de Ica ya era como para que las personas le compren. Por otro lado, yo recuerdo que la enfermera que entró al Serums conmigo era un poco tajante con las personas, era dura, trataba a las personas como si fueran sus hijos. Yo soy muy tranquilo, no tengo problemas con las personas, yo tengo bien claro algo, no se debe confundir trabajo con la amistad, cuando se cruzan esos límites, se estropea todo. En mi trabajo actual, soy coordinador del centro, hay personas que no piensan así, lamentablemente. Si yo que soy su jefe no le hago un favor o les llamo la atención de alguna forma, se molestan y se resienten conmigo. No entienden que el trabajo es una cosa y la amistad otra. Afuera algunas personas no me hablan, se molestan”.

En su relato, Oscar recuerda su primera experiencia laboral comunitaria, como es el Serums. Hace notar su extrañeza por el contraste entre la exigencia laboral previa en el internado y los nuevos retos en un trabajo donde en ocasiones los pacientes no acuden al centro de salud. Como advierte Esperanza Reyes, la preparación previa en la facultad de medicina para los futuros prestadores de salud, está centrada en experiencias ligadas a los hospitales y el diagnóstico de patologías complejas. No se prioriza los programas de prevención útiles en zonas rurales, que son los lugares donde se hace el Serums (Reyes, 2011).

Oscar: “Después del Serums trabajé en Chorrillos en un policlínico parroquial, era un buen trabajo, era interesante. Era una zona con personas de clase media baja y la casuística era muy interesante; me quedé algo de 6 meses y a la par estuve en un policlínico de San Juan de Miraflores por unos 3 o 4 meses. En esos lugares se veía bastante maltrato infantil, era casi habitual, pero bueno, eran otros tiempos. Disculpando la expresión, en ese tiempo eran medios brutos para tratar a los niños, era bien común los golpes y los insultos, ahora la gente se cuida de no hacer esas cosas, pero hay otros tipos maltrato, el abandono, los

cuidados negligentes”. “Después comencé a trabajar en una empresa de ambulancias y en el consultorio médico de un laboratorio, pero por poco tiempo. A los meses entré aquí, al centro de salud y me quedé trabajando solamente en las ambulancias y en este centro de salud. Sobre la empresa de ambulancias, debo decir que es un lugar donde he visto mucho machismo, hay médicos mujeres y enfermeras, a las que les hablan en doble sentido, algunas se hacen de la vista gorda, otras son muy sensibles, otras le entran al juego. Recuerdo que había un doctor que ni bien entraba a una ambulancia y veía una doctora o enfermera bonita, hacía gestos y decía cosas que eran muy agresivas, ya le conocían y no le contestaban. En esta empresa de ambulancias, cuando comencé, no querían atender a distritos pobres, eran muy elitistas en su personal y en los lugares que atendían. Ahora ha cambiado un montón, ya que ahora esta empresa le presta servicios tercerizados a hospitales, contratan cualquier tipo de persona también, el nivel de conocimientos no es bueno y los antiguos estamos descontentos porque a veces hay personas que no saben nada y son un estorbo para atender y salvar vidas. En ese trabajo estoy por temporadas, me pagan con recibos por honorarios, pero hay algunos médicos con contratos a plazo fijo”.

Las experiencias posteriores de Oscar, muestran situaciones de violencia basadas en las desigualdades de género y de clase social. Como explica Roberto Castro, la educación médica supone una serie de normas y prácticas por las que se incorporan, aceptan y transmiten formas de enseñanza basadas en violencia de diversos tipos, las cuales se interiorizan y promueven que se acepten formas jerarquizadas y discriminatorias de interactuar entre profesionales de la salud, las que son extendidas también en la interacción con los pacientes (Castro, 2014). Oscar hace notar también cierta tolerancia a algunas formas de maltrato que considera “aceptable en otros tiempos, ya que la violencia infantil en muchos casos es considerada aún como una forma legítima de impartir disciplina y de educar (Ames, 2013; Pinheiro, 2006).

Oscar: “Aquí en el establecimiento de salud inicié hace aproximadamente 9 años, un poco menos tal vez, me pasaron la voz y fue fácil entrar en ese tiempo. Tenía contrato CAS de 3 meses a veces de 6 meses, recién el año pasado en agosto salió mi nombramiento. Aquí cuando llegué los CAS teníamos que hacer 200 horas asistenciales, recuerdo que el jefe que estaba a cargo en esa época nos

obligaba encima a dar adicionales, yo me quedaba hasta las 8 de la noche viendo pacientes, fue bastante duro. Después de dos años se modifica la ley y nos bajan a los CAS a 150 horas. Hace 4 años una jefa me dejó como coordinador médico del establecimiento, y hasta ahora no he dejado de serlo, veo todo lo que tiene que ver con los médicos, obstetras y odontólogos, es complicado. Me ocupo de ver horarios, atender sus quejas, coordinar con ellos sobre diferentes temas, he perdido amigos, pero nada grave. Recuerdo que había una época donde había muchas colas de pacientes y tuve que generar algunas estrategias, incluso cuando un colega falta, tengo que atender a sus pacientes. Antes el establecimiento de salud era más armónico, era más amical, ahora cada uno ve sus intereses y cada uno ve su propio beneficio, el compromiso que se veía antes ya no es igual. Depende mucho de quien nos dirige en ese momento. Cuando yo llegué teníamos un doctor que era muy amable, ahora entró un doctor que es muy estricto, trabaja a puertas cerradas, no habla con nadie y cuando no hay director yo tengo que asumir todas esas funciones. Hemos tenido todo tipo de directores, tuvimos uno que delegaba funciones, no hacía nada; el actual, que cuando se le mete algo en la cabeza no tiene pelos en la lengua, no es muy diplomático, por ejemplo, ahora tiene un juicio por maltrato a un personal. No tiene maneras, cuando ve alguna situación irregular te dice de frente: ¡tú eres un ratero!.”

Oscar comenta sobre las condiciones laborales al inicio de su trabajo en la institución, el tipo de empleo y el aparente maltrato por parte de algunos jefes que le exigieron trabajar más horas de las que corresponde o que pudieron tener un trato agresivo dependiendo de su personalidad, como plantea Bourdieu, cuando se habla de los prestadores de salud, se habla de sujetos que si bien es cierto han tenido una formación médica académica, también desarrollan otro tipo de capitales que pueden ser simbólico, social, económico y cultural (Bourdieu, 1997), los cuales influyen notoriamente en sus actividades profesionales. Comenta también sobre su rol como coordinador y las complicaciones que le trae asumir una función directiva en el trato con sus colegas y compañeros de trabajo. García hace referencia a las relaciones de poder que se establecen entre los prestadores de salud y los pacientes, las que se vinculan con diferentes aspectos, como son los marcos perceptuales por un lado, y los bagajes culturales, por otro (García, 2009); pero estas relaciones de poder también se forman

entre los mismos prestadores, basadas en factores similares y condicionados aún más por las formas de poder que están presentes en distintas profesiones y por puestos directivos. Respecto a maltrato infantil, Oscar dice:

Oscar: “En el centro no hay un protocolo, ni guía, ni manuales de violencia o maltrato infantil, recuerdo alguna vez trajeron algunos folletos que repartió la institución, pero nadie lo vio, nadie se encargó de difundirlo, psicología es el área responsable de ese tema, pero tampoco he visto iniciativa en ese aspecto. Yo antes atendía adolescentes y algunos niños porque no había pediatra, eso fue al poco tiempo de entrar a trabajar aquí en el centro; no teníamos pediatra, ahora tenemos tres. En todo ese tiempo no recuerdo que haya tenido algún caso con problemas de maltrato infantil, solamente dos o tres veces el problema de embarazo en adolescentes, no recuerdo que algún otro profesional haya hecho reportes sobre ese problema en las reuniones de coordinación”.

Oscar plantea que el centro de salud no está preparado para trabajar con casos de maltrato infantil, justifica esa idea en base a la ausencia de normas y protocolos por parte de la institución. Hace notar que el maltrato infantil no es un tema que se toque como prioridad, es un tema que aparentemente se evita. En caso sucediera una ocurrencia o se identificara una situación relacionada al tema de maltrato en niños o adolescentes, Oscar menciona, lo que a su juicio, se debería hacer en el establecimiento:

Oscar: “Si hubiera algún caso de maltrato infantil, yo tendría que avisarles inmediatamente a las asistentes sociales. Es que hay que poner denuncias cuando hay un niño golpeado, no he tenido la oportunidad de ver algo así, creo que en este establecimiento no hubo, pero lo primero que haría sería avisarle a la asistente social para que haga las denuncias correspondientes, creo que depende eso del grado, si son golpes definitivamente denuncia. Recuerdo haber mandado algunos pacientes a ellas, pero no recuerdo haber escuchado que ellas hagan las denuncias, no existe un reporte de los niños que mandamos a asistencia social y que se hayan hecho las denuncias, no sé qué hacen o como los manejan. A veces envío de frente al hospital de referencia, porque aquí las citas se demoran algo de 1 o 2 meses. No creo que el personal aquí esté

preparado para abordar un caso de maltrato infantil, creo que sabríamos reconocerlo, pero no abordarlo, si yo veo algo así, lo mando de frente a psicología o a asistencia social. De todas maneras, creo que las experiencias vividas, influyen en la detección del maltrato, he visto en la calle cada cosa que incomoda, no es solamente algo que enseñen en la universidad, es la experiencia de vida, sobre todo. Yo insisto que lo que más veo, no es maltrato infantil directo como golpes e insultos, lo que más se ve es niños descuidados, desnutridos, con enfermedades por descuido o enfermedades crónicas que se complican porque sus padres no les cuidan o no les dan el tratamiento que necesitan. Creo que la rigidez de antes se ha trastocado, antes los padres eran duros, pero de esa manera éramos bien educados, pero ahora las cosas son distintas, es el descuido el que se impone. Siempre recuerdo a una chica que tenía una hijita con un mal congénito, la tenía muy descuidada, siempre enfermaba por falta de higiene. Por otro lado, aquí no tenemos normas sobre maltrato infantil, ni sobre maltrato de género o maltrato en el trabajo, no existe, al menos no las conozco. Para ser sincero, en los centros de la institución nunca he visto nada de ese tipo”.

Oscar, al igual que otros profesionales que laboran en el centro, considera que no está dentro de sus funciones el abordaje y registro de los casos de maltrato infantil en el centro, hace la referencia a otros profesionales que, él considera, podrían ser los directos responsable de esos temas. Es decir, negocia con las circunstancias recurriendo a la falta de normas institucionales y, además, refiere no estar totalmente informado de las normas nacionales obviando así la responsabilidad de generar reportes.

Oscar: “Estoy pensando hacer la especialidad de psiquiatría, siempre me ha gustado, por esas cosas del destino no se pudo, en realidad a partir de este año podría postular a alguna plaza cautiva. Desde los cursos de clínicas en la universidad, siempre me interesó esa rama. Yo tenía un profesor en el Loayza, un maestro, fue por él que me incliné siempre por la psiquiatría. Ahora es un poco complicado, porque tengo dos hijos con diferentes parejas, ese es otro tema, mis hijos no se conocen, mi hija mayor no sabe de la existencia de su hermano, ella no quiere que yo tenga otra familia u otra pareja”. “Nunca he tenido problemas emocionales por el trabajo, en el trabajo me divierto, mis problemas van por lo

económico, son por mal manejo de mi economía, no tomé buenas decisiones en el pasado”.

Los consultorios médicos son amplios, de material prefabricado, cuentan con los materiales y mobiliario básico para la atención médica. Recibe aproximadamente 15 pacientes por turno y refiere que en años anteriores fueron muchos más. Con los pacientes que son conocidos toma unos pocos minutos mientras que con los nuevos o con algún caso que considera interesante, se toman varios minutos más. Oscar intenta tener un trato amable con los pacientes, sin embargo, mantiene un tono de voz alto y es autoritario en sus interacciones, minimiza sus opiniones y se centra específicamente en los síntomas. Para la biomedicina el sufrimiento humano y la enfermedad son una forma de experiencia a partir de la cual se elaboran narrativas desde cierto modo particular de ver a los sujetos, éstas en ocasiones tienen como finalidad preparar a los prestadores de salud para situaciones poco comunes e inesperadas que podrían generar problemas en su práctica diaria (Good, 2003). Durante las conversaciones informales y en las consultas cuando los pacientes comentan sobre sus hijos, es notorio que Oscar acepta algunos tipos de maltrato infantil como manera de educar o llamar la atención.

4.5 Conclusiones del capítulo

Como podemos apreciar en las historias narradas y visualizar en el gráfico No 01 (colocado al final de las conclusiones del capítulo), todos los prestadores refieren haber tenido experiencias relacionadas al maltrato infantil durante su vida, pero también se identificaron situaciones de violencia de pareja, durante la formación profesional, entre prestadores e incluso violencia ejercida por el mismo prestador a sus pacientes. Ya sea como protagonistas o como observadores, las experiencias de violencia forman parte de sus historias de vida personal y profesional. Ello demarca un aprendizaje de vida que además de su formación académica, procedencia y otros factores, determinan la adquisición de diversos capitales que pueden ser simbólico, social, económico y cultural y se ejercen en todos sus roles ya sea de prestadores de salud, padres, hijos hermanos, etc. (Bourdieu, 1997). Cristina García afirma en base a lo propuesto por Bourdieu, que todos los terapeutas tienen un capital cultural influenciado por la formación académica y los currículums ocultos incluidos según la profesión (Castro, 2014), una “mirada social”

la cual a su vez se ve matizada por un componente ideológico y la personalidad de cada profesional. Asimismo, las características físicas del establecimiento y el contexto social que lo rodea influyen notablemente entre “lo que se dice y lo que se hace” (García, 2009). Esto explica, de alguna manera, que aunque los prestadores señalen que la violencia y el maltrato infantil no son maneras aceptadas de educar o de llamar la atención; sin embargo, lo justifiquen en algunos espacios y situaciones como formas válidas, lo que concuerda con otros estudios de Pinheiro (2006) y Ames (2013). De igual manera, consideran que la violencia con los pacientes es algo inaceptable, es más, rápidamente marcan distancia de ello; sin embargo, durante la observación y acompañamiento en las consultas es algo común ver el ejercicio de poder, el autoritarismo, la descalificación, el paternalismo y el minimizar las opiniones de los pacientes durante las consultas, tal como se da en el estudio de García (2009) con terapeutas argentinos.

Durante la formación profesional y primeras experiencias laborales, los prestadores refieren historias diversas, sin embargo, es común también que en determinados momentos tengan experiencias relacionadas a las formas jerarquizadas y discriminatorias de interactuar entre los profesionales de la salud. Estas jerarquías aceptadas, incorporadas y transmitidas son, como indica Castro (2014), la génesis de un habitus médico autoritario, el cual se proyecta también en el trato a los pacientes. Por ejemplo, es común la intención no explícita de responsabilizar a los pacientes de las situaciones de violencia vividas con las frases “estas personas”, “en esta zona”, “la gente de aquí”, esas expresiones son comunes en los prestadores del centro de salud, dichas actitudes también se podrían entender como una manera de generar distancia basada en diferencias sociales, culturales y logros académicos.

Por otro lado, como se puede apreciar en el gráfico No 1, una de las principales razones por la que los prestadores manifiestan que no registran los casos, es porque todos ellos revelan haber conocido uno o varios incidentes de prestadores que tuvieron experiencias negativas respecto al registro, reporte a otras instituciones y denuncias de los casos de maltrato infantil identificados. En el caso de Berta, dichas experiencias fueron de primera mano, las mismas que recuerda como causa de problemas laborales posteriores e inconvenientes con la institución. Es así, que los prestadores de salud, permanentemente van negociando con las circunstancias, con las consecuencias y con

sus propias experiencias. Adicionalmente, durante las entrevistas refieren que no cuentan con protocolos o manuales de identificación y abordaje del maltrato infantil. Refieren capacitaciones esporádicas y confirman que no se realiza un abordaje y registro de los casos de violencia. Las políticas públicas de salud se traducen, se modifican, se resignifican y se negocian en los ámbitos locales y rutinas diarias a través de las que se implementan servicios de salud públicos. En consecuencia, los trabajadores consideran que realizan sus funciones según los marcos normativos existentes, los cuales a su vez conducen a actividades que a la larga crean rutinas, todo ello en el marco de los diferentes roles profesionales. La falta de normas y protocolos en un determinado tema, en este caso, maltrato infantil, genera una dificultad para delimitar las funciones y responsabilidades de cada profesional en relación a la atención que brindan a los pacientes, generando así tensiones entre el personal.

Finalmente, la frase de Berta “Hemos pedido más psicólogos, pero prefieren contratar médicos”, hace referencia al cuestionamiento que hace sobre la decisión frecuente de anteponer las necesidades de un tipo profesional sobre otro. Generalmente en un establecimiento de salud se anteponen la contratación de médicos frente a otros profesionales por considerarlos mejor preparados y calificados en diversas áreas. Sin embargo, en temas como el maltrato infantil se necesita el trabajo articulado de diferentes tipos de profesionales que estén en la capacidad de identificar, abordar, registrar y articular con otras instituciones los casos de maltrato infantil, como indica (Wirtz, 2016).

Gráfico No 01: Rutas de violencia

Gráfico No 01: Rutas de violencia								
Vida personal		Formación profesional		Trabajo		EESS		
Prestadores de salud	Violencia infantil	Violencia de pareja	Motivación para escoger su profesión	Violencia durante la formación profesional	Violencia que ejerció otro prestador contra él/ella	Violencia ejercida por el prestador	Experiencias negativas respecto al registro de maltrato infantil	Realiza diagnóstico y registro de maltrato infantil
Psicóloga Karen	Niega	Niega	Presión familiar, preferiría trabajar en otra cosa	Niega	Violencia verbal por jefes.	Autoritarismo Descalificación Paternalismo	Por experiencia de otros compañeros	NO
Obstetra Marina	Verbal por parte de madre y verbal y física por parte de abuela	Verbal y física por parte de una pareja.	Motivación personal, deseo de ser médico.	Niega	Violencia verbal por jefes y otros prestadores en el EESS	Autoritarismo Descalificación Paternalismo Violencia verbal a los pacientes en ocasiones	Por experiencia de otros compañeros	NO
Trabajadora social Berta	Verbal por parte de su padre.	Verbal y física por parte de su esposo. Actualmente divorciada.	Influencia de su madre	Niega	Violencia verbal por parte del jefe y acoso por otros prestadores en otro EESS	Autoritarismo Descalificación Paternalismo	Si, denuncias que tuvo que hacer y no recibió apoyo ni reconocimiento de horas trabajadas	NO
Médico Oscar	Niega	Verbal, actualmente divorciado.	Decisión personal	Como observador en la universidad e internado	Violencia verbal por parte de jefes y otros prestadores	Autoritarismo Descalificación Paternalismo	Por experiencia de otros compañeros	NO

CAPÍTULO V

CASOS DE MALTRATO NO REGISTRADOS EN EL SERVICIO DE SALUD: PROCESOS Y RUTAS DE INVISIBILIZACIÓN

5.1 El maltrato infantil en el sistema de salud peruano

Existe una vasta literatura médica, psiquiátrica y psicológica sobre violencia y maltrato infantil, sus tipos, diagnóstico y los efectos que puede causar en las personas y más específicamente sobre las graves consecuencias que puede causar en los niños y adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud los efectos de la violencia en edades tempranas pueden llegar a ser tan nocivos como una enfermedad (OMS, 2020). Es decir, de modo similar a la anemia en la infancia, podría influir gravemente en la capacidad de aprendizaje y salud mental de un individuo.

En razón a la gravedad de este problema, las naciones y, entre ellas el Perú, han creado diversas leyes y programas con el objetivo de disminuir las tasas de violencia, un ejemplo son los programas centrados en prevenir la violencia contra la mujer y el maltrato infantil. El Ministerio de Salud lideró dicha iniciativa con los Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS) dispuestos en hospitales, se unieron también otras instituciones particulares y estatales como ONGs, la policía, fiscalía y municipalidades con las DEMUNA (Muzzi, 2006), más recientemente se sumaron otros esfuerzos como los Centros de Salud Mental Comunitaria y ministerios como el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables que también ha elaborado guías de atención en casos de maltrato infantil.

5.1.1 A nivel del marco institucional

Los prestadores de salud que participan en el presente estudio, laboran en una institución de salud que cuenta con protocolos, normas y guías clínicas de atención para diferentes patologías, sin embargo, respecto a maltrato infantil, durante mi estancia como prestador de salud en el nivel hospitalario y primer nivel de atención, no era

posible evidenciar un proceso estandarizado de diagnóstico, registro, abordaje y reporte a otras instituciones de este problema. Por ese motivo, realicé las indagaciones en las oficinas centrales de la institución. Lo primero que se advierte es que no existe un área que cumpla funciones específicas de coordinación respecto a temas de salud mental. Tampoco existe un área encargada de temas de violencia y maltrato infantil. Al indagar sobre protocolos existentes en las oficinas encargadas de su implementación, se obtiene la información de que en la actualidad se está iniciando con la elaboración de guías sobre temas de salud mental, siendo la primera la Guía de Depresión. En dicha oficina, es una obstetra quien realiza las funciones de coordinadora de guías clínicas a nivel nacional, refiere:

Encargada de guías clínicas: “Sobre maltrato infantil, ¿sobre detectar o sobre cómo hacer diagnóstico?, de manera institucional eso no está, eso es algo que se ve según cada hospital o cada centro, lo que si tenemos ahora es un comité de salud mental, pero actualmente la institución no tiene un protocolo ni guía de práctica clínica en ese tema, lo que se está trabajando en la actualidad es una guía de depresión, para ello invitamos a psiquiatras y otros profesionales de la salud de diferentes hospitales, eso toma su tiempo, varias sesiones, luego tiene que ser validado también. En el caso de maltrato infantil, como le decía, no tenemos, pero podría ser propuesto, en ese caso usted podría presentar la propuesta antes de fin de año y tal vez la ponemos en el comité y se podría discutir”.

Hasta donde pude indagar durante el tiempo que realicé actividades y hasta el momento donde se redactó el presente estudio, la institución no cuenta con normas o con un protocolo centrado específicamente en maltrato infantil que regule su detección, diagnóstico, tratamiento y registro. Son los hospitales y centros de atención primaria de todos los niveles pertenecientes a la institución, los que en la práctica hacen su propio uso e interpretación de las leyes y protocolos que rigen a nivel nacional. De este modo, los prestadores de salud a su vez emplean, según sea conveniente, las normas institucionales siguiendo una serie de razones jerárquicas y administrativas dentro de una lógica que justifica la toma de decisiones en favor de un trabajo sostenido. De esa manera se constituyen las prácticas cotidianas de los que serían, en el área de salud, los representantes del Estado. Prácticas que tienen gran importancia ya que es a través

de ellas que los usuarios, en este caso pacientes, conciben el Estado (Ferguson & Gupta, 2002).

5.1.2 En el centro de referencia (hospital nivel tres)

Mi participación en el campo de la salud inicia hace aproximadamente diecisiete años, dentro de los cuales se incluye los estudios universitarios en medicina, el internado clínico y haber realizado el servicio rural y urbano marginal (SERUMS). Posteriormente realicé la residencia de psiquiatría en un hospital de nivel tres de la ciudad de Lima y debido al interés que tengo en los casos propios del grupo etario, decidí prolongar la formación de psiquiatría por dos años más realizando una subespecialidad en psiquiatría de niños y adolescentes en otro hospital. Durante ese lapso, tuve la oportunidad de conocer profesionales de la salud en diversos campos, algunos de los cuales, colaboraron voluntariamente en el presente estudio.

Las enfermedades mentales son vastas, cada una sería motivo de sendos textos que expliquen su etiología, diagnóstico y tratamiento. Al igual que otras profesiones y especialidades médicas hay diagnósticos que se consideran relacionados a los conocimientos, habilidad, experiencia y pericia del profesional, son las enfermedades llamadas “de difícil diagnóstico”. Por otro lado, hay diagnósticos que no se consideran de esa manera, que pueden ser considerados obvios, sin trascendencia e incluso que pueden llegar a ser naturalizados dependiendo de la sociedad y cultura en la que nos encontremos, uno de ellos es el maltrato infantil.

Mi interés por el diagnóstico de maltrato infantil se inicia, como expliqué líneas atrás, debido a su identificación frecuente en los casos observados en consulta externa y hospitalización. Según mi experiencia como trabajador de salud en hospitales y en espacios destinados a la atención y referencia de niños y adolescentes, aparentemente el maltrato infantil está presente como antecedente o diagnóstico actual en varios de los casos que se observan en consulta y hospitalización. No solamente se encuentran como factor aparentemente causal o agravante en el paciente, sino también como antecedente en los familiares que viven con los pacientes. Sin embargo, la mayoría de veces no se toma en cuenta, no se diagnostica y no se registra. Esta ausencia de registro contribuye a la invisibilización de un problema que se considera de importancia

para la Salud Pública, este vacío evita que se desarrollen y propongan actividades para el tratamiento y prevención.

Cuando traté de indagar sobre las normas institucionales existentes que reglamenten el registro y acciones frente al maltrato infantil, constaté que la institución no cuenta con protocolos, manuales y guías relacionados al tema, no existe información que detalle cual es la función del trabajador de salud al respecto y hasta donde llegan sus responsabilidades. Se podría decir que, respecto a ese tema, los prestadores de salud laboran con las herramientas que disponen, que serían las normas nacionales, con las cuales negocian según las circunstancias (Ferguson & Gupta, 2002).

Durante mi trabajo pude también reconfirmar que el maltrato infantil es un diagnóstico que se puede y debe trabajar urgentemente en establecimientos de atención primaria, es en estos espacios donde se debería hacer un tamizaje y tratamiento activo de este problema, dada su cercanía a la comunidad. Su referencia a un centro de mayor complejidad solamente se debería hacer en los casos en los que se presentan problemas psiquiátricos múltiples o de difícil manejo. Las referencias, en muchos casos de maltrato infantil, alargan innecesariamente la posibilidad de tener acceso rápido y efectivo a las acciones necesarias frente a este tipo de violencia, dentro de ellas, el diagnóstico, registro, tratamiento y coordinación con otras instancias.

5.1.3 En el primer nivel de atención (centro de atención primaria)

Los prestadores de salud que colaboran en el presente estudio, realizan funciones en un establecimiento de salud de primer nivel de atención, como sucede a nivel institucional, el primer nivel de atención tampoco cuenta con protocolos, manuales y guías que regulen la identificación, diagnóstico, tratamiento y acciones a tomar en un caso de maltrato infantil.

La dinámica de trabajo resulta similar en la mayoría de casos, cuando un profesional de salud (sea médico, enfermera, obstetra, nutricionista, odontólogo u otros) identifica un caso que podría ser maltrato infantil, se asume que es un caso que debe ser visto por el área de Psicología y Trabajo Social. Apparentemente, existe una regla no escrita de que los casos de maltrato no son responsabilidad de otras profesiones y se asume que

el diagnóstico final, tratamiento, registro y acciones será responsabilidad de estas áreas. Así, lo expresa un médico:

Oscar (médico): “Sí se ve maltrato, hay padres que son muy descuidados. Hay que tener cuidado en diferenciar una buena llamada de atención con violencia, a veces los niños necesitan un buen resonadrón. Cuando vemos algún indicio, lo que hacemos es mandarlos a Psicología. No conozco un protocolo de manejo en esas situaciones, pero si debe haber, la psicóloga o la trabajadora social deben saber mejor sobre ese tema”.

En el caso de psicología y asistencia social, según refieren y se observó, trabajan también sin un protocolo y guías claras. Por ejemplo, cuando un caso de posible maltrato llega a estos servicios, la mayoría de las veces el maltrato infantil es voluntariamente invisibilizado, se contempla solamente los diagnósticos secundarios como trastornos de personalidad, depresión, ansiedad, estrés postraumático, por mencionar algunos, y no se considera el maltrato infantil. Esta acción no está basada en desconocimiento por parte del personal, según se refiere, se debe a otras causas:

Karen (psicóloga): “Si, tenemos casos de maltrato infantil, en esta zona los padres son violentos, también en los colegios los profesores, pero es un diagnóstico complicado. Si le pongo eso, creo que los padres podrían tener problemas, los padres piensan que se les puede quitar a sus hijos si uno quiere escribir algo así. Otro tema es que ponerlo representa mucha responsabilidad, creo que uno se debe hacer responsable después para hacer denuncias, pregúntale a Berta (trabajadora social) ella ha tenido varios problemas por ese motivo”.

La gran cantidad de solicitudes para consulta de psicología supera largamente la capacidad de las dos psicólogas que trabajan en el establecimiento de salud, si un paciente busca una consulta ya sea por iniciativa propia o referido por otro profesional debe esperar un lapso de hasta dos meses aproximadamente para obtener la consulta. Las/os trabajadoras sociales, juegan normalmente un rol importante en la identificación y registro de violencia en un establecimiento de salud, dentro de sus funciones además de la evaluación social, tienen la labor de gestionar y canalizar asistencia de otras

instituciones como la policía, ministerio público, DEMUNA, centros emergencia mujer, etc. Es así que, con frecuencia, el diagnóstico de maltrato infantil implica realizar actividades extramuros que demandan gran cantidad de tiempo y asumir responsabilidades que van más allá de sus funciones dentro del establecimiento. La carencia de un protocolo, manual o guía de manejo para estos casos hace difícil percibir hasta dónde llega la responsabilidad e injerencia del profesional generando muchas veces problemas incluso con el personal directivo del centro y la institución.

Berta (trabajadora social): “Claro que hay maltrato infantil por aquí, esta mañana como has visto, hay como 3 casos. Fueron referidos por los médicos, los pediatras me mandan estos casos, yo les hablo, les llamo la atención a los padres, abuelos o hermanos abusivos, a veces los chicos se lo ganan. A ellos les mando a psicología y algunas veces, cuando ya es muy notorio tengo que hacer algo como una denuncia. Para serte franca, lo evito. La última vez que hice una denuncia de ese tipo me gané un gran problema, me llamaban a cada rato a declarar, tenía que estar pidiendo permiso aquí para poder ir como si fuera un problema personal. Lo peor es que el director no lo entiende, salir afuera sea de visita domiciliaria o para hacer una de esas diligencias, baja mucho mi productividad y eso es causal de llamadas de atención. Aquí no entienden lo que hace una trabajadora social, quieren que yo me encargue de organizar las actividades sociales, como si no tuviera nada que hacer, imagínate.”

Berta hace alusión a la estructura, que a manera de protocolo implícito no normado, se manifiesta en las rutinas y moldea los comportamientos a los que los prestadores están sujetos, así mismo, las decisiones que se toman bajo esta estructura no corresponden necesariamente a una voluntad intrínseca, sin embargo, estas acciones en el día a día constituyen o configuran una forma de proceder, una dinámica mecánica con la que hay que trabajar vinculadas a los límites existentes, como la ausencia de protocolos o guías institucionales, así como los tiempos con los que se cuenta y la sobrecarga laboral, por señalar algunos factores relevantes en la atención. Es decir, la práctica de los agentes y la consecuente relación dialéctica entre estructura y agencia (Ortner, 1984).

Como se ha observado ya en otros estudios (Reyes, 2007; Yon, 2014), la institución donde se realiza el presente trabajo cuenta con un sistema de atención que se sustenta

principalmente en la productividad y no en la calidad de atención. Es decir, a mayor cantidad de pacientes atendidos en un lapso de tiempo la productividad de ese profesional es mejor. Esta forma de valorar el desempeño no incluye criterios de calidad de atención ni valora la dificultad o gravedad de un caso. Es más, en ocasiones, puede hacer que el personal de salud invisibilice situaciones en las que se requiera que este se tenga que desplazar para realizar gestiones fuera de su centro de labores o prolongar su jornada por necesidad o demanda de los usuarios:

Beto (médico): “Yo estoy programado para ver cuatro pacientes por hora y mi turno es de 4 horas para consulta, a veces puedo ver más, el problema es cuando es un paciente nuevo, eso a veces se prolonga y tengo que quedarme más tiempo. También están los adicionales, las personas exigen que les demos adicionales, no se dan cuenta que por cada adicional que doy me tengo que quedar más tiempo por el cual nadie me paga. Ese es el tema de la productividad, nos llaman la atención si no tenemos un promedio bueno a fin de mes, no se fijan en la calidad. Ni modo, así es, donde tu trabajas ¿también es así, verdad?”.

El funcionamiento del Estado se materializa y manifiesta también en la experiencia del prestador de salud y la calidad de la atención que ofrece a sus pacientes, debido a que éstas prácticas y actitudes se encuentran, en parte, “enmarcadas” según la concepción que tiene el Estado de la productividad y la competitividad. Es decir, allí se despliega el análisis de los procesos culturales a través de los cuales el Estado es instanciado y experimentado, así como permite ver que la ilusión de la cohesión y unidad creada por el mismo, siempre es contestada y frágil (Sharma & Gupta, 2006).

Dentro del establecimiento de salud no existe en su estadística el registro del diagnóstico de maltrato infantil. Según las entrevistas, una de las casusas es la ausencia de normas que regulen su identificación, diagnóstico, tratamiento y registro. Por otro lado, aparentemente existe un pacto implícito de invisibilizar el maltrato infantil, ya sea por considerarlo algo común en la zona o por los problemas que implica su diagnóstico tanto para los padres como para los profesionales de la salud. También está presente la valoración que cada uno de los trabajadores de salud hace sobre sus experiencias de vida, en algunos casos es aceptado como forma de educación, mientras que en otros se puede considerar, incluso, como una práctica habitual salvo cuando adquiere ciertas

características que exceden lo normalizado como correctivo, y lo hacen muy frecuente o de mayor gravedad. Al respecto Bourdieu propone una red de “significaciones”, conocimientos académicos, experiencias propias, cultura, costumbres, formas de pensar, personalidad. Tomando en cuenta eso, se puede entender que detrás de las acciones existen lógicas que justifican y subyacen a las prácticas (Bourdieu, 2004).

5.2. Casos de maltrato no registrados

Según Byron Good, la modelación narrativa de la enfermedad condensa una red de significados que incluye experiencias diversas y que a su vez son razonadas por las personas dentro de la lógica que aporta la cultura en la cual se desenvuelven (Good, 2003), es decir, la salud y enfermedad, así como la manera en la cual es interpretada está continuamente influenciada por lógicas sociales y culturales, de esta manera se generan y reproducen marcos de interpretación y prácticas en el personal de salud, se conforman itinerarios que muchas veces se siguen con el objetivo de cumplir con sus funciones y que al mismo tiempo dialogan con las normas y protocolos existentes. A continuación, se analizan las narrativas de los prestadores sobre algunos casos de maltrato infantil no registrados en el establecimiento de salud.

Lucy: cuándo hay ausencia de agresión física

El caso de Lucy es uno de los que suele ser identificado con dificultad como maltrato infantil (la OMS incluye bajo esta categoría al maltrato de menores de 18 años), ya sea por la ausencia de la agresión física o por el controvertido resultado final. Lucy es un caso de violencia debido a que su madre la utiliza para conseguir beneficios económicos al generar un vínculo de pareja arreglado, donde la opinión y voluntad de Lucy no es escuchada. El personal de salud, en este caso, la obstetra, generalmente pasa por alto el diagnóstico y registro de maltrato infantil en una situación así, sin embargo, sí identificamos diversos tipos de violencia que podría estar atravesando la adolescente, así como el comportamiento extraño por parte de la madre. Por ese motivo, es referida a otros profesionales con el aparente objetivo primario de recibir la ayuda inmediata y el probable objetivo secundario de evitar la responsabilidad y que sea diagnosticada y registrada por alguien más. Por su parte, en el área de trabajo social se brinda soporte

e información, pero tampoco se hace el diagnóstico y el registro de los casos, luego se le envía a psicología donde las citas de atención salen con uno o dos meses de atraso aproximadamente, finalmente, la intervención no es realizada y los casos se pierden.

La historia de maltrato de Lucy surgió durante la conversación con Marina y Berta, la primera es obstetra y la segunda es trabajadora social, ambas son personal estable del centro de salud y tienen contratos formales con varios años de servicio, ellas vieron el caso en diferentes momentos. Ambas son amables y abiertas en compartir algunas experiencias personales, motivo que me hizo sentir en confianza para realizar el presente trabajo. Ambas también cuentan con varias experiencias relacionadas a la atención de pacientes, víctimas de violencia de todas las edades, pero al mismo tiempo reconocen que a pesar de identificar casos de maltrato infantil no hacen el diagnóstico ni tampoco el registro.

El presente caso, dada la aparente intención de la madre, podría ser considerado un caso de trata de personas. Según la estadística de trata de personas entre los años 2011-2018, la diferencia entre sexos es notable, siendo un 85% la cantidad de mujeres víctimas de algún tipo de trata (Ministerio Público, 2015). Lo cual coincide con un estudio sobre la trata de adolescentes con fines de explotación sexual en Madre de Dios; la mayoría de las víctimas de trata de personas, en cualquiera de sus formas, son mujeres (Barrantes & Escalante, 2019). En todo caso, las uniones conyugales o emparejamientos forzados o bajo presión son también una forma de violencia de género y de maltrato infantil, es algo que se puede identificar pero que, por diferentes motivos, como las valoraciones personales y profesionales de los prestadores de salud no se hace ni tampoco se informa.

La historia de Lucy se obtiene principalmente gracias a Marina, ya que fue un problema ginecológico el que la acercó a su consultorio. Alrededor de ese caso participaron dos obstetras, Marina y otra que prefirió no acceder a una entrevista y también Berta que, como trabajadora social, tuvo algunas entrevistas con Lucy y su madre.

Lucy es ahora una madre de 18 años, según refirió a su retorno al establecimiento de salud a donde regresó en busca de métodos de planificación familiar. Cuando Lucy se acercó al establecimiento de salud por primera vez, tenía casi 17 años y fue en

compañía de su madre. Tenía derecho a la atención gracias al seguro médico de su padre quien no vivía con ellas. Según datos del Ministerio Público, está comprobado que la mayoría de las víctimas de trata son mujeres adolescentes que tienen entre 13 y 17 años, seguidas por las que tienen entre 18 y 24 años (Ministerio Público, 2015), es común la asociación entre una menor de edad y la “inocencia” y “virginidad”, características que se podrían considerar de mayor valor y que facilitan la subordinación de la persona víctima de maltrato (Barrantes & Escalante, 2019).

Según refiere Marina, el motivo de la consulta fue debido a un diagnóstico que le realizó un médico de manera particular, el diagnóstico fue, según algunos documentos que llevó la madre, quistes ováricos, diagnóstico que sería el motivo por el cual Lucy aquejaba intenso dolor abdominal durante la menstruación.

Marina: “Ella vino con su madre, pero era muy extraño, su mamá era la que hablaba por ella, trajo varios documentos de un médico particular, un ginecólogo, tenía una ecografía que tenía como resultado “quistes ováricos”, algunos exámenes de laboratorio y también un tratamiento que no recuerdo muy bien, pero lo que me llamó la atención fue la actitud de la madre”.

Marina describe a Lucy como una adolescente callada y obediente, tímida para decir las cosas y avergonzada al momento de la evaluación física. Era su madre quien narraba los síntomas y también entregaba la información complementaria que solicitaba Marina. En ocasiones las preguntas eran dirigidas a la adolescente, pero rápidamente intervenía la madre para responder por ella.

Marina: “Era algo muy raro, casi no le dejaba hablar su hija, contaba sobre los síntomas y también sobre la evaluación ginecológica que pasó con el médico particular, trajo las ecografías y sus laboratorios incluso los recibos. Lo raro vino después, porque la madre me dijo que el médico había sugerido que la forma en que Lucy se podía curar de ese diagnóstico (Ovarios Poliquísticos) era teniendo un hijo”.

La vida y mundo de Lucy quedaron con más claridad cuando en el relato de Berta se mencionó las condiciones de vida de la familia y las dificultades económicas que

pasaban la madre y la hija. Como se ha mencionado en otros estudios (Arnillas, 2011), existe una gran cantidad de familias monoparentales en el distrito donde habitan Lucy y su madre, las familias quedan generalmente conformadas por la madre y los hijos, quienes a su vez tienen que buscar maneras de generar dinero para mantener el hogar y costear sus estudios. En ese contexto de limitadas oportunidades de movilidad social, se producen las condiciones para el trabajo infantil el cual a su vez se convierte en factor de riesgo para violencia y formas de explotación como el trabajo sexual forzado. Lucy, sin embargo, no trabajaba y era la madre que mediante un negocio familiar precario sostenía económicamente el hogar, pero con varias limitaciones y, según Berta, era evidente que la manera de vestir y arreglo personal de ambas no correspondía con los ingresos económicos que la madre decía tener. La pobreza también forma parte del perfil de una persona víctima de trata, considerando a la pobreza como la ausencia de los bienes y servicios fundamentales y, por tanto, de las capacidades que necesita una persona para lograr un nivel de bienestar mínimo (Barrantes & Escalante, 2019).

Berta: “La madre me dijo que ellas dos vivían solas, que el padre abandonó el hogar cuando su hija era muy pequeña y que nunca más regresó, que tiene otra familia y que nunca aportó económicamente con su hija, lo único bueno es que gracias al trabajo del padre, la gestante tiene seguro médico. Dice que ella sola tiene que trabajar, tiene un lugar pequeño en el mercado donde vende golosinas y otros alimentos, que no le alcanza el dinero para poder educar como se merece a su hija y que tuvo que hacer muchas cosas para salir adelante”.

La narrativa que Berta ofrece sobre el caso de la adolescente, hace hincapié en las limitaciones económicas que presenta la familia, en la ausencia del padre y en las expectativas, sobre todo de la madre, de que logren una mejor calidad de vida y al mismo tiempo, Lucy pueda lograr estudios superiores que de alguna manera les puedan dar a ambas una tranquilidad económica que la madre considera básica. Según Cristina García, en la relación de poder entre prestador de salud y paciente entran en interacción además de los marcos perceptuales diferentes, los bagajes culturales que incluyen lenguaje, costumbres, formas de percibir el mundo e incluso relaciones de dominación histórica (García, 2008). Berta hace referencia varias veces a su apariencia física y la falta de correlación de esas características con las condiciones de vida:

Berta: “Es muy común por aquí, uno ve algunas personas bien vestidas, andan con buena ropa, buenas zapatillas, hasta mejores zapatillas que las mías, y en realidad viven en los cerros en unas condiciones muy malas. Es común ver eso en las visitas domiciliarias que hago, ni te imaginas. Algo así me pasó con ellas, estaban bien arregladas, como viviendo un mundo de mentira, pero en su hogar todo es feo”.

Dentro de la apreciación que hace Berta de la adolescente y su madre hace uso de su experiencia profesional, pero también de experiencias personales basadas en prejuicios que hace evidente el desconocimiento de las razones de este aparente contraste. “Vestir mejor era una forma de validarse y buscar mejores oportunidades laborales y de integración al grupo, e incluso de tener mejores oportunidades en el mercado laboral, pero no era una señal de trabajo sexual o de algo ilegal” (Yon, 2014). A pesar de que Marina trató de dar una atención basada en los síntomas que refería Lucy y su madre, era notorio para ellas que las intenciones de la madre eran otras. No se sabe si el diagnóstico previo era correcto o si los documentos presentados pertenecían a Lucy realmente, pero el deseo de la madre era obtener un respaldo respecto al embarazo como posible tratamiento. Como una explicación para esa decisión, la madre afirmaba que era recomendación médica y que necesitaba que en el centro de salud también lo recomienden:

Marina: “Cuando me dijo que el ginecólogo lo recomendó, que su hija debía quedar embarazada para curarse me llamó mucho la atención, pensé que ella había entendido mal, como algunas veces sucede con algunos pacientes, pero luego me di cuenta, por su insistencia, que ella era la interesada en que eso suceda. Aparentemente quería que su hija escuche que esa era la cura para su mal, yo me negué, no podía decir que esa era una cura menos para una niña de 16 años, se notó la molestia en su cara y se fue. No regresó a su siguiente cita, me quedé confundida sobre la situación, no supe que hacer. Les sugerí que vayan a servicio social y psicología por los antecedentes que me contaron, pero también fueron solo una vez, me parece”. “Las referimos a otros servicios porque no tenemos un protocolo, manual o guía de que hacer en estos casos, por eso yo lo mando a servicio social y psicología para que ellos se encarguen porque ellos son los que ven mejor esas cosas y saben que hacer”.

Se evidencia que la mayoría de los profesionales de la salud están en condiciones de identificar situaciones de violencia o de riesgo de violencia; sin embargo, prefieren no hacer el diagnóstico ya sea por evitar responsabilidades o por considerarlos ajenos a su área profesional. Como menciona Wirtz, los profesionales de la salud tienen más posibilidad de identificar y referir casos de violencia, sin embargo, no lo hacen alegando muchas veces que no existen los protocolos o que no los conocen (Wirtz, 2016). En el presente caso, Marina hace uso de la ausencia de normas en el establecimiento de salud para evitar ser ella quién asuma la responsabilidad del diagnóstico y su registro. La referencia es una manera de evadir la responsabilidad, con la frase “ellos deben saber” asume que otra área debe hacerse responsable del caso.

Retorno de la paciente al establecimiento de salud:

Un momento que marcó la diferencia en la historia de vida de Lucy fue durante el último año, y se hizo notorio cuando nuevamente entraron madre e hija a consulta de Marina con un bebé en brazos. Esta vez averiguando por métodos de planificación familiar. Lucy acababa de cumplir los 18 años, tenía un hijo pequeño que no llegaba a los 6 meses de edad y esta vez no venía con el seguro de su padre ausente, estaba asegurada a nombre de su esposo.

Marina: “Cuando la vi esta segunda vez me pareció conocida y no tardé mucho en darme cuenta que era la misma chica de hace más de un año con su madre, difícilmente una olvida experiencias extrañas como la de esa vez. En esta ocasión, ya que la paciente era mayor de edad, pedí quedarme a solas con ella, por lo cual, la madre salió con el bebé, pero se notaba que no quería salir, se fue a mi insistencia”.

La gestante fue al establecimiento de salud para buscar un método anticonceptivo. Marina no se limitó a entregar solamente lo que se solicitó, indagó sobre algunos antecedentes familiares guiada por el protocolo normal de atención y por la curiosidad sobre la nueva situación de Lucy. Llama la atención también que después de la última vez que visitó el establecimiento de salud no regresó por atención hasta este momento en que se presenta como madre y buscando métodos de planificación familiar. Se

muestra similar a la primera vez, tímida, con la voz baja. Según Marina, seguía siendo evidente que estaba siguiendo las recomendaciones de su madre.

Marina: “Entonces, me contó que después de venir aquí, su madre insistió en que la única forma de curarse sería teniendo un hijo, que por ese motivo le presentó un hombre bastante mayor que ella, de 35 años más o menos que trabaja en una mina. Lo que dice es que su madre arregló el compromiso con esta persona para que así pueda asegurar su educación, ahora ya tiene un hijo de pocos meses de edad y dentro de poco comenzará a estudiar, dice que su esposo le pagará una carrera en una universidad particular. Lo que si me pareció el colmo es que su madre se dio el lujo de pactar con el hombre tener un empleo como cuidadora del hijo”.

El presente caso, se devela como un caso de trata, siendo la madre quien lo negocia, según Barrantes y Escalante, en algunos espacios, es común que los menores de edad, sean tratados como propiedad o elemento de negociación, encargar a las hijas o hijos a personas conocidas o desconocidas es una práctica cultural vigente (Barrantes & Escalante, 2019). A raíz de los sucesos narrados por Lucy, Marina decide referirla a Psicología y Servicio social, considera que es un posible caso de violencia y que necesita una intervención de algún tipo, también considera que no es su función hacer el diagnóstico, registro e incluso una posible denuncia. El maltrato infantil tiene diferentes formas, todas generan daños en los niños y adolescentes que lo sufren (OMS, 2020). La sensación de “indefensión” que presenta Lucy es evidente para el personal de salud, ya que la situación vivida por la adolescente afecta su bienestar físico y mental. La violencia en lo niños y adolescentes puede tener efectos devastadores en el desarrollo infantil y se extiende por todo el mundo, es el hogar donde se da la mayor parte de casos y además de otros factores, puede estar condicionado por la ausencia de espacios agradables, ordenados y seguros (Ames, 2013).

Marina: “Se le notaba muy incómoda, no quería hablar al principio, pero se fue soltando poco a poco, primero preguntó por métodos anticonceptivos, ella no quería tener más hijos, luego me contó algunos detalles de su esposo. Dijo que no lo quería realmente, que su mamá se lo presentó diciendo que se debía casar con él, me contó que su esposo estaba solamente diez días al mes cuando salía

de una mina, que no era mala persona, pero no se sentía enamorada, no tenía ganas de tener intimidad con él, no sentía nada cuando estaban juntos. Finalmente preguntó si era así tener intimidad, si siempre iba a ser así”.

La situación vivida por Lucy, si bien es cierto es considerada un posible caso de trata, generó cambios que desde alguna perspectiva podría verse como favorable para la víctima. Según Barrantes y Escalante, una característica común entre las víctimas de trata es que caen en situación de explotación mientras buscan opciones de subsistencia legales. La víctima puede llegar a encontrar en la situación de explotación mejores condiciones de vida que se hacen visibles en mejores remuneraciones, las cuales pueden llegar a quintuplicar las de origen legal (Barrantes & Escalante, 2019). Dicha situación, genera reacciones diversas, incluso entre el personal de salud.

Berta: “Al final no les fue tan mal, consiguió todo, va a tener estudios, la van a mantener, hasta su mamá tiene trabajo ahora”.

Según Cristina García, los prestadores de salud tienen un “capital cultural” y una “mirada social” que se obtiene con la formación académica y mediante la cual se tiene una visión del mundo desde donde se comprende al otro y su realidad social, matizadas ambas por un componente ideológico y la personalidad de cada profesional (García, 2008). En este caso, Marina y Berta identifican las situaciones de violencia, sin embargo, su apreciación y valoración está influenciada por experiencias personales, prejuicios y su perfil profesional; por ejemplo, cuando interpretan algunas características externas de los pacientes, como la vestimenta, y calzado o también cuando emiten opiniones sobre la vida y decisiones de los pacientes, haciendo alusión a una posible conducta deshonesto sin pensar en las condiciones que la generan, los efectos negativos o sufrimiento que conllevan.

Pepe: poner otro diagnóstico para evitar complicaciones

A las pocas semanas de iniciar el trabajo de campo, en el mes de marzo, se presentó el caso de Pepe de ocho años, durante el acompañamiento en las consultas de psicología me llamó la atención debido a la manera en que fue planteado desde un inicio. Fue la madre quien decidió ir a consulta porque se consideraba culpable por

sentir deseos de agredir a su hijo. Al narrar la historia fueron quedando claras las condiciones que generaron el caso.

La madre de Pepe, tomó hace algunos años la decisión de separarse de su esposo con la intención de mejorar su calidad de vida y la de su hijo, ya que ella era víctima de constantes maltratos físicos y psicológicos, los cuales soportaba por necesidad económica y por temor que a su hijo creciera sin padre. Los maltratos que fueron bromas e insinuaciones en un inicio de la relación se convirtieron poco a poco en agresiones cada vez más graves hasta que sucedió algo que la madre de Pepe considera un hecho realmente significativo, el padre de Pepe agredió físicamente a su hijo con un golpe contundente en la nariz a la edad de cuatro años. El maltrato infantil en gran medida, se desarrolla en el hogar en la relación con los cuidadores y otras personas que viven con ellos, como manera válida de impartir disciplina e influenciado por la violencia de pareja (Ames, 2013; Pinheiro, 2006). La separación fue dura para la madre de Pepe, su economía es frágil ya que se sustenta en la venta de golosinas en las calles, no recibe alimentos por parte del padre y es por ello que en varias ocasiones ha tenido que pasar situaciones de carencias que afectan su estado emocional y físico.

Sobre los efectos del maltrato infantil en Pepe, los hechos son claros y la información que brinda su madre es aparentemente confiable. Cuando vino por primera vez en marzo, como describí líneas arriba, el motivo era que ella se sentía culpable por tener ganas de agredir a su hijo. Aparentemente, el comportamiento de Pepe había cambiado con la ausencia de su padre según refiere la madre, de un niño amable y despierto se fue transformando en un niño inquieto, impulsivo y agresivo con sus compañeros, también se enfrentaba a ella y a sus profesores, por ese motivo la madre de Pepe solicitaba apoyo y acompañamiento psicoterapéutico para ella y su hijo. Meses después, cuando retorné para continuar con el trabajo de campo, identifiqué a Pepe y a su madre quienes seguían asistiendo a consulta, el panorama había cambiado, Pepe recibía la visita esporádica de su padre desde hace algunos meses, ya no era inquieto e irritable, esta vez Pepe tartamudeaba, se orinaba en las noches y se había convertido en un niño tímido y ansioso. La violencia o maltrato infantil en cualquiera de sus formas tiene consecuencias marcadas en los niños y adolescentes, por ejemplo, la violencia de pareja, si bien es algo específico donde no intervienen directamente los hijos, está estrechamente vinculado a la violencia infantil, no solo porque con frecuencia conviven

ambos tipos de maltrato, sino porque los niños pequeños son directamente violentados cuando son forzados a ver cómo a su madre se le golpea (Ames, 2013).

La ruta de la violencia en el caso de Pepe

Antes de la separación hace cuatro años, Pepe era un niño como otros, según refiere su madre. El padre ejercía violencia sobre la madre, pero Pepe no era directamente agredido. La madre soportaba la situación porque consideraba que su hijo estaba relativamente protegido por el afecto que su padre decía sentir por él.

Karen (psicóloga): "Pepe es un niño de 8 años, su mamá se separó de su papá justamente por maltrato también, ella dice que desde enamorados él era bastante violento, impaciente, machista, no ayudaba en la casa, de cualquier cosa le criticaba, incluso le golpeaba e insultaba. Pero el punto de quiebre fue cuando Pepe tenía 4 años, el niño estaba saltando en la cama y el padre estaba de mal humor pidiendo que se siente para poder ver televisión tranquilamente. Su madre fue a servir la leche y en ese momento el niño rozó a su papá apoyándose y este reaccionó dándole un golpe en la cara, fue tan fuerte que el niño quedó mareado y sangrando por la nariz. El padre se dio cuenta de que cometió un exceso y agarró al niño en brazos para evitar que su madre lo vea, como el padre no dejaba que la madre lo vea y el niño seguía llorando y gritando, ella salió a buscar un policía. Cuando por fin regresó a la casa con un policía el padre había bañado al niño y le cambió de ropa, los policías revisaron todo pero el padre lo negaba, vieron que el labio del niño estaba inflamado y le llamaron la atención al padre. Cuando los policías se fueron el padre reaccionó violentamente contra la madre, le increpó por haber traído policías, estaba molesto porque eso significa que puede tener problemas mayores. Cuando todo esto sucedió la madre decidió separarse".

Posteriormente, el niño es traído por su madre al establecimiento de salud debido a que inicia con un comportamiento que ella considera de cuidado y sobre todo a la respuesta que esta conducta tiene en ella. Las situaciones violentas y estresantes en niños pequeños pueden causar reacciones variadas, según la Organización Mundial de la Salud. La violencia causa estrés que se asocia con un desarrollo deficiente de los

sistemas nervioso e inmunológico. Además, como es sabido, y respaldado por la literatura internacional, los niños que están expuestos a la violencia en el hogar pueden sufrir una serie de efectos graves y duraderos (Guerrero & Rojas, 2016).

Karen: “Después, la madre comenzó a vivir sola con Pepe, no se encuentra bien, se siente mal porque ahora es ella quien se comporta de manera violenta con el niño, no quiere hacerlo, pero no tiene paciencia, además Pepe ha comenzado a tener un comportamiento bastante difícil, no le va bien en el colegio, pelea bastante con sus compañeros, es contestón y no hace caso. Su mamá está preocupada por él porque ha bajado mucho su rendimiento y es problemático, pero también está preocupada por ella, porque ha perdido la paciencia y en varias oportunidades ha golpeado a Pepe para que se porte bien sin lograrlo”.

El estado en el que Pepe fue traído aparentemente no es crítico, sin embargo, los síntomas podrían ser una respuesta a la condición actual de separación de los padres. Pasa más tiempo con su madre, y a pesar de que ella no concibe el maltrato físico como una forma de educar, termina muchas veces ejerciendo violencia sobre Pepe cuando no tiene otras maneras de controlar la conducta desafiante.

Periodo de agravamiento de los síntomas, cuatro meses después

Fueron varios los cambios que soportó Pepe desde los cuatro años, la agresión del padre, la separación de sus padres y recientemente se agregaron las visitas del padre que se comporta de manera agresiva. El entendimiento que tienen los niños sobre cómo prevenir o responder en situaciones de violencia en el hogar es limitado, difícilmente reaccionan o piden ayuda, principalmente porque consideran también que es una forma válida de enseñar comportamientos apropiados, se suma a ello su deseo de proteger a los padres e incluso temor a represalias (Guerrero & Rojas, 2016).

Karen: “Recién hace unos meses el padre visita esporádicamente a Pepe y cuando le visita, según la madre, le grita y golpea. En ocasiones lleva a una hija pequeña de un nuevo compromiso y pretende que Pepe se haga cargo del cuidado de ella. Pepe no quiere recibir visitas de su padre, está continuamente con miedo, ha comenzado a tartamudear y esas horas de visita son horas de

tensión para Pepe. La madre nunca ha denunciado al padre de Pepe, es más, en ocasiones le amenazó a la madre con quitarle la custodia del niño. Ella no sabe qué hacer en estas circunstancias, tiene miedo cuando el padre le amedrenta, él no quiere colaborar ni cambiar su manera de interactuar con ellos y Pepe últimamente está como triste, decaído, irritable en el colegio, no quiere salir a jugar, está desmotivado. Antes era hablador, pero ahora tiene problemas para pronunciar ciertas palabras, se traba al hablar y lo último es que se orina en las noches”.

Si bien es cierto, el estado en el que se encuentra Pepe no es físicamente crítico, si lo es desde otros puntos de vista, los efectos que el maltrato tiene en él genera comportamientos que no le permiten un normal desarrollo. El tratamiento psicológico, médico o nutricional que pueda recibir no tiene un efecto esperado sino se trabaja con lo que aparentemente es causa básica de sus problemas que es el maltrato infantil. Como indica Patricia Ames, la violencia en niños puede tener efectos devastadores en el desarrollo del infante (Ames, 2013a). Según la literatura médica los efectos de situaciones estresantes en niños y adolescentes son variadas dependiendo de la edad, pero en el caso de un niño menor de 6 años se podría encontrar la pérdida por el interés en algunas actividades, irritabilidad, sensación de fastidio, disminución de la concentración con un consecuente bajo rendimiento académico y ansiedad en sus diversas formas (Palacio, 2014).

Karen: “Estamos realizando acciones con las trabajadoras sociales, Berta (trabajadora social) le da algunas charlas sobre cómo mejorar la interacción con su hijo, pero también le da algunos informes sobre sus derechos y las posibilidades que tiene de denunciar al esposo, de esa manera le estamos apoyando”. “Tengo muchos pacientes, no nos damos abasto. No entiendo que sucede, no hacen caso a mis solicitudes para tener un psicólogo más, ni tampoco las solicitudes del jefe. Todos los años dicen que será dedicado a la salud mental, pero eso nunca sucede, todos los años me dicen que no tenemos presupuesto para las actividades de salud mental, lo peor es que me exigen que haga actividades. Solo una vez en los diez años que trabajo aquí tuvimos presupuesto, pudimos hacer varias actividades, contratar algunos expositores, incluso actores para que representen las emociones para los pacientes y el personal. Pero

déjame decirte que esta es una realidad que se repite en todos los centros de atención primaria, en todos les dicen que el presupuesto es limitado y que solo debe haber uno y máximo dos psicólogos en cada establecimiento. Les dan mayor prioridad a los médicos, les dan horas extras a médicos e incluso a veces no las aceptan, ese presupuesto se pierde, no se recupera”.

Una red más amplia de cuidado podría ser de utilidad en el caso de Pepe, como dice Karen, “se hace lo que se puede”, es decir, se hace uso de los recursos que tienen, sean normas, manual de funciones, habilidades profesionales, pero también se toma decisiones en base a experiencias personales y reconociendo también como frontera las limitaciones institucionales:

Karen: “Le puse el diagnóstico de trastorno emocional, por ahora. Maltrato infantil podría ponerle, pero no suelo hacerlo, le doy prioridad a otros diagnósticos. Si buscas diagnóstico de maltrato infantil en este centro no vas a encontrar. Creo que Berta (asistente social) si puede poner ese diagnóstico también, pero me parece que tampoco lo hace. No he tenido capacitación sobre maltrato infantil hasta que tú nos la diste hace poco, no sabemos qué hacer con un caso de maltrato, no hay normas ni protocolo. Yo creo que a Pepe y a su madre los hemos atendido dentro de nuestras posibilidades. A veces nuestros pacientes son víctimas de violencia por nosotros mismos también, el hecho de que tengan que esperar tanto para una cita, que no siempre haya lo que necesitan, los tiempos cortos que dura la consulta y las citas tan espaciadas son formas de agredir también, porque así en lugar de mejorar, empeoran”.

Llama la atención algunas frases que Karen utiliza para explicar o justificar la omisión del maltrato infantil como diagnóstico y su consecuente invisibilización. Se prefiere consignar diagnósticos secundarios como el “trastorno emocional” que resulta bastante general y que de alguna manera conlleva menos responsabilidad por parte del profesional. Diagnosticar maltrato infantil puede implicar que, en ocasiones, el profesional de la salud deba hacer una denuncia del caso generando así una serie de inconvenientes que no están regulados por normas, protocolos, manuales o guías en la institución. De esa manera el profesional se ve implicado en procesos legales, muchas veces problemáticos y engorrosos sin el aval de la institución, que afectan su

rendimiento profesional y vida personal. Como se señala en el texto “Acá no hay ventanillas”, la influencia de las circunstancias como geografía, carga laboral y recursos, llevan a los funcionarios a adoptar una serie de estrategias para cumplir con las funciones a tiempo, muchas veces esas estrategias y rutinas no están reguladas por la institución, sin embargo, se justifican con el cumplimiento de los calendarios y metas (Cerna et al., 2017). De modo similar, ocurre con los proveedores de salud. Es así que el diagnóstico de maltrato infantil no aparece en los registros ni en la estadística. Esto a su vez ocasiona que este grave problema de salud pública sea invisible para la institución de salud y, en consecuencia, no se desarrollen suficientes actividades de prevención y tratamiento centrados en el real problema de fondo, el maltrato infantil.

Gaby: cuando las normas de la institución invisibilizan

“No creo que la institución la maltrate, más bien creo que estamos actuando a tiempo. El problema es su familia, ella no se siente atendida, siente que no le hacen caso...”.

Tomo conocimiento del caso de Gaby a partir de una conversación con Berta, la trabajadora social del establecimiento de salud. Surge el tema a raíz de algunas preguntas que se le hizo sobre el abordaje que realizan en el centro sobre los casos de pacientes con autolesiones, que han cometido un intento de suicidio o presentan ideación suicida. Según la literatura médica, las autolesiones en adolescentes tienen múltiples causas, desde características personales como la impulsividad, hasta los problemas psiquiátricos como trastornos de conducta, depresión, ansiedad y abuso de sustancias, los cuales pueden ser de aparición primaria pero también estar vinculados a situaciones familiares marcadas por diferentes tipos de violencia como el abandono, negligencia, violencia emocional, física y sexual (Palacio, 2014). Algunos nombres de pacientes son mencionados por Berta mientras conversamos, se menciona que ese tipo de casos no son recibidos en un primer momento en el establecimiento de salud, debido a que no cuentan con un servicio de emergencia. Los casos que son abordados se acercan o son referidos después de haber presentado el primer episodio de intento de suicidio, ya sean cortes o ingesta de fármacos, por mencionar algunos.

Berta: “Hemos tenido varios casos de suicidio, pero no vienen primero aquí porque nosotros no tenemos servicio de emergencia, es decir, se atiende la

emergencia en hospitales grandes de la institución o de otras instituciones, allá les hacen los lavados gástricos o les dan la atención de emergencia que requieren cuando se trata de cortes o lesiones de ese tipo, luego los padres traen a sus hijos al centro para un control con el pediatra y con psicología. Esos pacientes de todas maneras pasan con nosotras también (trabajadoras sociales) porque debemos hacer una evaluación familiar y consejería”.

Según Byron Good, las estrategias narrativas utilizan formas culturales populares para narrar experiencias generalmente de personas diferentes a los narradores, las cuales evocan relaciones de poder y condensa una red de significados que incluye experiencias diversas y que a su vez son razonadas por las personas dentro de la lógica que aporta la cultura en la cual se desenvuelven (Good, 2003). De tal modo, Berta recuerda el caso de Gaby debido a un detalle en particular, manifiesta su lamento porque una adolescente con características físicas que considera muy atractivas, atravesase situaciones como son las autoagresiones y el intento de suicidio.

Berta: “Había una chica muy bonita, muy linda ella, no sé cómo puede estar pasando estas cosas porque tiene todo a su favor, Gaby es su nombre, tiene 15 años, es muy bonita, muy agraciada para vivir lo que vive, tiene una hermana de 12 años y 2 hermanos pequeños un varón de 5 y una niña de 2 años. Vino referida por un pediatra me parece o por medicina, no recuerdo bien, todo porque se corta las muñecas. Es una chica guapa, jovencita como te digo, ahorita ha tenido un episodio de intento de suicidio nuevamente”.

Según el relato de Berta, es difícil establecer el momento en que Gaby inició con los síntomas depresivos que pudieron ser causa de las autoagresiones. Tal como suele suceder en algunos tipos de maltrato infantil, los síntomas depresivos presentan su aparición de manera insidiosa, sin que exista necesariamente un episodio relevante que lo cause hasta que se hace evidente con algún suceso llamativo como un intento de suicidio. La depresión y los cuadros de ansiedad, entre otros problemas de salud mental, pueden ser las consecuencias de la violencia y entre ellas el maltrato infantil; entre sus síntomas, se encuentran los pensamientos relacionados al suicidio y las autolesiones, las cuales de alguna manera y según algunas perspectivas, podrían ser una corporalización de lo sufrido por la persona que lo padece (Franklin et al., 2014).

Para analizar el fenómeno del suicidio e intento de suicidio, no basta tener como referente a la estadística institucional, ya que los intentos de suicidio y el suicidio consumado no tienen un registro apropiado en el centro de salud y en la institución. Es más, el análisis de dichos factores debería iniciar desde la sola presencia de la ideación suicida, la suicidalidad como indicador en un sistema de salud, es un continuo que va desde la mera ocurrencia como posibilidad hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida” (Salvo G & Melipillán A, 2008). Berta recuerda algunos aspectos de la vida de Gaby relacionados a situaciones de maltrato infantil:

Berta: “Su madre vive sola con sus cuatro hijos, el padre les abandonó hace ya varios años, se fue con otra persona. No les pasa dinero ni se preocupa por la salud de sus hijas, en general no le interesa su bienestar. Les abandonó cuando Gaby era una niña pequeña de dos años y su hermana Xiomara bebé. Pero luego no sé cómo, tuvieron dos hijos más. La ausencia de su padre hizo que Gaby sea bastante rebelde, desprecia a su hermana, no se dedica a sus cosas, es agresiva con otros y sobre todo con su hermana y con ella misma. A Gaby le afectó mucho el abandono de su padre, no lo maneja bien. Pero hasta ahora no ha sufrido de maltrato físico, eso es lo único que le ha pasado. Se preocupa porque no es buena en matemáticas, no es buena en el colegio en general, tiene el tema con su hermana menor Xiomara, siente que no sirve para nada, que no es buena para nada, todo el tiempo la comparan. Ahora dijo que quiere aprender a hablar inglés y quiere ir al extranjero a estudiar”.

Los cambios de conducta como consecuencias del maltrato infantil, son difícilmente identificados y atendidos en un establecimiento de salud del primer nivel de atención. Suelen ser episodios llamativos ya tardíos como las autoagresiones las que dan a conocer el problema. Antes de ello, se pueden observar algunos indicios en el comportamiento y que fácilmente pueden ser interpretados como características normales del desarrollo de una persona, en consecuencia, la mayoría de las veces no se busca ayuda o atención en un establecimiento de salud. Por ejemplo, la madre de Gaby comentaba que las psicólogas del colegio le decían que su comportamiento hacia la hermana se trataba de solamente celos, un comportamiento característico y normal en el desarrollo de una adolescente.

Berta: “Gaby odia a su hermana menor, su nombre es Xiomara, tiene 12 años, me parece que es porque Xiomara es buena alumna y muy preocupada en sus estudios. Gracias a eso ha logrado una beca en una parroquia, por ese motivo también le apoyan económicamente, según me dijo su mamá incluso les dan dinero por esa beca. Su mamá es estilista y vive solamente de su sueldo, el padre según me dijeron recientemente ha comenzado a pasar algo de dinero”.

Gaby tuvo su primera consulta en el establecimiento de salud hace aproximadamente 10 meses, fue su madre quien la llevó luego de que se realizara cortes en las muñecas con aparente intención suicida. Desde que llega al establecimiento de salud, Gaby debería tener acceso a los servicios de salud que requiere, recibir un diagnóstico presuntivo, una propuesta terapéutica, registro, seguimiento y comunicación a otras instituciones si el caso lo amerita, todo ello según las normas nacionales. Si los servicios requeridos no están disponibles en el establecimiento de salud debería ser referida a servicios de mayor grado resolutivo para obtener atención; sin embargo, en varias ocasiones los pacientes no encuentran consultas en psicología, lo cual influye en que muchos no busquen o continúen tratamientos psicoterapéuticos. Según Ferguson y Gupta, el enfoque etnográfico para el estudio del Estado nos permite poner especial atención en las prácticas cotidianas mediante las que este se produce localmente (Ferguson & Gupta, 2002). Por ejemplo, Gaby fue referida a consulta con Berta (trabajadora social) porque no había disponibilidad de consultas para psicología, su asistencia no fue sostenida y cuando logró la consulta por psicología fue referida al servicio de psiquiatría de un hospital general pero no asistió a ninguna cita. Es decir, dentro de los servicios de salud públicos, los prestadores permanentemente van negociando con las circunstancias, con las consecuencias y la propia experiencia local, lo cual tiene consecuencias de gravedad en el caso de Gaby y otros pacientes.

Berta: “Ella no encuentra cita por psicología aún, hay que esperar demasiado para poder tener cita por psicología y es que tenemos muy pocos psicólogos. Por ese motivo yo la estoy viendo, haciendo una especie de contención. Si yo no estuviera tratando de hablar con la familia y ver su situación que sería de ella. La psicóloga está muy cargada, está cansada. Algunos pacientes incluso se quejan de su mal humor, pero nosotros vemos que no se da abasto, deberíamos cuidar

la salud mental de nuestra psicóloga. Hemos pedido que contraten más psicólogos, pero no lo hacen, prefieren contratar más médicos. La mayoría de psicólogos están en los hospitales, pero no podemos referir de aquí a psicología, debería pasar primero por evaluaciones médicas”.

La madre es una figura importante en la vida de Gaby, es quien se hace cargo económicamente por ella y se preocupa por su estado de salud. Berta recuerda que la participación de la madre de Gaby siempre fue positiva, trata de participar activamente en la recuperación y es quien la lleva al establecimiento de salud cuando se presentan nuevos episodios de autoagresión.

Berta: “La madre de Gaby trata de estar presente lo más que puede, es buena, una persona tranquila y amorosa con su hija, pero Gaby no responde, tiene muchos problemas en el colegio, problemas con su familia. Por todo eso hemos comenzado a trabajar con ella. El problema con Gaby es que no supera que su padre se haya ido con otra persona, que tenga otros hijos, que a ellos les dé otras oportunidades a las que ella no tiene acceso, no maneja bien esos temas y por eso comenzó a cortarse. Le pedí que traiga su plan de vida claro, pero no tiene muchas ganas de hacer uno y recuperarse. A Gaby le cuesta entender que tiene personas que se preocupan por ella. Yo le digo que tiene que entender que su padre, a pesar de la distancia, está en su vida y que se preocupa por ella”.

Generalmente, para el estudio de la ideación suicida, desde las autolesiones hasta intentos de suicidio en adolescentes, se toman en consideración algunos aspectos como la autoestima del adolescente, la impulsividad, los problemas de cohesión y adaptabilidad familiar y el apoyo social (Salvo G & Melipillán A, 2008). Sin embargo, existen otros factores que intervienen en este proceso y son de gran importancia para el abordaje y tratamiento. Por ejemplo, el texto “Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales” menciona el rol clave de los vínculos familiares de los adolescentes, pero no desde la perspectiva del “vínculo interno” desde donde lo ve la psiquiatría y el psicoanálisis, sino desde la perspectiva externa (Pichon-Rivière, 2017), desde donde se puede analizar sus conexiones consigo mismo, con la familia, con el entorno social y sistemas más amplios de la comunidad. Es decir, analizar este contexto puede ser una manera de entender las motivaciones de un adolescente

con ideación suicida, pero al mismo tiempo es una forma de generar contención y vínculo, propiciar cercanía a ellos y evitar los intentos. Berta recuerda que la última consulta que tuvo con Gaby fue después de haber estado en un servicio de emergencia en un hospital general por haber ingerido varias pastillas y hacerse cortes con aparente intención suicida:

Berta: “La última vez que tuve consulta con ella, su madre me conto que Gaby quedó con un chico para salir por un chat de internet y que su papá había hackeado sus cuentas y pudo leer todo lo que quedaron, era para ver una película a solas, el padre alertó a la madre y ella fue a buscar a su hija a la casa del chico. Fue terrible porque los familiares del chico reaccionaron muy mal, dijeron que Gaby no es una santa, que ella no es virgen. Yo veo a Gaby como una chica bonita, pero se nota que es una chica de su casa, que no tiene calle. Entonces cuando la madre fue a la casa del chico, la madre del chico le dijo que le debería poner una inyección para no tener hijos porque es una ofrecida, que ella fue la que se ofreció a su hijo. La mamá de Gaby no soportó y se fue, luego unas primas del chico fueron a la casa de Gaby para seguir insultando. El padre de Gaby estuvo muy molesto, acusó a la madre de no cuidarla bien, discutió mucho con ella, la acusó de mantenida, luego Gaby intervino y las cosas se pusieron peor porque ella le dijo muchas cosas gruesas a su papá. Ambos padres decidieron no dejar que Gaby esté con este chico y Gaby luego se fue al baño con un cuchillo para cortarse. Ella dice que quería que su papá crea que se iba a matar, pero dice que en realidad no se quería matar. La madre dice que además tomó unas pastillas con la intención de matarse, tuvieron que hacerle un lavado gástrico. Todos le echan la culpa a la madre, la suegra le culpa, el padre también”. “Yo le digo a Gaby que sea consciente de que no puede estar yendo así a la casa de ese chico, que estando solos las cosas funcionan de otra manera, le dije que la carne es débil y que si salía embarazada que se dé cuenta del tipo de familia con el que se iba a meter. Es más, ni tuvieron relaciones y la familia del chico habló pestes. Traté de que entienda que, si sus padres no hacían lo que hicieron, su reputación estaría por los suelos y en el peor de los casos salía embarazada y quedaba emparentada con esa familia. Le pedí que valorara a su papá y a su mamá, que ella es como la arcilla que sus padres están moldeando”.

En el presente caso, Berta trata de hacer notar que, a pesar de las dificultades con las normas institucionales, se hace el esfuerzo de brindar a Gaby una atención adecuada y según sus necesidades. Al igual que en los sistemas particulares que brindan seguros de salud, en esta institución no se contempla la atención de intentos de suicidio, lesiones inferidas por la misma persona o lesiones inferidas por otras personas con su consentimiento. Esta situación hace que los profesionales de la salud replacen el diagnóstico real por uno ficticio, de esa manera no consideran el diagnóstico de “intento de suicidio” creando una estadística sesgada del problema.

Berta: “No creo que la institución la maltrate, más bien creo que estamos actuando a tiempo. El problema es su familia, ella no se siente atendida, siente que no le hacen caso. La institución está haciendo una atención adecuada con ella, le ayudaron todas las veces que necesitó tratamiento por sus intentos de suicidio. Recibe atención inmediata”.

5.2 Conclusiones del capítulo

Las narrativas de los prestadores de salud se centran en lo que ellos consideran historias de maltrato infantil, las mismas que dan lugar a lo que podemos llamar rutas de invisibilización del maltrato infantil en el gráfico No 2 (situado al final de las conclusiones del presente capítulo). Si bien es cierto, cada historia aquí presentada es adjudicada a un prestador de salud en particular, cada uno de los prestadores que labora en el establecimiento y que ha tenido contacto con él, tienen una versión de lo sucedido. Es así, que se hace evidente como la narración de la aflicción no es producto de un sujeto individual, como advierte Byron Good en su texto “Representación narrativa de la enfermedad”. Los relatos o historias de la enfermedad pueden ser enunciados tanto por los individuos que la padecen, como por sus familiares, en este caso, los observadores cercanos están constantemente influenciados por las convenciones socioculturales formando así una trama de narraciones (Good, 2003). Por otro lado, dentro de esta trama están presentes variadas versiones de un mismo caso cuyos finales quedan abiertos, los cuales a su vez, aportan diversas perspectivas, a esto es que Byron Good nombra como elementos subjuntivizadores, relatos que en ocasiones pueden ser opuestos pero al mismo tiempo son complementarios, donde los narradores

hacen suposiciones de los posibles finales según sus diversas experiencias personales y profesionales, es decir, quedan finales abiertos con distintas posibilidades y no certezas asentadas (Turner & Bruner, 1986).

Como se muestra en el gráfico No 2, en todos los casos, los pacientes tienen su primer acercamiento al establecimiento de salud debido a la consecuencia inmediata del tipo de maltrato infantil de la que fueron víctimas. En un primer momento son atendidos por un prestador de salud que corresponde al tipo de problema por el cual se solicita la consulta, en todos los casos, los prestadores de salud identificaron el maltrato infantil como causa de los problemas de salud, pero no fue considerado entre los diagnósticos. Posteriormente, se hace la referencia a otro prestador que, según los prestadores de salud, debería ser responsable de registrar dicho diagnóstico y realizar las acciones legales, en los tres casos se refirió a Trabajo Social, área que luego de realizar una evaluación social, refiere los tres casos sin registrar maltrato infantil a Psicología, ya que se reconocen como problemas de salud mental. Al igual que los otros prestadores, las trabajadoras sociales consideran que tampoco se encuentra dentro de sus competencias, finalmente Psicología hace registro de lo que se considera un diagnóstico menos problemático para profesional o beneficioso para el paciente. En todos los casos, los profesionales de salud, consideran que el registro y abordaje del caso de maltrato infantil, no se encuentra dentro de sus funciones y, por el contrario, es considerado una causa de problemas legales no reconocidos por la institución.

Como en el caso de Lucy, narrado por Marina y Berta, donde se identifica la situación de violencia vivida por Lucy. Ambas prestadoras consideran que la consecuencia directa de hacer el diagnóstico es reportar el caso a otras instituciones, lo cual implica problemas legales que ambas prestadoras no pretenden asumir. Marina aparentemente prefiere pasar por alto la situación, intenta a su manera, empoderar a Lucy y darle agencia frente a su madre y al nuevo esposo. Por su parte, Berta considera que lo sucedido es ampliamente favorable para Lucy y su madre. Sin embargo, el caso de Lucy también se podría identificar como un caso de trata, considerando que la mayoría de víctimas de trata de personas son mujeres según el Sistema de Registro Estadístico de Delito de Trata de Personas y Afines (RETA), pero también, podría responder a la construcción social y cultural de la masculinidad y femineidad en nuestro medio, donde se observa el ejercicio de relaciones de poder entre los hombres y las

mujeres, que se traducen también en el ámbito de la sexualidad, donde las mujeres asumen un rol de subordinación frente al hombre, el cual en algunas sociedades se encuentra normalizado y se ve agravado también por otros factores como la pobreza (Barrantes & Escalante, 2019).

De esa manera, se invisibiliza la violencia y se deja abierto el caso a distintos devenires según las interpretaciones de cada prestador. Al mismo tiempo, mediante estrategias narrativas intersubjetivas los prestadores utilizan formas culturales populares para narrar experiencias de los pacientes, evocando relaciones de poder enmarcadas dentro de un contexto sociocultural, lo que Byron Good denomina como el lugar del sufrimiento en la narración (Good, 2003). Siguiendo el mismo caso, es evidente la relación demostrada en la manera en que Berta se refiere en varias ocasiones a Lucy y su madre, usando frases como “es común por aquí”, “usan mejor ropa que yo, pero en realidad viven en los cerros”, “viven un mundo de mentira, porque su hogar es feo”; hace apreciaciones no solo como profesional, usa experiencias personales y con ello juzga la conducta de ambas, tratando de marcar distancia de ellas. Similar apreciación hace en el caso de Gaby, de quien considera por algunas características físicas, no debería tener problemas de salud mental “es una chica muy bonita, no sé cómo puede estar pasando por eso, tiene todo a su favor”. Por otro lado, en el caso de Pepe narrado por Karen, se hace evidente como la prestadora de salud, hace el uso de la posibilidad que tiene de obviar el diagnóstico de maltrato infantil por considerarlo problemático para ella, prefiere consignar un diagnóstico biomédico asumiendo una menor responsabilidad. Dicha actitud, de alguna manera, también fue reproducida por los policías que intervinieron en el caso según el relato, ya que identificaron el caso de maltrato, incluso llamaron la atención al agresor, pero no actuaron según la normativa nacional, probablemente también para evitar problemas posteriores o buscando asumir menor responsabilidad.

Dentro de la estructura de cada historia narrada, son varias las situaciones de violencia identificadas. Los casos expuestos son solo una parte de un grupo mucho más numeroso de casos de maltrato infantil que se presentan en el trabajo diario en el centro de salud. La manera en que los casos son seleccionados y propuestos por los mismos trabajadores entrevistados sugiere que los prestadores están en condiciones de identificar las situaciones de maltrato infantil, siendo posible confirmar esta presunción

durante la narración de las historias, cuando los prestadores manifiestan sentimientos de preocupación e incluso indignación frente a los hechos narrados. Aparentemente los prestadores tienen conocimientos generales sobre violencia y maltrato infantil, pueden reconocerlo y son conscientes de los efectos perjudiciales en la salud de un niño o adolescente, lo cual confirma lo propuesto por Mouesca quien considera que el personal de salud tiene las condiciones y se encuentra en una situación privilegiada para identificar y prevenir el maltrato infantil (Mouesca, 2015). Sin embargo, todos coinciden en que no está dentro sus funciones el diagnóstico, abordaje, registro y reporte a otras instituciones; como afirma Wirtz, los profesionales de la salud tienen más posibilidad de identificar y referir casos de maltrato infantil a las instituciones apropiadas, no obstante, el personal de salud no conoce o no se encuentra capacitado en el manejo de protocolos y, por consiguiente, no reportan los casos de violencia (Wirtz, 2016).

Con todo lo mencionado, se hace evidente el deseo de los prestadores de salud, pero también de los agentes policiales de obviar el caso, de dejarlo a alguien más, de evitar los problemas que puede acarrear. Entre los aspectos comunes identificados en los tres casos presentados se puede mencionar la acción de cambiar el diagnóstico por uno que en ocasiones podría facilitar el trabajo del prestador. De esta manera se evade algunas responsabilidades creando "Rutas de invisibilización". En otras ocasiones se cambia el diagnóstico con el objetivo de favorecer al paciente, como son los casos de intento de suicidio. Es decir, los prestadores permanentemente dialogan entre las normas existentes, sus experiencias y las rutinas establecidas en el centro de salud, en ocasiones para evitar asumir responsabilidades legales que demanda hacer un diagnóstico de este tipo, el cual al no estar protocolizado por la institución según refieren los prestadores entrevistados, se asume como una denuncia a título personal que conlleva problemas posteriores que no cuentan con asesoría ni respaldo de la institución y que a su vez implica tiempos prolongados en gestiones y trámites. Todos los entrevistados refieren haber tenido o atestiguado experiencias en las cuales se asumieron responsabilidades en casos de maltrato infantil y tuvieron que invertir tiempo que no es reconocido por la institución como productividad, en ese contexto se puede considerar que los prestadores permanentemente van negociando a su vez con las circunstancias, con las consecuencias, y la propia experiencia.

Grafico No 2: Rutas de invisibilización

Casos	Sucesos previos	Establecimiento de salud				Diagnóstico registrado	Diagnóstico no registrado
		Primer contacto		Segundo contacto			
Caso1 Lucy	Aparentemente la madre convence a su hija de 16 años para que inicie una relación y tenga un hijo con una persona mayor de edad y de esa manera conseguir beneficios económicos.	Obstetra Se hacen dos consultas, en la segunda se identifica un probable maltrato infantil y se hace referencia a servicio social y psicología. No se registra como maltrato Infantil.	→	Trabajo social Se hace una evaluación general sobre la familia y se brinda soporte. No se registra como maltrato.	→	Psicología Paciente no asiste a consulta, se pierde la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Madre adolescente • Maltrato infantil por parte de su madre • Posible explotación sexual, posible trata de personas.
Caso2 Pepe	Niño presencia violencia familiar, luego sufre agresiones físicas y psicológicas por parte del padre y posteriormente por parte de la madre.	Psicología Se hace una primera consulta, se identifica el maltrato infantil pero no se registra ni aborda.	→	Trabajo social Se hace una consulta, se evalúa de manera general a la familia, no se hace registro ni denuncias.	→	Psicología Se hace una segunda consulta, se evidencia un agravamiento de los síntomas. No se registra el maltrato infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno Emocional • Maltrato infantil de tipo físico y psicológico por parte de sus padres.
Caso3 Gaby	Adolescente que desde edades tempranas sufre la ausencia de parte de su padre, se autolesiona y presenta varios intentos de suicidio.	Medicina Se hace una primera consulta debido a las lesiones cortantes e intentos de suicidio en las atenciones de emergencia.	→	Trabajo social Se hace una consulta, y se evalúa a la familia, se identifica el maltrato infantil pero no es registrado.	→	Psicología Se hace una consulta, se evidencia también el maltrato infantil, pero no se registra.	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Lesión accidental por arma punzocortante • Maltrato infantil psicológico • Intentos de suicidio

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

La carencia de registro sobre casos de maltrato infantil en la institución de salud donde se hizo el presente estudio es una situación preocupante. La legislación actual y las acciones realizadas por el Estado en articulación con algunas instituciones nacionales de salud, contrasta con las acciones que realiza la mencionada institución, en especial si se toma en cuenta que el maltrato infantil es un problema de salud pública (Muzzi, 2006). Según el INEI (2015), el 81.3% de los menores entre los 12 y 18 años ha sido víctima de algún tipo de violencia y, por su parte, el Centro Emergencia Mujer reporta que en el 2017 se atendieron 30,681 casos de menores víctimas de maltrato infantil (MIMP, 2020). En ese sentido, los casos que se reconstruyen en esta investigación son solo una muestra de las situaciones que se presentan en el establecimiento de salud y de la manera en que son abordados por los prestadores.

Como se ha mencionado previamente, durante mi estancia como prestador de salud en el nivel hospitalario y primer nivel de atención, no fue posible evidenciar un proceso estandarizado de diagnóstico, registro, abordaje y reporte a otras instituciones de los casos de maltrato infantil. Es decir, no existen protocolos ni un área a nivel institucional que cumpla funciones específicas de coordinación respecto a temas de violencia y maltrato infantil en particular, tampoco respecto a otros temas de salud mental. Consecuentemente, la invisibilización del maltrato infantil, la poca respuesta del personal que labora en el establecimiento de salud, la ausencia de normas y protocolos institucionales respecto a maltrato infantil y los desencuentros entre la normativa existente con las acciones de los prestadores de salud, fueron aspectos que se repitieron en las tres historias que se relatan en el estudio. Son hallazgos que demandan una revisión en base a marcos conceptuales que hagan posible la discusión de fenómenos sociales y procesos institucionales. En ese sentido, se ha estudiado la ausencia de diagnóstico, abordaje y registro del maltrato infantil desde la perspectiva de la Antropología del Estado donde se muestra como se reproducen e instancian las normas según el criterio del personal y las posibilidades que brinda la institución (Sharma & Gupta, 2006).

Tal como argumentan Ferguson y Gupta, las políticas de salud como parte de las políticas públicas, continuamente se interpretan, modifican y constantemente se negocian en las rutinas diarias y el ámbito local (Ferguson & Gupta, 2002). Por ello, es necesario analizar las interrelaciones que se producen entre las normas existentes y los prestadores de salud, lo cual, a su vez, estaría contribuyendo a la invisibilización de un problema de salud pública como es el maltrato infantil. Además de la ausencia de normas institucionales y formas de apoyo claras y acordes con el marco legal vigente para la denuncia del maltrato infantil, intervienen otros aspectos como las experiencias personales de maltrato, la naturalización de la violencia y la consideración de algunos tipos de maltrato como maneras válidas de educar tanto por parte de los padres e incluso por parte de los prestadores (Ames, 2013).

6.1 Ausencia de registro: rutinas y prácticas institucionales que invisibilizan el diagnóstico

En un inicio, durante las conversaciones exploratorias que se hicieron en el trabajo de campo, se pudieron identificar varias experiencias de los prestadores de salud respecto a situaciones que podrían ser identificadas como maltrato infantil, sin embargo, la posibilidad de reconstruir los casos mencionados tuvo cierto grado de dificultad, debido a la posible desconfianza inicial y/o por la responsabilidad legal que implica haber participado en la identificación de un caso de maltrato infantil. Otra posible causa es que algunos prestadores refieren no haber participado directamente en el manejo de los casos, ya que en su mayoría consideran que, si bien es cierto es un problema de salud pública, el diagnóstico, abordaje y/o registro, no se encuentra dentro de sus funciones y al mismo tiempo representa la posibilidad de problemas legales que no son reconocidos por la institución.

Hablar de maltrato infantil, en el contexto de las recientes tendencias a no tolerar ningún tipo de violencia en niños y adolescentes, es un tema en el que no se brinda necesariamente la opinión verdadera. Es así que la manera de abordar las conversaciones en torno a las experiencias y opiniones del tema antes mencionado, implicó un acercamiento paciente, manteniendo abierta la posibilidad de que se sientan

en confianza de compartir experiencias de cómo afrontaron situaciones con pacientes víctimas de maltrato infantil. Esta apertura, permitió recoger información relevante no solamente respecto a los casos de maltrato infantil que se presentan en el establecimiento de salud y su manejo, sino permitió también recabar información importante para la elaboración de las trayectorias de vida y profesionales de los prestadores de salud, de esa manera contrastar los discursos con sus acciones (García, 2009). La reconstrucción de los casos de maltrato infantil no registrados en el establecimiento de salud se hizo a través de las entrevistas con los prestadores de salud. A manera de las autopsias verbales, metodología usada para estudios de salud en torno a casos de muerte infantil y materna (Jeanine Anderson, 1999), se indagó sobre casos de violencia, de los cuales se tomaron tres para la presente investigación.

Como se menciona con anterioridad a lo largo del texto, desarrollar una investigación etnográfica de cómo los profesionales de la salud identifican y abordan el maltrato infantil en sus prácticas cotidianas, implicó abordar diversos temas que se fueron presentando a lo largo de las observaciones y conversaciones durante el trabajo de campo. Las narraciones de aflicción o enfermedad que brindan los prestadores de salud, fueron casos en los que participaron, ya sea como responsables u observadores y que valoran según sus capitales y sus propias experiencias personales de violencia. Algo que queda claro dentro de los relatos y la observación, es que los prestadores están en condiciones de identificar y registrar el maltrato infantil, la mayoría coincide, al menos en el discurso, en que el maltrato infantil es una manera inaceptable de educar y llamar la atención en los niños y adolescentes, pero no registran el diagnóstico ni reportan, tal como también se ha encontrado en otros estudios en prestadores de salud, donde se concluye que se encuentran en el lugar idóneo para identificar casos de violencia y hacer las referencias a las instituciones apropiadas, pero una inadecuada difusión de protocolos, poca cooperación intersectorial, infraestructura limitada y recursos humanos insuficientes hacen que el registro de los casos de maltrato no se realice (A. Wirtz, 2016). La justificación que se desprende de los casos narrados, es que tanto en el caso de Lucy, de Pepe y de Gaby, no se hace el diagnóstico debido a las consecuencias que podría acarrear a los prestadores, es decir, los problemas judiciales, el poco apoyo de la institución y el no reconocimiento del tiempo invertido son algunas de las causas que se advierten.

Las consecuencias de esta manera de manejar los casos de maltrato infantil, es que los pacientes no reciben el tratamiento adecuado, no se registran los casos impidiendo estudios sobre el tema y como se demostró en las conclusiones del quinto capítulo, finalmente se invisibilizan los casos, evitando evidenciar un problema urgente en nuestro país. Es importante tomar en consideración las condiciones que generan las situaciones de violencia y vulnerabilidad, el tipo de maltrato infantil ejecutado, el ingreso al establecimiento de salud y la manera en que se hace el manejo de los casos hasta que se convierten en diagnósticos médicos aceptables. Todo ello, genera la omisión de un diagnóstico que implicaría el pensar en causas no relacionadas al saber médico, sino más bien ligadas a causas económicas, sociales y culturales. Como se observa en la reconstrucción de las rutas de invisibilización de los casos planteados, se identificó que los prestadores están en condiciones de reconocer el maltrato infantil, pero no lo registran por considerarlo como competencia de otro profesional y justificado también por la ausencia de normas y protocolos institucionales. Otra causa identificada, es que se da prioridad a otros diagnósticos, por considerarlos beneficiosos para el paciente y para el prestador de salud, ya que evita problemas laborales e incluso legales que, según refieren, se puede generar con el registro de dicho diagnóstico.

6.2 Experiencias que influyen sobre otras experiencias: trayectorias de vida y trayectorias profesionales de los prestadores de salud

Desde el enfoque fenomenológico-interpretativo, usado por Byron Good para analizar y comprender el significado que las personas les otorgan a sus experiencias (Good, 2003), ha sido labor de la investigación indagar sobre las trayectorias de vida de los prestadores de salud y las narrativas que estos tienen al respecto. De esa manera, es posible sugerir, mediante los relatos compartidos, la observación del campo y el análisis en base a trabajos sobre el tema, cómo el deficiente diagnóstico, abordaje y registro del maltrato infantil se ve influenciado por las experiencias personales y la formación profesional de los prestadores de salud, sin embargo, según las trayectorias de vida, los profesionales de salud aparentemente si son capaces de identificar el maltrato infantil. Es decir, las experiencias personales de violencia probablemente no impactan la capacidad de reconocer el maltrato infantil, pero si influyen en la manera como es valorado, el modo en que se configuran sus marcos de interpretación en relación a sus experiencias, y capitales adquiridos a lo largo de su desarrollo profesional. Las

experiencias se viven de manera diferente según los contextos familiares, sociales y formación académica, los cuales terminan por afectar de manera notable su calidad de vida, de esa forma se van configurando “los capitales” mediante los cuales se tiene una visión del mundo desde donde se posicionan y comprenden al otro y su realidad social (García, 2008).

Así por ejemplo, los cuatro prestadores relatan sobre sus motivaciones para la elección de las carreras de salud, no suelen seguir necesariamente el deseo de ayudar al prójimo como señalan en un principio, sino más bien forman parte de una agenda relacionada con presiones familiares y un aparente deseo de reconocimiento, la cual en ocasiones se ve truncada por diversos motivos. Otro factor es que el maltrato infantil en la historia de vida de los prestadores de salud, algo que lamentablemente no es inusual, la exposición a episodios de violencia ya sea como víctimas o como espectadores, aunque en algunos casos se esfuercen a minimizarlo, incide en su manera de valorar los casos identificados de maltrato infantil y consecuentemente en su práctica profesional (Bourdieu, 1997b; García, 2009).

Por otro lado, y tomando en consideración el concepto de “habitus médico autoritario” desarrollado por Castro (2014), se reparó en lo determinante de la formación profesional. Como se advirtió en la observación participante y narración de los prestadores de salud, durante los años de pregrado y primeras experiencias laborales, ellos han estado expuestos a diferentes experiencias marcadas por violencia de diversos tipos, desde el castigo como forma válida de enseñar hasta algunas situaciones de violencia de género que se normalizan tanto en la formación profesional como en la vida laboral, así lo comenta Oscar quien considera que durante la formación profesional la violencia de género es aceptada incluso se prolonga a la vida profesional, esto último es corroborado por Berta quien refiere haber vivido experiencias de acoso en su vida en establecimientos de salud, las cuales, según comenta, aprendió a manejar. Adicionalmente, se interioriza una serie de creencias respecto a la casuística y actividades que generan rédito y reconocimiento profesional. Es de esa manera que se estructura una manera de pensar, actuar y sentir de los prestadores de salud, los cuales llegan a naturalizar estructuras jerárquicas, maltrato y desigualdad entre prestadores, las cuales se normalizan y aceptan a su vez en la práctica clínica, configurándose un posible trato violento también a los pacientes (Castro, 2014).

A partir de lo explicado por los prestadores de salud y tomando en consideración que el maltrato infantil cuando es naturalizado puede ser aceptado como una manera válida de educar o de llamar la atención (Ames, 2013; Pinheiro, 2006), ha sido posible identificar algunos aspectos importantes del contexto y experiencia de los profesionales de salud para comprender la ausencia del diagnóstico, no registro de casos y demotivación para abordar los casos de maltrato infantil, como se aprecia en las conclusiones del cuarto capítulo: 1. Situaciones de maltrato infantil u otros tipos de violencia a las que fueron expuestos los prestadores de salud durante su vida personal 2. Situaciones de violencia vivida durante la formación profesional, 3. Experiencias de violencia en el trabajo y 4. Experiencias negativas frente al diagnóstico y reporte de casos de maltrato infantil en el establecimiento de salud.

Las relaciones jerárquicas y discriminatorias interiorizadas en los prestadores de salud, en parte por sus experiencias personales, por la formación profesional o por las experiencias laborales, se conforman y manifiestan también en el establecimiento de salud (Castro, 2014). Configurando dinámicas de trabajo basadas en relaciones de poder, donde prima la productividad y el no reconocimiento de algunas actividades, la misma que se manifiesta también en la relación entre los prestadores y los pacientes, en el caso de Berta por ejemplo, tuvo experiencias cercanas a lo que significa realizar un reporte sobre un caso de maltrato infantil a otra institución, lo cual significó sobrellevar problemas legales que asumió de manera personal sin ser reconocida ni asistida por la institución. De la misma manera los demás prestadores, han tenido experiencias cercanas o han compartido la experiencia de otros colegas en situaciones similares, lo cual determina una lógica de evitar responsabilidades que consideran extralaborales y no reconocidas por los jefes directos, con una consecuente invisibilización voluntaria de los problemas de maltrato infantil. En los cuatro casos presentados, las experiencias han sido determinantes en su toma de decisiones, lo que se hace evidente en el análisis de las trayectorias profesionales, la violencia vivida en la vida personal, la formación profesional y el ambiente laboral, impactaron en su modo de actuar e interpretar el maltrato infantil.

6.3 Marcos institucionales: de la interpretación a la acción

La presente investigación toma como uno de sus referentes teóricos el enfoque etnográfico para el estudio del Estado, el cual permite analizar con especial atención las prácticas cotidianas mediante las que este se produce localmente, analizando cómo se constituye según la percepción que las personas tienen de él y al mismo tiempo este se reproduce en sus vidas (Sharma & Gupta, 2006). Desde esta perspectiva, vemos como se relaciona el Estado con la sociedad a través de acciones o inacciones institucionales, las cuales estarían limitando el registro y abordaje de los casos de maltrato infantil en los servicios de salud. En ese sentido, según lo comentado por los prestadores que colaboraron en el presente estudio y las indagaciones realizadas en la institución, es posible afirmar que la institución y el establecimiento no cuentan con protocolos o guías clínicas para el manejo de los casos de maltrato infantil y a pesar de que los prestadores declaran conocer al menos en forma parcial las normas nacionales, consideran no estar capacitados para su aplicación en el establecimiento.

Sin embargo, la ausencia de normas institucionales aparentemente no es la única causa de las dificultades que se presentan en el establecimiento, pues otra situación percibida es la falta de claridad institucional respecto a los protocolos, roles, funciones y responsabilidades legales que deben cumplir los prestadores de salud frente a un tema como el maltrato infantil, es frecuente escuchar por parte de ellos que el diagnóstico y registro del maltrato infantil no se encuentra dentro de sus funciones, suponiendo que dichas acciones deben ser función de otro prestador de salud. En consecuencia, las interacciones entre los prestadores de salud y los pacientes se generan dentro de una percepción de escaso margen de agencia por parte de los prestadores y lo que ellos consideran sus funciones profesionales. Adicionalmente, según los casos reconstruidos, se evidencia que los prestadores de salud no encuentran incentivos de ningún tipo para realizar actividades de diagnóstico y registro del maltrato infantil, por el contrario, según los casos revisados se han narrado experiencias que se podrían interpretar como un desincentivo. Con todo ello, a pesar de la carga laboral, las características de los espacios físicos donde se labora, los recursos disponibles, el clima laboral y productividad requerida por la institución, los prestadores generan las estrategias para cumplir lo que consideran como sus funciones y en el tiempo establecido, según los protocolos existentes y tratando de lograr las metas propuestas

por la institución (Cerna et al., 2017).

Otro aspecto de importancia es la manera en que la institución, mediante las normas existentes, se relaciona con los prestadores de salud y mediante ellos con los pacientes. En el caso de Gaby, los prestadores de salud, a manera de negociación con las normas institucionales cambiaron el diagnóstico, evitando de esa forma posibles problemas tanto para la paciente como para los prestadores, siempre dentro de los marcos permitidos o aceptados para que pueda recibir la atención básica requerida y en tiempos prudentes. Por su parte, Karen (psicóloga) considera que las normas institucionales existentes no priorizan el tema de la salud mental y menos el de violencia en niños. Se evidencia en la observación, las limitadas condiciones del espacio donde labora y también que para sobrellevar las consecuentes carencias de materiales, es ella es quien adquiere sus propios instrumentos de evaluación, adaptándose a las circunstancias. Por otro lado, hace hincapié en el pobre apoyo recibido por la institución en situaciones legales que son consecuencia del trabajo que desempeñan. Esto último coincide con la apreciación de Berta (trabajadora social), quién en varias oportunidades, según la entrevista y la observación participante, se ha visto haciendo denuncias a título personal por casos de violencia detectados en el establecimiento de salud sin ningún apoyo ni reconocimiento al tiempo invertido. Esta situación es la que tienen presente Marina (obstetra) y Oscar (médico), que si bien es cierto no han sufrido en carne propia dichas experiencias, refieren tener colegas que han pasado experiencias similares, motivo por el cual, evitan voluntariamente responsabilidades, disminuyendo su agencia frente al maltrato infantil. Es decir, las estructuras existentes demarcan las acciones de cada agente, pero es también la agencia de cada uno de ellos que redefine las estructuras existentes (Ortner, 1984).

En conclusión, los marcos de interpretación y prácticas de los profesionales de salud frente al maltrato infantil, se ve influenciado por diversos factores que desfavorecen su diagnóstico, registro y abordaje. En síntesis, las experiencias personales, profesionales y laborales de violencia aparentemente no afectan la capacidad de identificación de maltrato infantil por parte de los prestadores, pero si influyen en la manera como se valora, interpreta y asume profesionalmente los casos. Adicionalmente, todo ello se da dentro de un marco donde la falta de normas institucionales y protocolos no brinda claridad sobre las responsabilidades y forma de abordaje respecto al maltrato infantil.

Tampoco existen motivación y reconocimiento de ningún tipo respecto al tema, por el contrario, su registro y abordaje devienen en causa de inconvenientes y problemas laborales. Todo ello contribuye a que los casos de maltrato infantil se invisibilicen en el establecimiento y en el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

- Alfonso, P. (2016). *Prevención del maltrato infantil: Situación de la política pública en Bogotá*. <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/21042>
- Ames, P. (2013). *Entre el rigor y el cariño: Infancia y violencia en comunidades andinas*. Instituto de Estudios Peruanos, IEP.
- Ames, P., & Crisóstomo, M. (2019). *Formas de prevención y atención de la violencia contra los niños y niñas en zonas rurales*.
- Anderson, Janine. (2006). *Entre cero y cien: Socialización y desarrollo en la niñez temprana en el Perú*. Ministerio de Educación. Dirección de Educación inicial.
- Anderson, Jeanine. (1999). *Mujeres de negro: La muerte materna en zonas rurales del Perú: estudio de casos / Jeanine Anderson, coord.* Ministerio de Salud-Proyecto 2000.
- Anderson, Jeanine. (2000). *Narrativas de aflicción de mujeres andinas*.
- Arnillas, G. (2011). *Factores de riesgo frente a la ocurrencia de abuso sexual a niñas y niños en barrios tugurizados de Lima Metropolitana: Frente a la ocurrencia de abuso sexual a niñas y niños en barrios tugurizados de Lima Metropolitana* (Primera edición, segunda reimpresión). ASPEM.
- Barrantes, C., & Escalante, G. (2019, abril 18). Madre de Dios: La ruta del oro entre el cielo y el infierno de Carmen Barrantes y Gonzalo Escalante. *Terre des Hommes Suisse Perú*.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2004). *Cosas dichas*.
<https://www.casadellibro.com/libro-cosas-dichas/9789688521250/992382>
- Boza, B. (2007). *Vigilancia ciudadana de la acción del estado sobre la infancia. Capítulo: Gasto público con incidencia en infancia: Análisis comparativo entre Demunas y Wawa Wasis*. 189.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano (SIBE)*. SIBE.
<http://bibliotecasibe.ecosur.mx/sibe/book/000053644>

- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 32.
- CEPAL. (2009). *Maltrato infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro*. Repositorio CEPAL.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35986/1/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF_es.pdf
- Cerna, D. (2017). *Acá no hay ventanillas: La burocracia de la calle en los programas sociales* (Bib. CCSS HN 347 A; 1a ed.). IEP, Instituto de Estudios Peruanos.
- Cerna, D., García, L., Puémape, F., Rentería, M., Rozas, L., & Sosa, P. (2017). *Acá no hay ventanillas. La burocracia de la calle en los programas sociales – Fondo Editorial del IEP*. <https://fondoeditorial.iep.org.pe/producto/aca-no-hay-ventanillas-la-burocracia-de-la-calle-en-los-programas-sociales/>
- Defensoría del Pueblo. (2013). *Fortalezcamos las DEMUNA - Defensoría del Pueblo*.
- Ewig, C. (2012). *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud en el Perú – Fondo Editorial del IEP*. <https://fondoeditorial.iep.org.pe/producto/neoliberalismo-de-la-segunda-ola-genero-raza-y-reforma-del-sector-salud-en-el-peru/>
- Ferguson, J., & Gupta, A. (2002). Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality. *American Ethnologist*, 29(4), 981-1002.
- Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., & Prinstein, M. J. (2014). Low Implicit and Explicit Aversion Toward Self-Cutting Stimuli Longitudinally Predict Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of abnormal psychology*, 123(2), 463-469. <https://doi.org/10.1037/a0036436>
- García, C. (2009). *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Interculturalidad como uno de los desafíos del Siglo XXI - Aula Intercultural*. <https://aulaintercultural.org/2009/11/06/hegemonia-e-interculturalidad-poblaciones-originarias-y-migrantes-interculturalidad-como-uno-de-los-desafios-del-siglo-xxi/>
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas / Clifford Geertz*. Gedisa.
- Gonzales, M. (2017). Incidencia de los servicios de DEMUNA de los gobiernos locales de Acomayo y Acos de la provincia de Acomayo-Cusco en la reducción de la violencia y en ser considerados como referentes en la protección de

derechos de los niños, niñas y adolescentes: propuesta de medidas de política que garanticen un servicio eficaz y eficiente que contribuya en la reducción de la violencia contra la niñez. *Pontificia Universidad Católica del Perú*. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8465>

- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica* / Byron J. Good. Bellaterra.
- Guber, R. (2014). *La etnografía: Método, campo y reflexividad* / Rosana Guber. ([2a ed.]). Siglo Veintiuno.
- Guerrero, G., & Rojas, V. (2016). *Understanding Children's Experiences of Violence in Peru: Evidence from Young Lives*. UNICEF. <https://www.unicef-irc.org/publications/865-understanding-childrens-experiences-of-violence-in-peru-evidence-from-young-lives.html>
- INEI. (2015). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES - 2015. Catálogo de Publicaciones y Servicios 2021*. <https://www.inei.gob.pe/media/difusion/app/#p=8>
- Kapiszewski, D., MacLean, L. M., & Read, B. L. (2015). *Field Research in Political Science: Practices and Principles*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511794551>
- MIMP. (2017). *Informe estadístico, Violencia en cifras, CEM*. https://www.google.com/search?q=Centro+Emergencia+Mujer+el+2017+se+atendieron+30%2C681+casos+de+violencia+en+menores+de+18+a%C3%B1os&rlz=1C5CHFA_enPE918PE918&oq=Centro+Emergencia+Mujer+el+2017+se+atendieron+30%2C681+casos+de+violencia+en+menores+de+18+a%C3%B1os&aqs=chrome.69i57.1627j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- MIMP. (2020). *Guía de Atención Integral de los Centros "Emergencia Mujer"*. <https://www.gob.pe/mimp>
- Ministerio Público. (2015). *Observatorio de criminalidad - Dossier informativo. 28*.
- Mouesca, J. (2015). *Prevención del maltrato infantil: Función del pediatra*. *Sociedad Argentina de Pediatría*. <http://www.sap.org.ar/>
- Muzzi, M. (2006). *Las obligaciones del Estado frente a la salud: El maltrato infantil y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS)*. Las obligaciones del Estado frente a la salud: el maltrato ...revistas.pucp.edu.pe > article
- OMS. (2020). *Violencia contra los niños*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

- Ortner, S. (1984). Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 26(1), 126-166.
- Páez, G. (2016). La problemática de la defensa de los derechos del niño y del adolescente en la Demuna de la provincia de Huaylas en relación a la búsqueda del bienestar subjetivo. *Pontificia Universidad Católica del Perú*. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7488>
- Palacio, J. (2014). *Aspectos claves. Psiquiatría infantil*. www.storytel.com. <https://www.storytel.com/es/es/books/660414-Aspectos-claves-Psiquiatria-infantil>
- Patil, R. R. (2014). Caste-, work-, and descent-based discrimination as a determinant of health in social epidemiology. *Social Work in Public Health*, 29(4), 342-349. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.821363>
- Peng, J., Shao, J., Zhu, H., Yu, C., Yao, W., Yao, H., Shi, J., & Xiang, H. (2015). A systems approach to addressing child maltreatment in China: China needs a formalized child protection system. *Child abuse & neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.008>
- Pichon-Rivière, E. (2017, febrero 7). *La teoría del vínculo*. <https://psicologiyamente.com/social/teoria-vinculo-pichon-riviere>
- Pinheiro, P. (2006). *World report on violence against children* /. Naciones Unidas. <https://digitallibrary.un.org/record/587334>
- Reyes, E. (2007). En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú. Lima. *Anthropologica*, 26(26), 233-234.
- Reyes, E. (2011). «Allá es clínicamente así: Saber llegar». De la formación a la práctica profesional médica. El Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS). *Apuntes. Revista de ciencias sociales*, 55-80. <https://doi.org/10.21678/apuntes.69.631>
- Rojas, D. (2019). *DIARIO DE UN INTERNO DE MEDICINA. APROXIMACIONES A LA EDUCACIÓN MÉDICA Y AL SISTEMA DE SALUD EN LIMA, PERÚ – Fondo Editorial del IEP*. <https://fondoeditorial.iep.org.pe/producto/diario-de-un-interno-de-medicina-aproximaciones-a-la-educacion-medica-y-al-sistema-de-salud-en-lima-peru/>
- Salvo G, L., & Melipillán A, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(2), 115-123. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272008000200005>

- Sharma, A., & Gupta, A. (Eds.). (2006). *The Anthropology of the State: A Reader*.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos: El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú / Kimberly Theidon*. IEP.
- Turner, V., & Bruner, E. (1986). *La antropología de la experiencia*. https://monoskop.org/File:Turner_Victor_Bruner_Edward_The_Anthropology_of_experience_1986.pdf
- Wirtz, A. (2016). *Protocols for the provision of care for survivors of violence against children*. <https://www.unicef.org/lac/en/reports/protocols-provision-care-survivors-violence-against-children>
- Yon, C. (2014). *Vulnerabilidad social, salud y derechos sexuales de adolescentes ayacuchanos / Carmen Yon Leau*.
- Zevallos, N., Mujica, H., & Vizcarra, S. (2016). *Problemas en los servicios de salud y justicia en la atención a víctimas de violación sexual en el Perú: Un estudio exploratorio sobre el departamento de Huánuco*. Promsex. <https://promsex.org/publicaciones/problemas-en-los-servicios-de-salud-y-justicia-en-la-atencion-a-victimas-de-violacion-sexual-en-el-peru-un-estudio-exploratorio-sobre-el-departamento-de-huanuco/>

