

intercambio

Revista Jesuita de
Cultura Social

N° 71 Invierno 2026

No hay salud
sin salud
mental

[p. 6]

Estado
de Sitio:
inseguridad,
salud mental
y la deriva
autoritaria de
la violencia
en el Perú

[p. 15]

Pantallas que
duelen: redes
sociales,
ansiedad y salud
mental en los
jóvenes

[p. 40]

Salud mental, fe y
dignidad humana: una
mirada integradora
desde la práctica clínica
social-comunitaria

[p. 61]

Cuidar la mente de
un país en crisis
Salud mental, violencia
y fe en el Perú

intercambio

Revista Jesuita de Cultura Social

Director

Frank Gutiérrez Blas, SJ

Consejo Editorial

Joseph Dager

Karem Farfán

Álvaro Méndez

Adolfo Domínguez, SJ

José Luis Gordillo, SJ

Edición

Álvaro Fabián Suárez

Colaboran

Yolanda Arribasplata, Mariana Caro, Antonio Carrón,
OAR, Alberto de la Calle, Kevin Flaherty, SJ, Ana María
Guerrero, Sonia Igei, Rosa Isla, Claudia Neyra, Derek
Osain, Juan Antonio Pérez del Solar, Isabel Vásquez,
Daniel Navarro, Daniel Yépez.

Diseño y Diagramación

Romy Kanashiro / Omar Gavilano

Dirección

Costa Rica 256, Jesús María, Lima

Teléfonos: (51) (1) 461-8803 / 463-5006

Para enviar informaciones o sugerencias escribir a:

revista@intercambio.pe

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del
Perú N° 2010-08595

contenidos

[Política]

No hay salud sin salud mental

Isabel Vásquez

6

Desafíos de la salud mental en el Perú desde la atención especializada

Mariana Caro

11

Estado de Sitio: inseguridad, salud mental y la deriva autoritaria de la violencia en el Perú

Derek Osain

15

[Regiones]

El Alto Amazonas en la piel: de la herencia del pasado a los malestares del presente

Alberto de la Calle

20

[Debates]

Más allá del acompañamiento: cuidado emocional comunitario en un país herido

Ana María Guerrero

26

Suicidio en el Perú: una crisis silenciosa

Rosa Isla

34

Pantallas que duelen: redes sociales, ansiedad y salud mental en los jóvenes

Antonio Carrón, OAR

40

Crianza con ternura: la fuerza de los vínculos para la salud mental

Daniel Yépez

45

[Mundo]

Cuando parar deja de ser una opción. Burnout y desgaste emocional: ¿el malestar de nuestra época?

Sonia Igei / Daniel Navarro

50

[Espiritualidad]

El lugar de la espiritualidad en el proceso terapéutico

José Antonio Pérez del Solar

56

Salud mental, fe y dignidad humana: una mirada integradora desde la práctica clínica social-comunitaria

Yolanda Arribasplata, CSJ / Kevin Flaherty, SJ

61

[Cultura]

El arte como camino: expresión, creación y transformación desde las artes

Claudia Neyra

67

editorial



Cuidar no es fácil en el Perú de hoy. Vivimos rodeados de señales que parecen decir lo contrario: la extorsión que ahoga a comerciantes y transportistas, el miedo que reorganiza nuestras rutinas más básicas, la desconfianza que ha ido vaciando de sentido a buena parte de nuestras instituciones. En ese clima, cuidar la mente —la propia y la del otro— puede sentirse como un lujo que no nos podemos dar.

Este número de Intercambio nace de la convicción contraria:

que ese cuidado no es un lujo sino una urgencia. Por eso lo titulamos «Cuidar la mente de un país en crisis». No basta con diagnosticar nuestro malestar colectivo. Hay que disponerse también a responder por él.

Isabel Vásquez y Mariana Caro abren el número desde la experiencia clínica. Su balance es honesto: el Perú ha avanzado. Hoy tenemos más centros de salud mental comunitaria, más presupuesto y más profesionales formados. Pero seguimos lejos de cubrir la demanda real. Y el estigma sigue siendo uno de los obstáculos más persistentes para sanar. Derek Osain va a la raíz estructural de ese malestar: el miedo crónico a la inseguridad y la corrupción no solo enferman a las personas. También preparan el

terreno para que el autoritarismo se presente como la única salida.

Esa herida se vive distinto según dónde a uno le tocó nacer. Alberto de la Calle nos lleva al Alto Amazonas y nos muestra algo que no es una curiosidad antropológica: el sufrimiento psíquico de los pueblos awajún es la huella de transformaciones económicas y culturales que han debilitado, en pocas décadas, los cuidados que antes sostenían a esas comunidades.

Hay urgencias que no admiten espera y preguntas que preferimos no hacernos. Rosa Isla documenta una crisis de suicidio que la conversación pública prefiere no ver. Antonio Carrón, OAR, examina el costo emocional de crecer bajo la mirada constante de una pantalla y nos obliga a tomar partido: ¿una tecnología neutral o un diseño que sabemos que desgasta a nuestros jóvenes? Daniel Yépez nos devuelve a la raíz más temprana de todo esto, la crianza, y a una posibilidad hermosa: que los vínculos tiernos de hoy sanen las heridas que no resolvimos ayer. Ana María Guerrero cierra este bloque con una pregunta que recoge a los tres anteriores: ¿qué cuidado comunitario podemos construir cuando ni siquiera tenemos las palabras para nombrar lo que nos duele?

El malestar contemporáneo no respeta fronteras. Sonia Igei y Daniel Navarro le ponen nombre a algo que excede al Perú y que muchos reconocerán como propio: el agotamiento (*burnout*) de quienes ya no distinguen entre descansar y sentirse culpables por hacerlo.

Cerramos con una mirada que no es un capítulo aparte, sino el horizonte de todo lo anterior. José Antonio Pérez Del Solar nos recuerda que ninguna terapia es neutral frente a las preguntas últimas de sentido y trascendencia que trae cada persona. Yolanda Arribasplata, CSJ, y Kevin Flaherty, SJ, lo dicen con una claridad que nos interpela: la fe vivida con hondura no es un consuelo barato frente al sufrimiento, es una experiencia concreta de dignidad para quienes el país ha tratado como descartables. Su mirada nos recuerda al buen samaritano del Evangelio, el que se detiene en el camino, se acerca al herido y se hace cargo de él sin preguntar antes si lo merece. Es también lo que san Ignacio nos enseñó a nombrar como *cura personalis*: atender a la persona entera —cuerpo, mente y espíritu— y no solo el síntoma que terminó haciéndose visible. Claudia Neyra cierra el número recordándonos que el arte también es un camino legítimo para sanar lo que las palabras todavía no alcanzan a nombrar: el cuerpo que se mueve, la imagen que se crea, el sonido que se comparte.

Cuidar la mente de un país en crisis no es solo tarea de especialistas. Es una vocación que el Evangelio y la espiritualidad ignaciana nos ayudan a nombrar: detenernos, acercarnos, hacernos cargo. Esperamos que este número de Intercambio sea una invitación a tan bonita y desafiante tarea: el cuidar los unos a los otros. ■

Frank Gutiérrez Blas, SJ
DIRECTOR

Isabel Vásquez
MÉDICO PSIQUIATRA Y DOCENTE*

No hay salud sin salud mental



Este lema, que figura a la entrada del Instituto Nacional de Salud Mental, expresa una verdad tan grande como desconocida. Durante mucho tiempo, la salud se dividió en dos ámbitos: salud física y salud mental. Del mismo modo, las enfermedades fueron clasificadas como orgánicas (de origen «puramente biológico») o mentales. Esta distinción pasó por alto que el ser humano es único e indivisible, cuyas manifestaciones psíquicas repercuten en el funcionamiento del cuerpo y

cuyas alteraciones aparentemente biológicas también influyen en las emociones, los pensamientos y las conductas. Además, esta división ignora que el ser humano vive en estrecha interacción con sus semejantes y con el medio ambiente, nuestra casa común.

Debido a esta situación, no se atiende correctamente la magnitud de la carga global de la enfermedad debida a los trastornos mentales, aunque estos tienen efectos adversos de carácter so-

cial, económico y humano¹. Las personas que tienen estas enfermedades son descuidadas tradicionalmente por los responsables de la generación de políticas dirigidas a la prevención, detección precoz, tratamiento y recuperación de estas mismas, además también sufren discriminación y segregación de parte de los mismos vecinos y familiares.

"La experiencia de los profesionales y técnicos que trabajan en los CSMC y centros de salud revela una tensión constante entre la formación recibida y las condiciones reales de trabajo."

Uno de los mecanismos de respuesta ha sido la atención desde el primer nivel de salud. Fuera de los modelos usuales, reactivos, donde se busca detectar la enfermedad o condición y resolverla o derivar al paciente a otra instancia, si el problema supera el nivel de resolución del establecimiento, el modelo actual apunta a trabajar con un enfoque en la población y los ciudadanos en su contexto económico y social, con la perspectiva de mejorar las condiciones sociales durante el curso de vida con una perspectiva de largo plazo. Ello también implica un compromiso con la justicia social y la equidad, atendiendo las necesidades de las poblaciones usualmente desatendidas, por pobreza, lejanía, carencia de hogar, víctimas de violencia, inmigrantes, niños, adolescentes y adultos mayores. El enfoque debe priorizar la promoción y prevención de la salud, ofreciendo servicios en

equipo con la población y los trabajadores de primer nivel. Es en este espacio donde los centros de salud mental comunitarios (CSMC), creados luego de la reforma de los servicios de salud mental en el Perú, juegan un papel importante tanto en la atención como en el enlace con otras instancias². Estos realizan actividades preventivo promocionales en colaboración con organizaciones de la sociedad civil y de otras instancias del estado. Reciben pacientes derivados de los centros de salud generales para brindar atención integral de salud, derivan algunos a los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y reciben a quienes están recuperados, participando también en la prevención de situaciones como la violencia familiar, las adicciones y las conductas antisociales, detectando casos y apoyando en su recuperación³.

El punto crítico para la acción de los CSMC, como en toda entidad que atiende a personas, es el personal que las pone en marcha. Médicos psiquiatras y de familia, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas físicos, farmacéuticos, otros profesionales, personal técnico y administrativo conforman el personal que los conduce⁴. La experiencia de los profesionales y técnicos que trabajan en los CSMC y centros de salud revela una tensión constante entre la formación recibida y las condiciones reales de trabajo. Aunque la mayoría reconoce que

- 1 Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- 2 Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286. <https://doi.org/10.1002/WPS.20349>
- 3 Ley N.º 30947 - Normas y documentos legales - Congreso de la República - Plataforma del Estado Peruano. (n.d.). Retrieved May 25, 2026, from <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>.
- 4 Norma técnica de salud: Centros de salud mental comunitarios - Informes y publicaciones - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano. (n.d.). Retrieved May 25, 2026, from <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279706-norma-tecnica-de-salud-centros-de-salud-mental-comunitarios>



Foto: ANDINA

su formación clínica —hospitalaria y comunitaria— les brindó herramientas para el abordaje diagnóstico y terapéutico, también indican que hay deficiencias no cubiertas en áreas administrativas, gestión de recursos y trabajo interdisciplinario.

La transición desde un entorno formativo estructurado en hospitales especializados y en hospitales generales (con rotaciones ocasionales en el caso de los psiquiatras y psicólogos en CSMC) hacia un escenario comunitario con recursos limitados obliga a los profesionales a desarrollar adaptaciones rápidas, creatividad clínica y una comprensión más amplia del contexto social.

A nivel personal, los desafíos se concentran en la alta demanda asistencial, sobre todo en el caso de los médicos, la necesidad de realizar entrevistas breves y decisiones terapéuticas rápidas, así como el manejo de emergencias con escasos recursos. Un problema extra es el estigma hacia la psiquiatría —tanto en el personal como en los usuarios— que aparece como un obstáculo transversal que afecta la adherencia, la colaboración interprofesional y la percepción del rol del psiquiatra.

5 Toyama, M., Castillo, H., Galea, J. T., Brandt, L. R., Mendoza, M., Herrera, V., Mitranj, M., Cutipé, Y., Caverio, V., Diez-Canseco, F., & Miranda, J. J. (2017). Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(9), 501. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2017.07>

La falta de recursos diagnósticos y terapéuticos, junto con la exigencia de trabajo de campo, añade una carga emocional y operativa considerable. En este último caso, las habilidades de los enfermeros y los trabajadores sociales en campo son indispensables, logrando el enlace con recursos comunitarios a pesar de ser pocos profesionales y que no siempre se encuentran especialistas en el área al momento de ofrecer plazas⁵.

"La ausencia de jerarquías funcionales claras y la inestabilidad del personal generan discontinuidad en los procesos terapéuticos y administrativos."

En cuanto a la labor institucional, los centros enfrentan sobrecarga de pacientes y déficit de profesionales, tiempos reducidos de atención, escasez de medicamentos y dificultades en la coordinación interdisciplinaria. Hay profesionales que ingresan con entusiasmo, pero los pagos diferidos, la falta de capacitación en quienes no son especialistas, la atracción hacia puestos más seguros y hacia zonas con más especialistas contribuyen a que el personal tenga alta rotación. La ausencia de jerarquías funcionales claras y la inestabilidad del personal generan discontinuidad en los procesos terapéuticos y administrativos. Además, las referencias inadecuadas y el rechazo de pacientes por parte de hospitales complejizan la continuidad del cuidado.

A pesar de las dificultades, los CSMC y su personal cumplen sus labores cubriendo áreas que necesitan atención pero que pueden hacerse fuera de los hospitales, en un entorno más familiar y cercano. Las necesidades en salud mental de la población atendida incluyen principalmente trastornos del ánimo, ansiedad, psicosis crónica, trastornos de personalidad y neurodivergencias. Las prioridades clínicas se orientan hacia casos de riesgo suicida, psicosis activa,

consumo de sustancias y poblaciones vulnerables como adultos mayores. Sin embargo, la falta de medicación adecuada y la presión por cumplir metas cuantitativas limitan la calidad del abordaje.

Conversando en diversas ocasiones de modo informal con varios trabajadores de los CSMC, médicos psiquiatras, psicólogos y enfermeros principalmente, mantienen el entusiasmo por el modelo porque apunta a crear y reforzar comunidades saludables y evitar el desarrollo de problemas de salud mental. Sin embargo muchos coinciden en que el respaldo estatal se percibe como parcial, distante y con problemas de presupuesto y de enlace con otras instituciones: aunque existen respuestas rápidas en situaciones críticas —como casos de abuso infantil— y campañas de tamizaje, persisten problemas de logística, retrasos en pagos y énfasis en productividad (mayor cantidad de pacientes por hora de cada profesional) más que en evolución clínica. La dificultad para mantener personal estable afecta la continuidad de los servicios, y también la de capacitación de personal que no tiene especialización en el área, dada la escasez del mismo; una psiquiatra recordó que debió hacer capacitaciones a su propio personal al advertir actitudes de prejuicio y desconocimiento del manejo de los pacientes.

Otro problema que perciben es la dificultad para enlazar con otras instancias de salud. En el caso de pacientes derivados a centros de mayor complejidad, también señalan dificultades para dar continuidad a su seguimiento en los CSMC, debido a la falta de medicamentos que los pacientes recibieron en los hospitales generales o especializados, así como a las demoras en la aceptación de las referencias, ya sea por falta de espacios o por los prejuicios existentes en algunos establecimientos. En ciertos hospitales

"En ciertos hospitales generales, por ejemplo, se asume que todos los pacientes derivados son esquizofrénicos y, por ello, difíciles de manejar."



generales, por ejemplo, se asume que todos los pacientes derivados son esquizofrénicos y, por ello, difíciles de manejar. Sin embargo, las patologías que ameritan una derivación son diversas, y todos los pacientes merecen el mismo trato para sentirse acogidos y bien atendidos. También advierten en el caso de las visitas domiciliarias, un punto clave para la recuperación de muchos pacientes que no pueden movilizarse o no quieren salir de su vivienda, que no se realizan con la frecuencia que se necesita por la dificultad en la disposición de personal necesario.

Finalmente, las experiencias compartidas muestran la complejidad del trabajo comunitario: visitas domiciliarias en zonas de difícil acceso, creación de consultorios con recursos propios, falta de capacitación a personal no especializado, acompañamiento longitudinal de pacientes y casos clínicos complejos que requieren derivación a instituciones especializadas. Estas vivencias revelan tanto la precariedad del sistema como la resiliencia y compromiso de los profesionales y técnicos comprometidos que trabajan en estos lugares, quienes mantienen la atención viable en lugares en donde muchos ciudadanos con situaciones que amenazan su bienestar o con trastornos mentales han aprendido a encontrar espacios seguros, respaldo y atención sin estigmas. ■



* JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y
DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES.

Mariana Caro
MÉDICO PSIQUIATRA Y TERAPEUTA*



Foto: ANDINA

Desafíos de la salud mental en el Perú desde la atención especializada

Hoy escribiré sobre algunos de los desafíos que encuentro en la práctica especializada en salud mental. Para empezar, hay cosas que han mejorado y deben mencionarse.

En el año 2012 se modificó la ley nacional de salud, llamándola reforma de la salud mental. Desde ese momento, especialmente en los últimos diez años, se han ido

implementando múltiples acciones para mejorarla. Pasamos de tener servicios de salud mental solo en algunos hospitales generales y en los tres únicos hospitales especializados en Lima, a tener 305 Centros de Salud Mental Comunitaria¹. Estos son espacios donde la atención se realiza buscando la promoción, prevención y rehabilitación de la salud mental dentro de la comunidad, facilitan-

¹ Ministerio de Salud. (s. f.). Solicitar atención en Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú. Plataforma Digital Única del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/10942-centros-de-salud-mental-comunitarios>

"La mayor brecha de acceso se encuentra en la atención de subespecialidades como adicciones y apoyo a la población infantil."



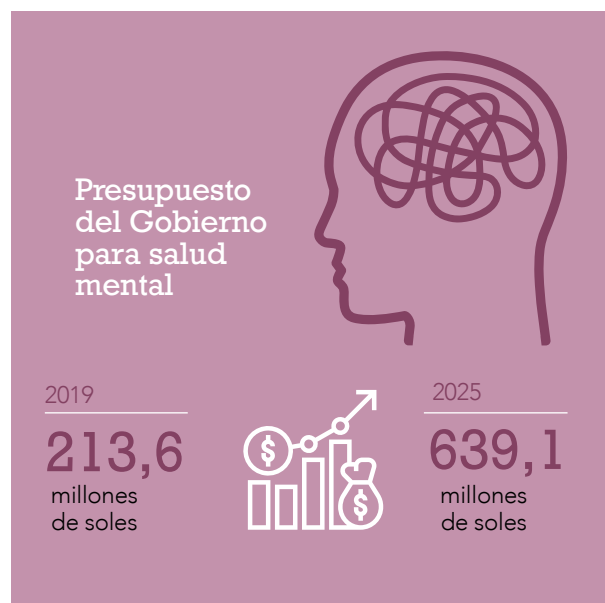
do así el acceso a ella. Se abrieron también 94 hogares protegidos donde las personas con trastornos mentales severos que no cuentan con apoyo familiar pueden recuperar su autonomía². Con ello se busca facilitar la reintegración de usuarios institucionalizados en los nosocomios. Aun así, el Minsa calcula que faltan abrir 291 CSMC para cubrir la demanda nacional.

El gobierno pasó de un presupuesto para la salud mental de 213,6 millones de soles en el 2019 a 639,1 millones de soles en el 2025. Si bien no todo es ejecutado, refleja un esfuerzo de los últimos gobiernos por fortalecer el sector.

De manera coordinada, los servicios de psiquiatría en hospitales generales han seguido creciendo y permitiendo la formación de nuevos psiquiatras, pasando de 68 plazas nacionales en 2012 a 96

² Ministerio de Salud. (2018). Norma técnica de salud: Hogares protegidos (NTS N.° 140-MINSA/2018/DGIESP). Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279678-norma-tecnica-de-salud-hogares-protegidos>

³ Consejo Nacional de Residencia Médica. (2012). Proceso de admisión 2012. CONAREME. <https://www.conareme.org.pe/web/proceso-de-admision-2012.php>



en 2025, además de nueve plazas de subespecialidad para niños y adolescentes y una para adicciones³.

Vemos entonces que desde hace unos años en nuestro país se viene promoviendo un cambio en el acceso e interpretación de la salud mental.

A nivel privado hay seguros que hoy en día cubren la atención, pero con limitación en el número de sesiones o en la organización del lugar, como el tiempo de duración de la consulta y el tiempo de espera entre citas.

Además, la atención particular —sin seguro— suele ser costosa y en muchos casos larga, por lo que las personas empiezan un tratamiento, pero lo abandonan cuando no pueden mantener la carga económica, lo que deriva en tratamientos incompletos.

La mayor brecha de acceso se encuentra en la atención de subespecialidades como adicciones y apoyo a la población infantil, ya que necesitan no solo ayuda farmacológica sino también un apoyo desde la terapia conductual y ocupacional, lo que es difícil de encontrar en la capital y más aún en provincias.

En Perú durante y después de la pandemia hubo una caída en el sector de industrias farmacológicas

por falta de materia prima, tanto a nivel regional como local. De ello aún no nos recuperamos: hay fármacos que nunca regresaron y los psiquiatras tenemos que adaptar los tratamientos. Recién en el 2026 están llegando productos nuevos, pero a un ritmo de innovación menor al que se tuvo anteriormente.

Los medicamentos para el tratamiento de adicciones que están en las guías internacionales de práctica clínica no se encuentran en el país y las familias tienen que importarlos por cuenta propia, algo inalcanzable para la mayoría.

El acceso es un desafío histórico que ha venido acortando sus brechas, pero hoy tenemos otro reto que continúa siendo uno de los principales: el estigma. Sin importar el nivel socioeconómico o educativo, vamos a encontrar desinformación sobre lo que implica ser evaluado y llevar un tratamiento. La conversación sobre salud mental sigue en aumento, hoy hay muchos *influencers*, cuentas en redes sociales y cursos en distintas universidades que promueven abordar los temas de salud mental. Se ha aceptado como un tema relevante. Sin embargo, una cosa es hablar del tema y otra aceptar que se necesita acudir a atención especializada. Algunas personas demoran en ir a un psiquiatra porque «aún no he llegado a tanto», «todavía puedo solo» o piensan que «es para locos», refiriéndose a un grupo de enfermedades que manifiestan psicosis. Algunos piensan que acudir a consulta

equivale a admitir que están mal; les preocupa cómo los verán sus familiares y algunos asisten en secreto, perdiéndose el apoyo del entorno que es tan importante para su recuperación. Los que inician un tratamiento pensando que la medicación causa dependencia o que lo mejor es «poder yo solo», dejan el tratamiento apenas notan mejoría, cuando la realidad es que existe un tiempo determinado —no menor de seis meses— para una verdadera recuperación. Al abandonarlo, aumenta la probabilidad de recaídas e incluso pueden llegar a creer que se volvieron dependientes de la medicación. La misma frase «salud mental» tiene dos caras: si bien ha permitido ampliar la conversación, darle visibilidad e incluso promover políticas públicas específicas para enfermedades dentro de este grupo, también ha dividido el cuerpo en dos: lo físico y lo mental. Es una diferenciación estratégica, pero no real. Las enfermedades que vemos en «salud mental» tienen que ver con el buen funcionamiento de todo el cuerpo. Entendemos mejor la relación entre el estrés, nuestro sistema inmunológico, neurológico, endocrinológico y muchos otros sistemas.

Una nueva área de estigma que preocupa actualmente es el ámbito laboral. Las leyes promueven la privacidad de los diagnósticos en Perú y en la mayoría de países. Hoy escucho casos de centros laborales donde exigen que la persona vulnere su derecho a la privacidad médica pidiendo que

"El acceso es un desafío histórico que ha venido acortando sus brechas, pero hoy tenemos otro reto que continúa siendo uno de los principales: el estigma."



indique cuándo y por qué llevan un tratamiento. Esto aumenta el estigma, las personas buscan menos ayuda porque temen que exista un registro de su condición que pueda ser usado en su contra, incluso pueden no tomar la medicación por temor a que la detecten en un examen de sangre. Se requiere una legislación más específica en materia laboral para proteger los derechos de los

pero también supone un problema. Muchos encuentran mediante ella diagnósticos y posibles tratamientos. Hoy los médicos tenemos que ser más precisos y no quedarnos en la evaluación. La IA nos reta a ser más acuciosos, a preguntarnos qué necesita este paciente para vivir mejor. ¿Con un diagnóstico y tratamiento es suficiente? Yo creo que no. Nos toca entender qué hay debajo: eventos traumáticos que la persona arrastra, negligencias en su desarrollo, trastornos del desarrollo sutiles, trastornos mentales mayores que están debutando o estilos de vida no saludables. Definitivamente es una época en la que el reto de ver a la persona en su totalidad es mayor. Esto no es fácil cuando se ven 32 pacientes por turno en un establecimiento de salud, pero sí es necesario, y los usuarios ya lo demandan.

Los principales desafíos en el Perú se mantienen: acceso, ejecución del presupuesto, compra de medicamentos, personal especializado y subespecializado en cada rincón de nuestro país. En la última década se ha descentralizado la atención. Esto representa un cambio en la conceptualización misma: la salud mental ya no pertenece a los manicomios, sino a la comunidad. Hay muchas reformas por ejecutar, pero el camino ha sido sembrado. La política actual de nuestro país puede que limite la propuesta inicial, pero espero sea retomada por quienes siguen y sea exigida por todos. Porque todos necesitamos una atención de calidad en salud mental. ■



usuarios y también brindar garantías a los empleadores. La protección para los segundos sería mediante guías que permitan a los profesionales determinar las condiciones para descansos médicos prolongados, un área de difícil manejo actualmente.

Como en todos los oficios, los médicos enfrentan un nuevo reto: ser más relevantes que la inteligencia artificial. Hemos encontrado en la IA un aliado de múltiples maneras,

* MÉDICO PSIQUIATRA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

Derek Andrés Osain Nicho
POLITÓLOGO E INVESTIGADOR*



Foto: AFP

Estado de Sitio: inseguridad, salud mental y la deriva autoritaria de la violencia en el Perú

Hay algo que las estadísticas de inseguridad no logran capturar adecuadamente: la textura de vivir con miedo. No el miedo de un momento —el asalto, la llamada extorsiva, el disparo lejano en la serenidad de la noche—, sino aquel que, una vez instalado, reorganiza los hábitos, trastoca lo cotidiano, cambia cómo se mira a los desconocidos en el bus o qué rutas se toman al salir del trabajo. Ese miedo difuso, sordo y sostenido, que no tiene un evento concreto como referente, sino que simplemente existe, es la condición más precisa para describir lo que atraviesa el Perú de hoy: una sociedad que vive, de facto, en estado de sitio. Se trata, pues, de un miedo que no es individual, y que, como problema colectivo de salud pública, arrastra consigo

"El miedo opera como un estresor permanente que reorganiza el sistema nervioso, altera el sueño y estrecha el horizonte de decisiones."



consecuencias políticas que este artículo busca explorar: cómo la violencia estructural daña el bienestar psicológico de una sociedad y, al hacerlo, prepara el terreno para que el autoritarismo se presente como solución.

El Perú atraviesa un momento inédito en la materia. El 86 % de la población urbana percibe que puede ser víctima de un delito, según la última encuesta del INEI¹. Las denuncias por extorsión pasaron de poco más de 5 mil en 2021 a más de 26 mil en 2025, lo que representa un aumento de casi 400 % en cuatro años, con la advertencia de que se estima que el 75 % de los casos no llega a denunciarse². En Lima, uno de cada cuatro habitantes declaró haber sido extorsionado al menos una vez en el último año, a la vez que más de 1.300 bodegas cerraron en 2025 por amenazas directas, mientras que los recurrentes paros de transportistas en la capital de la República solo se explican al observar que el 80 % de las empresas de transporte en Lima y Callao paga mensualmente a extorsionadores para poder operar. Esto ya no puede leerse solo como un problema de seguridad pública en el sentido estrecho del término y es, a todas luces, un problema estructural. El politólogo noruego Johan Galtung definió la violencia estructural como el daño evitable que producen las estructuras sociales al impedir que las personas satisfagan sus necesidades básicas; no se trata del acto violento en sí mismo, sino la arquitectura que lo hace posible y lo reproduce³.

La extorsión sistemática encaja perfectamente en esa definición, pues no constituye un evento puntual, sino que se configura rápidamente

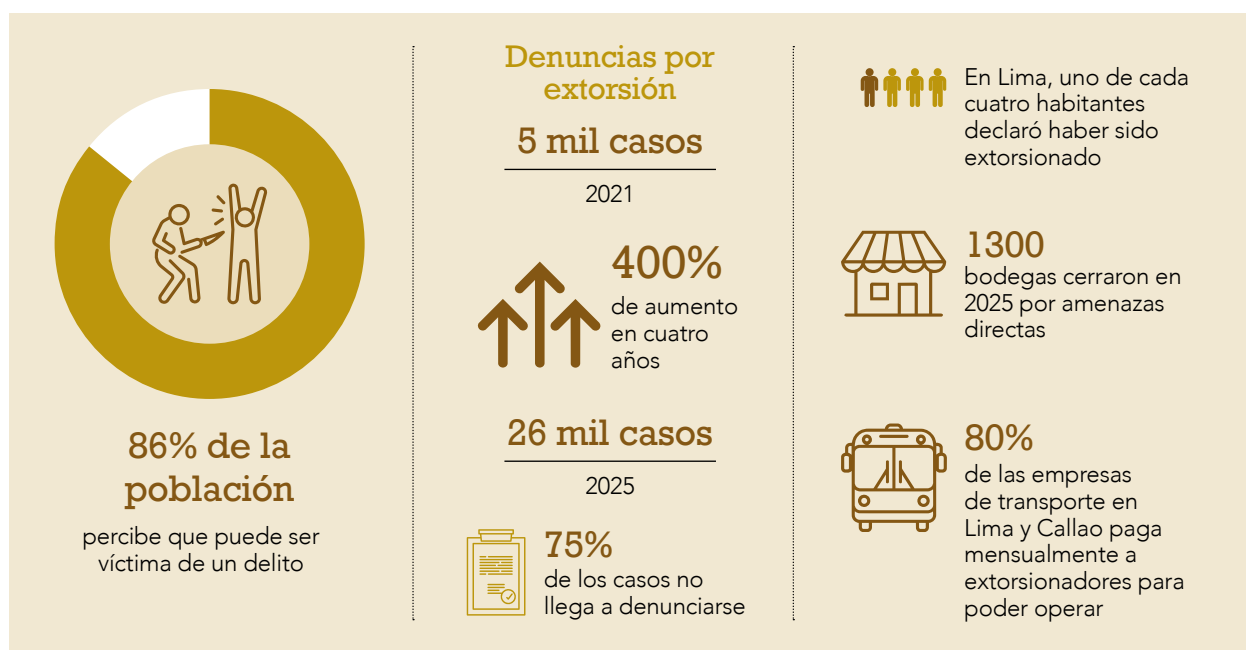
1 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES), semestre móvil diciembre 2024–mayo 2025.

2 PNP / Ministerio Público, Observatorio del Crimen. La estimación de subregistro pertenece a Wilson Hernández Breña (GRADE), Ojo Público, octubre de 2024.

3 Johan Galtung, "Violence, Peace, and Peace Research", *Journal of Peace Research*, vol. 6, n.º 3, 1969, pp. 167-191.



Foto: AFP



en un régimen de excepción que trastoca la experiencia cotidiana. Hay organizaciones criminales con cobertura territorial, complicidades institucionales y vacíos estatales que se han vuelto funcionales al sistema. Jenny Pearce y otros autores que trabajan la noción de violencia crónica en América Latina describen entornos similares donde la violencia deja de ser excepcional para convertirse en una nueva normalidad, reproduciéndose en la familia, la escuela, el mercado y el Estado. El Perú de 2025 cabe, con comodidad, en esa descripción. ¿Y qué produce ese régimen en la salud mental de las personas? La literatura internacional es consistente al respecto: vivir bajo miedo crónico al crimen, incluso sin haber sido directamente victimizado, activa respuestas de estrés sostenido que se asocian con ansiedad, depresión y deterioro del bienestar general⁴. El miedo opera como un estresor

"No es solo que el Estado no protege a la ciudadanía, sino que activamente cobra el precio de la desprotección."

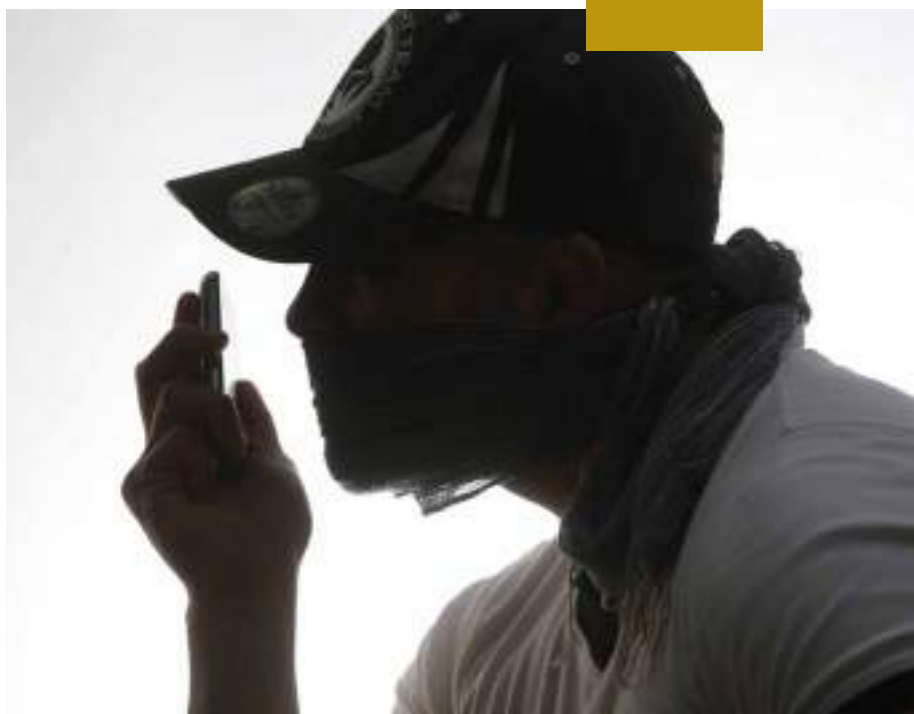


permanente que reorganiza el sistema nervioso, altera el sueño y estrecha el horizonte de decisiones. Las víctimas directas de extorsión y violencia desarrollan, además, tasas elevadas de trastorno de estrés postraumático. Pero quizás lo más relevante sea el efecto multiplicador: quienes conviven con vecinos o familiares victimizados, quienes leen los testimonios y ajustan sus rutinas por temor sin haber sido nunca atacados, cargan también con ese peso y con el daño psicológico de la violencia. El Ministerio de Salud atendió más de un 1,3 millones de consultas por trastornos mentales en 2024, entre ellas casi 250 mil por ansiedad y cerca de 180 mil por depresión⁵. Son cifras que reflejan la demanda registrada en un sistema con apenas 294 psiquiatras para 33 millones de personas. La prevalencia real —es razonable suponer— es bastante mayor.

⁴ Lorenc, T., Clayton, S., Neary, D., Whitehead, M., Petticrew, M., Thomson, H., ... & Renton, A. (2012). Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: mapping review of theories and causal pathways. *Health & place*, 18(4), 757-765.

⁵ Ministerio de Salud, comunicado oficial, octubre de 2024. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1037025-mas-de-1-300-000-casos-atendidos-por-trastornos-de-salud-mental-y-problemas-psicosociales>

"Cuando las instituciones fallan repetidamente, la población no concluye que necesita mejores instituciones, sino que necesita menos de ellas y más de alguien que actúe sin que lo frenen."



La corrupción agrega otra capa. No es solo que el Estado no protege a la ciudadanía, sino que activamente cobra el precio de la desprotección. Cuando se descubre que un funcionario de los organismos de seguridad pública del Estado filtró información a extorsionadores, que un juez liberó a detenidos sospechosos de integrar una organización criminal o que una fiscalía archivó un caso por razones que nadie puede explicar con claridad, el daño no es solo material. La investigación económica ha documentado que la corrupción afecta la salud mental de la población fundamentalmente a través de dos vías: (i) pérdida de ingresos y (ii) caída de la confianza⁶. La segunda es, en el largo plazo, la más destructiva, porque es la que erosiona la capacidad social de cooperar, de confiar en que los acuerdos se respetan o que el esfuerzo, dentro de los marcos de la ley, tiene algún sentido.

En el contexto regional, el Latinobarómetro de 2024 ofrece el retrato más nítido de ese deterioro: en el Perú, solo el 10 % de la ciudadanía está satisfecha con la democracia, apenas el 9 % confía en los partidos políticos, y el apoyo a la democracia como forma de gobierno cayó al 44 %⁷.

Asimismo, según el IEP, el 94 % desaprueba al Congreso y el 63 % confía poco o nada en la policía. El 56 % de la población identifica la corrupción como el principal problema del país. Como ocurre con los indicadores de salud mental, estos números son síntomas de una sociedad que ha aprendido por acumulación de experiencias que denunciar es inútil o peligroso, que las instituciones no funcionan y que las autoridades difícilmente hacen su trabajo. Esa indefensión aprendida tiene consecuencias psicológicas concretas: (i) pesimismo, (ii) repliegue hacia estructuras nucleares como la familia, (iii) hostilidad hacia los extraños y (iv) búsqueda de protección en círculos cada vez más estrechos.

Es aquí donde el análisis político se vuelve urgente. La ciencia política y la psicología social han do-

6 Petra van Deurzen et al., "The Effect of Corruption on Mental Health in a European Context", *Social Science & Medicine*, vol. 194, 2017.

7 Latinobarómetro, *Informe 2024*, diciembre de 2024.

cumentado con solidez que las sociedades que perciben el mundo como un lugar fundamentalmente peligroso tienden a demandar orden por encima de libertades, a tolerar abusos de autoridad si vienen acompañados de promesas de seguridad, a apoyar líderes fuertes que pongan orden⁸. La lógica es intuitiva, pero vale la pena nombrarla con precisión: cuando las instituciones fallan repetidamente, la población no concluye que necesita mejores instituciones, sino que necesita menos de ellas y más de alguien que actúe sin que lo frenen.

En América Latina, entre 2020 y 2023, el apoyo a gobiernos autoritarios creció cuatro puntos porcentuales, llegando al 17 %, en paralelo con el deterioro de los indicadores de seguridad y de confianza institucional⁹. El modelo Bukele representa en ese contexto la consecuencia previsible de sociedades agotadas de esperar que sus instituciones democráticas funcionen. Lo que resulta más preocupante es que ese camino no resuelve el problema de fondo, sino que tiende a reproducirlo: las sociedades con baja confianza generan instituciones débiles; dichas instituciones no controlan la violencia, y la violencia sostenida reduce aún más la confianza. Salir de ese círculo requiere más que policías adicionales o penas más altas. Requiere reconstruir la capacidad del Estado de producir previsibilidad y justicia, que son las condiciones mínimas del bienestar psicológico colectivo; requiere también reconstruir el tejido social desde abajo. Las parroquias, las organizaciones vecinales, las escuelas, los centros de salud comunitaria, los espacios públicos que vuelven a habitarse no deberían ser decoración de la política de seguridad, sino la materia de la que están hechos los mínimos que la política y la democracia suponen.

Pese a todo, el camino de salida pasa por una decisión colectiva, difícil, contraintuitiva y sin garantías de no abandonar lo común. Albert Hirschman describió hace décadas las tres respuestas posibles ante el deterioro de una institución o una comunidad: la salida (*exit*), la voz (*voice*) y la lealtad (*loyalty*)¹⁰. Una sociedad sitiada por el miedo elige masivamente la salida: el encierro, la desconexión, la migración, el repliegue hacia círculos cada vez más privados. Pero es también la respuesta que consolida el problema, porque una esfera pública que se vacía no se recupera sola. Lo que queda es una exigencia simultánea: a la sociedad, habitar y abogar por los espacios comunes donde la desconfianza es la norma; al Estado, garantizar justicia que funcione, presencia institucional legítima en los territorios abandonados al crimen y una política seria de salud mental comunitaria. Sin ambas, la salida del círculo se torna un dilema del prisionero de solución incierta. ■

"Los espacios públicos que vuelven a habitarse no deberían ser decoración de la política de seguridad, sino la materia de la que están hechos los mínimos que la política y la democracia suponen."



8 John Duckitt, "A Dual-Process Cognitive-Motivational Theory of Ideology and Prejudice", *Advances in Experimental Social Psychology*, 2001; Chris G. Sibley y John Duckitt, "Personality and Prejudice: A Meta-Analysis and Theoretical Review", *Personality and Social Psychology Review*, 2008.

9 Malamud, C., & Núñez, R. (2024). América Latina, crimen organizado e inseguridad ciudadana. *Real Instituto Elcano*. ARI, 154, 2024.

10 Albert O. Hirschman, *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press, 1970.

* ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EDUCATIVAS (IIPE) DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA (UARM).

Alberto de la Calle Calle

PSICÓLOGO SOCIAL COMUNITARIO*

El Alto Amazonas en la piel: de la herencia del pasado a los malestares del presente

A quien viaja por primera vez sobre las aguas del río Marañón o cualquiera de sus afluentes a su paso por el Alto Amazonas peruano le resulta fácil dejarse hipnotizar. El paisaje te atrapa: la vegetación que parece no tener fin, el río insondable. Es inevitable recordar a Vargas Llosa en La Casa Verde: «la lancha cabecea por aguas turbias, entre dos murallas de árboles que exhalan un vaho quemante, pegajoso».

A medida que uno se adentra en la selva por cualquiera de los ríos que alimentan al Marañón, cuyas formas, vistas desde el aire, parecen serpientes, podrás ver de manera superficial algunas edificaciones de madera y techos de *yarina* —hojas de palmera secas— en las veredas del río. Si el tiempo y la ausencia de clases escolares lo permiten, verás a los *uchis* —niños y niñas en el idioma awajún— quienes interrumpirán sus juegos o actividades familiares para ver tu embarcación. La mayoría observará con curiosidad o timidez desde la protección de los árboles o en compañía de sus familias, muchas de las cuales encontrarás lavando ropa apa-

ciblemente, bañándose o *mitayando* —pescando—. Habrás interrumpido así la cotidianidad del momento con el ruido del motor y enviando olas a la orilla.

Es fácil caer en la idealización del lugar, «qué vida tan tranquila, sin el ruido asfixiante de las ciudades, lejos de la contaminación; todo parece más sencillo». En lo personal, me genera un anhelo nostálgico, y, a su vez, me genera una sonrisa notar la libertad con la que los niños juegan con balsas, arena y agua. Pero el anhelo y la sonrisa duran poco tiempo. Recuerdo las historias que hay dentro de cada comunidad, cada familia. Esa postal, entonces, da paso a reflexiones sobre un mundo cada vez más complejo y que, lejos de mejorar, se agrava.

Cuando bajas de la chalupa —lancha—, pones los pies en sus tierras, convives con la comunidad y te involucras con las familias, todas aquellas idealizaciones se desvanecen. Descubres que las preocupaciones y los dolores están ahí, latiendo, ensañándose especialmente con culturas que hasta hace apenas unas décadas vivían casi intactas. El sufrimiento emocional actual no nace de la nada; está amarrado con nudos ciegos a las brutales transformaciones familiares, económicas y culturales que la Amazonía ha experimentado en los últimos años.





Foto: OjoPúblico

Las viejas sombras que persisten

Para entender el presente, es necesario mirar las heridas antiguas, aquellas que ya existían pero que hoy se han transformado.

Pienso en el suicidio. Sus altos índices en estas comunidades no constituyen una realidad completamente nueva. Diversos autores han documentado que, históricamente, entre la población awajún —particularmente entre las mujeres— han existido formas de autoenvenenamiento asociadas a conflictos afectivos, pérdidas, tensiones familiares o situaciones de profundo sufrimiento. Antes, el autoenvenenamiento se llevaba a cabo mediante el uso de *barbasco*, una planta cuyas hojas son

venenosas y se usan también con fines de pesca masiva. Hoy, bajo la influencia de la cultura occidental, se recurre a medios muy accesibles como el champú, el detergente o las pastillas. El dolor es el mismo; el método ha cambiado.

Aunque las guerras tribales han desaparecido, las acusaciones de brujería aún persisten en algunas comunidades. Estas pueden tener efectos profundos en la vida social: fracturan familias, generan desplazamientos o, en ciertos casos, desencadenan ciclos de represalias y tensiones internas.

Los homicidios o feminicidios en el sentido más «ordinario» son poco frecuentes en estas zonas. Sin embargo, la violencia no desaparece: se expresa bajo otras

"El sufrimiento emocional actual está amarrado con nudos ciegos a las brutales transformaciones familiares, económicas y culturales que la Amazonía ha experimentado en los últimos años."



"Desde que el estilo de vida occidental se ha impuesto, se respeta más a quien domina el castellano, tiene un título o recibe un sueldo del Estado."



lógicas culturales y relacionales, donde operan normas implícitas de reciprocidad y reparación del daño. Entre ellas, por ejemplo, el *iikmamu* como forma de venganza —la idea de devolver lo recibido, ya sea a uno mismo o a la familia—.

La dependencia del dinero y la fractura del cuidado

¿Qué ocurre cuando la cultura mestiza se impone sobre las formas culturales locales? Primero llegó la religión, luego la escuela, y con ellas el Estado y la economía monetaria. Prácticas como el trueque, ciertas formas de reciprocidad y el *ipamamu* —formas de trabajo colectivo similares a la *mink'a*— han ido debilitándose, alterando los equilibrios que sostenían la vida comunitaria. En nombre del «progreso» se ha impulsado un modelo que también transforma la relación con el entorno natural, que pasa a ser visto cada vez más como «recurso».

Ya no basta con conocer el bosque, cultivar la tierra o dominar los saberes de los abuelos. Ahora se necesita dinero para comer de manera sana y equilibrada. Desde que el estilo de vida occidental se ha impuesto, se respeta más a quien domina el castellano, tiene un título o recibe un sueldo del Estado. Es allí, en ese cambio, donde se percibe una herida silenciosa en la interacción social que indica el desmoronamiento del *tajimat pujut* —buen vivir— y, con ello, de su orgullo cultural.

Esto último nos lleva a una realidad desgarradora que se escucha con frecuencia, lo cual nos obliga a parar un momento y a hacer un ejercicio de empatía mediante la imaginación. Piensa por un momento: ponte en la piel de un padre o madre awajún en una comunidad de esta zona del Perú; ubicada a una distancia considerable de cualquier ciudad; sin estudios ni trabajo estable; con una chacra y algunos animales de corral como únicas posesiones; pero con varios hijos a los que alimentar,

vestir y educar. Quieres que tus hijos sean profesionales para que tengan un futuro diferente al tuyo, pero necesitas dinero para financiar la universidad.

Si eres el padre, es posible que tomes la decisión —con o sin acuerdo con tu pareja— de migrar a la ciudad en busca de trabajo, dejando a la familia en la comunidad y prometiendo volver pronto.

Con el tiempo, en algunos casos, el trabajo en la ciudad se vuelve estable. Pero también aparece la distancia. Construyes nuevas rutinas, relaciones, formas de vida. En ocasiones, el consumo de alcohol aparece como una forma de sobrellevar la distancia, la soledad o el estrés. Con el tiempo, el vínculo con la familia de origen va erosionando. Es posible que conozcas a otra mujer y formes una nueva familia, relegando progresivamente a la primera. Esta es, de forma rápida y sin profundizar demasiado, una de las historias más frecuentes que he podido escuchar y observar.

Ahora, pongámonos en el lugar de la madre. Después de un tiempo de espera, te enteras de que el padre ha formado otra familia. Te sientes abandonada y engañada. El sufrimiento se prolonga con el tiempo y lo vives junto a tus hijos. Algunas lo expresan y lo comparten con sus familiares; otras lo contienen en silencio o incluso, en algunos casos, llegan al extremo del suicidio. Ese malestar también termina filtrándose en la vida cotidiana y en la relación con los hijos, muchas veces en forma de violencia.



Con el tiempo, algunas de estas mujeres conocen a otro hombre, quien puede llegar a aceptar a los hijos de la relación anterior. La figura del padrastro aparece así con relativa frecuencia en estas trayectorias familiares.

No todas las historias siguen este mismo recorrido. En otros casos, cada vez más visibles, eres la madre que —con cierto manejo del castellano o redes familiares en la ciudad— migra en busca de trabajo. Tus hijos no siempre pueden acompañarte, por lo que quedan al cuidado de abuelas, tías u otros familiares. La distancia también reorganiza aquí los vínculos. En algunos casos, estableces nuevas relaciones en la ciudad y formas otra familia. Algunas regresan por sus hijos; otras mantienen vínculos intermitentes o terminan rompiéndolos. No se trata de interpretar estas ausencias desde categorías rígidas de la psicología occidental o desde teorías del apego. En contextos como estos, la familia extensa ha funcionado históricamente como una red de cuidado y protección. Sin embargo, la ausencia prolongada de la madre —y también del padre— no era lo habitual. Las consecuencias se hacen visibles en la vida cotidiana.

Ese vacío deja huellas en la infancia y la adolescencia: los hijos crecen con adultos menos disponibles, con cuidados más fragmentados y con vínculos que se estiran entre la comunidad y la distancia.

De forma paralela, los conflictos familiares que no pueden resolverse en comunidad ahora se judicializan. Cada vez más se acude a la justicia ordinaria a denunciar la violencia o exigir una pensión de alimentos. El Estado otorga medidas de protección que rara vez se ejecutan, audiencias, y otros procesos legales que llegan mediante notificaciones que rara vez se entienden y que se prolongan en tiempo. Herramientas necesarias, sí, pero que, lejos de sanar vínculos o de consolar el sufrimiento que hay detrás de cada caso, tienden a romper más las relaciones comunales. El malestar aquí nunca es un problema

individual; es el síntoma de una sociedad que se está fracturando.

Violencia y silencio: juventudes invisibles

¿Por qué se está debilitando el tejido comunitario? No hay una única respuesta; existen responsabilidades compartidas.

"El malestar aquí nunca es un problema individual; es el síntoma de una sociedad que se está fracturando."



Por un lado, la intervención del Estado —a través de programas de asistencia— y de algunas ONG que, al no alcanzar a todas las familias por igual, puede generar tensiones, comparaciones y recelos donde antes predominaban formas de cooperación. Por otro lado, la persistencia de formas de violencias que no siempre se nombran, especialmente la violencia sexual que ocurre dentro de los espacios familiares.

Hablar de salud mental en la Amazonía peruana implica también abordar aquello que permanece silenciado. La violencia sexual no es únicamente un fenómeno externo: en muchos casos ocurre dentro de entornos de confianza. Comprender sus causas requeriría un análisis más amplio; sin embargo; lo que más interpela es el silencio que la rodea.

El miedo, la vergüenza, la dependencia económica —a veces vinculada a la figura del padrastro— y la norma-

lización del sufrimiento dificultan que las víctimas hablen. Cuando lo hacen, con frecuencia no encuentran espacios seguros donde sean escuchadas o protegidas.

A este escenario se suma un elemento cada vez más presente: el acceso temprano y escasamente supervisado a teléfonos móviles e internet. En contextos donde la educación afectiva y sexual es limitada, muchos adolescentes construyen su visión de las relaciones y la sexualidad a través de contenidos digitales, a menudo violentos o pornográficos. Se trata de un fenómeno que apenas comienza a ser discutido en las comunidades.

El refugio amargo del alcohol

Cabe preguntarse en qué momento el alcohol dejó de ser una práctica ritual y festiva —como el masato— para convertirse en una práctica cotidiana que profundiza tensiones ya existentes en las familias, especialmente en lo relacionado con el cuidado de los hijos y la administración de recursos económicos.

Pero no se trata solo de alcoholismo en términos clínicos.

Con frecuencia, el consumo aparece más bien como una forma de evasión y desahogo. En un contexto donde los espacios colectivos de diálogo se han debilitado, el alcohol se convierte en un canal precario para exteriorizar malestares y preocupaciones que no encuentran otros espacios de expresión sin ser juzgados.

El cuerpo sin alma: la medicina tradicional que se diluye en la memoria de los ancianos

En este contexto, las formas tradicionales de cuidado también han cambiado.

En la cosmovisión indígena, la separación occidental entre cuerpo y mente no existe como tal: el malestar del espíritu afecta al cuerpo y el del cuerpo afecta al espíritu. En ese marco, las plantas medicinales no se limitaban al ámbito de lo «sagrado» o a lo visionario, sino que desempeñaban un papel cotidiano en la regulación emocional y en la vida comunitaria.



El uso del *datem* (ayahuasca), el *tsag* (tabaco) o el *baikua* (toé), acompañado de dietas estrictas y de la guía de los *muun* (sabios), podía generar transformaciones profundas en la vida interior de las personas. Incluso la *wais* (wayusa), en su uso cotidiano, contribuía a sostener ciertos equilibrios.

Hoy, sin embargo, muchos de estos conocimientos se han ido restringiendo, fragmentando y perdiendo. Con ello, también se debilitan las formas tradicionales de acompañar el sufrimiento.

Una pregunta urgente

Reducir este fenómeno a «conductas individuales» o a «problemas de conducta» constituye un error y, sobre todo, una forma de perder de vista lo esencial. Detrás de la violencia, las adicciones y el dolor emocional hay una crisis profunda de abandono. Padres ausentes por la necesidad de trabajar, madres desbordadas emocionalmente, escuelas no contextualizadas y comunidades enteras arrastradas por una serie de cambios que han reducido las formas de cuidado mutuo.

La pregunta más urgente —y al mismo tiempo más ignorada— sobre la salud mental en la Amazonía es la siguiente: ¿quién está escuchando realmente a estos jóvenes?

Porque detrás de cada intento de suicidio, de cada rostro perdido en la adicción o de cada estallido de violencia, rara vez se trata de una patología espontánea. Lo que subyace, en la mayoría de casos, es una larga y triste historia previa de silencios familiares, de lazos rotos y de un sufrimiento profundo que nadie, —absolutamente nadie— se detuvo a mirar a tiempo.

¿Y ahora? ¿Podemos ponernos en la piel de uno de estos niños o jóvenes? ■

* PSICÓLOGO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL JUZGADO DE FAMILIA DE SANTA MARÍA DE NIEVA, ESPECIALIZADO EN PROTECCIÓN FAMILIAR Y ATENCIÓN A POBLACIONES VULNERABLES.

Ana María Guerrero Espinoza
PSICÓLOGA Y DOCENTE*

Más allá del acompañamiento: Cuidado emocional comunitario en un país herido



Cuando hablamos de salud mental, en el Perú, lo hacemos cuando el daño es visible a la mayoría: una mujer con el rostro golpeado, un adolescente que se corta los brazos, la niña que un día deja de hablar, el hombre con una crisis de pánico camino al trabajo. Recién entonces nos preguntamos qué pasó, quién puede ayudarles o a qué servicio hay que llamar. Aun-

que son preguntas necesarias y merecen responderse, también son preguntas tardías, que aparecen cuando un sufrimiento «tomó cuerpo». Antes debieron aparecer preguntas que no se hicieron: qué vínculos fallaron, qué señales se ignoraron, qué instituciones no respondieron o qué formas de violencia o desamparo se volvieron parte de la vida cotidiana. Si

hablamos de cuidado emocional comunitario debemos empezar por allí. Cuando alguien necesita ayuda, sí, pero sobre todo cuando una comunidad resiste a interpelarse sobre lo que hizo o dejó de hacer, sobre su lugar y responsabilidad frente al sufrimiento o la soledad del otro.

Todo síntoma tiene una historia

Un síntoma no nace cuando es visible, antes hubo experiencias que lo fueron creando: algunos vínculos particulares, palabras no dichas, ciertas pérdidas importantes, respuestas que fallaron, las condiciones materiales de la vida, los mandatos familiares que se aprendieron por generaciones, las humillaciones vividas, las tantas formas de violencia que se naturalizaron. Lo psíquico es inseparable de las condiciones de vida, así como lo social no es un campo aislado de lo íntimo.

Una autolesión, una crisis de angustia o una conducta violenta pueden ser la parte más visible de un conflicto que no ha tenido mejor forma de ser pensada. Por eso, cuando aparecen, no basta con «atacarlas» para que cesen o enmarcarlas como conductas problemáticas. Será necesario dejarnos interpelar por ellas, preguntarnos qué función cumplen para la persona: en qué situaciones se producen, a qué vínculos se asocian o qué palabras sustituyen. Los síntomas no solo son la expresión de un malestar sino también la posibilidad de plantear u organizar una respuesta posible frente a experiencias que no pudieron ser pensadas, dichas o sostenidas de otro modo.

La mayoría de las veces, los síntomas son «soluciones» básicas para atender tensiones internas. Aunque sean respuestas precarias, surten efecto ante el desborde emocional o para situaciones difíciles de manejar. Y esto puede parecer contradictorio, pues también generan sufrimiento o diversas consecuencias negativas; sin embargo, en la economía psíquica, tienen una función reguladora o de descarga. Incluso pueden preservar en la persona cierta estabilidad psíquica, pese a que haya sufrimiento y

"Lo psíquico es inseparable de las condiciones de vida, así como lo social no es un campo aislado de lo íntimo."



alguna ganancia al mismo tiempo. Por eso decimos que todo síntoma tiene su historia, porque comprenderlo implica reconocer una forma particular de expresarse, evitar, sostener o mantener en equilibrio. Su abordaje debe ir más allá de la conducta observable y nos demanda explorar las condiciones subjetivas e intersubjetivas que le dan sentido. Esto, siempre ocurre dentro de la historia singular de quien lo vive, con los particulares contextos que permite su emergencia. En ese sentido, los síntomas insisten no como mensajes claros sino como tintineos en zonas oscuras del psiquismo, aquellas que albergan experiencias difíciles de procesar.

Pensar desde estas premisas obliga, por tanto, a reformular el problema. Si el síntoma tiene historia, las intervenciones individual o comunitaria no deben quedarse en atender su forma más visible. Debe preguntarse también por sus marcos de producción, la historia que lo hizo posible o las funciones de cuidado que de-



Foto: NPH Perú

bieron alojar, proteger o poner límites pero que nunca llegaron. Cuidar individual o comunitariamente supone asumir que el sufrimiento, teniendo siempre expresiones singulares, no tratan de fallas particulares. Debe leerse en clave vincular e institucional para comprender cómo el grupo organiza lo que le ocurre. Por ejemplo, qué dolores reconoce, qué voces autoriza, qué silencios impone, a quiénes se protege o a quién se le deja solo.

Siendo así, conviene distinguir planos cuando tenemos heridas particulares y colectivas. Por un lado, la psicoterapia trabaja con la historia singular de una persona: sus vínculos, sus formas de amar, temer, defenderse o callar. Por el otro, la intervención comunitaria, actúa sobre la trama de lo compartido en un grupo. Esa trama compartida, sin embargo, nunca es homogénea. Siempre encontramos posiciones distintas, jerarquías, voces que se autorizan a hablar y otras más silenciadas, además de los conflictos sobre qué puede decirse, quién puede decirlo y qué consecuencias tiene el hacerlo.

La intervención comunitaria no reemplaza la clínica individual, pero los grupos tampoco pueden quedar aje-

nos a lo que sucede dentro de sí mismos. Hay sufrimientos que necesitan de una elaboración más íntima y otros necesitan, invariablemente, de testigos y de reconocimiento colectivo. Es así que llegamos a la necesidad de crear redes capaces de convertir experiencias de dolores privados en demandas legítimas de cuidado y respuestas públicas.

Construir condiciones para pensar

Un problema frecuente en intervenciones comunitarias es la dificultad para diferenciar las «prácticas de cuidado» de las «lógicas de adaptación»... al daño. Por ejemplo, enseñar técnicas de respiración a mujeres que siguen viviendo con sus agresores, dar

talleres de autoestima a adolescentes humillados en su casa o el colegio, o recomendar *tips* de autocuidado a cuidadoras exhaustas. Quizás puedan funcionar de manera puntual, pero son insuficientes ante las condiciones que sostienen y reproducen el daño. La pregunta que se abre, entonces, es cómo salir de la pedagogía del aguante, donde la trampa es «soportar mejor lo que no debe ser soportado», y pasar a una ética del cuidado y la responsabilidad, donde la vida del grupo no está ajena a lo que le ocurre a uno de sus miembros.

Suele asociarse la salud mental al ejercicio de hablar o expresarse por diferentes medios. Poco se dice sobre las condiciones necesarias para transformar una experiencia vivida en una experiencia pensable y, solo después, comunicable. Imaginemos una adolescente que le dice a todos que se siente bien y oculta, al mismo tiempo, que está dejando de alimentarse. O un hombre que bromea sobre su agotamiento para no admitir que se siente al límite. O en una comunidad que justifica los golpes a la mujer o los niños porque «así es su cultura» o «siempre fue así», en vez de asumir la violencia cotidiana que se practica.

Se propone, entonces, que las prácticas en salud mental no se queden en el hablar o el expresarse sin mayor objetivo que la propia expresión. Para que la palabra repare algo de lo vivido debemos ligarla a los afectos, a los hechos y a la apertura de construir nuevos sentidos. Las experiencias se reorganizan y metabolizan al reconocer lo vivido, al diferenciar roles y responsabilidades, y cuando las personas y los grupos recuperan nuevos o mejores márgenes de acción. Cuando esto no ocurre, la experiencia dolorosa puede ser contada innumerables veces, pero sin procesarse psíquicamente ni obtener reconocimiento de los otros. Como resultado, tenderá a volver —o repetirse— por vías menos elaboradas. A veces como un síntoma corporal, una descarga sobre terceros, una repetición vincular o como un mandato transmitido entre generaciones.

Así, al iniciar una intervención comunitaria, la primera pregunta no debería ser «qué actividad haremos» o incluso «qué objetivo tenemos», lo que puede ser

prematureo si se formula desde afuera. El punto de partida es la escucha de lo que le preocupa a la comunidad, qué reconoce como problema, qué quiere transformar y qué recursos tiene para hacerlo. Hay muchas técnicas —y se aprenden— para recoger esta información. Lo que menos hay son marcos éticos que reconozcan la alteridad y la dignidad de los grupos y las comunidades, sin reducirla a objetos de obediencia, estudio o diagnóstico.

"Para que la palabra repare algo de lo vivido debemos ligarla a los afectos, a los hechos y a la apertura de construir nuevos sentidos."



En el acompañamiento o intervención con grupos encontraremos un plano del discurso explícito o manifiesto, fácil de identificar, y otro más subyacente o latente, que nos informará sobre lo que el grupo vive con insistencia pese a que no pueda formularlo como una demanda. Aquí empieza todo, articulando ambos planos: lo que la comunidad dice de sí misma y aquello que, en sus prácticas y modos de relacionarse, se evita, se calla, se repite y pide ser pensado. El reconocimiento de estos distintos planos de la comunicación le permitirá al grupo interpelarse y formular preguntas sobre su historia o experiencia común, sin que de manera externa se imponga como explicación o

hipótesis previa. Esa historia se construye en el diálogo y en la experiencia concreta del encuentro. Solo entonces preguntas como «qué se aprendió a callar», «a quién se protegió» o «a quién se dejó solo» dejan de ser invasivas y se vuelven herramientas para pensar juntos.

Una red, por definición, debe sostener

Pero pensar, hablar y escuchar tampoco son suficientes. Se necesita construir un marco de escucha dentro de una red ética de cuidado y responsabilidad, lo que supone ir más allá de la lógica del directorio de instituciones para derivar a la persona-problema. ¿Quién responde cuando el problema de un grupo no se puede sostener institucionalmente? ¿Qué pasa cuando el sufrimiento sobrepasa los límites de las intervenciones individuales? ¿Qué ocurre cuando el grupo no sostiene a sus miembros porque no logra activarse para ese fin? ¿Qué hacemos cuando las instituciones afianzan los temores y la desconfianza?

En un país como el Perú, herido en tantas dimensiones, los grupos no se sostienen o lo hacen con dificultad. A veces se parten por la verticalidad, los silencios o por las quejas a media voz. Otras veces no toleran discrepancias o diferencias, se experimentan traiciones, maltratos, o no sostienen simplemente acuerdos de convivencia. A veces los grupos funcionan como fueros o pequeñas islas anárquicas, sin capacidad de articularse a otros grupos e instituciones, sin mayor trama o lazo articulador. De ahí la necesidad de que nuestros



"El trabajo en red, lejos de ser un circuito administrativo, supone la construcción de un sistema de soporte que forma y conforma un tejido de agentes y responsabilidades con una ética común."



esfuerzos se constituyan dentro de una red mayor que busque construir y sostener una comunidad, y con esta, sus organizaciones, sus liderazgos, sus saberes, sus recursos y sus propias formas de apoyo, con capacidad para reconocer límites, pedir ayuda y responder de manera organizada.

Si pensamos en un colegio que observa violencia en el aula o el recreo, entonces no basta con derivar al psicólogo a los chicos, hay que educar en comuni-



Foto: Human Perú

cación, respeto y tolerancia. Si un centro de salud recibe una adolescente embarazada, no basta con atenderla, hay que seguir el caso y verificar su seguridad. Si una parroquia detecta algún tipo de abuso en su interior, debe proteger a la víctima y denunciar al agresor. Dicho de otra manera, cada actor o comunidad tienen roles que no son simples trámites que les permitirán, eventualmente y más adelante, entenderse de la persona. El trabajo en red, lejos de ser un circuito administrativo, supone la construcción de un sistema de soporte que forma y conforma un tejido de agentes y responsabilidades con una ética común.

Cuidar de la salud mental en espacios comunitarios exigirá, entonces, organización: actores responsables, rutas de acción, tiempos de respuesta, criterios de riesgo, formas de seguimiento y límites. Las estrategias pueden ser sencillas, pero no improvisadas. Los espacios de escucha necesitan sostenerse, el reconocimiento del riesgo debe ser compartido por todos, se necesitan protocolos de derivación, rutas claras para el seguimiento de casos, y por supuesto,

mecanismos comunitarios para no dejar a su suerte a la persona afectada. No se trata, pues, de contener desde la pasividad o de absorber el daño para que todo pase y nada cambie; sino de notar e implementar que cuidar es hacerse cargo: preguntar, escuchar, proteger, separar, intervenir, medicar u hospitalizar si fuera necesario, romper un secreto, retirar a niños, niñas y adolescentes de situaciones de riesgo o reclamar a una institución que su burocracia o lentitud también daña. El cuidado no siempre es una acción amable, se aleja de la condescendencia, no supone tolerar negligencias. A veces exigirá sostener conflictos para poner límites y tomar decisiones.

Si intentásemos una apretada síntesis, puede afirmarse que cuidar es responder. Acogiendo y dándole lugar a la escucha, para que el dolor pueda ser pensado. Con protección y cuidado responsable, cuando hay riesgo para la vida o el desarrollo humano. Con límites claros, cuando hay transgresión y violencia. Con tratamiento especializado, cuando el sufrimiento se desborda. O con justicia, memoria y reparación, cuando una comunidad es herida y dejada sola.

En el Perú solemos llegar tarde al sufrimiento y a la injusticia. Muchas veces ni se llega, se normaliza la impunidad. Nos acostumbramos a reaccionar solo cuando algo se volvió síntoma, cuando estalló una crisis o se instaló la tragedia. El cuidado emocional comunitario es para salir con antecedencia. Es para llegar antes. Requiere voluntad, pero también organización y respuesta para no repetir el daño ni el abandono. ■

* PSICÓLOGA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN TEORÍA PSICOANALÍTICA. DIRECTORA DE PROYECTO UMA. DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA Y CONSULTORA.

Colbert Soto

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO UARM

Investigar para comprender a las personas: el desafío de la salud mental en nuestro tiempo

Detrás de cada estadística sobre ansiedad, depresión, violencia, exclusión o soledad hay vidas que intentan adaptarse a cambios acelerados, familias que enfrentan incertidumbre y comunidades que buscan respuestas a problemas cada vez más complejos. En el mundo, una de cada ocho personas vive con algún trastorno mental; además, en los países de ingresos bajos y medianos, entre el 76 % y el 85 % de la población con trastornos mentales graves no reciben tratamiento. A ello se suma que el suicidio representa aproximadamente una de cada cien muertes a nivel global¹. En este contexto y considerando que los países dedican en promedio 2 % de su presupuesto de salud a la salud mental², esta ha dejado de ser un tema exclusivamente clínico para convertirse en una preocupación social que involucra a la educación, la economía, la política, la cultura y las relaciones humanas.

Comprender estos desafíos exige investigación rigurosa, pensamiento crítico y una mirada interdisciplinaria capaz de conectar las experiencias individuales con los procesos sociales que las condicionan. ¿Por qué algunos logran afrontar la adversidad mientras otras experimentan mayores nive-

les de vulnerabilidad? ¿Cómo influyen las desigualdades, las dinámicas familiares, las tecnologías digitales o los cambios culturales en el bienestar psicológico? Son preguntas que demandan nuevo conocimiento y propuestas innovadoras.

El Doctorado en Estudios Sociales y Humanísticos de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, un programa orientado a la producción de conocimiento original y a la comprensión crítica de los problemas contemporáneos desde una perspectiva transdisciplinaria propone una propuesta formativa orientada a desarrollar investigadores capaces de analizar fenómenos complejos y generar aportes con impacto social, articulando diversas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades.

La investigación en salud mental necesita precisamente ese tipo de mirada; los problemas que afectan el bienestar de las personas no pueden entenderse únicamente desde una dimensión individual. Factores como la pobreza, la violencia, la discriminación, los procesos educativos, el acceso a servicios o las transformaciones culturales influyen profundamente en la forma en que se vive, sufre y construye bienestar.

Investigar, entonces, no consiste únicamente en producir artículos o generar datos, es una forma de acercarse a las experiencias humanas para comprenderlas mejor y contribuir a transformarlas y, en tiempos donde el bienestar emocional ocupa un lugar central en las agendas públicas, formar investigadores comprometidos con los individuos y con la sociedad representa una apuesta necesaria para construir comunidades más saludables, inclusivas y humanas. ■

1 OMS (2025) Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

2 OMS (2022) Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

ESPECIALIZACIÓN ACADÉMICA PARA FORTALECER TU PERFIL PROFESIONAL

MAESTRÍAS:

- Bioética
- Neurociencia y Educación

📅 Inicio: **Setiembre 2026**

DIPLOMADOS:

- Evaluación Formativa para el Aprendizaje
- Gestión Cultural
- Gestión Social y Transformación de Conflictos Sociales
- Inteligencia Artificial aplicada a la Educación
- Investigación Cualitativa
- Prevención de la Violencia contra Niñas, Niños, Adolescentes y Personas en Situación de Vulnerabilidad

📅 Inicio: **Setiembre 2026**

DOCTORADO:

- Estudios Sociales y Humanísticos

📅 Inicio: **Setiembre 2026**

FORMACIÓN CONTINUA:

- Diploma en Violencia de Género y Masculinidades Igualitarias
- Diploma en Gestión Pública y Desarrollo Territorial

📅 Inicio: **Agosto 2026**



Comunícate con nosotros para recibir asesoría personalizada:

✉ informes.posgrado@uarm.pe

☎ 923 770 899 – 923 772 204



ESCUELA
DE POSGRADO
UARM



Rosa Milagros Isla Castillo

PSICÓLOGA CLÍNICA Y DE LA SALUD*

Suicidio en el Perú: una crisis silenciosa

El suicidio constituye un problema complejo de salud pública a nivel mundial, con más de 720 000 personas que pierden la vida por esta causa cada año¹. El impacto epidemiológico en la región evidencia una crisis crítica entre la población más joven. Según información de la Organización Panamericana de la Salud², el suicidio constituye la tercera causa de fallecimiento en el grupo etario de 10 a 24 años en la Región de las Américas, registrando un aumento del 38 % en su tasa de mortalidad entre 2000 y 2021.

En el contexto peruano, esta tendencia también tiene un impacto significativo en la población joven. Según datos del Ministerio de Salud³, los intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años se relacionan con problemas sentimentales, conflictos familiares y situaciones de violencia física o psicológica. Esta realidad se agudiza en subgrupos expuestos a estresores permanentes y discriminación, tales como la comunidad LGBTIQ+, que reporta tasas elevadas de ideación

1 Organización Mundial de la Salud. (2024). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

2 Organización Panamericana de la Salud. (2026, 20 de mayo). *Suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes aumenta en las Américas: OPS alerta sobre la necesidad urgente de prevención*. <https://www.paho.org/es/noticias/20-5-2026-suicidio-entre-adolescentes-adultos-joven>

3 Ministerio de Salud. (2025). Boletín Epidemiológico de Salud Mental: Conductas e ideación suicida en el Perú. MINSA.

y planificación suicida debido al rechazo en sus entornos⁴.

Asimismo, en los últimos años, esta problemática ha mostrado una tendencia creciente en nuestro país. Según el Sistema de Información de Defunciones, se registraron 735 fallecimientos por suicidio durante 2024, con mayor incidencia en las regiones de Arequipa (119) y Lima Metropolitana (115), seguidas por Cusco (70) y Puno (59). Por otro lado, la tendencia se mantuvo constante a principios de 2025, registrándose 74 casos solo en el mes de enero. Por su parte, la línea de orientación 113 del Minsa⁵ registró un total de 1 153 intervenciones asociadas a conductas suicidas e ideación suicida. La distribución por grupo etario de estos datos muestra una prevalencia en la población de 18 a 29 años con el 45 % de las llamadas, en contraste con el 40 % correspondiente a los adultos. Esto evidencia la búsqueda de ayuda, a través de los recursos que brinda el Estado peruano, pero pone de manifiesto una crisis de salud pública en el Perú.

En cuanto a las diferencias por género en nuestro país, un estudio observó mayor frecuencia de suicidios en varones (69,5 %), con un promedio de edad de 34 años, siendo las personas solteras el grupo con mayor afectación según estado civil⁶. Otra investigación sobre eventos en el Puente Villena en Lima Metropolitana⁷ identificó que la mayoría de quienes fallecen por suicidio son hombres, solteros y residentes de distritos ajenos al lugar del evento. Lo descrito se ve respaldado por



"Según datos del Ministerio de Salud, los intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años se relacionan con problemas sentimentales, conflictos familiares y situaciones de violencia física o psicológica."

4 The Trevor Project. (2024). 2024 Perú Encuesta Nacional sobre la Salud Mental de Jóvenes LGBTQ+. https://www.thetrevorproject.org/survey-international/assets/static/2024_Peru_National_Survey_ES.pdf

5 Punto Seguido - UPC. (2024, 4 de noviembre). Cifras de la Línea 113 en 2024 revelan crisis de salud mental: cada día, siete peruanos intentan suicidarse. <https://puntoseguido.upc.edu.pe/cifras-de-la-linea-113-en-2024-revelan-crisis-de-salud-mental-cada-dia-siete-peruanos-intentan-suicidarse/>

6 Contreras-Cordova, C. R., Atencio-Paulino, J. I., Ccoicca-Hinojosa, J. D., Pauca Huaman, W., Sedano, C., & Valle, R. (2022). Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 19-28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>

7 Muñoz, J., Vega, J., Mendoza, C., & Muñoz, H. (2003). Suicidio e intento de suicidio por salto desde altura en el Puente Villena. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66(3), 223-233. <https://doi.org/10.20453/rnp.v66i3.1444>

"Más que un diagnóstico médico, el suicidio constituye un comportamiento complejo y multicausal."



Foto: ANDINA

el informe regional de la OPS de 2025: la Región de las Américas⁸ registra 9 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes, con una mayor tasa de mortalidad en hombres que en mujeres.

Esta preocupación también se evidencia en universidades de nuestro país. Un estudio realizado por el Consorcio de Universidades en el Perú⁹ revela que un 19,1 % de la población estudiantil manifestó haber experimentado pensamientos suicidas, mientras que un 6,3 % presentó planificación suicida durante el semestre académico¹⁰. Esto pone en evidencia que la vida universitaria no solo tiene retos académicos, sino también desafíos vinculados al desarrollo personal asociados a problemas de salud mental.

El impacto de esta información nos lleva a pensar qué elementos definen el suicidio. Más que un diagnóstico médico, el suicidio constituye un comportamiento complejo y multicausal¹¹. Desde una mirada biopsicosocial, existe una interacción entre la vulnerabilidad biológica —manifestada en una alta sensibilidad y reacciones emocionales intensas— y los factores estresores del entorno¹². Al no contar con estrategias de afrontamiento adecuadas para regular las emociones, el individuo puede llegar a ver la conducta suicida como una forma de comunicar su desesperación o de interrumpir un dolor emocional que percibe como intolerable.

En otras palabras, el deseo de morir es el intento de escapar de un dolor emocional profundo. La persona se queda sin recursos para afron-

- 8 Organización Panamericana de la Salud. (2025). Informe sobre el estado de la mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. OPS.
- 9 Otiniano, F. (2024). Estudio sobre salud mental en universitarios del Consorcio de Universidades 2024: Resultados de la Universidad del Pacífico. Universidad del Pacífico, Bienestar y Formación Estudiantil.
- 10 Cassaretto et al., 2021; Otiniano, 2024
- 11 Wasserman, D. (Ed.). (2021). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (2a ed.). Oxford University Press.
- 12 Crowell, S. E., & Kaufman, E. A. (2021). Biopsychosocial models of radical self-harm. En D. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (2a ed., pp. 195-204). Oxford University Press.

tar su problema¹³. Puede surgir a partir de la convergencia de determinantes biológicos, psicológicos y sociales, como el consumo excesivo de alcohol, las deudas, la violencia doméstica y el abuso sexual¹⁴.

Asimismo, intervienen factores individuales y psicológicos, como la presencia de trastornos mentales y del comportamiento, entre ellos la depresión¹⁵.

Por todo lo mencionado, la prevención del suicidio se debe abordar desde el modelo de Salud Pública y no debe reducirse únicamente al enfoque médico¹⁶. Lamentablemente, las acciones preventivas suelen verse limitadas por el estigma en instituciones públicas y privadas. Este se compone por un conjunto de actitudes, estereotipos y creencias negativas sobre las personas con

conductas suicidas. Esto conlleva discriminación y limita la búsqueda de ayuda profesional y social de quienes lo necesitan.

Se puede decir que el estigma se estructura en tres niveles: público, internalizado y familiar. Por ejemplo, los individuos en riesgo suicida, por el temor de ser segregados o juzgados en sus entornos, evitan buscar ayuda profesional¹⁷. De igual modo, esto limita la conformación de redes de ayuda para los sobrevivientes de pérdida por suicidio —familia, amigos o personas del entorno del fallecido por suicidio—, quienes se ven forzados al aislamiento debido a prejuicios sociales que los culpan indirectamente del fallecimiento de su familiar¹⁸.

Se debe erradicar eficazmente el estigma y promover entornos se-

"La prevención del suicidio se debe abordar desde el modelo de Salud Pública y no debe reducirse únicamente al enfoque médico."



13 Dunkley, K. R., Berg, J., & Kerkhof, A. J. (2021). Psychological escape and pain tolerance theories. En D. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (2a ed.). Oxford University Press.

14 Pirkis, J., Bantjes, J., Dandonna, R., Knipe, D., Pitman, A., Robinson, J., Silverman, M., & Hawton, K. (2024a). Preventing suicide: A public health approach to a global problem. *The Lancet*, 403(10423), 285-296. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01127-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01127-1)

15 Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England Journal of Medicine*, 382(3), 266-274. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1902944>

16 Pirkis, J., Bantjes, J., Dandonna, R., Knipe, D., Pitman, A., Robinson, J., Silverman, M., & Hawton, K. (2024b). Addressing key risk factors for suicide at a societal level. *The Lancet*, 403(10423), 297-307. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01127-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01127-1)

17 Van Spijker, B. A., Van Straten, A., & Kerkhof, A. J. (2010). The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: A randomized controlled trial. *Trials*, 11, Artículo 25. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-25>

18 Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2018). The stigma of suicide survivorship and related alth outcomes of loss survivors: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 22(3), 341-369. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1355286>

gueros. Estas acciones son indispensables para derribar los mitos culturales. Uno de los prejuicios frecuentes es la falsa creencia de que «el que se quiere matar no lo dice, y el que lo dice es solo para llamar la atención». Este mito invalida los intentos de comunicar el malestar y, por tanto, limita la búsqueda de ayuda en las personas en crisis.

Asimismo, existe el temor de que «hablar sobre el suicidio o preguntar sobre el deseo de morir puede incentivar la conducta suicida». La evidencia científica demuestra que abordar el suicidio de manera empática, asertiva y responsable reduce la angustia psicológica, calma la carga emocional y fomenta la red de apoyo. Educar a las comunidades sobre este tema contribuye a desarticular tanto el estigma público como el internalizado, abriendo la oportunidad para que las personas vulnerables

busquen ayuda sin temor a ser juzgadas o excluidas.

La restricción del acceso a medios también constituye una acción preventiva mediante la implementación de barreras físicas, una de las estrategias con mayor eficacia para disminuir el riesgo de suicidio. Un ejemplo de aplicación práctica para los sectores público y privado, orientado al cuidado de las personas, consiste en identificar aquellos espacios vulnerables, con el propósito de realizar las modificaciones y adecuaciones de seguridad en su infraestructura. Esto contribuye a salvaguardar a la comunidad.

Finalmente, el diseño y la implementación de un protocolo preventivo dentro de cualquier institución no puede limitarse exclusivamente a normar acciones de detección temprana o de intervención en la crisis inmediata —antes y durante el evento—.

"El suicidio no constituye un fenómeno exclusivamente individual, sino una situación que afecta a la comunidad."



Foto: ANDINA

*Escucha, Siente y entiende
tus emociones cada uno tiene
un mensaje para ti!*

Foto: ANDINA

Una estrategia integral de salud pública y de cuidado comunitario debe incorporar obligatoriamente un eje de postvención, entendido como el conjunto de acciones orientadas a acompañar a las personas tras el fallecimiento por suicidio.

Un fallecimiento por suicidio repercute profundamente en el círculo social cercano de la persona afectada. Los familiares y amigos —llamados sobrevivientes de pérdida— sufren sentimientos de culpa, vergüenza, rechazo y aislamiento prolongado. Asimismo, pueden presentar mayor vulnerabilidad debido al impacto de lo sucedido —trauma vicario— y desarrollar ideación suicida¹⁹. Lo anterior demuestra que el sui-

cidio no constituye un fenómeno exclusivamente individual, sino una situación que afecta a la comunidad.

Si una institución carece de lineamientos claros de posvención para contener el sufrimiento de los sobrevivientes de pérdida, el trauma colectivo se vuelve crónico y aumenta la posibilidad de contagio suicida en otros miembros vulnerables del grupo. El cuidado de la salud mental comunitaria requiere la postvención como parte de la prevención secundaria.

En general, el suicidio puede prevenirse en muchos casos. Por ello es necesario sensibilizar a la comunidad, identificar señales de alerta y contar con canales de ayuda. ■

19 Pitman, A., & Osborn, D. (2018). Bereavement after suicide. *The BMJ*, 361, Article k1862. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1862>

* JEFA DEL SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO Y PSICOPEDAGÓGICO - SAPP

Antonio Carrón de la Torre, OAR
FILÓSOFO, TEÓLOGO Y DOCENTE*

Pantallas que duelen *Redes sociales, ansiedad y salud mental en los jóvenes*

Una adolescente de quince años se acuesta cada noche con su celular bajo la almohada. Antes de dormir revisa, una vez más, cuántos mensajes recibió, cuántos *likes* acumuló su última foto, qué publicaron sus amigas. Si el resultado no la satisface, le espera una noche en vela y la sensación difusa de no ser suficiente. Esta escena, repetida en millones de hogares, describe una de las transformaciones más silenciosas de nuestro tiempo. La pregunta que nos convoca y provoca como sociedad —y como Iglesia— es si estamos a la altura de comprenderla.

Una generación bajo presión

La Organización Mundial de la Salud advierte que los trastornos de salud mental son una de las principales causas de carga de enfermedad entre adolescentes en el mundo. Estima que, aproximadamente, uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años convive con algún trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión los más frecuentes. Estas cifras describen biografías rotas, vocaciones postergadas y, en los casos más graves, vidas

interrumpidas: el suicidio figura entre las principales causas de muerte en este grupo etario.

El Perú no es ajeno a esta realidad. Estudios del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» han documentado prevalencias significativas de episodios depresivos y trastornos de ansiedad en adolescentes de Lima y otras regiones. La pandemia de COVID-19 agravó este panorama: el aislamiento, el cierre de escuelas y la pérdida de seres queridos dejaron una huella psíquica que aún estamos lejos de procesar. El propio Ministerio de Salud ha reconocido el incremento de la demanda de atención, una exigencia que supera ampliamente la oferta disponible en los servicios públicos.

A esta crisis se suma un factor de enorme peso: la omnipresencia de las redes sociales en la vida cotidiana de niños y adolescentes. Se trata de un fenómeno que no es accesorio, sino que ha reconfigurado la manera en que se construye la identidad, se establecen los vínculos y se mide el propio valor.

El debate global: ¿causa o catalizador?

La discusión académica internacional sobre la relación entre redes sociales y salud mental juvenil está lejos de cerrarse. El psicólogo social Jonathan Haidt sostiene —en obras como *La generación ansiosa* (2024)¹— que el reemplazo de la «infancia basada en el juego» por una «infancia basada en el smartphone», junto con la masificación de las redes sociales desde aproximadamente 2010, ha provocado un deterioro mensurable en la salud mental de los adoles-

1 Haidt, J. (2024). *La generación ansiosa: Por qué las redes sociales están causando una epidemia de enfermedades mentales entre nuestros jóvenes*. Deusto.



centes, particularmente en las niñas. Su tesis señala una correlación entre el incremento de diagnósticos de ansiedad, depresión y autolesiones y la expansión del uso intensivo de plataformas como *Instagram* o *TikTok*.

Otros investigadores, como Candice Odgers o Andrew Przybylski, matizan estas conclusiones, advirtiendo que la evidencia disponible muestra correlaciones modestas y que el deterioro de la salud mental juvenil obedece a una constelación de factores: precariedad económica, soledad, presión académica y, sí, también el ecosistema digital. La

discusión no debe encerrarse en un falso dilema. Las redes no son la única causa, pero tampoco son inocentes, dado que funcionan como un catalizador que amplifica vulnerabilidades preexistentes y crea otras nuevas.

Y aquí conviene ser claros: es necesario tomar partido. No es lo mismo una herramienta neutra que un dispositivo diseñado deliberadamente para capturar la

"Las redes no son la única causa, pero tampoco son inocentes, dado que funcionan como un catalizador que amplifica vulnerabilidades preexistentes y crea otras nuevas."



atención. Las plataformas dominantes operan bajo una economía de la atención que premia el contenido emocionalmente intenso, la comparación social permanente y el *scroll* infinito. Documentos internos de Meta, conocidos en 2021 como los «*Facebook Papers*», mostraron que la propia empresa había detectado efectos nocivos de *Instagram* sobre la imagen corporal de las adolescentes, sin que ello se tradujera en cambios sustantivos. La pregunta ética no es solo cuánto tiempo pasan los jóvenes frente a la pantalla, sino ante qué tipo de pantalla están, quién la diseñó y con qué intereses.

El rostro peruano del problema

En el Perú, el acceso a internet móvil se ha expandido notablemente durante la última década. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la mayoría de hogares peruanos cuenta con al menos un miembro que accede a internet, y entre los jóvenes de 12 a 24 años el uso es prácticamente universal en zonas urbanas. Esta democratización ha llegado, sin embargo, sin acompañamiento: sin alfabetización digital crítica, sin educación emocional y sin servicios de salud mental capaces de responder a los nuevos malestares.

La brecha es particularmente dolorosa. Mientras un adolescente de un colegio privado limeño puede acceder a terapia psicológica y a conver-



Foto: ANDINA

saciones familiares sobre el uso del celular, otro de una zona rural andina o amazónica enfrenta los mismos algoritmos y las mismas dinámicas de comparación, pero sin red de apoyo y sin servicios cercanos. La Defensoría del Pueblo ha llamado la atención sobre la insuficiencia de la oferta pública: los Centros de Salud Mental Comunitaria, creados al amparo de la Ley N.º 30947, han crecido, pero siguen siendo insuficientes para la demanda real del país.

A ello se suman fenómenos específicos: el ciberacoso escolar, que el sistema SiseVe del Ministerio de Educación viene registrando con preocupación; la exposición temprana a contenidos violentos o sexualizados; la presión por mostrar una vida exitosa en contextos de profunda desigualdad; y la circulación de retos virales y comunidades en línea que romantizan la autolesión o el suicidio. No estamos ante un problema individual, sino ante un problema de salud pública.

Una mirada desde la fe: la dignidad herida

Frente a este escenario, la tradición cristiana tiene mucho que aportar. No tanto recetas técnicas —que corresponden a la psicología, la psiquiatría y la política pública—, sino un horizonte de sentido. La fe nos recuerda que cada joven es portador de una dignidad que no depende de los seguidores que tenga, de los *likes* que reciba ni del cuerpo que muestre. Esta convicción, aparentemente simple, es profundamente subversiva en una cultura que reduce el valor humano a su rendimiento visible.

El papa León XIV, desde el inicio de su pontificado, ha llamado la atención sobre los desafíos antropológicos que plantean las tecnologías contemporáneas, en especial la inteligencia artificial y los entornos digitales. Eligió su nombre, según ha explicado, en continuidad con León XIII, quien escribió la *Rerum Novarum* frente a la revolución industrial. Hoy la Iglesia está llamada a responder con la misma audacia frente a una nueva revolución que afecta el trabajo, los vínculos y la dignidad humana. Pensar la salud mental de los jóvenes en el Perú no puede limitarse a un asunto sanitario, sino que constituye también una cuestión de justicia social y de defensa de la persona frente a poderes que la instrumentalizan.

"La pregunta ética no es solo cuánto tiempo pasan los jóvenes frente a la pantalla, sino ante qué tipo de pantalla están, quién la diseñó y con qué intereses."



La Iglesia en el Perú, presente en parroquias, colegios, universidades y comunidades de base, tiene una capilaridad que pocas instituciones poseen. Esa cercanía es un activo pastoral al servicio de los jóvenes que sufren: escuchar sin juzgar, formar a familias y educadores en alfabetización digital crítica, abrir espacios de comunidad presencial que ofrezcan una alternativa real a la soledad acompañada de la pantalla.

Tomar partido: un horizonte de acción

Reconocer la complejidad del fenómeno no debe paralizarnos. Hay decisiones que, como sociedad y como Iglesia, podemos y debemos tomar.

Primero, exigir al Estado peruano una implementación efectiva de la Ley de Salud Mental, con financiamiento suficiente y servicios accesibles también en zonas rurales.

Segundo, regular con seriedad a las plataformas: verificación de edad real, transparencia algorítmica, prohibición de diseños adictivos dirigidos a menores. Países como Australia, Francia y España ya avanzan en esa dirección, y el Perú no puede quedarse atrás amparado en el mito de la «innovación».

Tercero, recuperar el lugar de la familia, la escuela y la comunidad de fe como espacios primarios de cuidado. No se trata de demonizar la tecnología —los jóvenes tienen derecho a habitar el mundo digital con criterio y creatividad—, sino de evitar que la pantalla sustituya la mirada del padre, la conversación con el amigo o el abrazo de la abuela.



Cuarto, escuchar a los propios jóvenes. Ellos no son víctimas pasivas del ecosistema digital, sino que muchas veces son los primeros en intuir lo que les hace daño y los primeros en ensayar respuestas creativas.

La adolescente con la que abrimos no necesita un sermón sobre los peligros del celular. Necesita adultos que la miren a los ojos, una sociedad que no la mida por sus *likes*, un Estado que garantice su derecho a la salud mental y una comunidad de fe que le recuerde, con palabras y con gestos, que es amada antes de cualquier publicación. Esa es la apuesta. Esa es, también, la urgencia. ■

* SACERDOTE DE LA ORDEN DE AGUSTINOS RECOLETOS

Daniel Yépez Barrionuevo
PSICÓLOGO Y COORDINADOR EDUCATIVO*

Crianza con ternura: la fuerza de los vínculos para la salud mental

La salud mental está profundamente ligada a las vivencias de la infancia y el contexto donde se producen, pues estas moldean la personalidad e influyen directamente en el bienestar y en los vínculos que establecemos a lo largo de la vida. En concreto, los estilos de crianza que ejercemos como adultos suelen estar condicionados por nuestras propias experiencias en la niñez. Nuestras memorias infantiles, sean de justicia y ternura o de violencia y vulneración de derechos, pueden transformarse en una fuente de sabiduría para la crianza actual, siempre que seamos capaces de resignificarlas¹ en favor del bienestar de quienes están bajo nuestro cuidado. Solo al volver la mirada hacia nuestra propia historia, podremos transformar las prácticas que ejercemos como cuidadores en el hogar o la comunidad.

Bajo esta premisa, es necesario cuestionarnos como sociedad qué historias de ternura o de dolor se están transmitiendo hoy en nuestro país y cuáles son los frutos de la crianza de aquellos niños heridos que ahora son pa-

dres y madres. Las estadísticas nos interpelan, pues prácticamente cinco de cada diez niñas y niños sufren violencia en sus hogares². Esta situación sugiere un entorno familiar de adversidad que, inevitablemente, se reproduce en entornos sociales igualmente hostiles.

La evidencia científica indica que las experiencias adversas en la niñez (EAN) son eventos perjudiciales y crónicos que generan estrés tóxico. Estos sucesos tienen efectos acumulativos y consecuencias de diversa gravedad para la salud integral. Las EAN se refieren al abuso físico, psicológico y sexual, la negligencia física y emocional, o la disfuncionalidad familiar —violencia de género, abandono, consumo de sustancias y problemas de salud mental de los cuidadores—. Estas vivencias no solo quebrantan el bienestar emocional presente, sino que dejan huellas profundas y dolorosas en la adultez, etapa en la que existe una alta probabilidad de reproducir ese entorno de sufrimiento hacia la niñez bajo su protección³, si es que no se resignifican estas experiencias para

- 1 El proceso de resignificación implica dar un nuevo sentido y trascender las heridas transgeneracionales, es el acto de restaurar, liberar y transformar el impacto del pasado para ejercer una maternidad o paternidad basada en el amor y el respeto a la dignidad de las infancias.
- 2 La Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES, 2024) indica que el 45,5% de niñas y niños de 9 a 11 años, y el 43,6% de adolescentes, sufren violencia física y psicológica en sus hogares.
- 3 Vincent Felitti y Robert Anda son los principales investigadores que demostraron una relación directa entre las experiencias adversas en la niñez y el deterioro de la salud integral en la vida adulta en su estudio: "Relationships of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults" (1998).

identificar y decidir conscientemente los patrones de crianza a transformar para el cuidado sensible de las infancias.

Para ilustrar este impacto, veamos algunas evidencias: cuando una niña, niño o adolescente experimenta cuatro o más EAN, tiene 3,9 veces más probabilidades de sufrir depresión, cifra que aumenta a 4,7 veces al llegar a la adultez. Una progresión

"Las estadísticas nos interpelan, pues prácticamente cinco de cada diez niñas y niños sufren violencia en sus hogares."



similar ocurre con la ideación suicida: la probabilidad es de 1,9 veces en la niñez y se dispara a 10,5 veces en la etapa adulta. Un dato alarmante se observa en los intentos de suicidio: por cada EAN, el riesgo aumenta 2,5 veces durante la niñez, pero al alcanzar la adultez, la probabilidad se incrementa hasta 37,5 veces⁴. Estas experiencias son dolores que el tiempo no borra por sí solo, recordándonos que sanar el presente de nuestras infancias es una condición fundamental

para asegurar que su futuro no sea una extensión de sus heridas; para ello es necesario sanar al niño y a la niña de ayer.

Frente a esta realidad de crueldad hacia las infancias, surge como propuesta la crianza con ternura como una vía para promover el bienestar emocional en las infancias. Lejos de ser una práctica permisiva o muestra de debilidad —como sugiere el imaginario social—, la crianza con ternura es una postura ética basada en el respeto y el compromiso con la dignidad de las niñas y niños. Esta se constituye como una forma de resistencia frente a cualquier práctica que pretenda vulnerar la vida o el cuerpo de la niñez de manera cruel o violenta⁵.

La crianza con ternura es un factor protector, capaz de interrumpir los ciclos transgeneracionales de violencia. La presencia de relaciones de cuidado seguro, sensible y de vínculos afectivos sólidos —no solo dentro de la familia, sino también en espacios como la escuela y la comunidad— es determinante para la salud y el bienestar integral de las infancias y

4 Bhushan D, et al. Roadmap for Resilience: The California Surgeon General's Report on Adverse Childhood Experiences, Toxic Stress, and Health. Office of the California Surgeon General, 2020.

5 El enfoque de crianza con ternura es implementado por World Vision en 14 países de América Latina y el Caribe.



Foto: World Vision Perú



"El resultado de vivir una niñez inmersa en la ternura y en entornos relacionales simétricos se traduce en una sólida salud integral, bienestar emocional, éxito académico y una alta capacidad para regular impulsos agresivos."



sus aduleces futuras⁶. En este entramado, la familia constituye el espacio más significativo para cultivar tales fortalezas, definidas por el acompañamiento de adultos leales que brindan protección y amor, responden a las necesidades de salud y fomentan relaciones de confianza⁷. Asimismo, las vivencias comunitarias, como contar con amigos cercanos, desarrollar un sentido de pertenencia escolar, mantener creencias que ofrezcan consuelo, sentirse bien consigo mismo y disponer de adultos fuera del hogar legítimamente interesados en su bienestar⁸, además de otorgar bienestar inmediato, actúan como escudos protectores ante las experiencias adversas a lo largo de la vida.

Para la crianza con ternura, es imperativa la dignificación de las infancias como sujetos de derechos mediante relaciones horizontales y dialogantes que validen las experiencias y emociones, libres de prácticas de control rígido. Este enfoque contrarresta el adultocentrismo, permitiendo que

niñas y niños participen activamente en la toma de decisiones, desarrollen un pensamiento crítico sobre su realidad y resuelvan conflictos a través de la responsabilidad con los otros. De la misma manera, la libertad de jugar de manera autónoma, creativa y colaborativa se erige como una experiencia vital, social y de expresión emocional indispensable⁹. El juego activa áreas cerebrales que liberan neuroquímicos esenciales como la oxitocina, serotonina, dopamina y endorfinas, las cuales mitigan el estrés, generan calma y funcionan como el principal antídoto contra el sufrimiento socioemocional¹⁰.

En consecuencia, la confluencia de la actividad lúdica, el cuidado sensible que respeta la dignidad e identidad única de las infancias transforma profundamente su bienestar. El resultado de vivir una niñez inmersa en la ternura y en entornos relacionales simétricos se traduce en una sólida salud integral,



- 6 Investigadores como Follitt, Anda, S. Hillis, C. Bethell desarrollan ampliamente los impactos positivos en el bienestar y la salud mental de las experiencias tiernas durante la niñez.
- 7 Susan Hillis (2010), es una de las principales teóricas que explica cómo las fortalezas familiares son factores protectores ante las experiencias adversas durante la niñez.
- 8 Christina Bethell y Alicia Lieberman amplían las experiencias positivas y benevolentes durante la niñez a la experiencia en el entorno educativo y comunitario.
- 9 Peter Gray, desarrolla ampliamente el sentido social y emocional del juego en el bienestar y desarrollo de las infancias.
- 10 Jack Panksepp, uno de los principales investigadores de la neurociencia afectiva, propone el juego como parte de los sistemas emocionales que existen especialmente en todos los mamíferos incluidos los seres humanos.



bienestar emocional, éxito académico y una alta capacidad para regular impulsos agresivos. En definitiva, una persona criada con ternura integrará la empatía y la solidaridad, replicando el cuidado y rechazando la violencia en todas sus formas.

Como reflexión final, el desafío de la salud mental en el Perú exige transformar los hogares y las comunidades en espacios de ternura y cuidado. Es fundamental

dejar de concebir los problemas psíquicos como asuntos exclusivamente individuales o clínicos para comprenderlos como un sufrimiento psicosocial. Para lograrlo, es imperativo restaurar a la niñez desde sus propias narrativas de vida, devolviéndoles la certeza de merecer amor y respeto. Esto implica diseñar e implementar políticas públicas orientadas a resignificar las memorias de infancia de los adultos que hoy asumen responsabilida-

des de cuidado, superando además los estereotipos de género asociados a esta tarea. En última instancia, criar desde la ternura se alza como un acto de resistencia y revolución afectiva; implica comprender que sanar la memoria emocional de quienes cuidan es también proteger el bienestar presente de las infancias, permitiendo transformar el dolor heredado en una fuerza donde la vida pueda florecer sin miedo y en toda su plenitud. ■

* COORDINADOR NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA WORLD VISION PERÚ,
LÍDER DE EDUCACIÓN PARA WORLD VISION AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Sonia Igei

PSICÓLOGA CLÍNICA,
CONSULTORA Y DOCENTE*

Daniel Navarro

PSICÓLOGO SOCIAL, PSICO-
TERAPEUTA Y CONSULTOR*

Cuando parar deja de ser una opción. *Burnout y desgaste emocional: ¿el malestar de nuestra época?*

¿Quién no se ha encontrado respondiendo mensajes mientras come, revisando el celular apenas despierto o sintiendo culpa al intentar descansar?

Hay una forma de agotamiento que no se parece a un colapso. No hay un momento dramático ni una caída visible. Solo una sensación que aparece cuando por fin hay silencio. La dificultad para descansar incluso cuando por fin hay tiempo para hacerlo. La extraña incomodidad de no tener nada que resolver. Debajo de todo eso aparece una pregunta que pocas veces se formula con claridad: ¿quién soy yo cuando no estoy produciendo algo?

La psicóloga Christina Maslach describió el *burnout* como algo más que cansancio: el deterioro progresi-

vo de la relación entre una persona y aquello que le daba sentido. Aunque suele traducirse como agotamiento laboral, el *burnout* describe algo más complejo: un desgaste sostenido que termina afectando la relación con el trabajo, con uno mismo y con la vida cotidiana.

Agotamiento, distancia emocional, sensación de no poder más. Hoy ese desgaste ya no se queda en el trabajo. Llega a la pareja, al cuerpo, al sueño. Se ha vuelto una de las experiencias más extendidas de nuestra época.





Un mundo que cambió más rápido que nuestras herramientas

Parte del problema es contextual. El sociólogo Hartmut Rosa describe nuestra época como una sociedad de aceleración: las tecnologías, el trabajo y las formas de relacionarnos cambian más rápido de lo que logramos procesar. Respondemos a un mundo nuevo con herramientas emocionales antiguas, y esa distancia empieza a sentirse como insuficiencia permanente.

Pero este agotamiento no comienza en el trabajo. Llega allí con una historia previa. Se aprende antes: allí en familias donde el amor y el rendimiento se confunden, en sistemas educativos orientados más a cumplir que a pensar, en culturas donde estar siempre disponible se interpreta como compromiso. Para

"Respondemos a
un mundo nuevo
con herramientas
emocionales
antiguas, y esa
distancia empieza
a sentirse como
insuficiencia
permanente."



cuando alguien entra al mundo laboral, la ecuación muchas veces ya está instalada: valgo por lo que produzco. Descansar se siente improductivo. A veces, incluso culpable.

Las plataformas digitales amplifican todavía más esa lógica. No solo informan: mantienen activa la sensación de que siempre falta algo. Ver lo que otros construyen, muestran o alcanzan no necesariamente inspira. Muchas veces desgasta. Nunca habíamos tenido acceso a tanto y, sin embargo, muchas personas describen un vacío difícil de nombrar: más estímulo, menos profundidad, más conectividad, menos encuentro.



El hacer como forma de sostenerse

Hay un momento en que el trabajo deja de ser algo que uno hace y empieza a convertirse en aquello que organiza la propia identidad. La investigadora Amy Wrzesniewski describe cómo el trabajo puede experimentarse como un llamado, y cómo eso, que inicialmente aporta sentido, puede terminar ocupándolo todo.

En consulta, esto aparece con frecuencia. La persona llega agotada y cree que el problema es únicamente el trabajo. A veces lo es. Existen cargas reales, contextos injustos y sistemas que aplastan. Un médico en un hospital público sin recursos no está atrapado en un problema

"Cuando descansar implica enfrentarse al vacío, al silencio o a las preguntas que el hacer mantenía a distancia, la pausa deja de sentirse segura."

de identidad; está siendo sobrepasado por un sistema que no le brinda con qué trabajar.

Pero existe otra forma de agotamiento, menos visible. Personas que trabajan no solo porque deben, sino porque detenerse las deja frente a algo que preferirían no mirar. El problema no es únicamente el exceso de tareas. La dificultad radica en que el hacer se convirtió en refugio.

Cuando eso ocurre, la pausa deja de sentirse como descanso y se parece más a quedar sin estructura o sin valor. Después de mucho tiempo viviendo en alerta, algunas personas experimentan la quietud no como alivio, sino como exposición.

Con el tiempo, ese patrón termina consolidándose en frases que parecen virtudes: «yo puedo con todo», «siempre respondo», «no me puedo detener». Narrativas que alguna vez ayudaron, pero que poco a poco empiezan a estrechar la vida. Tal vez el problema no sea solamente que trabajamos demasiado, sino que hemos aprendido a existir bajo la lógica permanente del rendimiento.

Visto desde esa perspectiva, el *burnout* muchas veces no es solo cansancio. El agotamiento es real, pero debajo suele haber algo más antiguo: una versión de uno mismo construida para sobrevivir adaptándose al mundo, que ya no logra sostener ese ritmo.

Algo parecido ocurre en posiciones de liderazgo. Cuando el trabajo ocupa progresivamente todo el espacio disponible, el resto empieza a reducirse: el ocio, la familia, los amigos. No necesariamente como decisión consciente, sino como consecuencia de un centro de gravedad que termina absorbiéndolo todo. Desde esa perspectiva, ver que alguien pone límites o no está disponible permanentemente puede empezar a interpretarse como falta de compromiso. El problema es haber perdido el punto de referencia para distinguir lo razonable de lo excesivo.

Por qué el descanso no siempre alcanza

Una de las señales más desconcertantes del agotamiento contemporáneo es que las soluciones habituales dejan de funcionar. El descanso deja de sentirse reparador.

Dormir bien, comer bien, mover el cuerpo, sostener vínculos. Nada de eso es secundario. Son formas básicas de cuidado. El problema aparece cuando esperamos que solo lo básico alcance para resolver algo que también involucra identidad, sentido y forma de habitar el mundo.

Cuando descansar implica enfrentarse al vacío, al silencio o a las preguntas que el hacer mantenía a distancia, la pausa deja de sentirse segura. El descanso no alivia: expone.

Hemos perdido espacios que antes permitían procesar la experiencia humana. El aburrimiento, que nuestra cultura trata como un problema, cumple una función importante: permite la reflexión, la imaginación y el contacto con lo propio. Sin lentitud, hay menos espacio para preguntarse qué importa.

Todo esto ocurre dentro de contextos atravesados por incertidumbre y desconfianza. Cuando el futuro se percibe inestable y los vínculos se vuelven frágiles, el estado de alerta permanente deja de ser irracional: es una respuesta adaptativa. El problema aparece

cuando esa adaptación se vuelve la única forma de funcionar.

En contextos latinoamericanos, donde la protección social es frágil y la incertidumbre económica forma parte del paisaje cotidiano, el agotamiento adquiere otra dimensión. Hay personas que salen antes del amanecer y regresan cuando el día ya terminó. Jornadas largas, horas de traslado y la necesidad de estudiar y trabajar al mismo tiempo. Contextos donde hacer malabares no es una metáfora, sino la descripción exacta del día. Donde el descanso no es una elección postergada, sino una posibilidad que simplemente no existe.

Ni víctimas ni únicos responsables

Ante todo esto, es tentador elegir un bando. Culpar al sistema libera al individuo de toda responsabilidad. Culpar al individuo libera al sistema de cualquier cuestionamiento. Ambas salidas son insuficientes.

El *burnout* vive en esa tensión. Existen contextos que oprimen de manera real e injusta, y dentro de esos mismos contextos hay márgenes —a veces estrechos, a veces casi inexistentes— donde las personas pueden empezar a moverse de otra forma.

También hay algo aún más incómodo de nombrar: muchas conductas cotidianas terminan sosteniendo las dinámicas que nos agotan. Responder siempre. Estar disponible veinticuatro horas al día, siete días a la semana. Confundir productividad con valor. Admirar la hiperexigencia como signo de compromiso. Cada una de estas conductas alivia algo a corto pla-

"La dificultad no está en decidir si el sistema tiene la culpa o si el individuo es el responsable, sino en reconocer que ambas cosas pueden ser ciertas al mismo tiempo."



zo, pero también construye culturas donde detenerse empieza a sentirse amenazante.

La dificultad no está en decidir si el sistema tiene la culpa o si el individuo es el responsable, sino en reconocer que ambas cosas pueden ser ciertas al mismo tiempo. Vivimos en contextos que empujan al agotamiento, pero también participamos —muchas veces sin darnos cuenta— en dinámicas que lo sostienen. Esa es, probablemente, una de las tensiones más difíciles de nuestra época: aceptar complejidades que no se resuelven fácilmente.

El duelo que pocas veces se nombra

Hay algo que rara vez aparece en las conversaciones sobre *burnout*: el duelo.

Salir del agotamiento crónico no implica únicamente gestión del tiempo, establecimiento de límites o autocuidado. Implica reconocer que algo terminó. Una

forma de vivir que ya no puede continuar. Una versión de uno mismo que dejó de poder sostenerse.

Ese reconocimiento duele.

Mientras siga siendo más fácil incorporar una aplicación de meditación a la rutina que preguntarse si la rutina entera necesita revisión, probablemente el patrón de fondo seguirá intacto. Incluso el bienestar puede terminar absorbido por la lógica del rendimiento: descansar para producir más, meditar para volver más rápido al trabajo, optimizarse para seguir sosteniendo un ritmo que ya no es habitable.

La recuperación sostenible requiere algo más que descanso: implica la disposición a mirar con honestidad aquello que se ha estado evitando.

Una pregunta distinta

La pregunta más importante no es cómo producir menos ni cómo descansar mejor. Es otra, más incómoda: ¿desde dónde estamos actuando?

¿Desde el miedo a perder valor, a quedarnos atrás, a dejar de ser necesarios?

¿O desde algo que realmente elegiríamos sostener?

En una cultura que confunde productividad con valor personal, detenerse a formular esa pregunta puede ser uno de los actos más difíciles, pero también uno de los más liberadores. ■

* CO-FUNDADORES DE FOCUS GHE



José Antonio Pérez Del Solar Tola
PSICÓLOGO, PSICOTERAPEUTA FAMILIAR, INDIVIDUAL Y DE PAREJA*

El lugar de la espiritualidad en el proceso terapéutico

**"Cuando hemos
hecho las cosas a
medias o cuando
lo hemos hecho
sin ganas solemos
pensar que
podríamos haber
hecho las cosas
de otra forma. Si
actuamos con virtud
y excelencia moral,
esa sensación
disminuirá."**



Fe, religión y espiritualidad

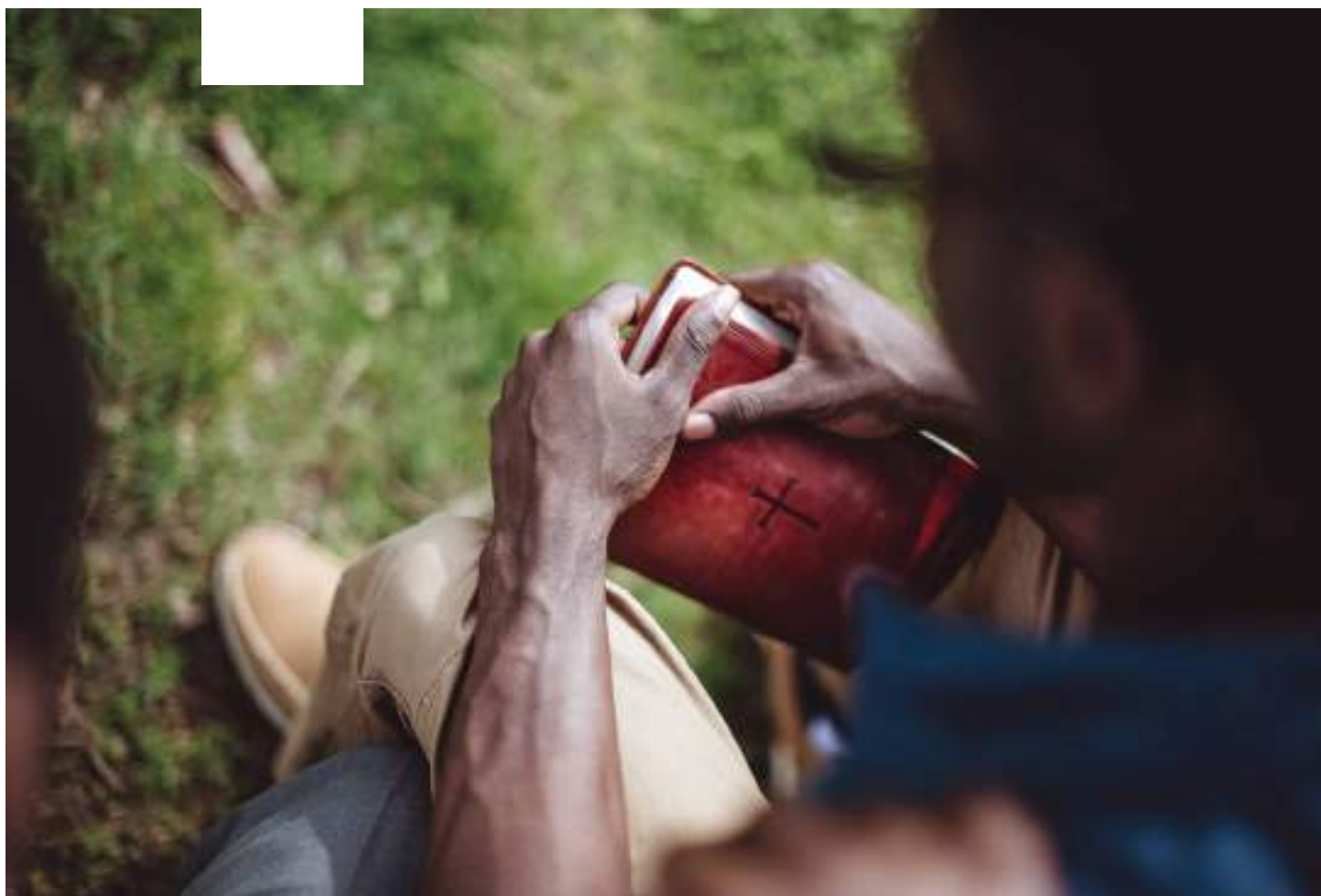
La «fe religiosa» presenta una serie de elementos comunes en casi todas las religiones existentes, aunque también numerosas diferencias. La «fe» se define, según el diccionario de la RAE, como: «Conjunto de creencias de una religión. Conjunto de creencias de alguien, de un grupo o de una multitud de personas. Creencia que se da a algo por la autoridad de quien lo dice o por la fama pública».¹

La espiritualidad puede considerarse un recurso psicosocial individual que contribuye en la promoción de la salud, favorece los pensamientos, las palabras y las acciones, además de fomentar modificaciones en el comportamiento del individuo.

Para Platón, el ser humano está compuesto por cuerpo y alma. El cuerpo es corruptible y mortal, mientras que el alma es trascendente e inmortal. En el pensamiento platónico, el objetivo de la vida es alcanzar la sabiduría y la virtud, y ello solo es posible mediante el conocimiento de las ideas. El alma constituye, para Platón, la dimensión del ser humano capaz de conocer las ideas y, por ende, de alcanzar la sabiduría y la virtud.

Para Aristóteles, la espiritualidad puede entenderse en relación con la búsqueda de la felicidad. Según su pensamiento, la felicidad constituye el fin último de la vida y se alcanza a través de la realización de nuestras capacidades como seres humanos. Para ello, Aristóteles propone la práctica de la virtud y la búsqueda del justo medio.

¹ Real Academia Española. (s. f.). Fe. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 27 de mayo de 2026, de <https://dle.rae.es/fe>



Estoicismo y espiritualidad



La espiritualidad de los llamados «filósofos del Pórtico», presente en parte de la obra de Lucio Séneca, se basa en la idea de que el estoico se fija una tarea y concibe la espiritualidad como un arte de vivir, un camino vital y una guía sobre cómo vivir. Todo ello se alcanza a través de la razón —el *logos*—, pues en ella radica la esencia de la vida filosófica. Nos situamos en esta esfera porque, al igual que Séneca, nos interesa el sujeto en sí mismo, su construcción social, cultural y armónica, así como su felicidad, alcanzada mediante la ataraxia. Esta última se refiere a un estado de ausencia de perturbaciones del alma, un estado de tranquilidad, serenidad y ecuanimidad. No se trata de un estado mental permanente; sin embargo, puede alcanzarse con relativa facilidad. Constituye uno de los aspectos fundamentales del estoicismo: no tener pasiones o emociones negativas, no albergar deseos excesivos, actuar con virtud en aquello que podamos controlar y aceptar con ecuanimidad aquello que no está bajo nuestro control.

La ataraxia se representa aquí como una tranquilidad de conciencia. Cuando hemos hecho las cosas a medias o cuando lo hemos hecho sin ganas solemos pensar que podríamos haber hecho las cosas de otra forma. Si actuamos con virtud y excelencia moral, esa sensación disminuirá, pues habremos actuado de la mejor manera que sabíamos hacerlo.

Desde distintas tradiciones filosóficas pueden encontrarse aproximaciones a lo que hoy entendemos por espiritualidad.

Santo Tomás de Aquino fue uno de los filósofos más importantes de la Edad Media. Sus obras estuvieron profundamente influidas por la teología. Para él, la espiritualidad está relacionada con la búsqueda de Dios y la salvación. Según el filósofo, la razón es capaz de conocer a Dios a través del estudio de la naturaleza y la revelación divina. La fe y la razón son complementarias y se necesitan mutuamente para alcanzar la verdad.

La expresión «Noche oscura» se ha incorporado a la doctrina espiritual como un concepto general utilizado para designar las experiencias purificativas y de desolación por las que atraviesan los místicos en el proceso de unión con Dios.

En el pensamiento kantiano, la espiritualidad puede vincularse con la moral. Según el filósofo, la moralidad es la única fuente de valor absoluto y, por tanto, la única forma de alcanzar la trascendencia. La moralidad se basa en la razón y el respeto por la dignidad humana. Solo a través de la práctica de la moralidad podemos alcanzar la trascendencia y la felicidad.

Por su lado, Nietzsche sostenía que la espiritualidad está relacionada con la voluntad de poder. Según él, la vida no tiene un sentido predeterminado, sino que somos nosotros los que debemos crearlo. La voluntad de poder, para Nietzsche, es la fuerza que nos impulsa a crear nuestro propio sentido de la vida y a superar las limitaciones impuestas por la moral y la religión.

Para Spinoza, todo está determinado y no existen causas finales. Esto implica que las cosas no están predestinadas, que no existe la providencia y que Dios no tiene un plan preconcebido. En este punto aparece una aparente contradicción respecto



a su concepción de Dios: ¿cómo algo que no existe podría tener un plan? Asimismo, las cosas no tienden hacia lo bueno ni lo malo y Dios no colocó al ser humano en el centro de la creación —por mencionar algunos de los elementos que Spinoza consideraba prejuicios—. El filósofo sostenía que todas las religiones habían atribuido a sus respectivas divinidades características, emociones y reacciones propias de los seres humanos, y que las castas sacerdotales imponían a sus fieles normas creadas por personas, frecuentemente de manera interesada, atribuyéndolas a supuestos mandatos divinos.



Además, Spinoza además creía que existía una sola sustancia, a la que podemos llamar Dios o Naturaleza, que engloba todas las cosas. Cada una de ellas constituye un atributo o aspecto del Todo. Asimismo, sostenía que, si existía un camino espiritual para llegar a la paz interior, este pasaba por la lógica, por la comprensión racional de las leyes de la naturaleza y por el amor a Dios junto con la práctica del bien.

Según Pierre Teilhard de Chardin SJ, la espiritualidad se relaciona con la evolución de la conciencia humana hacia la unidad. Teilhard sostenía que la espiritualidad era un proceso que implicaba la integración de la mente, el cuerpo y el espíritu en un todo unificado.

Esta idea puede recordar, en ciertos aspectos, la obra de Gregory Bateson, antropólogo interesado en los patrones de comunicación y uno de los precursores de lo que posteriormente se conocería como terapia sistémica. Según esta perspectiva, toda la evolución conduce a la socialización. Es una fuerza cósmica la que nos arrastra a la unidad. Como re-

sultado de esta unidad, el ser humano llegará a una cuarta etapa: el Punto Omega. Este será el resultado de la unión de millones de conciencias y dará lugar a un mundo cada vez más integrado.

Espiritualidad moderna

Las nociones modernas de espiritualidad se desarrollaron a lo largo de los siglos XIX y XX, combinando ideas cristianas con tradiciones del esoterismo occidental y elementos procedentes de religiones asiáticas, especialmente de la India. Este proceso recibió un importante impulso con el movimiento *hippie* de los años sesenta, que incorporó creen-

cias tradicionales y el uso de sustancias como la ayahuasca —reapropiada en la actualidad por la *New Age*—, entre otros alucinógenos.

La espiritualidad se desvinculó cada vez más de las organizaciones e instituciones religiosas tradicionales. Sin embargo, ¿es esta responsabilidad de las personas o de las instituciones? Lo cierto es que, desde diversas formas postconciliares hasta otras expresiones contemporáneas de espiritualidad, millones de personas continúan buscando formas de conexión con lo espiritual, independientemente del nombre que le otorguen.

Presento ahora unas imágenes que representan lo que, a mi juicio, debería ser un proceso terapéutico.

Los terapeutas, en su mayoría, indican poseer un sentido de espiritualidad. ¿Cómo es posible, entonces, considerar que esta constituye una parte de nosotros que puede dejarse en la puerta del consultorio y no utilizarse como una poderosa aliada del proceso terapéutico, sin por ello incurrir en formas de adoctrinamiento —presentes también en determinados contextos religiosos—, independientemente de la religión o tipo de espiritualidad que profesen los pacientes?

En mi experiencia, he comprobado en numerosas ocasiones que, cuando se habla

con los pacientes sobre espiritualidad, respetando siempre la visión espiritual propia del paciente, esta puede convertirse en un motor que facilite e impulse el cambio que se busca generar en el proceso terapéutico. Nos encontramos con un paciente identificado, una pareja o familia, representado por el cubo opaco.

**"Desde
diversas formas
postconciliares hasta
otras expresiones
contemporáneas
de espiritualidad,
millones de personas
continúan buscando
formas de conexión
con lo espiritual,
independientemente
del nombre que le
otorguen."**



Como terapeutas, buscamos encontrar en ellos la esencia, el «bloque de mármol», y comenzamos a trabajar mediante herramientas técnicas, hipótesis —que cambian a lo largo del proceso— y objetivos terapéuticos.

Trabajamos buscando lo mejor que podemos hallar en ellos porque confiamos en que, en toda persona o sistema que sufre, hay «tesoros escondidos». Al ingresar a la sala de terapia, pasamos a formar parte del

sistema terapéutico y, junto con los pacientes con quienes trabajamos, debemos hacerlos partícipes del cambio: un cambio de segundo orden que suponga una transformación cualitativa capaz de modificar la estructura familiar que mantiene los síntomas.

Finalmente, buscamos lograr que sea el propio sistema que acudió a nosotros el que se apropie de su proceso de cambio, mientras nosotros, sin falsas modestias, podamos sanar. Como decía Virginia Satir, pionera de la terapia familiar: «Quien logra sanar una familia está ayudando a salvar el mundo». ■

* DIRECTOR DE CENTRO REDES.

Yolanda Arribasplata, CSJ
PSICÓLOGA Y PROMOTORA DE INICIATIVAS DE
SALUD MENTAL*

Kevin Flaherty, SJ
PSICÓLOGO Y ACOMPAÑANTE ESPIRITUAL**

Salud mental, fe y dignidad humana: una mirada integradora desde la práctica clínica social-comunitaria

Hablar de salud mental en el Perú implica referirse no solo a síntomas o diagnósticos, sino también al sufrimiento humano, la desigualdad y la dignidad de las personas. Este artículo nace de mis diez años de trabajo clínico y comunitario en sectores periféricos de San Juan de Lurigancho, acompañando a familias afectadas por múltiples formas de vulnerabilidad psíquica, emocional y social. Muchas de las reflexiones aquí desarrolladas han sido co-construidas en diálogo con Kevin Flaherty, SJ, psicólogo y sacerdote jesuita, quien durante años ha trabajado en contextos periféricos de Lima, integrando el acompañamiento psicológico y espiritual centrado en la dignidad humana.

Desde estas experiencias compartidas, comprendimos que el sufrimiento psíquico rara vez puede entenderse de manera aislada. La privación de salud mental sue-

le emerger en contextos marcados por pobreza, violencia y exclusión social. Aunque en los últimos años este tema adquirió mayor visibilidad en el debate público, todavía suele abordarse desde una mirada desvinculada de las realidades sociales en las que viven las personas.

Esta comprensión coincide con la definición de salud mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud¹, que la entiende como un estado de bienestar que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar sus capacidades y participar activamente en su comunidad. La salud mental no se limita a la ausencia de trastornos, también depende de condiciones sociales, económicas y relacionales que pueden sostener o vulnerar profundamente a las personas².

Desde nuestro trabajo clínico y social en contextos de pobreza y exclusión, observamos que muchas personas llegan a consulta agotadas por sus

- 1 Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental. Organización Mundial de la Salud.
- 2 Lemma, A., Target, M., y Fonagy, P. (2011). Brief Dynamic Interpersonal Therapy: A Clinician's Guide. New York: Oxford University Press; Lemma, A. (2016). Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy (2.ª ed.). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118788767>



sufrimientos. Con frecuencia aparecen experiencias de ansiedad, depresión, de trauma, consumo problemático de sustancias, desregulación emocional y trastornos mentales severos que impactan profundamente a las familias. En muchos casos, el sufrimiento psicológico no puede separarse de las condiciones de violencia, precariedad y fragilidad vincular en las que las personas viven.

En dichos contextos, el sufrimiento psíquico/emocional suele expresarse como cansancio crónico, hipervigilancia, insomnio, desesperanza o sensación persistente de amenaza³. En el Perú, las brechas en el acceso a la salud mental continúan siendo profundas. Aunque últimamente se han implementado nuevos Centros de Salud Mental, el acceso sigue siendo insuficiente y desigual. Existe una marcada concentración de

3 Saavedra Castillo, J. E. (2023). Pobreza y salud mental en ciudades de la Sierra del Perú: Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. *Anales de Salud Mental*, 39(1). Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. <https://openjournal.inism.gob.pe/revistas/asm/article/view/44>

psiquiatras y psicólogos en Lima Metropolitana, mientras muchas regiones rurales, amazónicas y periféricas carecen de atención especializada⁴. En estos contextos, la prioridad cotidiana suele ser sobrevivir antes que atender el sufrimiento psíquico/emocional.

En la práctica clínica social-comunitaria es frecuente escuchar frases como: «No tengo tiempo para deprimirme», «primero tengo que trabajar» o «tengo que decir que estoy bien, aunque por dentro me esté muriendo». Estas expresiones revelan cómo el sufrimiento psíquico muchas veces debe ser silenciado para responder a las exigencias básicas de la supervivencia cotidiana.

Las cifras muestran la magnitud de la crisis en salud mental. En-

"Desde la experiencia clínica, muchas personas con sufrimiento psicológico viven formas persistentes de exclusión social. No solo padecen síntomas; cargan también con miradas que las invalidan o silencian."



tre 2009 y 2022, las atenciones en el Perú pasaron de 419 703 a más de 1 405 665 casos, hablando únicamente de sintomatología ansiosa⁵. Esta situación resulta preocupante en jóvenes: el 32.3 % presenta algún problema de salud mental o emocional⁶, mientras que el 37 % de estudiantes universitarios evaluados reporta síntomas severos de ansiedad⁷. Estas cifras permiten visibilizar

4 Diario El Comercio. (2025, octubre 16). Salud mental en crisis: desafíos, avances y soluciones urgentes en el Perú [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=38UyNKRU2NE>

5 Ministerio de Salud del Perú. (2023). Situación de la salud mental en el Perú. Ministerio de Salud del Perú.

6 Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). (2023). Ministerio de Educación del Perú.

7 Canessa Lohmann, B., et al. (2025). II Estudio de salud mental en universitarios del Consorcio de Universidades. Consorcio de Universidades.

solo parte de una realidad mucho más compleja, marcada también por otras formas de sufrimiento psíquico severo que afectan profundamente a las personas y sus familias. En muchos contextos de pobreza y violencia cotidiana, este sufrimiento no puede comprenderse solo desde lo clínico, sino también como respuesta a condiciones persistentes de inseguridad, incertidumbre y sobrecarga de responsabilidades, como se evidencia a continuación:

Julia (seudónimo), madre de tres hijos y residente de San Juan de Lurigancho. Se despierta antes de las cinco de la mañana para cocinar, organizar a sus hijos y salir a trabajar limpiando casas o vendiendo gelatina. Su hijo mayor padece un problema serio de salud; su hija presenta sentimientos persistentes de soledad; y el menor tiene dificultades atencionales y conductuales. Julia casi no duerme. Vive preocupada y emocionalmente sobrecargada. Incluso durante la noche permanece anticipando cuentas, enfermedades y problemas. Sin embargo, continúa funcionando porque la vida cotidiana no le permite detenerse.

Historias como la de Julia muestran cómo el sufrimiento psíquico se entrelaza con la pobreza multidimensional. No todo sufrimiento derivado de la pobreza constituye un trastorno mental; sin embargo, la exposición sostenida a precariedad, violencia y agotamiento incrementa significativamente la vulnerabilidad psíquica⁸. Pero existe algo más profundo: muchas personas terminan sintiendo que han perdido su valor como seres humanos. La precariedad sostenida deteriora progresivamente la autoestima, la esperanza y la percepción de dignidad.

Aquí encontramos una profunda resonancia con los relatos evangélicos. En el Evangelio de Lucas, Jesús inicia su misión proclamando: «El Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ha enviado a anunciar la buena noticia a los pobres, a proclamar la liberación a los cautivos y poner en libertad a los oprimidos» (Lc 4, 18-19). Este pasaje no expresa únicamente una dimensión espiritual; revela también una profunda restitución humana y social. Jesús se acerca precisamente a quienes eran excluidos, marginados o considerados indignos. Desde la experiencia clínica, muchas personas con sufrimiento psicológico viven formas persistentes de exclusión social. No solo padecen síntomas; cargan también con miradas que las invalidan o silencian.

En distintos contextos peruanos, pedir ayuda psicológica todavía suele asociarse con debilidad o «locura», retrasando el acceso a tratamientos oportunos y profundizando el aislamiento emocional. En este sentido, la intervención terapéutica puede convertirse en un espacio profundamente humanizador. En el relato del paralítico, Jesús dice: «Levántate, toma tu camilla y anda» (Jn 5, 8). Más allá de la curación física, existe allí una restitución de dignidad y capacidad de acción. Algo similar ocu-

8 Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental. Organización Mundial de la Salud.

"En medio de contextos marcados por desigualdad y exclusión, muchas personas encuentran en Dios una experiencia de acompañamiento y fortaleza para sostener la vida cotidiana y cuidar de otros."

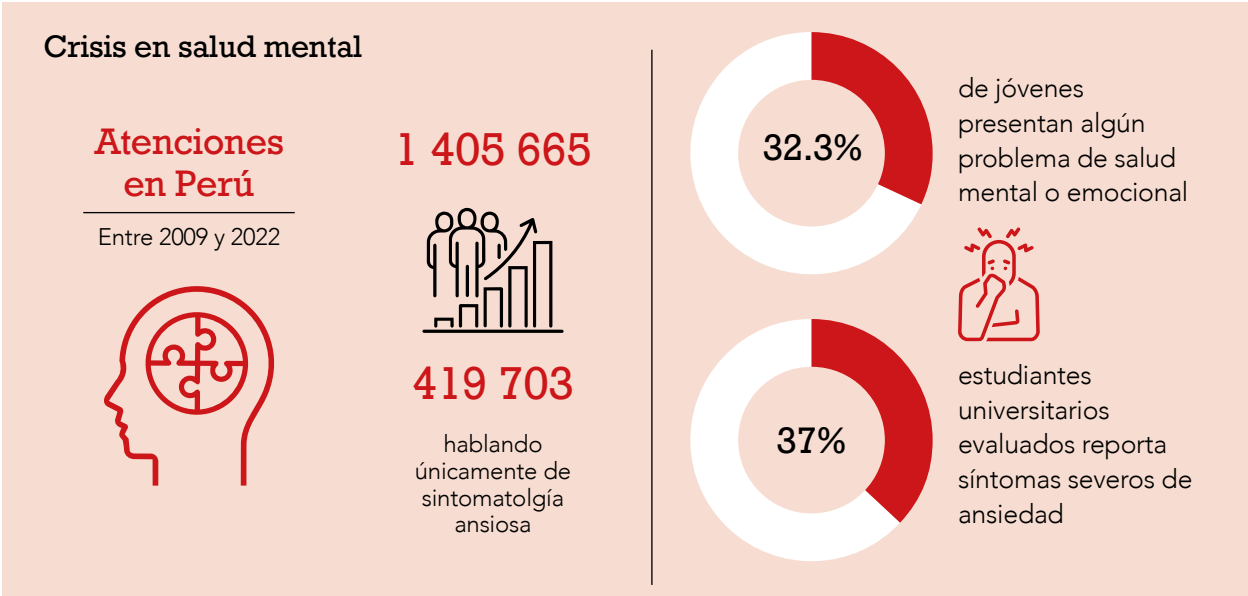


re con la mujer encorvada (Lc 13, 10-17): Jesús no reduce a las personas a su padecimiento, sino que las reconoce como sujetos dignos de ser restaurados e incorporados nuevamente al vínculo social. Esta mirada tiene importantes implicancias para la salud mental. Como terapeutas, no trabajamos únicamente para disminuir síntomas; trabajamos también para ayudar a reconstruir vínculos, sentido y reconocimiento humano allí donde el sufrimiento los ha erosionado. Por ello, el abordaje de la salud mental no puede limitarse al tratamiento individual cuando el problema ya se ha agravado. Resulta necesario fortalecer estrategias de prevención e intervención temprana, acompañamiento familiar y espacios comunitarios que favorezcan experiencias de pertenencia y cuidado mutuo.

Asimismo, las personas que atraviesan trastornos mentales severos requieren especial atención, pues

el sufrimiento psíquico no afecta únicamente al paciente, sino también a todo el entorno familiar. Muchas familias reorganizan su vida cotidiana alrededor del cuidado, enfrentando desgaste emocional, sobrecarga económica, miedo, incertidumbre y aislamiento social. Cuidar la salud mental implica también acompañar a quienes sostienen silenciosamente ese sufrimiento⁹.

Uno de los mayores desafíos actuales es la fragilidad de los vínculos comunitarios. Muchas familias viven atrapadas en dinámicas de supervivencia, mientras la violencia y la inseguridad incrementan





el aislamiento emocional. Resulta difícil construir proyectos de vida saludables cuando las personas permanecen expuestas diariamente al miedo y la incertidumbre. Frente a ello, los profesionales de salud mental estamos llamados a una tarea que va más allá del consultorio: fortalecer redes comunitarias y trabajar articuladamente con escuelas, parroquias, organizaciones sociales y familias. En este marco, la fe puede convertirse también en una fuente de sostén y esperanza. En medio de contextos marcados por desigualdad y exclusión, muchas personas encuentran en Dios una experiencia de acompañamiento y fortaleza para sostener la vida cotidiana y cuidar de otros.



En este sentido, una fe saludable favorece una mayor aceptación de sí mismos y disminuye la culpa dañina, permitiendo comprender el sufrimiento psicológico no como castigo personal, sino como una realidad humana que necesita cuidado. Cabe señalar que en algunas parroquias existen profesionales de salud mental, espacios de apoyo mutuo y programas orientados al fortalecimiento familiar. Así como las escuelas para padres y las experiencias comunitarias pueden favorecer el autoconocimiento, la comunicación y el cuidado de los vínculos. En esta línea, Mora-

les¹⁰ señala que la salud mental requiere comprender al ser humano en interacción constante con su entorno y la calidad de sus relaciones humanas.

Finalmente, la salud mental no constituye únicamente un asunto clínico. Es una expresión concreta de dignidad humana. En una sociedad donde muchas personas sobreviven sintiéndose invisibles, descartables o profundamente solas, cuidar la salud mental implica también afirmar que toda vida merece ser vivida con dignidad, esperanza y posibilidad de vínculo. ■

9 Martínez-Cardona, M. del C., Estrada González, C., Vélez-Velásquez, A. L., Muñoz-Avendaño, N., López Peláez, J., Bermeo De Rubio, M., & Toconas-Moreo, V. R. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(5). <https://doi.org/10.5281/zenodo.4262890>

10 Morales, P. (2023). La salud mental en nuestros días. *Colegio de Psicólogos del Perú*. <https://cppl.org/la-salud-mental-en-nuestros-dias/>

* RELIGIOSA DE LAS HERMANAS DE SAN JOSÉ DE CARONDELET. ACOMPAÑANTE DE POBLACIONES VULNERABLES Y MIGRANTES EN EL PERÚ.

** SACERDOTE JESUITA. FORMADOR ESPIRITUAL Y DOCENTE VINCULADO A PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO Y FORMACIÓN EN EL PERÚ.

Claudia Neyra
PSICÓLOGA Y DOCENTE*

El arte como camino: expresión, creación y transformación desde las artes

*El arte es vida en su gratuidad
en su poesía, en su primordial libertad;*

*crear es afirmar lo que la vida entrega:
su crearse dándose a crear.*

(Hugo Mujica, 2007)

Como sugieren los versos de Mujica¹, el arte nos ofrece la posibilidad de crear para expresar, jugar y transformar en profunda conexión con el instante y el proceso que implica el acto creativo. Quien hace arte trabaja con lo que «la vida entrega»: memorias, alegrías, dolores, deseos, pérdidas. Sin embargo, el proceso de creación se abre al devenir, a la novedad de lo que surja en el encuentro con el material, ya sea una forma visual, sonora, corporal o verbal. No se trata de representación, sino de un movimiento hacia la expresión, creación y transformación².

Expresión: «vida en su primordial libertad»

Por la profundidad y el impacto de las experiencias vividas, a veces no se las puede poner en palabras directamente. Pensemos

en personas cuyas vidas han estado atravesadas por violencias múltiples y extremas, que incluso han podido dejar huellas traumáticas. Trabajar a través del arte facilita la emergencia de contenidos que no han podido ser expresados de otra manera, lo cual puede constituir una primera forma de elaboración o metabolización de esas vivencias, y abrir la vía para verbalizarlas con una carga menor de angustia. Esto se debe a que no se acercan directamente al evento; conectan con él de forma sutil, paulatina y respetuosa.

Imaginemos un ejercicio que invite a explorar movimientos en conexión con la música. Luego, con los ojos cerrados, se intenta plasmarlos sobre una cartulina en blanco. Al abrir los ojos y dejarnos sorprender por la imagen, continuamos dándole forma y

1 Mujica, H. (2007). El acto creador. En *Lo naciente. Pensando el acto creador* (pp. 33-52). Buenos Aires: Pre-Textos.

2 Neyra, Cl. (2025). *Tinkuy: Transformación Comunitaria a través del Canto con Mujeres Socias de ANFASEP* [Tesis de Maestría en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/30821>



color. Al final, con una palabra, un verso o una frase breve le ponemos nombre. Sin darnos cuenta, las vivencias y los afectos ligados a ellas encuentran una vía libre de expresión. Con los distintos lenguajes artísticos se va dando forma a aquello que no lo tenía; no son imágenes permanentes ni están acabadas, pues adquieren sentido en su conexión con otras o en la creación de imágenes nuevas³. Así, la experiencia de vida encuentra una vía de expresión y en el acto creador se transforma o se construye una nueva.

Cuando se acompaña a través del arte, cada actividad requiere un momento previo que propicie la conexión afectiva con la propuesta, siempre ajustándonos al ritmo de la persona o del grupo. La ejecución del trabajo creativo necesita tiempo suficiente para propiciar la elaboración o simbolización inicial —no lingüística— de los temas emergentes en imágenes, sonidos, movimientos o escenas. Una vez finalizado el proceso creativo, aunque no necesariamente de forma inmediata, se contempla contar con tiempo y espacio para la reflexión y verbalización sobre aquello que suscitó la experiencia. Este será el momento de elaboración simbólica a través del lenguaje verbal, lo cual facilita la construcción de nuevos sentidos sobre las vivencias. En

3 Coll Espinosa, F.-J. (2026). Reflexiones en torno a la arteterapia y la salud mental. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 21 (Especial), 99-108. <https://doi.org/10.5209/artes.101924>

4 Díaz Facio, V.-E. (2003). *Del dolor al duelo*. Medellín: Universidad de Antioquia.

ese proceso de elaboración o simbolización, las personas se convierten en sujetos activos creadores⁴.

Creación: «afirmar lo que la vida entrega»

De acuerdo con Winnicott⁵, la ubicación del juego y la experiencia cultural, que incluye el arte, no está en la fantasía ni en la realidad. La capacidad para crear y jugar surge en el espacio intermedio entre ambas y emerge de la experiencia de haber sido sostenido en un ambiente facilitador, de confianza y cuidado. A ese espacio intermedio donde se despliega el potencial creativo lo denomina espacio transicional —de tránsito, movimiento— o potencial.

Una perspectiva que dialoga con la propuesta de Winnicott es la del psicoanálisis vincular. Desde este enfoque, lo vincular es el espacio donde se construyen las subjetividades⁶. Los seres humanos nos constituimos en contacto con la alteridad, en el entramado relacional del que formamos parte. Los vínculos que se establecen en el presente pueden abrir nuevas alternativas, distintas a las previamente conocidas; por tanto, pueden inaugurar nuevos orígenes⁷.

A partir de lo anterior, pensemos en un grupo de mujeres jóvenes sobrevivientes de violencias múltiples, provenientes de una región cuya tradición artístico-cultural incluye la música. Ofrecemos al grupo una experiencia de acompañamiento por medio de la exploración instrumental. Cada persona escoge un instrumento de percusión, cuerda o viento, y empieza a explorarlo hasta encontrar sonidos y ritmos propios. Luego abrimos la posibilidad de transitar por el espacio escuchando a las demás y las invitamos a acercarse a la persona con cuyo sonido sientan mayor afinidad. Juntas comienzan a componer una nueva pieza. El ejercicio continúa formando cuartetos y octetos hasta lograr que el grupo entero componga y ejecute una creación colectiva.

Para que ello sea posible, primero es necesario habitar un espacio de confianza y cuidado construido en el encuentro con quien acompaña la experiencia y con la expresión sonora de cada participante. Hay que escuchar a la otra persona y combinar las propuestas que van surgiendo sin imponer las propias, sin anular o invalidar las de las demás. Llegar a ello supone el ejercicio de la empatía y el diálogo con las diferencias en un ambiente que lo facilite. Desde el enfoque vincular y

"Trabajar a través del arte facilita la emergencia de contenidos que no han podido ser expresados de otra manera, lo cual puede constituir una primera forma de elaboración o metabolización de esas vivencias, y abrir la vía para verbalizarlas con una carga menor de angustia."



5 Winnicott, D. (2013). *Realidad y juego* (F. Mazia, Trad.). Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1971)

6 Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós; Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

7 Berenstein, I. y Kleiman, S. (2006, octubre 5-8). Historia, situación y práctica psicoanalítica. [Conferencia]. XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: "El legado de Freud a 150 años de su nacimiento", Lima, Perú.

"Los espacios de acompañamiento a través del arte facilitan la apertura de un espacio seguro para la expresión y el encuentro consigo mismos y el otro de manera menos amenazante."



la terapia de artes expresivas de Knill, Levine y Levine⁸, se puede afirmar que, aunque cada persona llegue con una historia musical previa, lo que emerge del encuentro es inédito, un nuevo origen. Por ello, este tipo de proceso creativo puede constituir un hito significativo y reparador en la vida de quienes participen, más aún si incorpora sus tradiciones culturales.

Ya sea en una sesión terapéutica o en espacios de acompañamiento comunitario, podemos ofrecer la experiencia de ingresar a la zona transicional o al espacio potencial⁹. Esto ocurre cuando construimos con las personas que acompañamos escenarios donde pueden crear formas distintas de vincularse consigo mismas y los demás.

Transformación: «crearse dándose a crear»

Los espacios de acompañamiento a través del arte facilitan la apertura de un espacio seguro para la expresión y el encuentro consigo mismos y el otro de manera menos amenazante. Si el acompañamiento es grupal, el propio grupo funciona como un espacio de contención y de sostenimiento emocional para sus integrantes, además de facilitar el establecimiento de nuevas formas de relación que no están signadas por la desconfianza, la falta de reconocimiento o las violencias.

Estos espacios ofrecen la posibilidad de imaginar otros mundos posibles y de crearlos en el vínculo con quien acompaña y los miembros del grupo¹⁰, de ser el caso. Este hecho será el resultado de las relaciones interpersonales establecidas, pero también de la participación en la toma de decisiones y generación de consensos durante el proceso. La construcción de un nuevo entramado vincular basado en la confianza puede favorecer la transformación personal, cuando permite conectarse con el dolor y elaborarlo, también movilizar procesos de cambio a nivel comunitario¹¹.

Según Bang¹², los procesos creativos enfatizan el cuidado de la salud, pues las personas y los grupos evidencian su capacidad de acción,

8 Knill, P., Levine, E., y Levine S. (2018). Principios y práctica de la terapia de artes expresivas. Hacia una estética terapéutica. Lima: TAE Perú.

9 Winnicott, 1971/2013.

10 Bang, C. (2016). Creatividad y salud mental comunitaria. Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

11 Shimpf-Herken, 2015.

12 Bang, 2016.



Foto: Municipalidad de Miraflores

creatividad y agencia al encontrar soluciones a problemas cotidianos. Por ejemplo, imaginemos ahora una comunidad que atraviesa dificultades de comunicación para llegar a acuerdos en la toma de decisiones; en ese contexto, sugerimos trabajar dramatizando ese conflicto. Al presentar la situación desde una perspectiva estética, los participantes se descentran de la vida cotidiana para concentrarse en el trabajo creativo¹³. Este movimiento los puede llevar a identificar alternativas de solución que antes no habían considerado. Si después los invitamos a dramatizar esa nueva escena donde el conflicto se resuelve de manera diferente, pueden vivir la experiencia de un cambio en sus circunstancias, que luego podrán extrapolar a su realidad cotidiana. De esa manera, llevan lo desarrollado en la experiencia

estética a otros espacios de realización personal y comunitaria¹⁴.

Son nuevas subjetividades y formas de vincularse las que surgen durante el proceso creativo, en el encuentro con quien acompaña y con el grupo. Más allá de una técnica, una obra o una disciplina, el arte es una forma de expresión que facilita experiencias de creación y transformación en el encuentro con otros. En palabras de Mujica¹⁵, se trata de «crearse dándose a crear». ■

¹³ Knill, Levine y Levine, 2018.

¹⁴ Knill, Levine y Levine, 2018

¹⁵ Mujica, 2007..

* PSICÓLOGA CLÍNICA Y COMUNITARIA. DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTTOYA, COORDINADORA DEL DIPLOMADO EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA, PSICOTERAPEUTA E INVESTIGADORA EN SALUD MENTAL, VIOLENCIAS Y ARTE COMUNITARIO.

ESTUDIA EN LA UARM

Nuestras carreras

Facultad de Ciencias Sociales

Ciencia Política
Derecho
Economía y Gestión Ambiental*

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas

Educación Inicial
Educación Primaria
Educación Secundaria con especialidad en:
• Filosofía y Ciencias Histórico Sociales
• Lengua y Literatura
• Inglés
Filosofía*
Pedagogía e Innovación Educativa*
Periodismo*
Psicología

Facultad de Ingeniería y Gestión

Administración
Contabilidad y Auditoría*
Ingeniería Industrial
Negocios Internacionales y Logística

*Sujeto a vacantes disponibles

Evaluación de aptitudes

5 de agosto



 908 898 573

 Ven a la UARM  @ven.a.la.uarm  VenALaUARM



UARM

UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA