



**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ECONOMÍA,
SOCIEDAD y POLÍTICA (ILAESP)
SERVICIO SOCIAL**

**ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
DIRIGIDAS A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERÚ**

MARISOL AGUILAR ARCE

Foz de Iguazú
2025



**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ECONOMÍA,
SOCIEDAD y POLÍTICA (ILAESP)
SERVICIO SOCIAL**

**ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
DIRIGIDAS A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERÚ**

MARISOL AGUILAR ARCE

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Economía, Sociedad y Política (ILAESP) de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, como requisito parcial para la obtención del título de Licenciado en Servicio Social.

Orientadora: Prof. Dra. Juliana Domingues
(Doctora en Servicio Social)

Foz de Iguazú
2025

MARISOL AGUILAR ARCE

**ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
DIRIGIDAS A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERÚ**

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Economía, Sociedad y Política (ILAESP) de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, como requisito parcial para la obtención del título de Licenciado en Servicio Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Juliana Domingues
UNILA

Prof. Dra. Maria Geusina da Silva
UNILA

Prof. Dra. Ana Paula O. Silva de Fernández
UNILA

Foz de Iguazú, 26 de Julio de 2025

Dedico este trabajo a mi mamita, que con su amor infinito me sostuvo en todo este proceso; a mi papito, que desde el cielo me abrazó y me guió con su amor incondicional; a mi niña interior, que me dio la fuerza para convertirme en la mujer que soy hoy; y al universo, por sostenerme siempre con su sabiduría.

AGRADECIMENTOS

Quiero comenzar agradeciendo al universo, esa fuerza infinita que muchos llaman Dios, otros Buda, otros Pachamama... pero que al final, como un todo, es amor en su forma más pura.

Agradezco por sostenerme, guiarme y recordarme que nunca estuve sola.

A mis padres, mis dos grandes amores: Juan y Maritza. Papito, te honro con cada paso que doy. Desde el cielo, sentí tu presencia constante, tu orgullo silencioso y tu luz acompañándome.

Mamita, gracias por ser mi ejemplo de amor, fuerza y resiliencia. Solo tengo palabras de admiración, gratitud y ternura hacia ti, por estar siempre, incluso en mis sombras. Eres mi raíz y mi impulso.

A mis hermanas, el regalo más grande que mis padres me pudieron dar: Katty, mi canceriana favorita, gracias por cuidarme siempre, por ser ese abrazo seguro cuando más lo necesitaba, por tu presencia serena y ese corazón en el que solo caben amor y humildad.

Joicy, mi sagitariana favorita, por engreírme con dulzura y darme amor sin medida, por tener un corazón tan inmenso donde solo habita la bondad.

Ximena, mi virgiana favorita, mi hermana y también mi mejor amiga. Gracias por compartir días y noches de risas y lágrimas, cerca o lejos, siempre juntas. Eres mi inspiración constante y mi sostén silencioso.

Las amo con todo mi corazón, por siempre y para siempre, juntas.

A mis sobrinos: Shadai, Mathias, Macarena, Vazco y Catalina.

Mis pequeños, mi inspiración. Gracias por elegirme como su tía. Me honran con su amor.

Shadai, por acompañarme tantas noches en vela, por las risas, travesuras y confidencias de sobrina y tía; Mathi, por preocuparte por mí con tanto amor, tu corazón es el más hermoso que conozco; Maca, por tu curiosidad luminosa, tus cartas y dibujos que me llenan el alma; Vazquito, por dormir en mis brazos mientras asistía a mis clases virtuales; y Catita, aunque la más pequeña, gracias por regalarme sonrisas que me llenaban de amor.

Gracias por esos abrazos que fueron mi combustible, especialmente cuando me tocaba estar un año más sin verlos.

Los amo infinitamente, mis amores.

A mis abuelas, Angélica y Olga, matriarcas sabias y amorosas de mis dos familias. Gracias por su legado, su fortaleza y su historia. Las amo profundamente.

A la banca examinadora, gracias por aceptar ser parte de este momento tan significativo. Mi agradecimiento sincero a las profesoras Ana Paula y Geusina.

A mi orientadora, Juliana Domingues, por su dedicación, calidez y guía constante en la producción de este trabajo. Gracias por su entrega, su mirada sensible, su paciencia y su acompañamiento. Le tengo una admiración y gratitud inmensa.

A Andreia, mi supervisora de estágio, una mujer noble, inteligente y generosa. Gracias por todo lo que aprendí a su lado, tanto en lo profesional como en lo humano. Fue un honor compartir ese espacio contigo.

A mis amigas y amigos de la universidad: Isabel, Osmar, Ana y Ana Luiza. Gracias por su amistad, por los miles de trabajos compartidos, las risas en medio del cansancio y los abrazos en momentos clave.

A mis hermanas de la vida (mejores amigas), Mabel y Carla, gracias por caminar a mi lado desde siempre, inclusive a la distancia.

Y a todas las personas maravillosas que conocí en el camino, gracias por dejarme una parte de ustedes y hacer este viaje más leve.

Estoy rodeada de mujeres maravillosas, sensibles, valientes y sabias. Soy profundamente afortunada de compartir mi camino con ellas. Me inspiran, me sostienen y me recuerdan cada día el poder de lo femenino.

A mi linaje femenino, a todas las mujeres que me precedieron, que abrieron camino con su dolor, su sabiduría y su fuerza silenciosa. Honro cada una de sus huellas.

Y finalmente, a todas las mujeres y niñas que han atravesado o atraviesan situaciones de violencia: en nuestra fuerza vive nuestra resistencia, y en nuestra sanación se enciende la luz que transforma generaciones. Que nunca se apague nuestra voz, nuestra intuición, ni nuestra capacidad de soñar. Que cuidar de nuestra salud mental sea un acto de amor y rebeldía. Somos tierra fértil, somos fuego que guía, somos agua que limpia y somos viento que transforma.

*“somos madres, somos hijas, somos conexión
ancestral, somos raíz, somos mujer fuerza, somos
mujeres que creemos en el poder de nuestras
manos, mente y cuerpo.
Somos la comunicación de dos universos: la
energía que une a la mujer inextricablemente con la
tierra,
a lo que da y llena de vida todas nuestras acciones
y surge del origen.
Nadie como la mujer para representar la capacidad
de conexión horizontal,
el respeto por la hermana, en quien halla en los
contrastes y matices,
razones imprescindibles para la vida, la armonía y
la vida en común.
Es la contraparte del mundo que padecemos hoy:
alejarse de la vida para hacer la guerra más
absurda (y contra la mujer)”*

**Fragmento de la canción *Soy la Fuerza*, de Acid
Coco (Andrea Olarte y Paulo Olarte), 2020.**

RESUMEN

Este trabajo de conclusión del curso de Trabajo Social, aborda la relación entre violencia de género y salud mental de las mujeres, así como las acciones de promoción, prevención y atención en salud mental dirigidas a mujeres en situación de violencia en el Perú. El problema de investigación parte de la escasa visibilidad del sufrimiento psíquico de mujeres en situación de violencia dentro de los marcos normativos y dispositivos institucionales de atención en salud mental. Según datos de ONU Mujeres (2023), una de cada tres mujeres en América Latina y el Caribe ha sido víctima de violencia física, sexual o psicológica. En el caso de Perú, estudios como los del Movimiento Manuela Ramos (2013) señalan que las secuelas psíquicas de estas violencias no suelen ser atendidas de forma específica, quedando invisibilizadas en las estadísticas, protocolos y políticas públicas. En este sentido, se propone como objetivo general de este trabajo: identificar las acciones de promoción, prevención y atención de las mujeres que sufren violencia de género en las políticas públicas de salud mental del país. Los objetivos específicos son: analizar la construcción histórica de la figura femenina asociada a la locura; destacando cómo las construcciones culturales influyeron en la comprensión del sufrimiento psíquico femenino; presentar los aspectos sociohistóricos, culturales y conceptuales de la violencia de género y los impactos en la salud mental de las mujeres; y por último, caracterizar la red de atención a las mujeres víctimas de violencia, previstas en la política de salud mental peruana. La investigación es de tipo exploratorio y bibliográfico. Se basa en el análisis de fuentes normativas, así como en producciones académicas y materiales institucionales que permiten construir un enfoque crítico sobre la articulación entre salud mental, género y violencia. Se evidencia que es necesario integrar, de forma transversal en la política pública, la demanda por una atención en salud mental que reconozca los efectos psíquicos de la violencia de género. Esta atención debe partir de las condiciones concretas que atraviesan las mujeres y promover respuestas integrales que eviten tanto la medicalización del sufrimiento como su revictimización institucional.

Palabras clave: Perú; violencia de género; salud mental; políticas públicas.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social aborda a relação entre violência de gênero e saúde mental das mulheres, assim como as ações de promoção, prevenção e atenção em saúde mental dirigidas a mulheres em situação de violência no Peru. O problema de pesquisa parte da escassa visibilidade do sofrimento psíquico de mulheres em situação de violência nos marcos normativos e nos dispositivos institucionais de atenção à saúde mental. Segundo dados da ONU Mulheres (2023), uma em cada três mulheres na América Latina e no Caribe já foi vítima de violência física, sexual ou psicológica. No caso do Peru, estudos como os do Movimiento Manuela Ramos (2013) indicam que as sequelas psíquicas dessas violências raramente são atendidas de forma específica, permanecendo invisibilizadas nas estatísticas, protocolos e políticas públicas. Nesse sentido, propõe-se como objetivo geral deste trabalho: identificar as ações de promoção, prevenção e atendimento às mulheres que sofrem violência de gênero nas políticas públicas de saúde mental do país. Os objetivos específicos são: analisar a construção histórica da figura feminina associada à loucura, destacando como as construções culturais influenciaram a compreensão do sofrimento psíquico feminino; apresentar os aspectos socio-históricos, culturais e conceituais da violência de gênero e seus impactos na saúde mental das mulheres; e, por fim, caracterizar a rede de atenção às mulheres em situação de violência prevista na política de saúde mental peruana. A pesquisa é de natureza exploratória e bibliográfica. Baseia-se na análise de fontes normativas, produções acadêmicas e documentos institucionais que permitem construir uma abordagem crítica sobre a articulação entre saúde mental, gênero e violência. Evidencia-se que é necessário integrar, de forma transversal nas políticas públicas, a demanda por uma atenção em saúde mental que reconheça os efeitos psíquicos da violência de gênero. Esse atendimento deve partir das condições concretas vividas pelas mulheres e promover respostas integrais que evitem tanto a medicalização do sofrimento quanto sua revitimização institucional.

Palavras-chave: Perú; violência de gênero; saúde mental; políticas públicas.

ABSTRACT

This final graduation thesis in Social Work addresses the relationship between gender-based violence and women's mental health, as well as the actions of promotion, prevention, and care in mental health directed at women experiencing violence in Peru. The research problem stems from the limited visibility of the psychological suffering of women experiencing violence within the normative frameworks and institutional mental health care mechanisms. According to UN Women (2023), one in three women in Latin America and the Caribbean has experienced physical, sexual, or psychological violence. In Peru, studies such as those by Movimiento Manuela Ramos (2013) show that the psychological effects of such violence are rarely addressed specifically, remaining invisible in statistics, protocols, and public policies. In this sense, the general objective of this study is to identify the actions of promotion, prevention, and care for women who suffer gender-based violence within the country's public mental health policies. The specific objectives are: to analyze the historical construction of the female figure associated with madness, highlighting how cultural constructions have influenced the understanding of female psychological suffering; to present the socio-historical, cultural, and conceptual aspects of gender-based violence and its impact on women's mental health; and finally, to characterize the network of services for women victims of violence as outlined in Peru's mental health policy. This is an exploratory and bibliographic study. It is based on the analysis of normative sources, as well as academic literature and institutional materials that support a critical approach to the intersection between mental health, gender, and violence. It is evident that it is necessary to integrate, transversally within public policy, the demand for mental health care that acknowledges the psychological effects of gender-based violence. This care must be based on the concrete conditions women face and promote comprehensive responses that avoid both the medicalization of suffering and institutional revictimization.

Keywords: Perú; gender-based violence; mental health; public policies.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figura 1 – Mujeres que experimentaron violencia física o sexual por parte de su pareja íntima en algún momento de su vida.....	34
Figura 2 – Mujeres que experimentaron violencia por la pareja por rangos de edad y grupo de ingresos.....	36
Figura 3 – Prevalencia de trastornos de ansiedad por género en América del Sur (2021).....	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalencia de trastornos de salud mental por género a nivel global y América Latina.	46
Gráfico 2 – Prevalencia de trastornos depresivos por género (2021)	47

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 – Marco legal y servicios intersectoriales contra la violencia de género en Perú.....	61
Cuadro 2 – Principales normas y decretos sobre salud mental en Perú	67
Cuadro 3 – Red de servicios de salud mental en Perú.....	73
Cuadro 4 – Acciones de promoción, prevención y atención en salud mental en el Perú	77

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	15
1. REVISITANDO HISTÓRICAMENTE LA RELACIÓN ENTRE LA MUJER Y LA LOCURA.....	24
2. ASPECTOS SOCIOHISTÓRICOS, CULTURALES Y CONCEPTUALES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS IMPACTOS EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES.....	34
3. RED DE ATENCIÓN A LA MUJER EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN EL PERÚ, CON ÉNFASIS EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PREVISTAS EN LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL.....	54
CONSIDERACIONES FINALES.....	84
REFERENCIAS.....	890

INTRODUCCIÓN

Reflexionar sobre la salud mental de las mujeres peruanas en situación de violencia exige adoptar una mirada crítica que reconozca las múltiples dimensiones de esta problemática. La violencia de género, una de las violaciones más graves a los derechos humanos a nivel global, afecta profundamente la salud física, emocional y mental de las mujeres (ONU Mujeres, 2024, EIGE, 2025), que son frecuentemente desatendidos o abordados desde enfoques biomédicos que ignoran sus raíces sociales y estructurales.

Esta medicalización del sufrimiento no es un fenómeno reciente, como lo advirtió Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo* (1949), el sufrimiento de las mujeres ha sido históricamente interpretado por la ciencia desde una lógica centrada en lo masculino que transformó sus experiencias en “enfermedades”. El diagnóstico de histeria, no solo despolitizó su malestar, sino que se convirtió en un dispositivo de control sobre los cuerpos y subjetividades femeninas (Federici, 2010). Esta herencia persiste hasta hoy en muchas prácticas biomédicas que siguen reduciendo el sufrimiento psíquico femenino a síntomas individuales, desatendiendo las desigualdades que lo originan (Hernandez, 2024, Ortega, 2011; Ruiz y Jimenez 2003).

Hablar sobre locura y salud mental femenina implica, por tanto, reconocer una construcción histórica marcada por múltiples formas de control y exclusión. Desde la antigüedad hasta la modernidad, la figura de la mujer ha sido asociada a la irracionalidad y la inestabilidad emocional, legitimando prácticas de medicalización y subordinación (Serrano et al., 2017; Federici, 2010). Esta vinculación entre “mujer” y “locura” ha sido moldeada por discursos religiosos, médicos y sociales que refuerzan estereotipos de género (Ortega, 2011; Zanello, 2018), y aún hoy dificultan una comprensión integral del sufrimiento psíquico.

Junto con esta construcción simbólica, es fundamental considerar los elementos estructurales que configuran la violencia de género como un fenómeno social arraigado en relaciones de poder históricamente desiguales. Como señalan Federici (2010), Segato (2016) y Cisne y Santos (2014), la violencia no es un hecho aislado, sino una herramienta de control y dominación que se reproduce en contextos contemporáneos a través de prácticas cotidianas e institucionales.

Desde esta perspectiva, la violencia de género no solo genera daños físicos,

sino que también produce efectos psíquicos profundos. Estos impactos se ven agravados por determinantes sociales como la pobreza, el racismo, la exclusión territorial y la sobrecarga de tareas de cuidado, que, según Gutiérrez (2021) y Zanello (2018), refuerzan la vulnerabilidad y dificultan el acceso a recursos de protección. Así la salud mental, no puede entenderse de forma aislada de las condiciones materiales que la afectan.

Diversos estudios demuestran que las mujeres en situación de violencia tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos como depresión o ansiedad (OPS, 2023), pero estas consecuencias suelen ser invisibilizadas. Según ONU Mujeres (2023), una de cada tres mujeres en el mundo ha experimentado violencia física o sexual a lo largo de su vida. En América Latina y el Caribe, esta cifra alcanza el 33%, y muchas de estas mujeres enfrentan consecuencias emocionales y psicológicas que rara vez son atendidas de forma integral.

En el contexto peruano, estas desigualdades estructurales adquieren formas particulares. Con una población de más de 33 millones de personas, de las cuales más del 50% son mujeres (INEI, 2023), el país enfrenta profundas brechas socioeconómicas, territoriales y étnico-culturales. El Perú es un país caracterizado por una gran diversidad étnica, cultural y geográfica, con una importante presencia de pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes y sectores rurales históricamente excluidos.

Esta configuración plantea desafíos específicos para el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación y la justicia, afectando con mayor intensidad a las mujeres. En este escenario, las políticas públicas deben responder no solo a las desigualdades de género, sino también a múltiples factores interseccionales que profundizan la vulnerabilidad y el sufrimiento psíquico (Defensoría el Pueblo, 2022; ONU Mujeres, 2023).

El desarrollo de políticas orientadas a la salud mental y al enfrentamiento de la violencia de género adquiere una relevancia fundamental. A nivel normativo, el país cuenta con marcos como la Ley N.º 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, y con la Política Nacional de Salud Mental (MINSa, 2018), que promueve un modelo comunitario de atención.

Un avance significativo en este campo es la aprobación de la R.M. N.º 670-2021-MINSa, que establece la Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, reconociendo

la necesidad de un abordaje diferenciado y sensible al género. No obstante, estas herramientas aún enfrentan importantes limitaciones.

Ante este panorama, resulta necesario demostrar cómo se organiza la red pública de atención a la salud mental de mujeres en situación de violencia, y en qué medida estas políticas incorporan acciones de promoción, prevención y atención.

Mi motivación para esta investigación surge de un interés tanto personal como académico. Si bien la violencia de género es hoy un tema más visibilizado en el debate público, sus consecuencias en la salud mental de las mujeres continúan siendo poco exploradas desde enfoques integrales. A lo largo del tiempo, los malestares psíquicos femeninos han sido patologizados y controlados bajo lógicas patriarcales que medicalizan el sufrimiento y lo despojan de su dimensión social y política (Federici, 2010, Bazoli, 2021, Ordorika, 2009).

Desde el campo del Servicio Social, esta investigación busca cuestionar esa mirada individualizante, entendiendo que el sufrimiento de las mujeres en situación de violencia no es un hecho aislado, sino una manifestación concreta de las desigualdades de raza, género, clase, cultura y poder que atraviesan nuestras sociedades (Cisne; Santos, 2014). Es precisamente en este punto donde nace mi inquietud académica: ¿por qué no hablamos más del impacto en la salud mental de las mujeres que deja esta violencia?

Pero esta motivación también es profundamente personal. Como mujer peruana, criada en una familia compuesta mayoritariamente por mujeres, he sido testigo del dolor silencioso que deja la violencia de género, he visto cómo ese sufrimiento psíquico afecta, marca y condiciona vidas enteras. Y como futura trabajadora social, en un campo profesional predominantemente femenino, reconozco cómo estas vivencias propias o ajenas nos atraviesan como colectivo. Nadie está completamente ajena a esta realidad y justamente por eso, abordarla desde una perspectiva crítica y con compromiso ético no solo es una decisión profesional, sino también política y personal.

Este trabajo nace de esa historia que me habita, de esa urgencia por transformar la herencia de silencios en palabras, en reflexión y en acción, es por eso que abordar la relación entre violencia y salud mental es para mí, una forma de honrar las historias que han sido silenciadas en mi linaje femenino, esas vivencias de dolor, resiliencia y resistencia que no siempre se pudieron nombrar, pero que siguen latiendo en la memoria familiar y ahora toman forma en este trabajo.

La relevancia de este estudio radica en visibilizar una brecha aún persistente entre los marcos normativos existentes y las experiencias reales de las mujeres en situación de violencia. A pesar de ciertos avances institucionales, como la creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), la atención en salud mental continúa siendo fragmentada, con barreras de acceso, estigmas y respuestas que desatienden las causas estructurales del sufrimiento psíquico femenino (MIMP,2025, Movimiento Manuela Ramos,2013).

En este contexto, esta investigación busca contribuir al debate crítico sobre la necesidad de construir políticas públicas más integradas y sensibles al género, que reconozcan la intersección entre violencia, desigualdad y salud mental. Desde una perspectiva feminista y de derechos humanos, este trabajo reafirma también el rol del Trabajo Social como un campo estratégico en la producción de conocimiento crítico, en la defensa de los derechos de las mujeres y en la generación de respuestas que no patologicen su dolor, sino que lo comprendan como expresión legítima de desigualdades históricas.

Justificar este estudio implica reconocer que la violencia de género no solo causa daños físicos y sociales, sino que también deja huellas profundas y persistentes en la salud mental de las mujeres. Aunque en las últimas décadas ha aumentado la visibilidad de esta problemática, las políticas públicas de salud mental aún no integran de manera efectiva una perspectiva de género que contemple las particularidades del sufrimiento psíquico femenino derivado de experiencias de violencia (Defensoría del Pueblo,2022, Romo, et al, 2003; Markez, et al, 2004, Nunes y De Torrente, 2009).

A nivel mundial, las cifras son alarmantes: una de cada tres mujeres ha experimentado violencia física o sexual en algún momento de su vida (ONU Mujeres, 2023). En el caso peruano, estas estadísticas también revelan un panorama preocupante. Según datos del Centro de Emergencia Mujer, cada día 387 mujeres peruanas son víctimas de violencia de género, esta cifra equivale a 16 mujeres agredidas cada hora y 1 mujer violentada cada 4 minutos y muchas de ellas experimentan consecuencias psicológicas que no son abordadas adecuadamente por los servicios públicos de salud mental (MIMP, 2025), lo que refuerza la necesidad de estudios que aborden esta problemática desde una mirada amplia y contextualizada.

En este marco, el presente estudio se justifica por su aporte al análisis crítico de las políticas públicas de salud mental en el Perú, desde una perspectiva feminista y de derechos humanos, con el objetivo de visibilizar vacíos, tensiones y posibilidades

de transformación.

A partir de esta realidad y de los datos estadísticos que reflejan la magnitud de la violencia de género en el Perú, surge la necesidad de preguntarse: ¿Existe una relación entre violencia de género y el padecimiento psíquico en las mujeres que la sufren? ¿Qué acciones de promoción, prevención y atención ofrece la Política de Salud Mental a las mujeres que sufren violencia de género?

Estas preguntas orientadoras permiten delimitar el objeto de estudio e invitan a reflexionar sobre cómo el Estado visibiliza o invisibiliza las demandas específicas de las mujeres en situación de violencia dentro de las políticas públicas de salud mental. Asimismo, permiten identificar vacíos, tensiones y contradicciones en el abordaje institucional de una problemática que, lejos de ser individual, expresa dimensiones sociales, culturales y políticas profundas.

En este marco, el objetivo general de esta investigación es identificar las acciones de promoción, prevención y atendimento de la mujer en situación de violencia de género en la política de salud mental de Perú.

Para ello, se plantean como objetivos específicos visitar históricamente la relación entre la mujer y la locura, destacando cómo las construcciones culturales han influido en la comprensión del sufrimiento psíquico femenino; presentar los aspectos sociohistóricos, culturales y conceptuales de la violencia de género y sus impactos en la salud mental de las mujeres; y caracterizar la red de atención a las mujeres víctimas de violencia, con énfasis en las acciones de promoción, prevención y atención previstas en la Política de Salud Mental peruana.

En cuanto a la metodología utilizada, este estudio adopta un enfoque exploratorio y bibliográfico, centrado en explorar cómo la demanda de salud mental de las mujeres en situación de violencia ha sido incorporada o invisibilizada en la política pública de salud mental en el Perú. Según Gil (2002), la investigación bibliográfica consiste en el levantamiento, análisis e interpretación de producciones ya existentes, escritas o habladas sobre el tema de investigación, que aborden el objeto de estudio.

Esta investigación será de tipo exploratoria, buscando comprender más profundamente el fenómeno de la violencia contra la mujer en un contexto social amplio, considerando las particularidades de Perú. Las pesquisas exploratorias,

(...) tienen como objetivo proporcionar una mayor familiaridad con el problema, con miras a hacerlo más explícito o a constituir hipótesis. Puede decirse que su principal finalidad es el perfeccionamiento de ideas o el

descubrimiento de intuiciones. Su planificación es, por lo tanto, bastante flexible, de modo que permite considerar los más diversos aspectos relacionados con el hecho estudiado. En la mayoría de los casos, estas investigaciones implican: (a) revisión bibliográfica; (b) entrevistas con personas que han tenido experiencias prácticas con el problema investigado; y (c) análisis de ejemplos que estimulen la comprensión (Sellitz et al., 1967 apud. Gil, 2002, p. 63, Traducción propia).

Esta estrategia de investigación se ha vuelto cada vez más relevante para explorar fenómenos complejos de la realidad, especialmente en el contexto de la violencia contra la mujer. Así mismo, este trabajo se apoya en fundamentos del pensamiento marxista, entendido como una herramienta teórica y metodológica que permite explorar las condiciones históricas y socioeconómicas en las que se produce el sufrimiento psíquico. En palabras de Minayo (2000):

El marxismo, como enfoque que considera la historicidad de los procesos sociales y de los conceptos, las condiciones socioeconómicas de producción de los fenómenos y las contradicciones sociales, constituye otra importante teoría sociológica. Como método, propone el enfoque dialéctico que, teóricamente, establecería un equilibrio entre el positivismo y el comprensivismo, ya que reúne la propuesta de analizar los contextos históricos, las determinaciones socioeconómicas de los fenómenos, las relaciones sociales de producción y dominación, junto con la comprensión de las representaciones sociales (Minayo, 2000, p. 24, Traducción propia).

El estudio es de naturaleza mixta, articulando enfoques cualitativos y cuantitativos. Creswell (2007) describe el enfoque cualitativo como un proceso interpretativo de investigación en el que los investigadores dan sentido a fenómenos y desarrollan teorías basadas en los datos recopilados, y el enfoque cuantitativo como aquel que utiliza la recopilación y análisis de datos numéricos

El enfoque cualitativo permitirá una comprensión interpretativa del fenómeno, profundizando en los sentidos sociales, históricos y simbólicos que atraviesan la experiencia de las mujeres en situación de violencia, mientras que el enfoque cuantitativo, proporcionara datos numéricos, para dar cuenta de estadísticas, análisis y comparación relacionadas con la violencia de género y la salud mental en el Perú. Esta combinación metodológica permite ir más allá de los datos numéricos como tasas de trastornos psíquicos o reportes oficiales para abordar también los significados subjetivos y contextuales que configuran el sufrimiento de las mujeres.

La investigación se sustenta en el análisis de fuentes secundarias, es decir, información no obtenida directamente de su fuente original, sino a partir de su interpretación, análisis y sistematización en materiales ya existentes. Para ello, se consultaron libros físicos y virtuales, artículos académicos, revistas científicas, documentos institucionales y normativas oficiales.

Las búsquedas se realizaron en diversas bibliotecas digitales y repositorios especializados, entre ellos: Biblioteca Digital Feminista Estudiantil, la Biblioteca Digital Brasileira de Tesis y Disertaciones, Scielo Brasil, Scielo Perú, Portal de Periódicos CAPES, Repositorio Institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Repositorio del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, así como bases de datos y páginas de organismos internacionales como ONU Mujeres, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT), CEPAL, World Bank Group, Our World in Data, y el Instituto Nacional de Salud Mental. También se revisaron publicaciones disponibles en sitios oficiales del gobierno peruano, así como materiales producidos por movimientos feministas.

Estas fuentes han sido fundamentales para identificar y explorar los contenidos más relevantes sobre violencia de género, salud mental y políticas públicas en el contexto peruano. Las búsquedas se realizaron utilizando términos clave como “violencia de género”, “salud mental y mujeres”, “política de salud mental peruana”, “servicios de salud mental con enfoque de género”, entre otros. Estos términos clave fueron empleados en artículos, informes, bases de datos académicos, documentos disponibles en línea, así como en sitios gubernamentales.

El análisis de los datos se realizó desde un enfoque cualitativo, con énfasis en la interpretación crítica de la información encontrada. Los resultados se organizaron de forma que respondan a los objetivos de la investigación, visibilizando cómo se incorpora o se omite esta demanda en el diseño e implementación de las políticas en el contexto peruano. El análisis también considera el marco normativo vigente, los discursos institucionales y los dispositivos disponibles en la red pública de salud mental. Al detallar la metodología de esta manera, se busca proporcionar una comprensión integral para el lector de cómo se llevará a cabo la investigación, incluyendo los métodos, instrumentos y fuentes utilizadas.

Entre las principales limitaciones de esta investigación se encuentra la dependencia de fuentes secundarias oficiales, que pueden presentar vacíos estadísticos, falta de desagregación por variables como género, etnia, clase social o territorio, y un enfoque poco interseccional. Asimismo, al no realizarse trabajo de campo, no es posible incluir la voz directa de las mujeres afectadas ni recoger experiencias subjetivas desde su propia perspectiva.

Aunque el estudio no involucra la participación directa de personas ni el uso de

datos sensibles, se siguieron los principios éticos de la investigación académica: uso responsable de las fuentes, citación adecuada y respeto por los derechos de autor. Se aborda el tema con sensibilidad ética y política, evitando toda forma de revictimización o estigmatización. Se reafirma el compromiso de tratar el sufrimiento psíquico femenino con respeto, conciencia crítica y desde un enfoque de derechos humanos.

Este trabajo está organizado en tres capítulos principales. El primer capítulo presenta la construcción histórica de la relación entre la figura femenina y la salud mental, destacando cómo, a lo largo de los siglos, se han utilizado explicaciones religiosas, médicas y culturales para justificar el control y la opresión de las mujeres. Se abordan conceptos como la histeria, el encierro manicomial y la patologización del cuerpo femenino. Asimismo, se recorre históricamente cómo la figura de la mujer ha sido asociada a la locura en distintos contextos culturales, desde la antigüedad hasta el siglo XX, examinando los discursos que vincularon la salud mental femenina al útero, la brujería, la debilidad moral o la inestabilidad emocional. Se evidencia cómo estos enfoques legitimaron prácticas de exclusión y contribuyeron a la construcción de estigmas que aún hoy dificultan el acceso de las mujeres a una atención en salud mental digna y libre de prejuicios.

El segundo capítulo explora la violencia de género como una manifestación estructural de las desigualdades históricas entre mujeres y hombres, así como su impacto específico en la salud mental de las mujeres. Se incorpora una perspectiva interseccional visibilizando cómo factores como la clase, raza, género y la condición socioeconómica agravan esta violencia. Además, se destacan las contribuciones del feminismo para comprender el sufrimiento psíquico femenino como una consecuencia de opresiones sistemáticas y no como un problema individual o aislado. Para reforzar el análisis, se incluyen gráficos, cuadros e imágenes que presentan estadísticas, datos comparativos sobre prevalencia de trastornos mentales, desigualdad de género y violencia en el mundo y América Latina.

El tercer capítulo explora la capacidad del Estado peruano para responder a las necesidades de salud mental de mujeres en situación de violencia, centrándose en la Política Nacional de Salud Mental, con especial énfasis en las acciones de promoción, prevención y atención contempladas en dicha política. Se revisan los marcos normativos vigentes, los ejes de intervención institucional y la articulación intersectorial entre los sectores de salud, justicia y protección social.

Para enriquecer el análisis, se incluyeron cuatro cuadros que sistematizan

información clave: el Cuadro 1, que presenta el marco legal y los servicios intersectoriales contra la violencia de género en Perú; el Cuadro 2, que recoge las principales normas y decretos en materia de salud mental; el Cuadro 3, que describe la red de servicios disponibles de salud mental a nivel nacional; y el Cuadro 4, que detalla las acciones orientadas a la promoción, prevención y atención de la salud mental.

Estos elementos permiten evaluar en qué medida las políticas actuales incorporan una perspectiva de género y ofrecen una atención integral al sufrimiento psíquico de las mujeres en situación de violencia.

Los resultados obtenidos a partir del análisis realizado han permitido identificar que la violencia de género tiene un impacto significativo en la salud mental de las mujeres, y que esta dimensión aún no es plenamente reconocida ni abordada de manera integral en la Política Nacional de Salud Mental peruana. A pesar de los avances normativos y de los compromisos internacionales asumidos por el Estado, persiste una débil articulación entre los marcos legales y las condiciones reales de atención.

Frente a un estado que aún responde de forma fragmentada al sufrimiento psíquico de las mujeres en situación de violencia, este estudio se propone abrir un espacio de reflexión sobre las brechas entre el marco normativo y la realidad concreta de estas mujeres. Presentar esta intersección no solo es un aporte académico, sino también un gesto político y ético hacia aquellas historias que aún reclaman ser reconocidas, escuchadas y reparadas.

1. REVISITANDO HISTÓRICAMENTE LA RELACIÓN ENTRE LA MUJER Y LA LOCURA

La relación histórica entre mujer y locura ha sido un tema recurrente en diversas épocas, reflejando las creencias dominantes de cada período. Desde la antigüedad, las sociedades han vinculado las enfermedades mentales de las mujeres con su biología, particularmente su fisiología reproductiva. Este capítulo explora cómo esta narrativa ha evolucionado, desde las explicaciones fisiológicas en la antigüedad hasta las interpretaciones religiosas y médicas de la modernidad, revelando tanto el control ejercido sobre las mujeres como su resistencia frente a este estigma.

En el Antiguo Egipto, mucho antes de que los griegos identificaran al cerebro como el centro de las funciones mentales, ya existían descripciones de trastornos emocionales asociados al útero que más tarde serían conocidos como “histeria”. El término “histeria”, derivado del griego “hystera” (útero), refleja una antigua creencia que vinculaba las enfermedades emocionales y físicas de las mujeres con su aparato reproductor (Serrano et al., 2017).

En el artículo *La desconocida historia de la Histeria*, los autores destacan una referencia clave, el Papiro de Kahoun (1900 A.C), un texto médico egipcio, donde se describen ciertas enfermedades como “perturbaciones del útero”, evidenciando la asociación entre este órgano y las alteraciones en la salud femenina. Los médicos egipcios, conocidos como “sunu”, trataban estos síntomas con hierbas y sustancias naturales, lo que no solo refleja las creencias médicas de la época, sino que también marca el inicio de una narrativa que perduraría durante siglos: la interpretación del cuerpo femenino como una fuente intrínseca de desequilibrio y vulnerabilidad.

En la antigua Grecia, el útero femenino era percibido como un ente autónomo, casi como un “animal dentro de otro animal”. Pensadores como Platón y Aristeo de Capadocia, describieron al útero como un órgano errante que, al desplazarse por el cuerpo, causaba diversas dolencias físicas y emocionales. Esta idea no solo reflejaba las creencias médicas de la época, sino que también justificaba la subordinación de las mujeres, al atribuir sus “desequilibrios” a un órgano fuera de su control. En el diálogo “Timeo”, Platón describe la matriz y la vulva como un “animal ansioso de procrear”, que al estar inactivo durante un tiempo prolongado, “se irrita y anda errante por todo el cuerpo”, generando enfermedades (Hernández, 2024).

Esta noción, conocida como “útero errante”, no solo explicaba trastornos físicos, sino que también justificaba supuestos desequilibrios emocionales y comportamentales en las mujeres. Según la visión de Platón, esta errancia tiene consecuencias graves para la salud femenina y detalla que:

El útero cierra el paso al aire, impide la respiración, pone al cuerpo en peligros extremos, y engendra mil enfermedades; y esto no se remedia sino cuando el hombre y la mujer, reunidos por el deseo y por el amor, hacen que nazca un fruto, y le recogen como se recoge el de los árboles (Hernández, 2024, párrafo 13).

Esta cita ilustra cómo, en el pensamiento antiguo, se vinculaba la salud física y emocional de las mujeres con su capacidad reproductiva, atribuyendo al útero un papel central en su bienestar, pero también en sus afecciones.

Hipócrates, por su parte, introdujo el término “histeria” para referirse a una enfermedad que consideraba exclusiva de las mujeres, atribuyéndola al desplazamiento del útero. Como destaca Ortega (2011, p. 220), “esta condición se caracterizaba por síntomas físicos y emocionales inexplicables, que se vinculaban directamente con el útero”.

En la antigua Grecia, los tratamientos para la histeria se basaban en la creencia de que el útero podía desplazarse de su posición natural, causando diversos síntomas, y para “reubicarlo”, los médicos aplicaban métodos que buscaban satisfacer las supuestas “necesidades” del órgano.

Por ejemplo, se colocaban olores desagradables cerca de donde se creía que el útero se había movido, mientras que en la vulva se aplicaban fragancias atractivas, con la idea de que el útero regresaría atraído por el aroma agradable. Otro tratamiento consistía en irrigar la matriz con semen, ya que se pensaba que el útero se desplazaba debido a la sequedad. Por ello, se recomendaba a las mujeres viudas que quedaran embarazadas y a las solteras, que se casaran (Hernández, 2024).

Según la misma autora, Galeno, uno de los médicos más influyentes de la antigüedad, aunque rechazaba la idea de que el útero pudiera “deambular” por el cuerpo, sostenía que este órgano podía cambiar de posición, como ocurre durante el embarazo. Galeno mantuvo la concepción de la histeria como una de las principales afecciones femeninas y describió variantes como la “sofocación uterina”, que reflejaba la persistencia de la asociación entre el útero y los trastornos de salud en las mujeres. Entre los tratamientos que Galeno proponía para la histeria se incluían “purgas,

elaboraciones con hierbas hasta casarse o reprimir estímulos que pudieran excitar a una mujer joven” (Hernández, 2024).

Con la llegada de la Edad Media, la mujer fue sistemáticamente desvalorizada en una sociedad dominada por estructuras patriarcales, durante este periodo, la relación entre la mujer y la locura cambió drásticamente. Bajo la influencia del cristianismo, muchos síntomas se atribuyeron a causas sobrenaturales, como la posesión demoníaca o la brujería (Berenguer, 2018).

Según el mismo autor, la locura dejó de ser vista únicamente como una condición médica o natural y pasó a asociarse con el pecado y la corrupción moral. Se interpretaba como consecuencia de posesiones demoníacas o como evidencia de un pacto con el diablo, especialmente cuando se vinculaba a prácticas de brujería.

El cristianismo tuvo un impacto significativo en la interpretación de la locura, particularmente en relación con las mujeres. Aunque inicialmente el mensaje de Jesús desafió las estructuras patriarcales, incluyendo a las mujeres en roles activos como discípulas y líderes, con el tiempo la Iglesia adoptó una visión más patriarcal. Figuras como María Magdalena fueron reducidas a estereotipos como “la pecadora arrepentida”, y las mujeres fueron excluidas de posiciones de liderazgo (Domeci, 2018).

La Iglesia consolidó una narrativa que asociaba a las mujeres con la debilidad moral, la tentación y el pecado, esta perspectiva justificó la interpretación de la locura y la histeria como signos de posesión demoníaca o brujería.

Según Domeci, (2018) los monasterios y conventos, que inicialmente ofrecían refugio a personas con trastornos mentales, se convirtieron en lugares de encierro para mujeres acusadas de brujería, donde los exorcismos, respaldados por la autoridad eclesiástica, fueron un método común para “tratar” a mujeres cuyos comportamientos se consideraban anormales.

Según la misma autora, miles de mujeres fueron acusadas de pactar con el diablo, utilizando sus síntomas de histeria o locura como pruebas de culpabilidad, este proceso no solo marginó a las mujeres, sino que también reforzó una narrativa que las vinculaba con el mal y la desviación moral. Así, el cristianismo medieval, aunque heredero de una tradición que inicialmente valoró el papel de la mujer, terminó por consolidar estructuras patriarcales que justificaron su opresión y exclusión, donde la locura se convirtió en un estigma moral, especialmente para las mujeres, quienes cargaron con el peso de ser vistas como portadoras de pecado y desorden.

Durante este período, las mujeres que presentaban comportamientos percibidos como anormales o que desafiaban las normas sociales eran frecuentemente acusadas de brujería o posesión demoníaca, se creía que aquellas catalogadas como “histérica” habían caído bajo la influencia del diablo, una percepción que reforzaba la idea de que el mal se había apoderado de ellas.

Esta asociación se consolidó con la publicación del *Malleus Maleficarum* (*El martillo de las brujas*) en 1487, un texto escrito por Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger (2001). En este manual, se afirmaba que las mujeres eran particularmente vulnerables a la influencia demoníaca, lo que justificó la persecución sistemática y la ejecución de miles de ellas. Las supuestas “locuras” de estas mujeres fueron reinterpretadas como evidencias de su conexión con lo sobrenatural, perpetuando un estigma que combinaba religión, género y control social (Berenguer, 2018).

Un ejemplo emblemático de esta persecución fue el caso de Juana de Arco. Acusada de brujería, herejía e idolatría, Juana fue condenada a la hoguera en 1431. Según Reverte (2011, párrafo 8), sus últimas palabras fueron: “Mis voces no me habían engañado. Perdono a todos los que me han traído a este suplicio”. Este caso ilustra cómo las mujeres que desafiaban las normas sociales eran brutalmente castigadas bajo el pretexto de la defensa de la fe y la moral.

La caza de brujas no solo persiguió a mujeres acusadas de brujería, sino también a aquellas que poseían conocimientos sobre hierbas y plantas, y que desempeñaban un papel crucial en la medicina popular, estas mujeres, generalmente de origen rural y pobre, fueron etiquetadas como brujas por presentar conductas consideradas extrañas, que hoy podrían identificarse como trastornos médicos como la histeria, la melancolía o la ansiedad (Bazoli, 2021).

Sin embargo, en aquel contexto, estos síntomas se interpretaron como indicativos de posesión demoníaca. Como señala Bazoli (2021), en su artículo *A relação Mulher-Loucura na História Humana*, la persecución de estas mujeres cumplió dos propósitos principales: erradicar a quienes practicaban la medicina popular y generar un clima de miedo que facilitaría el control social sobre las mujeres.

Silvia Federici (2010), en su obra *Calibán y la bruja*, destaca que la persecución de brujas fue, en parte, una acción eclesiástica contra la herejía. Sin embargo, va más allá de un conflicto religioso: en los movimientos heréticos de la época, las mujeres eran vistas como iguales a los hombres, gozaban de los mismos derechos y disfrutaban de mayor libertad social.

Este empoderamiento femenino contrastaba con la visión de la Iglesia, que relegaba a las mujeres a una posición de completa subyugación, negándoles cualquier tipo de autonomía o relevancia en la estructura social (Federici, 2010). Este enfoque no solo reforzó el control religioso sobre la sociedad, sino que también legitimó la violencia contra las mujeres bajo el amparo de la moral y la doctrina religiosa.

Tras la influencia del cristianismo en la Edad Media, la llegada de la Edad Moderna, marco un cambio en la percepción sobre la locura femenina, pero con un retorno a las ideas biologicistas, ya que comienza a perder su connotación demoníaca, desvinculándose de la influencia de la Iglesia y los sacerdotes, quienes anteriormente se consideraban los encargados de sanar el mal. Este periodo marco un giro importante, ya que la histeria pasó del ámbito religioso al médico (Serrano *et al.*, 2017).

Aunque en esta época hubo avances científicos que abrieron nuevas perspectivas, también reforzaron la estigmatización de las mujeres, la locura dejó de ser solo un problema moral para convertirse en uno médico (Hernandez, 2018).

A lo largo de la edad moderna, el retorno a la relación entre la locura femenina y el útero/sexualidad se debe a que las explicaciones científicas reemplazaron a las religiosas, pero mantuvieron el mismo objetivo, que era el de controlar a las mujeres. Por otro lado, el patriarcado necesitaba nuevas justificaciones para mantener la subordinación femenina, y la medicina ofreció un discurso “racional” y “científico” para hacerlo.

Se consolida la creencia de que la salud mental de las mujeres estaba fuertemente influenciada por el útero, este enfoque se vinculaba a la noción más amplia de la inferioridad femenina en relación con los hombres, tanto en el plano físico como mental. Se consideraba que las mujeres estaban determinadas y controladas por sus procesos biológicos, especialmente los reproductivos, lo que las situaba en una posición de vulnerabilidad y dependencia, subordinadas a su naturaleza fisiológica y, por ende, a una supuesta incapacidad para ejercer autonomía frente a su salud y bienestar mental (Bazoli, 2021).

Este período se caracterizó también por un fuerte control sobre la sexualidad femenina, confinándola al ámbito del matrimonio y limitándola a la reproducción. Aunque la medicina reconoció que las mujeres tenían instinto sexual y necesitaban relaciones sexuales para mantener su salud, la sexualidad femenina siguió vinculada a la salud reproductiva, perpetuando una visión limitada y controlada del cuerpo femenino (Fernández *et al.*, 2014).

En lugar de ser vista como una dimensión integral de la vida de las mujeres, la sexualidad se redujo a un mero instrumento para garantizar la procreación, perpetuando así una visión limitada y controlada del cuerpo y los deseos femeninos.

En este contexto, la mujer era considerada biológicamente inferior al hombre, lo que justificaba su exclusión de derechos básicos como votar, estudiar o incluso caminar sin compañía. Se creía que cualquier actividad intelectual o social que desafiara los roles de género tradicionales podía desencadenar histeria, incluso una pregunta incómoda en un momento inadecuado era vista como un síntoma de esta condición, reforzando la idea de que las mujeres debían limitarse a roles domésticos y sumisos para evitar ser catalogadas como “enfermas” (Fernández *et al.*, 2014).

Los médicos de la época también relacionaban los síntomas de la histeria con la insatisfacción sexual femenina y, en algunos casos, sugerían el “masaje pélvico” como tratamiento. Este enfoque reflejaba las concepciones médicas y culturales del momento, que reducían el cuerpo femenino a su función reproductiva y percibían a la mujer como una “eterna enferma” (Gadea, 2024).

A partir del siglo XVII, surgieron instituciones dedicadas al confinamiento de personas con trastornos mentales. Un ejemplo emblemático es el Hospital General de París, fundado en 1656, que incluía áreas separadas para “locos” y “mujeres desviadas”. Estas instituciones no estaban diseñadas para brindar tratamiento o cuidado, sino que funcionaban como espacios de exclusión social (Hernández, 2018).

Como señala Foucault (1964) en su obra *Historia de la locura en la época clásica*, este período, conocido como el “Gran confinamiento”, reflejaba una práctica sistemática de encierro. En este contexto, la “Salpêtrière”, una sección del Hospital General de París, se convirtió en un lugar de reclusión para mujeres que la sociedad catalogaba como “anormales”. Entre sus muros se alojaban prostitutas, criminales con trastornos mentales, mujeres con discapacidades intelectuales y personas en situación de pobreza. Lejos de ofrecer atención médica, la “Salpêtrière” funcionaba como una prisión, aislando y controlando a quienes eran percibidos como una amenaza para el orden social establecido (Ventura, 2021).

En el siglo XIX, la creación de manicomios se expandió por Europa, lo que impulsó la medicalización de la locura. Sin embargo, los tratamientos seguían siendo brutales y poco efectivos. Las mujeres eran consideradas más propensas a los trastornos mentales debido a su “naturaleza emocional”, una creencia que reforzaba su subordinación y dependencia dentro de la sociedad. Aquellas mujeres

diagnosticadas con histeria, se convirtieron en víctimas de esta perspectiva centrada en el control hospitalario y médico (Bazoli, 2021).

Muchas de estas mujeres pasaron sus vidas encerradas en instituciones que funcionaban como mecanismos de control social, castigando a quienes se desviaban de los roles de género. Los hospicios se convirtieron en símbolos de exclusión, donde las mujeres eran apartadas de la sociedad y sometidas a tratamientos que a menudo empeoraban su condición y, aunque la medicina pretendía ser científica, perpetuó prejuicios de género, viendo a la mujer como emocionalmente inestable.

Los científicos se empeñaron en desentrañar el misterio de la “mujer diferente”, es decir, la mujer histérica, esta transformación marca un giro importante en la manera en que se entendía la locura femenina, pasando de una explicación religiosa a una médica, consolidando una visión más científica, que también perpetuó una perspectiva problemática sobre la salud mental femenina (Serrano et al., 2017).

A principios del siglo XX, Freud revolucionó la comprensión de la histeria al proponer que sus síntomas no tenían un origen físico, sino que eran manifestaciones de conflictos psicológicos inconscientes (Freud, 1895).

Sin embargo, aunque su enfoque marcó un avance significativo en el estudio de los trastornos mentales, sus teorías perpetuaron estereotipos de género, vinculando la histeria con la sexualidad femenina y la supuesta “naturaleza emocional” de las mujeres, reforzando así ideas patriarcales que limitaban la comprensión de la salud mental femenina a factores biológicos y culturales preestablecidos (Ramos, 2010).

A mediados del siglo XX, la palabra “histeria” dejó de usarse oficialmente, desapareciendo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Este cambio marcó un avance hacia enfoques más integrales y científicos en el estudio de los trastornos mentales (Hernández, 2024).

La visión sobre la histeria experimentó una transformación significativa. Los progresos en el ámbito de la medicina y la psicología llevaron a un entendimiento más profundo de los trastornos mentales y emocionales, esto permitió dejar atrás las antiguas ideas que vinculaban la histeria exclusivamente con el útero o con la insatisfacción sexual (Gadea, 2024).

A lo largo de la historia, la locura femenina ha sido interpretada de dos maneras: como algo intrínseco a la naturaleza femenina, asociada con lo irracional y la

inestabilidad emocional, y como una forma de protesta ante las injusticias que sufrían las mujeres (Showalter, 1985, *apud* García Dauder, 2019).

Según los mismos autores, si la locura femenina es vista como un resultado de la opresión, sus síntomas pueden interpretarse como una manifestación de resistencia. Esta dualidad ha permitido resignificar la “loca” como una figura emblemática de resistencia feminista.

La locura femenina también fue utilizada como una herramienta de control social, patologizando comportamientos que amenazaban las estructuras patriarcales. Como señala Bazoli (2021), la “locura femenina” no solo se consideraba un problema médico, sino que servía para reprimir la libertad y la autonomía de las mujeres.

Un ejemplo emblemático de esta opresión que destaca Gonzales (2014), es el caso de Margaret Keane, una pintora cuyas obras conocidas por sus figuras de ojos grandes, fueron apropiadas por su esposo, Walter Keane, quien la mantuvo en una situación de control y aislamiento durante años. Aunque no fue confinada en un manicomio, su experiencia refleja cómo las mujeres eran sometidas a formas de opresión que limitaban su libertad y creatividad.

Antiguamente, las mujeres que desafiaban las normas sociales o mostraban comportamientos considerados “peligrosos” eran acusadas de brujería y quemadas en la hoguera. Hoy, aunque las hogueras han desaparecido, el control sobre las mujeres persiste bajo nuevas formas.

Aquellas que no encajan en los roles de género establecidos o expresan su malestar de maneras incomprendidas son etiquetadas como “locas” y encerradas en instituciones psiquiátricas. De las llamas de la Inquisición a los muros de los manicomios, la historia se repite: sigue siendo una forma de silenciar y castigar a las mujeres que no se someten al orden impuesto (Bazoli, 2021).

A lo largo de este recorrido histórico, hemos evidenciado que la relación entre la mujer y la locura ha pasado por distintos momentos clave, cada uno marcado por las creencias y estructuras sociales de su época, en un primer momento se muestra cómo, en la antigüedad, la locura femenina se asoció con el útero y la fisiología reproductiva, bajo la idea del “útero errante”. Este enfoque reducía la salud mental de las mujeres a su biología, justificando su vulnerabilidad y dependencia.

Un segundo momento, corresponde a la Edad Media, donde la locura femenina fue demonizada y vinculada con la brujería y la posesión demoníaca. La Iglesia

consolidó una narrativa que asociaba a las mujeres con el pecado y la debilidad moral, utilizando la locura como herramienta de control social.

Un tercer momento, se desarrolla durante la Edad Moderna, la locura femenina fue medicalizada bajo el control de la ciencia. Aunque la Edad Media había asociado la locura con lo demoníaco, en este período se retomaron las ideas antiguas que vinculaban la salud mental de las mujeres con su útero y sexualidad. Se creía que la histeria y otros trastornos mentales eran causados por desequilibrios en el aparato reproductivo, como la falta de actividad sexual o la insatisfacción. Este enfoque “científico” justificó tratamientos crueles, como el “masaje pélvico” o el encierro en manicomios, reforzando la idea de que las mujeres eran biológicamente inferiores y emocionalmente inestables. Así, la medicina moderna perpetuó el control patriarcal sobre el cuerpo y la mente femenina.

En un cuarto momento, durante el siglo XX, se produce un avance significativo en el estudio de los trastornos mentales, dejando atrás diagnósticos como la histeria y adoptando enfoques más integrales y científicos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad”. Con este concepto reforzamos la importancia de abordar la salud mental desde una perspectiva integral, que incluye la igualdad de género y la autonomía individual.

Lo que experimentamos hoy en día, las cargas, las desigualdades de género y la falta de reconocimiento del verdadero papel de la mujer en la sociedad, es algo profundamente arraigado en nuestra historia. Como señala Bazoli (2021), “nos han quitado el derecho de enfermarnos y el derecho a curarnos”.

A pesar de los avances en la comprensión de la salud mental, las mujeres seguimos enfrentando estigmas profundamente arraigados, como la representación social de la mujer como “loca” o emocionalmente inestable, lo que refuerza estereotipos que limitan nuestra autonomía y validan prejuicios. Esta narrativa no solo minimiza nuestras experiencias, sino que también dificulta el acceso a un apoyo adecuado y libre de juicios.

Como bien dijo Beauvoir (1980) “la liberación de las mujeres, pasa por superar esta condición de ‘otra’ y alcanzar su autonomía en el campo social, político y económico”.

Una frase que nos invita a reflexionar sobre la importancia de desmontar los estereotipos que nos encasillan y luchar por una autonomía plena. Nos llama a rebelarnos contra las estructuras que nos reducen a ser “lo otro”, a existir en función de lo ajeno, y a reclamar nuestra voz, poder y libertad. Solo así, desde la autonomía, podremos construir un mundo donde ser mujer no sea una condena, sino una expresión plena de libertad.

En el próximo capítulo buscaremos explorar los aspectos socio-históricos, culturales y conceptuales de la violencia de género, presentando cómo esta problemática ha afectado la salud mental de las mujeres a lo largo del tiempo.

2. ASPECTOS SOCIOHISTÓRICOS, CULTURALES Y CONCEPTUALES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS IMPACTOS EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

De acuerdo con el European Institute for Gender Equality (EIGE, 2025), la violencia de género constituye una manifestación de las desigualdades históricas entre mujeres y hombres que, pese a los avances normativos y sociales, persiste como una de las violaciones más graves a los derechos humanos a nivel global, con impacto transversal en todas las sociedades. Este organismo destaca que:

Violencia de género y violencia contra las mujeres son términos frecuentemente usados de forma intercambiable, pues la mayor parte de esta violencia es dirigida a mujeres y niñas por hombres. Sin embargo, el aspecto basado en el género resalta el hecho que muchas formas de violencia contra las mujeres están enraizadas en desigualdades de poder histórico (EIGE, 2025, párrafo 2).

Para comprender a fondo la violencia de género es necesario entenderla como una expresión de la cuestión social, concepto que se refiere a los problemas y conflictos que emergen de las contradicciones y antagonismos estructurales en la sociedad, especialmente entre clases sociales y relaciones de poder. Según esta perspectiva, la cuestión social se manifiesta en diversas formas como el desempleo, la pobreza, la violencia y otras problemáticas, todas con raíces económicas, políticas e ideológicas (Barros y Silva, 2015).

Esta manifestación no solo refleja el sufrimiento individual, sino que evidencia tensiones y contradicciones sociales más amplias que requieren ser abordadas integralmente. De esta manera, la violencia de género sintetiza desigualdades históricas, económicas y culturales que se materializan en el padecimiento psíquico de las mujeres.

Según la Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres, 2024) esta violencia dirigida específicamente contra las mujeres por el hecho de ser mujeres, se expresa en múltiples formas (física, psicológica, sexual, económica y emocional), aunque sus manifestaciones varían según el contexto cultural, social y económico, todas comparten un origen común: un sistema de opresión patriarcal que perpetúa la desigualdad de poder entre géneros. Su consolidación histórica se remonta a la Edad Moderna (siglos XVI-XVIII), donde según Federici (2010), la caza de brujas operó como un dispositivo de control misógino para disciplinar los cuerpos femeninos al servicio del capitalismo naciente.

Autoras como Cisne y Santos (2018) profundizan en esta idea, demostrando cómo estas manifestaciones, que son expresiones de la cuestión social, aunque diversas, responden a una lógica estructural de deshumanización que naturaliza la violencia contra las mujeres como parte del orden social establecido. En su obra *Feminismo, diversidad sexual e Serviço Social*, evidencian como el patriarcado se reconfigura constantemente, trascendiendo el ámbito doméstico para operar también en espacios institucionales y públicos.

Esta dinámica se observa en fenómenos como la violencia obstétrica en los servicios de salud o el acoso en espacios públicos, mecanismos que Federici (2010) analiza como parte de un proceso histórico de expropiación sistémica de la autonomía femenina. Según la autora, el sistema patriarcal capitalista no solo reproduce desigualdades de género estructurales, sino que instrumentaliza los cuerpos y trabajos de las mujeres para mantener jerarquías de clase, raza y etnia, manifestándose así como una expresión profunda y multifacética de la cuestión social.

Como consecuencia de este proceso histórico, actualmente este legado se materializa en cifras alarmantes. ONU Mujeres (2023) advierte que, a nivel global, 1 de cada 3 mujeres (30%) sufrió algún tipo de violencia y 137 son asesinadas diariamente por parejas o familiares. Estas cifras, presentan variaciones regionales, como lo demuestra la figura 1 adjunta:

Share of women who have experienced physical or sexual intimate partner violence during their lifetime

(% of population)

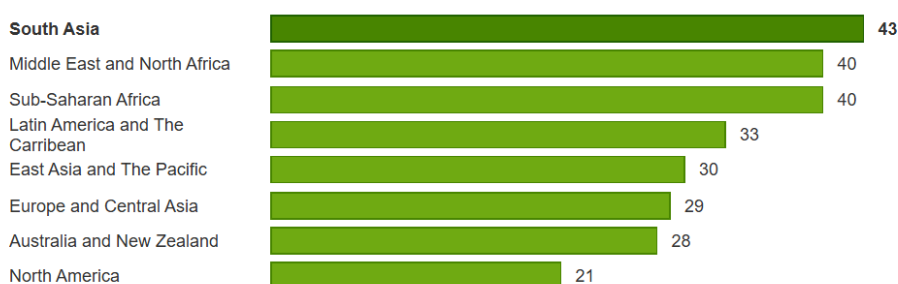


Figura 1 - Mujeres que experimentaron violencia física o sexual por parte de su pareja íntima en algún momento de su vida.

Fuente: WORL BANK, 2015.

Estos datos confirman que, si bien la violencia de género es un fenómeno universal, como subraya Tedros Adhanom Ghebreyesus (2021) en su intervención ante la Asamblea Mundial de la Salud, su frecuencia y gravedad están condicionadas

por determinantes sociales como el nivel económico, las normas culturales y las estructuras de poder político. Esto explica por qué, pese a las diferencias porcentuales entre regiones, el patrón de dominación se repite.

Paradójicamente, el hogar idealizado como un espacio de protección y refugio, se convierte en el lugar de mayor riesgo para muchas mujeres. Según datos del Banco Mundial (2015), en 33 países con economías de bajos y medianos ingresos, el 30% de las mujeres no puede negarse a mantener relaciones sexuales con sus parejas. Como argumenta Segato (2016), la violencia de género es un “proceso civilizatorio”, arraigado en las estructuras de poder que moldean cada sociedad.

En este marco Zanello (2018), en su obra *A prateleira do amor: sobre mulheres homens e relações*, demuestra como el género funciona como sistema relacional universal que, lejos de ser neutral, se articula a través de relaciones de poder, que asigna privilegios y marginaciones mediante la construcción social de diferencias sexuales. Desde una perspectiva crítica, Zanello (2018) deconstruye el mito de los roles “naturales” (hombre = proveedor, mujer = cuidadora), demostrando cómo la supuesta diferencia sexual ha funcionado históricamente como dispositivo de dominación al servicio del patriarcado y el capitalismo.

Esta lógica de dominación adquiere mayor crudeza al interceptarse con contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Como evidencia Gutiérrez (2021), aunque este sistema de opresión afecta a mujeres de todas las clases sociales, desde las élites económicas hasta los sectores más desfavorecidos, su impacto se intensifica en los grupos más vulnerables. De acuerdo con el European Anti Poverty Network (EAPN, 2020), este fenómeno afecta de manera desproporcionada a las mujeres en situación de pobreza, donde la violencia de género y la vulnerabilidad económica se entrelazan en un círculo vicioso difícil de romper.

Por un lado, la escasez de recursos económicos limita las posibilidades de abandonar entornos violentos, perpetuando las dinámicas de maltrato. Por otro, la propia experiencia de violencia puede actuar como un factor de empobrecimiento al provocar la pérdida de empleo, el deterioro de la salud mental y exclusión social progresiva. A esto se suman las barreras institucionales que dificultan el acceso a redes de apoyo y protección, esta bidireccionalidad entre violencia y pobreza revela cómo las desigualdades económicas y de género se refuerzan mutuamente (EAPN, 2020).

En este contexto, la vulnerabilidad estructural se expresa en formas específicas

y alarmantes que afectan de manera particular a mujeres y niñas en situación de pobreza. Esta vulnerabilidad se manifiesta en datos concretos, donde las niñas de hogares pobres tienen 2.5 veces más probabilidades de ser forzadas a matrimonios infantiles que sus pares con mayores recursos, la precariedad económica las expone con mayor frecuencia a redes de trata de personas, la falta de autonomía financiera, así como redes de apoyo, que reduce sus oportunidades para salir de ciclos de abuso (ONU Mujeres, 2014). Estas situaciones son claras expresiones de la cuestión social que evidencian desigualdades profundas.

La magnitud de esta vulnerabilidad estructural queda reflejada en estadísticas recientes que muestran cómo la pobreza extrema sigue afectando de forma desproporcionada a mujeres y niñas a nivel global donde:

1 de cada 10 mujeres vive en la pobreza extrema (10,3%), (...) de aquí a 2030, se estima que el 8% de la población mundial de mujeres (342,4 millones de mujeres y niñas) todavía vivirán con menos de USD 2,15 por día. En el 30% de los países, se prevé que la tasa de pobreza extrema entre mujeres y niñas en 2030 superará el 11%, el equivalente a la tasa de pobreza global en 2015 cuando se adoptaron los Objetivos globales. Las brechas de género en relación con la pobreza son más elevadas entre las personas de 25 a 34 años. Las mujeres de este grupo de edad tienen 1,2 veces más de probabilidades de vivir en la pobreza extrema que sus homólogos varones (ONU Mujeres, 2023, p. 8).

La relación entre pobreza y desigualdad de género también se evidencia en los niveles de violencia que enfrentan las mujeres, particularmente aquellas con menores ingresos. Los datos de la Figura 2, provienen de una evaluación internacional coordinada por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONU Mujeres, basada en encuestas realizadas entre 2000 y 2018.

Proporción de mujeres que alguna vez han experimentado violencia en la pareja (estimación modificada, % de mujeres siempre asociadas) por rangos de edad y grupo de ingresos

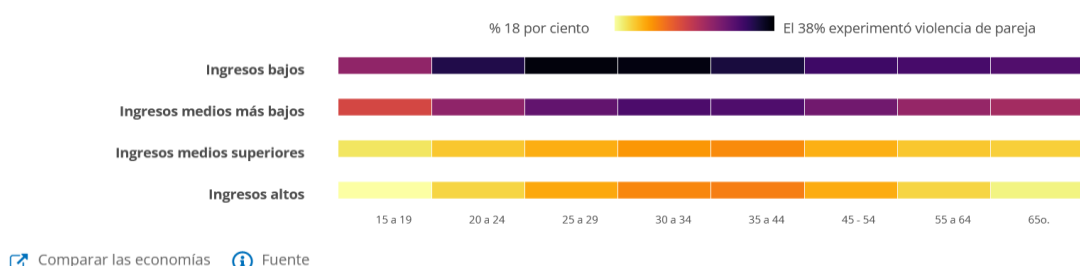


Figura 2: Mujeres que experimentaron violencia por la pareja por rangos de edad y grupo de ingresos.

Fuente: WORL BANK GROUP, 2021

Estos datos revelan que ser mujer y pobre significa enfrentar un riesgo

sistemáticamente mayor de violencia en todas las etapas de la vida. Los datos son claros, la pobreza no acompaña, sino que perpetúa la violencia de género, y cada punto porcentual adicional en los índices de pobreza se traduce en más cuerpos feminizados golpeados y más voces silenciadas, este no es un vínculo casual, sino un círculo perverso donde la violencia empobrece y la pobreza expone a más violencia (ONU Mujeres, 2018), evidenciando así unas de las manifestaciones de la cuestión social que atraviesan las desigualdades estructurales.

Sin embargo, centrarse solo en el factor económico puede hacer que pasemos por alto cómo esta violencia se vuelve aún más grave cuando afecta a mujeres y niñas, que además de vivir en la pobreza, son indígenas, afrodescendientes, o pertenecen a otros grupos históricamente marginados. En estos casos, la opresión adopta formas interseccionales, reforzando la exclusión y la violencia de formas más profundas y complejas.

Según datos del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA, 2024), 6 de cada 10 mujeres afrodescendientes han experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida, siendo los espacios educativos y laborales los escenarios más frecuentes. Otro dato que me pareció importante destacar es que el 23% de las mujeres afrodescendientes ha sufrido acoso sexual, sin embargo, el 74% opta por no denunciar, principalmente por el miedo a que no les crean y el temor a procesos de revictimización.

Estas cifras de violencia son el resultado de un sistema diseñado para excluirlas. Según la Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL, 2016), las mujeres indígenas y afrodescendientes en América Latina, presentan tasas más altas de pobreza, desempleo, analfabetismo y mortalidad materna en comparación con el resto de la población. En esta línea, datos de la CEPAL (2020), basados en un análisis realizado en 2018 en seis países de América Latina, evidencian que las personas afrodescendientes registran mayores tasas de pobreza en comparación con la población no indígena ni afrodescendiente.

No es coincidencia que, en América Latina, ser mujer y afrodescendiente significa tener más probabilidades de vivir en pobreza, las cifras son claras: mientras en Colombia el 27,7% de las mujeres no afro son pobres, entre las afrodescendientes el porcentaje se eleva al 40,8%. Brasil muestra una desigualdad aún más marcada: 25,5% contra 11,5%.

Estos datos reflejan una clara feminización de la pobreza en los grupos étnico-

racionalmente marginados, subrayando cómo las desigualdades de género y raza se entrelazan y refuerzan, agravando la exclusión social de las mujeres afrodescendientes. En ese sentido, son precisamente las mujeres negras quienes enfrentan una carga aún más desproporcionada, la intersección entre el racismo estructural, la pobreza y la violencia de género configura un escenario de alta vulnerabilidad, donde las barreras de acceso a la salud mental no solo son materiales, sino también simbólicas.

Estas mujeres experimentan un sufrimiento psíquico agravado por la discriminación institucional, la invisibilidad en las políticas públicas y la ausencia de enfoques culturalmente sensibles en los sistemas de atención. Sin embargo, una de las principales dificultades para comprender a fondo esta problemática, es la escasez de datos separados que reflejen la realidad de las mujeres indígenas y afrodescendientes. Como denuncia la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024):

La carencia de información han llevado a que las organizaciones de movimientos indígenas y afrodescendientes establezcan sus propios registros y documenten los casos de violencia de género, lo cual permite visibilizar el problema, avanzar frente a la disponibilidad de datos (a partir de fuentes no oficiales), comparar los datos disponibles y hacer un seguimiento de las políticas (OPS, 2024, p. 22).

Esta exclusión estructural, combinada con la discriminación por sexo, género, raza, etnia, edad, clase social, nivel socioeconómico, religión, idioma, ubicación geográfica, estado de discapacidad, estado migratorio, identidad de género, orientación sexual, entre otros factores; coloca a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la violencia de género, dificultando su acceso a mecanismos institucionales de protección. A esto le sumamos que, como señala ONU Mujeres (2023), los prejuicios raciales dentro de las instituciones y la rigidez de los sistemas judiciales, ajenos a sus realidades culturales, obstaculizan aún más su derecho a acceder a la justicia.

Esta desigualdad revela que la violencia de género no es solo un problema individual, sino una expresión de la cuestión social, que aun cuando no llegue al extremo de provocar la pérdida de una vida, tiene profundas implicaciones estructurales. Es sabido que la condición étnico-racial torna a las mujeres más vulnerables, enfrentando situaciones de pobreza más severas, así como mayores obstáculos para acceder a la educación, salud, trabajo decente, vivienda adecuada y para ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos, entre otros, lo que

profundiza la gravedad de la violencia.

Esta dinámica, que según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador (INEC, 2011) el 67,8% de las mujeres indígenas y el 66,7% de las afroecuatorianas han vivido algún tipo de violencia de género, en comparación con el 59,1% de las mujeres mestizas y el 59,7% de las mujeres blancas. Estas cifras ponen en evidencia una deuda social urgente, no son simples porcentajes, sino rostros, historias y cuerpos marcados por una violencia que se ensaña con quienes cargan el peso de exclusiones históricas (CEPAL, 2018).

Una situación similar se observa en los datos del Sistema de Información de Género-Inmujeres de Uruguay (SIG, 2013), donde se muestra que las mujeres afrodescendientes reportan niveles más altos de violencia de género en todos los ámbitos explorados: en el ámbito social (43,7% x 35,3%), en el laboral (18,2% x 14,1%) y en el educativo (16% x 7,5%), configurando lo que CEPAL (2018), identifica como jerarquías étnico-racial de la violencia. Estas cifras, se traducen en cómo el racismo estructural permea los espacios cotidianos donde las mujeres construyen sus proyectos de vida.

Esta realidad lejos de ser casual, responde a mecanismos estructurales profundamente arraigados que normalizan la violencia contra cuerpos feminizados históricamente marginalizados. La articulación entre patriarcado, capitalismo y racismo configura un sistema de opresiones entrelazadas que se potencian mutuamente, creando jerarquías de vulnerabilidad diferenciales.

Para entender cómo estas opresiones se manifiestan en América Latina, una región marcada por profundas desigualdades étnico-raciales, económicas y de género, se exploraron los casos de Ecuador, Brasil, Colombia y Uruguay que reflejan patrones ya identificados por la CEPAL.

En esta línea, entender la violencia de género como parte de un sistema de opresión patriarcal, nos permite explorar más allá de sus manifestaciones físicas o visibles. Esta forma de entenderla nos ayuda a reconocer algo fundamental pero frecuentemente invisibilizado: su impacto en la salud mental de las mujeres, cuyas secuelas pueden perdurar en el tiempo, incluso después de que cese la agresión directa.

Pero antes de profundizar en la relación entre violencia de género y salud mental, es importante preguntarnos: ¿qué entendemos por salud mental? Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud mental se define como:

El estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad. La salud mental es un componente integral de la salud y el bienestar (...) (OPS, 2023, p.8).

En este sentido, tener salud mental también implica considerar las condiciones sociales que favorecen o limitan esa participación, como el género, la edad, la raza-etnia y la clase social. Tal como señala la OPS (2023, p.6): “La salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad, es una parte intrínseca de nuestra salud y bienestar tanto individual como colectivo”.

Esta comprensión actual de la salud mental como estado de bienestar, que según la (OPS, 2023) se construye en comunidad y se ve amenazado por desigualdades en todos sus aspectos, no surgió de un día para el otro, fue el resultado de muchos años de lucha, de personas y movimientos que se animaron a cuestionar prejuicios, romper silencios y transformar las formas de ver la salud mental que estaban muy arraigadas en torno a lo que significaba estar mentalmente sano.

Para comprender cómo llegamos a esta visión actual de la salud mental, es importante reconocer que históricamente la atención a la salud mental ha estado marcada por prácticas de exclusión y violaciones a los derechos humanos, desde los manicomios del siglo XIX hasta la influencia de la Iglesia en la definición de locura.

Tras la Segunda Guerra Mundial (1940-1970), se marca un antes y un después en el concepto de salud mental, se abandona el enfoque centrado en la enfermedad y se adopta una visión integral del bienestar psicosocial, que reconoce la dimensión social del sufrimiento mental (Amarante, 1996, Domingues, 2018).

En este contexto histórico, Estados Unidos se convierte en escenario del surgimiento de un modelo innovador impulsado por Gerald Caplan (1996), cuya propuesta de psiquiatría preventiva y comunitaria cuestiona los sistemas de internamiento tradicionales, promoviendo modalidades ambulatorias y preventivas orientadas al bienestar y a la integración. Paralelamente, Franco Basaglia (1985) lidera en Italia un movimiento clave conocido como la Reforma Psiquiátrica, centrada en la garantía de derechos y la ciudadanía plena de las personas en sufrimiento psíquico, que fue formalizada con la Ley 180 de 1978, que propone eliminar progresivamente los manicomios y promover una atención comunitaria e interdisciplinaria centrada en los derechos humanos (Domingues, 2018).

Las propuestas de Basaglia trascendieron las fronteras italianas, reconfigurando a nivel global los paradigmas de atención en salud mental, sentando

las bases para políticas públicas modernas enfocadas en la desinstitucionalización y la salud mental como un derecho (Amarante, 1996 *apud* Domingues, 2018, p.98).

En América Latina, la discusión sobre una nueva perspectiva en salud mental comenzó a tomar forma a mediados del siglo XX, con la realización del primer Congreso Latinoamericano de Salud Mental en Brasil (1954), seguido por otro en Argentina (1956). Estos encuentros introdujeron ideas innovadoras para la época. Sin embargo, como señala Domingues (2018), durante las décadas de 1960 y 1970, el tema prácticamente desapareció del debate público y de las políticas gubernamentales, lo que evidencia su escasa prioridad en las agendas estatales.

Este panorama comenzó a transformarse en los años 1980, cuando diversas denuncias sobre graves violaciones a los derechos humanos, cometidas en instituciones psiquiátricas de la región despertaron la preocupación internacional. Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud impulsó un diagnóstico sobre los sistemas de salud mental en América Latina, revelando un escenario crítico con modelos de atención obsoletos, sistemas fragmentados y un profundo abandono hacia las personas con sufrimiento, tal como expone la autora en su estudio.

En ese contexto de crisis, los países retomaron los principios internacionales de la reforma psiquiátrica. De acuerdo con Domingues (2018), estos fueron adaptados especialmente en enfoques centrados en la desinstitucionalización y en la atención basada en derechos humanos. Estos principios fueron adaptados a realidades marcadas por profundas desigualdades estructurales, pobreza y sistemas de salud precarios. Así se iniciaron procesos heterogéneos de desmanicomilización que, aunque avanzaron a distintos ritmos, compartían elementos comunes como la promoción de modelos comunitarios, la participación activa de la sociedad civil y la garantía de derechos.

La magnitud de las deficiencias encontradas motivó a la OMS y a la OPS a convocar, en 1990, la Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas (Venezuela). Este evento tuvo como objetivo principal impulsar una transformación profunda de los sistemas de salud mental, promoviendo el abandono definitivo del modelo manicomial en favor de enfoques comunitarios, integrales y humanizados (OPS, 1990 *apud* Domingues, 2018, p.100).

Como resultado de esta conferencia, se adoptó la Declaración de Caracas, un documento clave que sentó las bases para una atención en salud mental centrada en

la comunidad, con principios de descentralización, continuidad del cuidado, participación social e integralidad. Aunque la mayoría de los países latinoamericanos participaron activamente, la ausencia de algunos estados evidenció los desafíos persistentes para consolidar una agenda común de salud mental en la región. El impacto de la Declaración trascendió el ámbito regional e influyó en el diseño de políticas globales en salud mental, su influencia se hizo visible en iniciativas posteriores como la declaración del año 2001 como el Año Internacional de la Salud Mental, cuando la OMS y la OPS reafirmaron la importancia estratégica de esta área para el desarrollo humano y social (Domingues, 2018).

Finalmente, la autora destaca que actualmente, las políticas de salud mental en América Latina continúan estando fuertemente influenciadas por las orientaciones de organismos internacionales. Con el paso del tiempo, esta temática ha ganado mayor relevancia al ser comprendida como un componente esencial del bienestar no solo individual, sino también familiar y comunitario, se reconoce también que la falta de atención adecuada en este campo puede generar efectos negativos de largo alcance, que afectan incluso a las generaciones futuras.

Como señala Piñar (2021), estos avances no fueron regalos institucionales, sino el fruto de luchas ciudadanas y de derechos humanos que hoy nos permiten explorar, cómo la violencia de género deja huellas profundas en la salud mental de las mujeres. Estas luchas, sin embargo, no habrían sido posibles sin cuestionar un sistema que reducía el sufrimiento de las mujeres a diagnósticos individuales, sin considerar su dimensión social y comprender este proceso que exige explorar el contexto histórico y social desde una perspectiva de género.

Incorporar este enfoque en el análisis de la salud mental es fundamental, ya que permite evidenciar cómo las sociedades asignan atributos, roles y expectativas a las personas basándose en las diferencias sexuales. Es a partir del sexo biológico, que se construyen desigualdades en el trato y en las oportunidades disponibles para mujeres y hombres, generando relaciones de poder que posicionan a las mujeres en situaciones de subordinación. Explorar la salud mental desde un enfoque de género implica reconocer su carácter multifactorial, considerando no solo las condiciones socioeconómicas, sino también la construcción social e histórica de las masculinidades y feminidades, los sistemas de valores y creencias sobre la salud y el sufrimiento psíquico, así como las prácticas sociales y la vida cotidiana (Movimiento

Manuela Ramos, 2013).¹

Sin embargo, esta perspectiva no habría sido posible sin el cuestionamiento pionero del feminismo. Fue a partir de la producción académica y activismo feminista de la segunda ola ²que surgieron críticas al modelo tradicional de salud mental, especialmente en cuanto al impacto del rol marital en la vida de las mujeres. Durante la década de 1960, comenzó a cuestionarse cómo el confinamiento al hogar y las expectativas sociales de la época generaban frustración, conflictos familiares y problemas emocionales (Busfield, 1988 *apud* Bosnich, 2020, p.28).

Además, el movimiento visibilizó los prejuicios sexistas y patriarcales dentro de la psiquiatría, que patologizaban a las mujeres, asociándolas erróneamente con trastornos como la histeria, lo que contribuyó a diagnósticos y tratamientos que pasaban por alto los factores sociales y culturales que realmente afectaban la salud mental femenina (Ordorika, 2009).

A partir de lo expuesto, que evidencia las vulneraciones que enfrentaban las mujeres en el campo de la salud mental, se confirma lo señalado por Ramos (2014), quien argumenta que la violencia de género se configura como un problema estructural dentro de este ámbito. La discriminación y la violencia, derivadas de la desigualdad de género, no solo afectan a las mujeres en su vida diaria, sino que también están presentes en las instituciones encargadas de su atención en salud mental, agravando aún más su situación en esta área.

Dainius Pûras (2017), relator especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud, destaca la necesidad urgente de reformar los sistemas de salud mental, históricamente descuidados y contruidos sobre prácticas desactualizadas. Subraya también que se requiere un cambio hacia un enfoque centrado en los derechos humanos, dejando atrás décadas de negligencia, abuso y violencia, mediante un compromiso político y medidas inmediatas para transformar un sistema marcado por violaciones a los Derechos Humanos.

¹ El Movimiento Manuela Ramos es una organización feminista peruana fundada en 1978, reconocida como una de las ONG más influyente de Perú en políticas de género, dedicada a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres y disidencias en el Perú. Su misión se centra en garantizar la vigencia efectiva de sus derechos, combatir la discriminación y la violencia de género, y fomentar su empoderamiento político, social y económico. Disponible en: <https://www.manuela.org.pe/>

² Las tres olas del feminismo, según Valeska Zanello (2018), se desarrollan de la siguiente manera: la primera ola, a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, centrada en la conquista de derechos civiles y políticos, como el derecho al voto; la segunda, durante las décadas de 1960 y 1970, enfocada en la autonomía sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la crítica al rol doméstico impuesto a las mujeres; y la tercera, a partir de finales de la década de 1980, que incorpora la perspectiva interseccional, visibilizando cómo género, raza, clase y sexualidad se entrecruzan en las experiencias de opresión.

Estas violaciones de derechos humanos, dirigidas especialmente hacia las mujeres, pueden observarse en las consecuencias negativas que el conocimiento médico ha causado en ellas. A lo largo de la historia, el cuerpo, la mente, los estados de salud y enfermedad de las mujeres han sido utilizados en varias ocasiones como instrumentos para justificar la desigualdad y la discriminación, a través de prácticas como la medicalización, la patologización y la invisibilización. “Además, ser etiquetadas como ‘locas’ ha tenido repercusiones graves para las mujeres, incluyendo el suicidio, el aislamiento social, el estigma y el sufrimiento físico” (Ruiz y Jiménez, 2003, p. 16).

De tal modo, la salud mental es también un espacio donde se refleja la violencia de género como un problema estructural, la cual puede observarse en dos dimensiones. Por un lado, en el ámbito de los tratamientos y prácticas médicas, ya que las mujeres son diagnosticadas con problemas de salud mental y medicadas con psicofármacos en mayor proporción que los hombres, muchas veces bajo condiciones involuntarias o presionadas. Por otro lado, en un nivel simbólico, donde persisten estigmas sociales asociados a la locura, reforzados por construcciones socioculturales (Romo, *et al*, 2003; Markez, *et al*, 2004, Nunes y De Torrente, 2009).

El Movimiento Manuela Ramos (2013) señala que la violencia de género aumenta significativamente el riesgo de desarrollar trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), como resultado de agresiones sostenidas en el tiempo, reflejando un sistema social que naturaliza la violencia contra las mujeres. Asimismo, destaca que:

Factores como la pobreza y la exclusión impactan de manera diferenciada a hombres y mujeres, siendo las mujeres doblemente afectadas por condición de género. (...) tienen desigual acceso a educación de calidad, a servicios de salud que las protejan durante todo el ciclo de vida, condiciones inequitativas en el mercado de trabajo formal o informal, así como un uso poco compartido del tiempo dedicado a las tareas domésticas y cuidado de terceros. Todo ello afecta la posibilidad de crecer en autonomía y las expone a condiciones de vida caracterizadas por violencia. Hechos que dañan su historia de vida y salud mental y emocional (Movimiento Manuela Ramos, 2013, p. 19).

Frente a esta problemática, resulta imprescindible abordar el concepto de familismo, entendido como un modelo de protección social predominante en América Latina, reforzado por políticas neoliberales que desplazan la responsabilidad del cuidado desde el estado hacia las familias. Este enfoque, según Lisbôa, Aguiar y Bellini (2022), invisibiliza el papel del Estado en la provisión de apoyo social, emocional y económico. En este contexto, las mujeres asumen de forma

desproporcionada las tareas de cuidado, consolidando lo que se ha denominado como feminización del cuidado: una carga física y emocional no remunerada, precarizada y carente de reconocimiento institucional.

Es sabido que el cuidado es esencial para la reproducción de la vida y el funcionamiento social, abarca desde el autocuidado hasta la atención de personas dependientes y las labores comunitarias. Aunque todas las personas requieren y deberían ejercer estas tareas a lo largo de su vida, la responsabilidad ha recaído históricamente sobre las mujeres y las identidades feminizadas. Según datos de la CEPAL y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las mujeres en América Latina y el Caribe dedican, en promedio, tres veces más tiempo que los hombres a tareas de cuidado no remuneradas (Fundación Gabo, 2022).

A pesar de que el cuidado tiene un carácter colectivo y universal, persiste una clara desigualdad en su distribución a nivel global, evidenciando una marcada feminización de estas labores (OIT, 2019). Esta carga desproporcionada limita el acceso de las mujeres a derechos fundamentales como la educación, la salud, el empleo y la participación política, reproduciendo desigualdades estructurales de género (Noriega, 2022; OIT, 2019).

Además, la falta de reconocimiento institucional y la escasa conciencia sobre el impacto del cuidado generan consecuencias negativas para quienes lo ejercen. Las personas cuidadoras, especialmente las mujeres, enfrentan altos niveles de estrés, agotamiento emocional y deterioro de su salud mental, debido a la ausencia de apoyo y medidas preventivas que acompañen estos procesos (ONU Mujeres, 2023).

Esta dinámica se intensifica cuando el género se cruza con otras formas de exclusión. Para mujeres indígenas, afrodescendientes, migrantes, con discapacidad o pertenecientes a la comunidad LGBTQI+, las barreras económicas, el racismo institucional, la feminización del cuidado y la falta de servicios culturalmente adecuados intensifican el impacto en su salud mental (OPS, 2023)

Los trastornos de salud mental afectan de manera desigual a mujeres y hombres en todo el mundo, reflejando cómo las desigualdades estructurales de género impactan de manera más profunda. Tal como se observa en el gráfico 1, esta disparidad se manifiesta de manera constante en distintos contextos geográficos, evidenciando que las mujeres enfrentan una carga desproporcionada en términos de salud mental.

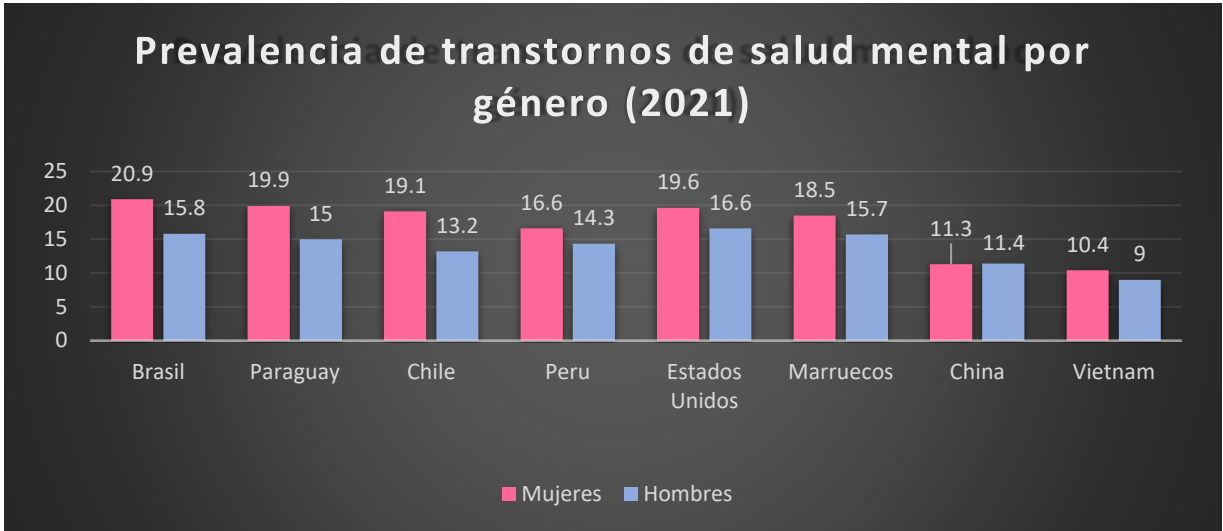


Gráfico 1: Prevalencia de trastornos de salud mental por género a nivel global y América Latina.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Global Burden of Disease (GBD, 1990–2021), 2025.

Como lo demuestra el Global Burden of Disease (GBD, 2024), la prevalencia de los trastornos de salud mental entre mujeres y hombres, muestra un patrón consistente entre 1990 y 2021, donde en la mayoría de los países, las mujeres presentan tasas significativamente más altas que los hombres. Este fenómeno, aunque con variaciones regionales, mantiene una tendencia global que pone en evidencia las desigualdades de género en el ámbito de la salud mental.

Países como como Estados Unidos (19,6% x 16,6%) y Marruecos (18,5% x 15,7%) presentan tasas elevadas en ambos géneros, sin embargo, las mujeres siguen mostrando porcentajes más altos, incluso en naciones donde los porcentajes son más bajos, como es el caso de Asia.

Esta dinámica también se replica de forma marcada en América del Sur, donde países como Brasil (20,9% mujeres x 15,8% hombres), Chile (19,1 % mujeres x 13,2 % hombres), Paraguay (19,9 % x 15,0 %) y Perú (16,6% x 14,3%); refuerzan la evidencia de una mayor carga de sufrimiento psíquico en la población femenina. Aunque las diferencias numéricas varían entre regiones, la desigualdad de género en la salud mental se manifiesta con fuerza en toda la región latinoamericana.

Estos datos refuerzan la evidencia que, tanto a nivel mundial como latinoamericano, las mujeres enfrentan una mayor vulnerabilidad en cuanto a salud mental. Esta sobrecarga no solo obedece a factores biológicos, sino también a determinantes sociales, culturales y económicos que deben ser abordados desde un enfoque integral. Por ello, tras explorar la prevalencia general de los trastornos de

salud mental, es fundamental profundizar en dos de los diagnósticos más comunes y discapacitantes: la depresión y la ansiedad, ambas condiciones afectan de forma desproporcionada a las mujeres, reflejando no solo una tendencia global, sino también las particularidades y desigualdades estructurales propias del contexto latinoamericano.

De acuerdo con la (OMS, 2023), existe una marcada desigualdad de género en la prevalencia de los trastornos depresivos, en la que afecta al 3,8% de la población global, siendo las mujeres las que presentan una incidencia significativamente mayor (6%) en comparación con los hombres (4%). Como muestra el gráfico 2, esta tendencia se mantiene constante tanto en países de altos como de bajos ingresos, situando a la depresión como la principal causa de tasa de enfermedades en la población femenina a nivel mundial.

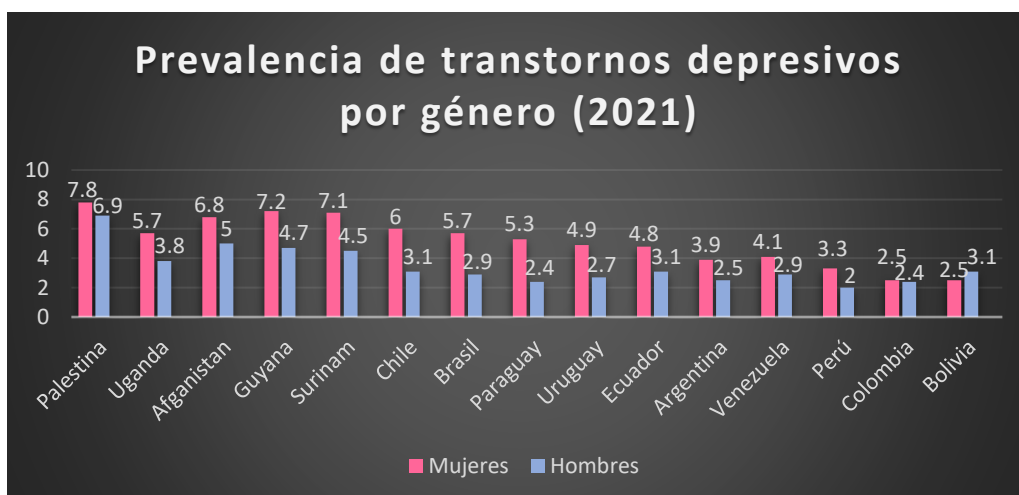


Gráfico 2: Prevalencia de trastornos depresivos por género (2021).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Global Burden of Disease (GBD, 1990–2021), 2025.

Este gráfico, nos muestra la distribución de los trastornos depresivos entre mujeres y hombres a nivel global y a nivel latinoamericano durante el período (1990–2021). Aunque existen países con una alta prevalencia masculina, como Palestina, Uganda y Afganistán, los datos revelan que las mujeres siguen siendo el grupo más afectado en prácticamente todas las regiones del mundo. Estos índices, correspondientes al año 2021 (aunque actualizados en 2024), están vinculados a contextos marcados por la pobreza, la desigualdad y los conflictos armados, lo que acentúa la vulnerabilidad de las mujeres ante los trastornos mentales.

La brecha de género en salud mental es aún más notoria si se considera la probabilidad de experimentar un episodio de depresión a lo largo de la vida. Según

datos de Our World in Data (OWID, 2023), 1 de cada 3 mujeres sufrirá un episodio de depresión mayor, frente a 1 de cada 5 hombres, lo que evidencia que la vulnerabilidad femenina se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital, también se estima que alrededor de 280 millones de personas padecen este trastorno en el mundo, siendo las mujeres el grupo más afectado.

Al observar con mayor detalle la situación en América del Sur, se confirma esta misma tendencia global, en casi todos los países explorados, las mujeres presentan tasas de depresión más altas que los hombres. Guyana encabeza la lista con una prevalencia del 7,2 % en mujeres frente al 4,7 % en hombres, seguida por Surinam (7,1 % x 4,5 %), Chile (6,0 % x 3,1 %) y Brasil (5,7 % x 2,9 %). También se destacan Paraguay, Uruguay y Ecuador. En países como Argentina (3,9 % x 2,5 %), Venezuela (4,1 % x 2,9 %) y Perú (3,3 % x 2,0 %) la diferencia es menor, pero la brecha de género se mantiene. Solo se observan dos excepciones en el caso de Colombia, donde la diferencia entre géneros es casi nula (2,5 % mujeres x 2,4 % hombres) y Bolivia, donde los hombres presentan una prevalencia ligeramente superior (3,1 % x 2,5 %).

Estos datos reflejan un patrón regional, salvo raras excepciones, los trastornos depresivos afectan de manera desproporcionada a las mujeres en América del Sur, con variaciones en la magnitud según el país. Además de la depresión, los trastornos de ansiedad muestran un patrón similar de desigualdad de género a nivel global. Según datos de la OMS y Our World in Data (2023), 264 millones de adultos padecen ansiedad, con una distribución desigual donde 63% son mujeres (179 millones) frente a un 37% de hombres (105 millones), evidenciando un patrón consistente de vulnerabilidad femenina en salud mental.

Estos patrones de vulnerabilidad femenina, lejos de ser fenómenos aislados, se intensificaron en contextos de crisis globales, como lo demostró la pandemia de COVID-19, detectada inicialmente en diciembre de 2019 como un brote de neumonía atípica y declarada como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en 2020, no solo dejó más de 13 millones de muertes a nivel mundial (OMS, 2024; OPAS, 2023), sino que también intensificó las desigualdades de género, con efectos devastadores sobre la salud mental de las mujeres, particularmente de aquellas en situación de vulnerabilidad como mujeres pobres, negras o con discapacidad (SCIMAGO INSTITUTIONS RANKINGS, 2024).

Desde el inicio del confinamiento, las organizaciones documentaron un incremento alarmante de violencia de género, donde el 70% de mujeres reportó mayor

violencia intrafamiliar y el 60% mayor acoso sexual en espacios públicos (ONU Mujeres, 2021). Esta situación fue especialmente crítica en América Latina, donde las denuncias por violencia doméstica aumentaron 30% mientras los servicios de apoyo se redujeron 40% (OMS, 2022). Frente a este escenario, la salud mental femenina se vio gravemente comprometida, revelando según un estudio con participantes de 17 países, que el 33% desarrolló ansiedad y el 28% depresión durante la pandemia, siendo los principales factores de riesgo ser mujer, trabajar en salud, pertenecer a estratos socioeconómicos bajos y sufrir aislamiento prolongado, lo que demuestra cómo la crisis afectó de manera desigual a la población (Rodié, 2020).

Los datos de ONU Mujeres (2021) en 13 países profundizan esta problemática, revelando que el 45% de las 16,000 encuestadas experimentó violencia de género directa o indirectamente, mientras que 2 de cada 5 mujeres reportaron deterioro en su salud mental como consecuencia directa de la pandemia. Este escenario crítico fue resultado de tres factores interconectados: el confinamiento forzado con agresores, la sobrecarga desproporcionada de trabajo doméstico y cuidados no remunerados, y el colapso de las redes de apoyo. La combinación de estos elementos no solo intensificó la violencia de género, sino que generó un aumento del 25% en trastornos mentales a nivel global (OMS, 2022), evidenciando cómo las crisis sanitarias profundizan las desigualdades estructurales y sus graves consecuencias en la salud mental de las mujeres.

Estos hallazgos coinciden con los datos del Global Burden of Disease (2024) que evidencia como las mujeres en América del Sur experimentan tasas significativamente más altas de trastornos de ansiedad en comparación con los hombres. Esta tendencia se refleja claramente en la figura 3, confirmando que la pandemia intensificó patrones preexistentes de desigualdad en salud mental.

Prevalencia de trastornos por ansiedad, hombres vs. mujeres, 2021

Our World in Data

2021

La proporción estimada de personas con trastornos de ansiedad, se diagnostican o no, sobre la

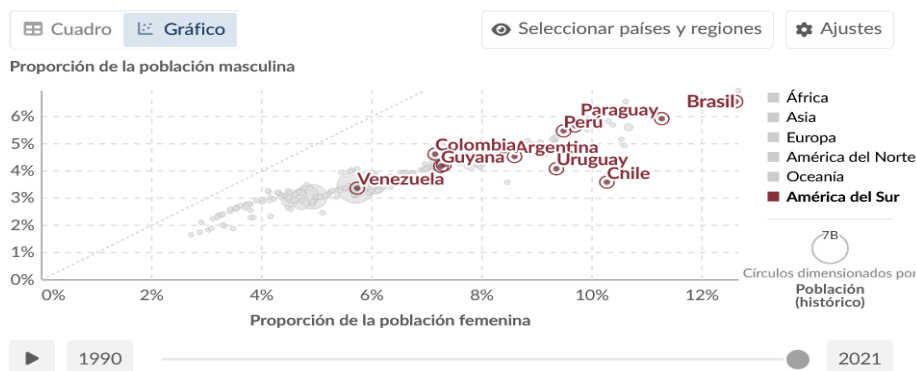


Figura 3: Prevalencia de trastornos de ansiedad por género en América del Sur (2021). Fuente: OUR WORLD IN DATA (2024). Datos del estudio Global Burden of Disease (2024).

Tal como se observa en la imagen, Brasil lidera la lista, siendo que el 12,6% de las mujeres reportan síntomas de ansiedad frente al 6,5% de los hombres, lo que representa casi el doble de prevalencia. Le siguen Paraguay (11,3% x 5,9%) y Chile (10,3% x 3,6%), donde las cifras femeninas incluso triplican las masculinas. Bolivia, aunque con tasas altas en ambos géneros (9,7% x 5,6%), mantiene esta tendencia regional. Países como Perú (9,5% x 2,5%) y Uruguay (9,4% x 4%) también muestran brechas significativas, superando los cinco puntos porcentuales de diferencia. En contraste, Venezuela presenta las cifras más bajas de la región (5,7% x 3,3%), aunque persiste la desigualdad. Colombia (7,2% x 4,6%), Ecuador (8,4% x 4,9%), Guyana (7,3% x 4,1%) y Surinam (7,3% x 4,2%) completan el panorama regional con diferencias consistentes.

Estos datos no solo confirman que la ansiedad afecta desproporcionadamente a las mujeres sudamericanas, sino que además revelan que en algunos casos, la prevalencia femenina supera el doble de la masculina. La evidencia demuestra que factores estructurales y contextuales tales como la violencia de género, la desigualdad socioeconómica, las brechas educativas, la exclusión social, el acceso desigual a servicios de salud mental, entre muchos otros factores, no solo aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente a problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, sino que también limitan su acceso a medidas efectivas de intervención y apoyo. En América Latina, donde las crisis políticas, los altos niveles de violencia y las desigualdades históricas se interconectan, estos factores se agravan aún más, generando un entorno que perpetúa y profundiza el sufrimiento psíquico femenino.

En este contexto, es importante reconocer que el género no solo organiza las desigualdades sociales, sino que también influye directamente la manera en que se experimentan y se abordan los problemas de salud mental. Como señala el Consejo de Salud y Consumo (2024), los factores sociales y culturales desempeñan un papel determinante en la aparición y el mantenimiento de los problemas de salud mental, afectando de manera diferente a mujeres y hombres según los mandatos y roles que les son socialmente asignados. Este panorama evidencia que las normas y relaciones de género, junto con la persistente desigualdad, impactan directamente en la salud mental en todo el mundo (Consejo de Salud y Consumo, 2024), reforzando la necesidad urgente integrar un enfoque de género en las acciones de promoción, prevención y atención a la salud mental.

Según la OPS (2023, p. 18), a lo largo de la vida, “la promoción y la prevención son necesarias para mejorar el bienestar mental y la resiliencia, prevenir la aparición de problemas de salud mental y su impacto, y reducir la necesidad de atención de salud mental”. Asimismo, la organización señala que las acciones de promoción y prevención en salud mental son estrategias costo-efectivas. Estas intervenciones actúan sobre los determinantes individuales, sociales y estructurales que influyen en la salud mental, buscando reducir los riesgos, fortalecer la resiliencia y crear entornos que favorezcan el bienestar psicológico. Además, pueden dirigirse tanto a individuos, como a poblaciones específicas o a la comunidad en general.

Transformar estos determinantes requiere acciones que trascienden el ámbito sanitario, convirtiendo la promoción y la prevención efectivas en un esfuerzo multisectorial. Aunque el sector salud desempeña un papel clave al integrar dichas acciones dentro de sus propios servicios, también tiene la responsabilidad de impulsar, promover y facilitar la colaboración con otros sectores cuando sea necesario. La necesidad de inversión en la promoción, protección y atención de la salud mental no debería limitarse exclusivamente al sector salud. Fomentar la integración social de las personas con trastornos mentales exige intervenciones en diversos sectores, como los servicios sociales, la educación, el trabajo y la justicia. Sin embargo, las inversiones realizadas desde estos sectores suelen ser aún más reducidas que las destinadas por el propio sector salud (OPS, 2023).

En consecuencia, es posible afirmar que la promoción, protección y atención en salud mental no solo impactan en el bienestar individual, sino que también tienen

implicancias sociales y económicas más amplias. En palabras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023, p. 99):

Un enfoque holístico de la promoción, protección, atención y recuperación de la salud mental posibilita una mayor igualdad de oportunidades (con respecto a la educación, los ingresos y la inclusión social), así como de acceso a los servicios, en especial para quienes están expuestos o viven en situaciones de precariedad o vulnerabilidad. En síntesis, los beneficios de una mejor salud mental se extienden más allá del bienestar psicológico en sí, desde la equidad y la inclusión hasta el crecimiento económico y la prosperidad.

Si bien estos valores y principios globales orientan las políticas en esta materia, cada región, país y entorno posee características particulares que requieren enfoques culturalmente sensibles y adecuados al contexto para lograr una promoción, protección y atención de la salud mental efectivas.

Esta visión integral de la salud mental está alineada con el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 de la OMS, plan que orienta a todos los países a avanzar de manera activa para hacer realidad esta perspectiva, proponiendo como objetivos estratégicos, el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza en salud mental, la implementación de una atención comunitaria integral y receptiva, el desarrollo de acciones de promoción y prevención, y el fortalecimiento de los sistemas de información, investigación y evidencia en el área (OMS, 2021).

Todo lo expuesto, confirma que la violencia de género y sus secuelas en la salud mental no son hechos aislados, sino manifestaciones profundas de un sistema de opresión estructural que se reproduce históricamente a través de brechas económicas, sociales y culturales. Los datos disponibles son claros, desde la alta prevalencia de trastornos como la depresión y la ansiedad en mujeres, sumada a factores como la pobreza, la condición étnico-racial y la exclusión social, muestra que el sufrimiento psíquico femenino no puede ser entendido solo desde lo individual, sino como una de las múltiples expresiones de la cuestión social, manifestadas en desigualdades estructurales que persisten. Teniendo en cuenta este contexto, en este trabajo nos proponemos explorar cómo el Perú enfrenta esta problemática a través de su Red de Atención a la Mujer Víctima de Violencia, con énfasis en las acciones de promoción, prevención y atención en salud mental.

3. RED DE ATENCIÓN A LA MUJER EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN EL PERÚ, CON ÉNFASIS EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PREVISTAS EN LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

La violencia de género y sus impactos en la salud mental, explorados en el capítulo anterior, adquieren características particulares en el contexto peruano, que deben entenderse a partir de sus condicionantes históricos, económicos y culturales. Como se evidenció previamente, existe una relación directa entre las estructuras patriarcales, las desigualdades sistémicas y las manifestaciones de violencia contra las mujeres, este patrón se reproduce en el Perú con especificidades propias de su configuración sociodemográfica.

Perú, un país con una población estimada de 34 millones de habitantes, de las cuales el 50,4 % son mujeres, presenta una gran diversidad étnica y lingüística. Según datos del INEI (2024), existen 55 pueblos indígenas oficialmente reconocidos, el 26 % de la población se autoidentifica como parte de pueblos originarios, y el 3,6 % como afroperuana (INEI, 2017). Esta diversidad, sin embargo, convive con profundas desigualdades socioeconómicas y de género, que alimentan la violencia estructural y afectan la salud física y mental de las mujeres, especialmente aquellas pertenecientes a grupos históricamente marginados.

Corroborando el análisis de Gutiérrez (2021) y CEPAL (2018), la violencia no se distribuye de forma homogénea, sino que se intensifica en las intersecciones entre género, clase, etnicidad y territorio. Esta lógica de opresión múltiple, explorada por autoras como Segato (2016) y Federici (2010), no solo afecta el acceso a derechos, sino también configura el malestar psíquico que padecen las mujeres en contextos de exclusión. En este sentido, el reconocimiento formal de la diversidad étnico-cultural no se ha traducido en un acceso igualitario a derechos, lo que evidencia una brecha entre el discurso oficial y la implementación de políticas públicas que contemplen las necesidades reales de estas poblaciones.

Estas desigualdades trascienden lo económico, son la expresión concreta de un orden social que asigna de forma desigual el acceso a derechos, oportunidades y responsabilidades de cuidado. Zanello (2018) advierte cómo esta vulnerabilidad estructural genera un daño psicológico profundo al negar a las mujeres las condiciones básicas para una vida digna y segura, lo paradójico es que este malestar,

producto de sistemas que naturalizan la violencia, configura un malestar psíquico que, lejos de ser tratado como problema colectivo, es abordado desde la salud mental como una cuestión individual, ignorando su raíz estructural. Son los cuerpos de mujeres, especialmente aquellos racializados y empobrecidos, quienes cargan con el peso de este fracaso institucional, sosteniendo trabajos de cuidado no remunerados, mientras enfrentan el desamparo de un Estado que debería protegerlas.

En este marco de vulnerabilidad estructural, es importante comprender que la violencia y el sufrimiento psíquico no operan de forma aislada ni homogénea, sino que están atravesados por relaciones complejas de poder, donde se articulan género, clase, etnicidad y sexualidad. Como señala Cisne y Santos (2018):

Sabemos, por ejemplo, que la sociedad en que vivimos es racista. Esto significa que hay personas que sufren violaciones de derechos, discriminación y prejuicios por no ser blancas y/o por tener origen étnico-racial históricamente subalternizado, como latino-americanos y africanos en comparación con los europeos. Estos grupos racialmente discriminados están sometidos a diferentes violaciones de derechos, determinadas por un sistema de explotación/opresión. Sin embargo, según la clase social a la que pertenezcan, la opresión será distinta, aunque el racismo no desaparezca. En otras palabras, un negro pobre, por ejemplo, está mucho más expuesto a sufrir violencia policial, o a ser maltratado en ambientes públicos de lo que un negro rico. Si, en lugar de un negro, tuviéramos una mujer negra, otra determinación entra en escena: las relaciones sociales de sexo (...). No se trata, sin embargo, de una suma matemática de opresiones, ni de etiquetarlas como simples marcadores sociales, sino de comprender y descifrar las relaciones sociales de manera dialéctica, en un sistema que es complejo en sus determinaciones, uno y diverso (Cisne; Santos, 2018, pp. 25-26, traducción propia).

Esta reflexión resulta particularmente útil para comprender el sufrimiento psíquico de mujeres indígenas, rurales, afrodescendientes o pobres en el Perú, donde las desigualdades se entrelazan y refuerzan mutuamente. En este sentido, el sufrimiento psíquico no puede ser leído exclusivamente desde categorías individuales o clínicas, sino que exige una mirada estructural e interseccional que reconozca la complejidad de las opresiones que enfrentan las mujeres, especialmente aquellas racializadas, empobrecidas o con sexualidades diversas.

A este panorama se le suma la dimensión territorial, que de acuerdo con INEI (2023), el 17,4 % de la población vivía en zonas rurales, de las cuales el 48,3 % eran mujeres, mientras que el 82,6 % residía en áreas urbanas, con una proporción femenina del 50,8 %. Esta división territorial tiene implicaciones directas en el acceso a servicios de salud, justicia y protección, sobre todo para las mujeres rurales e indígenas. Estas mujeres como ya fue discutido, enfrentan una doble exclusión, la

primera por género y la segunda por ubicación geográfica, lo que limita su acceso a una vida libre de violencia y acceso a servicios esenciales de salud mental.

El problema no se limita a la lejanía geográfica, ya que cuando las mujeres indígenas o rurales llegan a los servicios de salud, se enfrentan a un sistema que no habla su idioma, desvaloriza sus saberes ancestrales y las discrimina por su origen. Esta exclusión cultural, sumada al racismo institucional, las deja aún más solas frente a un Estado que debería protegerlas. Como muestra la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) cuando los servicios de salud ignoran estas realidades, en lugar de curar, terminan repitiendo la violencia, pero ahora desde el poder médico.

Desde el plano económico, aunque el Perú es catalogado como una economía de ingreso mediano alto, con un PIB per cápita de USD 7.000 en 2023 (Banco Mundial, 2023) y un crecimiento proyectado de 2,9 % para 2025, este crecimiento se apoya en industrias extractivas, como la minería que representa el 60% de las exportaciones. Sin embargo, este crecimiento no se traduce en una distribución equitativa de la riqueza. Como se evidenció en el capítulo previo, cuando un sistema económico no redistribuye la riqueza de forma justa, lo que hace es empeorar la pobreza de las mujeres y esto se traduce en el caso de muchas madres solteras que no llegan a fin de mes, en trabajadoras informales sin derechos laborales, en familias donde las mujeres cargan con todo el peso de la crisis, pero el Estado sigue sin ofrecer soluciones reales, y así el círculo de pobreza y desigualdad no hace más que repetirse, generación tras generación.

A nivel global, 1 de cada 10 mujeres vive en pobreza extrema (ONU Mujeres, 2023), en el caso peruano, si bien la proporción es menor 1 de cada 20 mujeres y niñas (INEI, 2019), sin embargo, un análisis interseccional revela que esta desigualdad se concentra de manera alarmante en grupos históricamente marginados, como el caso de mujeres indígenas, afroperuanas, rurales y en situación de pobreza. Estas cifras muestran que la pobreza es un factor que no solo acompaña a la violencia, sino que la potencia, la naturaliza y la vuelve más difícil de denunciar o escapar.

Esta realidad evidencia cómo las cifras agregadas ocultan desigualdades internas, mientras las cifras nacionales pueden parecer moderadas, el sufrimiento económico, psíquico y emocional se concentra en las mujeres más invisibilizadas por el sistema. Así lo demuestran los datos del INEI (2022), donde el 40,9 % de las mujeres rurales, cuya lengua materna es indígena viven en situación de pobreza, en

contraste con el 27,2 % de mujeres indígenas urbanas. Entre las mujeres cuya lengua materna es el castellano, la pobreza afecta al 40,6 % en zonas rurales y al 23,5 % en zonas urbanas. Estas diferencias no son casuales, sino producto de estructuras de exclusión que se perpetúan desde lo económico hasta lo subjetivo.

Este ciclo tiene consecuencias directas sobre la salud mental, pues sitúa a las mujeres en una constante experiencia de precariedad, inseguridad y sobrecarga emocional, sin condiciones mínimas para el cuidado de sí mismas ni de sus entornos. A ello se suma la precariedad laboral, ya que el 73,6 % de las mujeres peruanas trabaja en el sector informal, con acceso limitado a derechos laborales y protección social, y sólo el 26,4 % tiene empleo formal (INEI, 2024). Como se argumentó anteriormente, la informalidad y la falta de autonomía económica son obstáculos clave que impiden a las mujeres salir de contextos violentos. Esta realidad se entrelaza con la falta de sistemas adecuados de cuidado infantil, embarazos adolescentes, sobrecarga doméstica y la violencia de género, consolidando un ciclo de vulnerabilidad y deterioro de la salud mental.

Este ciclo de precariedad laboral (73,6% de informalidad), sobrecarga doméstica y violencia no es casual, es la expresión concreta de lo que exploramos como feminización de la pobreza, pero va mucho más allá de cifras, es la realidad de muchas mujeres que no solo cargan con la crisis económica en sus bolsillos, sino que son las que aguantan el peso invisible de un sistema que las deja solas mientras el Estado mira para otro lado, ellas se hacen cargo de todo, de los hijos, de los enfermos, de la familia y encima tienen que soportar emocionalmente el desgaste de tanta desigualdad. Es una doble condena, la pobreza material y sobrecarga afectiva que nadie reconoce.

Como señala Manso (Hernández, 2024), las mujeres enfrentan no solo mayores tasas de informalidad y desempleo, sino también menor representación en los sectores mejor remunerados como minería e industria, reflejado en una brecha salarial del 25 % que, en términos concretos, por cada 100 soles que gana un hombre, una mujer gana, en promedio, 75 soles. Esta disparidad limita su autonomía económica y reduce su capacidad muchas veces de salir de contextos violentos, lo que refuerza su exposición al sufrimiento psíquico, a la dependencia emocional y económica. Estas condiciones se agravan en los hogares monoparentales, donde según el Informe de Pobreza Monetaria (2023), los hogares encabezados por mujeres en situación de pobreza aumentaron del 42 % en 2019 al 57 % en 2023. Estos núcleos

familiares, donde las mujeres asumen solas la crianza y el sustento de sus hijas/os, son ejemplo claro de cómo las desigualdades de género producen pobreza intergeneracional y deterioro del bienestar mental.

A partir de lo evidenciado en los datos anteriores, es posible afirmar que la pobreza tiene género en el Perú, pero esto va más allá de la falta de dinero, es un sistema que castiga doblemente a las mujeres. El hecho de ser mujer, indígena, rural y pobre significa enfrentar no solo salarios miserables, sino el desprecio por tu lengua materna en los centros de salud, la indiferencia estatal frente a la violencia machista, y la burla de una sociedad que espera que aguantes todo en silencio.

Los datos nacionales reflejan que ser mujer pobre en el Perú duele distinto según el color de tu piel, o si es que en tu DNI dice quechua o si vives en una calle sin nombre. Mientras una profesional limeña agenda terapia privada para su *burnout*, una mujer quechua en Ayacucho soporta depresión y dolores crónicos sin siquiera saber que eso tiene nombre y lo llama “castigo de la tierra” o “mal de ojo”, es lamentable que el dolor psíquico de las mujeres rurales e indígenas sigue siendo tratado como cosa de curanderos, mientras el Estado sigue sin traducir sus protocolos de salud mental a lenguas originarias, o es realizado mínimamente, y claro esto no es descuido, es colonialismo médico en pleno siglo XXI.

Queda claro entonces que, en el Perú la pobreza y la desigualdad económica no son solo números en un informe, son el día a día de mujeres que cargan con trabajos mal pagados, discriminación y una salud mental que nadie atiende, donde el patriarcado y el racismo se mezclan, haciendo que la violencia y el sufrimiento psíquico se vuelvan pan de cada día, especialmente para poblaciones olvidadas.

En este marco, la salud mental de estas mujeres no puede entenderse sin considerar esta sobrecarga estructural de cuidados que, al no ser visibilizada ni acompañada por el Estado, se convierte en una forma de violencia silenciosa y persistente. Por ello, para comprender integralmente cómo el Estado responde a esta problemática, es fundamental ampliar el enfoque hacia el marco legal específico contra la violencia de género y los servicios intersectoriales que brindan atención integral a las mujeres en situación de violencia.

La violencia de género es una problemática estructural que el Estado peruano ha abordado mediante leyes y políticas progresivas, acompañadas de una red articulada de servicios que buscan prevenir, proteger y atender a las víctimas de manera integral, esta visión conjunta permite comprender mejor los desafíos y

avances en la atención a la salud mental y la protección de los derechos de las mujeres afectadas por la violencia.

Para comprender el contexto actual, es importante remontarse a los orígenes del marco legal peruano en materia de violencia de género. Como menciona la Articulación Regional Feminista (ARF, 2022), el Perú inició su marco legal contra la violencia hacia las mujeres con la Ley 26.260 (Perú, 1993b), centrada en la violencia familiar, que, si bien representó un primer paso importante, esta norma solo intervenía en casos dentro de relaciones de pareja, sin considerar otras formas de violencia de género.

Un avance clave ocurrió en 2006, con la ratificación de la *Convención de Belém do Pará* y la creación de instituciones para proteger los derechos femeninos, este marco se fortaleció con los Planes Nacionales contra la Violencia hacia las Mujeres implementados entre (2002-2007 y 2009-2015). El primero constituyó el documento inicial de política pública que reconocía la responsabilidad de los diferentes sectores del Poder Ejecutivo en la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer. El segundo amplió el enfoque, involucrando explícitamente a sectores como Salud, Educación y Justicia.

De esta manera, estas normas marcaron un cambio importante, porque ya no se trataba sólo de violencia doméstica, sino de violencia de género como problema estructural que requiere una respuesta multisectorial. En 2015, se aprobó la Ley 30.364, “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar” (Perú, 2015). Con esto, el Perú respondió las recomendaciones del Comité CEDAW que en 2014 había recomendado al estado peruano implementar este tipo de legislación (ARF, 2022).

En los años 2016, 2017, 2018 y 2019, por casos muy controversiales de violencia de género ocurridos en el Perú y la indiferencia del sistema de justicia, se aprobó el Plan Nacional contra la Violencia de Género (2016-2021). Es importante destacar que, en varios casos, el reconocimiento legal de ciertas formas de violencia fue resultado de la presión social ejercida por movimientos feministas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y colectivos, a través de campañas y denuncias públicas.

En abril de 2019, el Perú implementó el Plan Nacional de Igualdad de Género (PNIG), un marco estratégico que establece las directrices para erradicar la discriminación estructural contra las mujeres hasta 2030. A diferencia de las políticas focalizadas en violencia de género, este plan aborda de manera integral las

diversas formas de desigualdad que afectan a las mujeres peruanas, y se articula con el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, que incluye servicios especializados. Estos instrumentos normativos sentaron las bases para la red articulada de servicios que opera actualmente en el país (Perú, 2019).

Actualmente, el estado peruano cuenta con una red articulada de servicios que buscan atender, proteger los derechos de las mujeres en situación de violencia de género, entre estos se encuentran según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2025) los Centros de Emergencia Mujer (CEM), que constituyen el eje principal, ofreciendo asesoría legal, psicológica y social a nivel nacional, tanto a mujeres como a sus familias y personas afectadas por la violencia. Complementan esta red la Línea 100 y el Chat 100, servicios gratuitos disponibles las 24 horas que brindan orientación, consejería y soporte emocional en quechua, aimara y castellano, dirigidos no solo a víctimas directas, sino también a quienes conocen casos de violencia. Para emergencias de mayor riesgo, tenemos el Servicio de Atención Urgente (SAU), que interviene de manera inmediata en situaciones clasificadas como moderadas o severas (MIMP, 2025).

En las zonas rurales e indígenas, donde la violencia se agrava por factores como la pobreza, las barreras lingüísticas y la escasez de servicios básicos, opera el Servicio de Atención Rural (SAR) y la Estrategia de Prevención y Atención en zonas rurales, diseñados específicamente para llegar a comunidades dispersas y con acceso limitado a recursos. Adicionalmente, existen mecanismos de protección integral que complementan esta red de servicios como los Hogares de Refugio Temporal (HRT), siendo espacios seguros que brindan alojamiento temporal a mujeres víctimas de violencia y a sus hijas/os, mientras se gestionan medidas de protección legal. A esto se suma el componente económico, a través de la Asistencia Económica (AE), un subsidio monetario dirigido específicamente a hijas/os de víctimas de feminicidio, con el objetivo de mitigar el impacto económico de la violencia (MIMP, 2025).

Por otro lado, tenemos también los Centros de Atención Institucional (CAI), programas de reeducación para agresores sentenciados por violencia contra la pareja, enfocados en modificar patrones de conducta violentos mediante intervenciones psicosociales y talleres de masculinidades no violentas (MIMP, 2025).

A continuación, se presenta un cuadro resumen con los principales servicios intersectoriales que conforman la red de atención a mujeres víctimas de violencia en el Perú, con sus características fundamentales.

AÑO	NORMA/PLAN/SERVICIO	DESCRIPCIÓN	POBLACIÓN ATENDIDA
1993	Ley 26.260	Primera ley contra violencia familiar, centrada en violencia en relaciones de pareja.	Mujeres en contexto de violencia doméstica
2002-2007	Plan Nacional contra la Violencia hacia las Mujeres (1er Plan)	Política pública multisectorial inicial para prevención, sanción y erradicación de violencia	Mujeres víctimas de violencia
2006	Ratificación Convención de Belém do Pará	Compromiso internacional para proteger derechos humanos de mujeres y erradicar violencia de género.	Mujeres víctimas de violencia
2009-2015	Plan Nacional contra la Violencia hacia las Mujeres (2do Plan)	Ampliación del enfoque multisectorial incluyendo Salud, Educación, Justicia, entre otros.	Mujeres víctimas de violencia e integrantes del grupo familiar.
2015	Ley 30364	Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra mujeres e integrantes del grupo familiar.	Mujeres víctimas de violencia e integrantes del grupo familiar.
2016-2021	Plan Nacional contra la Violencia de Género	Plan que responde a casos y demandas sociales, fortalece mecanismos de atención y prevención	Mujeres víctimas de violencia e integrantes del grupo familiar.
2019	Plan Nacional de Igualdad de Género (PNIG)	Estrategia para erradicar desigualdad estructural contra mujeres hasta 2030.	Mujeres víctimas de violencia e integrantes del grupo familiar.
Actualidad	Centros de Emergencia Mujer (CEM)	Servicios integrales de asesoría legal, psicológica y social	Mujeres víctimas y familias afectadas por violencia

		a nivel nacional	
Actualidad	Línea 100 y Chat 100	Servicios gratuitos 24/7 de orientación, consejería y soporte emocional en quechua, aimara y castellano	Víctimas y familiares de personas que reportan violencia
Actualidad	Servicio de Atención Urgente (SAU)	Atención inmediata para casos de violencia familiar o sexual en casos de alto riesgo.	Víctimas en situación de riesgo
Actualidad	Servicio de Atención Rural (SAR)	Atención especializada para comunidades rurales e indígenas con acceso limitado a recursos.	Mujeres en zonas rurales e indígenas
Actualidad	Hogares de Refugio Temporal (HRT)	Espacios seguros para alojamiento temporal y protección legal	Mujeres víctimas de violencia y sus hijas/os
Actualidad	Asistencia Económica (AE)	Subsidio monetario para hijas/os de víctimas de feminicidio.	Hijas/os de víctimas de feminicidio
Actualidad	Alerta Contra el Acoso Virtual	Servicio 24/7 para casos de violencia digital (acoso, difusión no consentida de imágenes).	Víctimas de violencia digital y denunciantes
Actualidad	Centros de Atención Institucional (CAI)	Programas de reeducación para agresores con talleres de masculinidades no violentas	Agresores sentenciados por violencia contra la pareja

Cuadro 1: Marco legal y servicios intersectoriales contra la violencia de género en Perú.
Fuente: Elaboración propia, 2025.

El recorrido histórico y normativo mostrado en el cuadro evidencia un avance significativo en la construcción de un marco legal más amplio y una red de servicios intersectoriales que buscan atender de manera integral a las mujeres víctimas de violencia en el Perú. Desde las primeras leyes centradas en la violencia familiar hasta los planes nacionales más recientes, el Estado ha ido ampliando su enfoque hacia una atención multisectorial que integra aspectos legales, sociales, psicológicos y económicos. Sin embargo, estos avances son muy frágiles, ya que mientras Lima

cuenta con 65 CEM, regiones como Huancavelica tiene 1 solo CEM y sin personal estable (MIMP, 2022).

Peor aún, solo el 5% de los CEM en zonas indígenas emplea protocolos que respetan la medicina ancestral (MINSA, 2023), pero eso no es todo ya que me pregunto, ¿De qué sirve una línea 100 en quechua si luego las víctimas son revictimizadas por fiscales que les piden "pruebas" de violación?, entonces repito, estas no son fallas del sistema son mecanismos de exclusión diseñados para que las mujeres indígenas o rurales desistan. Como denunció la lideresa Tania Pariona (2022), el Estado peruano jerarquiza el derecho a una vida libre de violencia, primero por ser mujeres, luego por ser pobres, y al final por hablar una lengua distinta.

Según registros del Centro de Emergencia Mujer (MIMP, 2025), cada día 387 mujeres peruanas son víctimas de violencia de género, esta cifra equivale a 16 mujeres agredidas cada hora y 1 mujer violentada cada 4 minutos. Pese a los 168,492 casos atendidos por los CEM en 2024 y las 24,761 atenciones registradas en el primer trimestre de 2025, los feminicidios persisten como expresión extrema de la violencia de género.

A mi parecer, esta situación no solo revela una cultura machista, como muchas veces se argumenta de forma algo superficial, sino una falla estructural del Estado, que ha sido incapaz de garantizar una vida libre de violencia a más de la mitad de su población. Los datos hablan por sí solos: entre 2009 y 2025 se registraron 2.096 feminicidios (MIMP, 2025), lo que equivale a una mujer asesinada cada 68 horas. Esta cifra solo puede entenderse considerando lo trabajado por Federici (2010), quien ya advertía que el control sobre los cuerpos femeninos sigue siendo una herramienta del orden patriarcal. Estos feminicidios representan la actualización contemporánea de la caza de brujas: expropián la autonomía corporal femenina, naturalizan la violencia como forma de control social y sostienen el statu quo a través del miedo.

Por otro lado, la articulación efectiva entre los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) sigue siendo limitada, diversos estudios y experiencias en campo evidencian que, en muchos casos, las derivaciones desde los CEM hacia los servicios especializados de salud mental no se realizan de forma sistemática o resultan ineficientes, lo que genera largos periodos de espera para las mujeres que requieren atención psicológica o psiquiátrica. Esta situación no solo refleja fallas operativas, sino que también revela un diseño institucional fragmentado.

En este sentido, resulta imprescindible fortalecer los mecanismos de articulación entre los diferentes sectores involucrados, así como garantizar la incorporación de enfoques sensibles al género, la interculturalidad y la territorialidad en todas las instancias de la red. Solo así se podrá avanzar hacia una atención integral que no solo responda a las consecuencias de la violencia, sino que también contribuya a la prevención y promoción de la salud mental de las mujeres.

Sin embargo, para dimensionar los desafíos reales de esta articulación, es necesario comprender cómo está organizado el sistema de salud en el Perú y qué barreras presenta para garantizar el acceso efectivo a la salud mental de las mujeres, especialmente aquellas en situación de violencia.

La Constitución Política de 1993 reconoce el derecho a la salud (Perú, 1993a, art. 7), estableciendo la obligación del Estado de garantizar el acceso, cobertura y calidad en los servicios de salud. Para asegurar este derecho, el Perú cuenta con el Sistema Nacional de Salud, que se caracteriza por ser descentralizado y altamente segmentado, conformado por diversos subsistemas bajo la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA), encargado de formular, coordinar y evaluar las políticas sanitarias. Entre sus componentes destacan el Seguro Integral de Salud (SIS), creado en 2001 para brindar protección a la población pobre o sin otro tipo de seguro; EsSalud, dirigido a trabajadores formales; los subsistemas de las Fuerzas Armadas y Policía; y el sector privado, tanto con fines como sin fines de lucro (MINSA, 2025, OCDE, 2025)

Este sistema de salud peruano se organiza en tres niveles de atención: el primer nivel comprende la atención primaria, ofrecida en puestos y centros de salud donde se realizan acciones de promoción, prevención y atención básica; el segundo nivel incluye hospitales generales y clínicas de mediana complejidad; y el tercer nivel agrupa hospitales e institutos especializados para atención terciaria (Perú, 2025).

A pesar de este marco normativo vigente, la ausencia de una garantía explícita de universalidad gratuita ha perpetuado un modelo fragmentado, en el que los subsistemas funcionan de forma paralela y poco integrada. Esta fragmentación deja fuera a parte significativa de la población, obliga a muchas personas a recurrir a servicios privados o enfrentar la desprotección, y dificulta que la cobertura nominal se traduzca en acceso real a una atención integral, especialmente en salud mental. Aunque en 2009 se promulgó la Ley de Aseguramiento Universal en Salud con el objetivo de superar esta fragmentación, en la práctica el sistema siguió segmentado, sin lograr una verdadera cobertura universal (MINSA, 2009).

En este sentido, la Política Nacional de Salud Mental y la Ley de Salud Mental de 2019 establecen que la atención en salud mental debe estar integrada en los tres niveles del sistema de salud, articulándose especialmente con el SIS. Así, en el primer nivel de atención se incluyen los Centros de Salud Mental Comunitarios, que brindan servicios de promoción, prevención y atención primaria en salud mental. El segundo y tercer nivel ofrecen servicios de mayor complejidad para atender casos que requieren intervenciones especializadas.

Sin embargo, a pesar de este marco normativo y organizacional, la implementación efectiva de la atención en salud mental dentro del SIS y del sistema nacional de salud enfrenta dificultades. La fragmentación y segmentación del sistema, junto con la insuficiente descentralización de servicios, limitan la cobertura real, especialmente en regiones rurales y poblaciones vulnerables, como mujeres indígenas y pobres. Por ello, aunque la salud mental está formalmente integrada en los tres niveles de atención, su articulación en la práctica sigue siendo insuficiente, generando brechas en el acceso y la calidad del servicio (MINSa, 2009; Perú, 2025).

Desde el punto de vista organizativo, el sistema se estructura a través de las Redes Integradas de Salud (RIS), establecidas por la Ley N° 29.344 (Perú, 2009), que contemplan tres niveles de atención. No obstante, su implementación es desigual ya que la infraestructura sanitaria se concentra en Lima y otras capitales departamentales, mientras que en regiones rurales o amazónicas el acceso a servicios básicos sigue siendo limitado. De igual forma, la Reforma de Salud Mental de 2019 que pese a constituir un avance normativo, careció de los recursos suficientes para descentralizar los servicios, manteniendo una marcada brecha urbano-rural, que hasta la actualidad no ha logrado establecer una red articulada y sostenible de atención comunitaria en todo el territorio nacional (Perú, 2009).

A pesar que la salud mental fue incorporada teóricamente a las RIS, en la práctica continúa operando como un programa vertical del Ministerio de Salud (MINSa), lo que obstaculiza su articulación efectiva con el primer nivel de atención. Esta contradicción entre discurso integrador y realidad fragmentada afecta especialmente a mujeres rurales, indígenas y pobres, quienes deben superar barreras geográficas, culturales y lingüísticas para acceder a servicios.

De este modo, el sistema sanitario peruano presenta una paradoja fundamental, si bien el 90 % de las mujeres peruanas se encuentra afiliada a algún tipo de seguro de salud (INEI, 2023), esta afiliación no garantiza el acceso real ni

atención adecuada, ya que el 45% de los centros de salud se concentran en Lima (MINSA, 2024), y el 43% de mujeres indígenas denuncian maltrato en servicios de salud (Defensoría del Pueblo, 2023). Estas cifras no revelan simples deficiencias operativas, sino la naturalización sistémica de un modelo que, bajo la apariencia de cobertura universal, perpetúa mecanismos de exclusión.

Esta dinámica se alinea con lo que desarrollan Cisne y Santos (2018) al conceptualizar como el patriarcado, aliado con el sistema capitalista, son cómplices perfectos, ya que convierte a las instituciones en reproductoras de subordinación femenina, mediante la naturalización de la división sexual del trabajo, la mercantilización de los servicios de protección social y la radicalización de las políticas asistenciales. En este sentido Gutiérrez (2021), destaca que la pobreza y la violencia son dos caras de la misma moneda, ya que muchas veces cuando una mujer vive maltrato, la falta de dinero la ata a su agresor, y cuando es pobre, la violencia se vuelve casi inevitable y esta falta de recursos limita sus posibilidades para salir de relaciones abusivas.

Como ya señalaban Zanello (2018) y el Movimiento Manuela Ramos (2013), la vulnerabilidad psíquica no se distribuye aleatoriamente, sino que recae con crudeza en quienes enfrentan simultáneamente la pobreza, etnicidad y maternidad solitaria. Estas condiciones no son sólo contextos, sino factores activos de sufrimiento que interactúan con estructuras de opresión.

En este marco, la salud mental de las mujeres opera como termómetro de exclusiones cruzadas, su deterioro no es patología individual, sino síntoma de un sistema que medicaliza desigualdades, invisibiliza cuerpos racializados y descarga en las mujeres la responsabilidad por su propio bienestar. Lejos de ser neutral, esta omisión estatal activa perpetúa ciclos donde precariedad económica, sobrecarga de cuidados y exclusión sanitaria se entrelazan, reforzando las mismas jerarquías de clase, género y etnia que alimentan la violencia estructural.

Frente a este panorama de exclusión estructural, se vuelve relevante comprender la salud mental desde una perspectiva crítica en el Perú que implica no solo reconocer el desgaste psíquico que enfrentan las mujeres más vulnerables, sino también examinar cómo las políticas públicas y los marcos normativos nacionales han respondido o no a estas desigualdades estructurales. Es fundamental cuestionar si los modelos de atención diseñados e implementados en el país han logrado incorporar

estas realidades, evitando reproducir las mismas exclusiones que profundizan el sufrimiento.

En este sentido, los procesos de reforma en salud mental, influenciados por la Declaración de Caracas (OPS, 1990), han marcado un referente importante para replantear la salud mental como un derecho humano vinculado a la justicia social, no obstante, a pesar de estos avances en el discurso y la normativa, el sistema de salud peruano continúa limitando el acceso efectivo y el ejercicio pleno de este derecho para las mujeres en situación de violencia, especialmente aquellas en situación de pobreza, en zonas rurales o pertenecientes a pueblos indígenas.

Por ello, es necesario explorar cómo se ha estructurado la política pública de salud mental en el Perú a partir de los compromisos internacionales, y cuáles son los servicios que conforman la red de atención vigente, para comprender las brechas y desafíos que persisten en la protección y promoción de la salud mental femenina.

Para comprender el alcance, y también las limitaciones de la política de salud mental en el Perú, es necesario retroceder a los marcos regionales que dieron origen a sus principales reformas. En ese recorrido, uno de los hitos más relevantes es la Declaración de Caracas (OPS, 1990), que sentó las bases para una transformación estructural en la forma de concebir y abordar la salud mental en América Latina, esta declaración, firmada por los países de la región en el contexto de una profunda crisis institucional en los sistemas psiquiátricos, propuso una serie de lineamientos que promovían la desinstitucionalización, la atención comunitaria, el enfoque de derechos humanos y la integración de la salud mental en la atención primaria (OPS, 1990; OMS, 1990).

En el caso del Perú, esta declaración funcionó como un punto de partida para repensar el modelo de atención existente y orientar gradualmente una reforma estructural del sistema, si bien los avances han sido graduales y desiguales, la influencia de Caracas marcó el inicio de un proceso de reforma que se ha ido fortaleciendo en los últimos años. El país adoptó una serie de medidas orientadas a reorganizar el sistema de salud mental, pasando de un modelo centralizado y hospitalocéntrico a una red descentralizada con énfasis en la comunidad.

Entre los hitos más importantes se encuentran la aprobación de la Ley N° 30.947 (Ley de Salud Mental) en 2019, que reconoce explícitamente la salud mental como parte del derecho a la salud, y la creación de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) como dispositivos territoriales claves para garantizar la atención

primaria en este campo (Perú, 2019). Estos avances fueron acompañados de lineamientos técnicos, presupuestos públicos asignados y una creciente incorporación del enfoque de derechos.

No obstante, como se explorara más adelante, esta política aún enfrenta importantes desafíos, la escasa cobertura en zonas rurales, la falta de enfoque intercultural y la débil articulación con políticas de género limitan su efectividad, especialmente para mujeres en situación de violencia. A continuación, se presenta una síntesis de las principales normas y decretos que han estructurado el sistema de salud mental en el Perú desde la Declaración de Caracas, organizadas cronológicamente:

AÑO	NORMA O DOCUMENTO	CONTENIDO PRINCIPAL
1990	Declaración de Caracas	Impulsa la reforma de salud mental en América Latina y promueve la desinstitucionalización, atención comunitaria y enfoque de derechos.
1997	Ley N° 26.842 (Ley General de Salud)	Incluye la salud mental como parte integral del derecho a la salud (art.11)
2004	RM N° 546-2004-SA/DM) (NO VIGENTE)	Plan Nacional de Salud Mental 2004–2018 Primer intento de planificación integral. Enfatiza la descentralización y la inclusión en atención primaria
2012	Ley N° 29.889	Modifica la Ley General de Salud para incluir la salud mental como derecho fundamental y promover su integración al sistema nacional.
2019	Ley N° 30.947 – Ley de Salud Mental	Define la salud mental como derecho y crea el marco normativo de la red de atención, cierra manicomios, crea los CSMC y garantiza atención comunitaria con DDHH
2021	R.M. N.º 670-2021	Guía técnica para la atención en salud mental a mujeres víctimas de violencia, pero de aplicación aún limitada.

2021	RM N° 948-2021-MINSA (Prevención Suicidio)	Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio Tamizajes, capacitación y líneas de ayuda.
2022	DS N° 009-2022-SA	Plan Nacional 2022-2026- Articula políticas para 500 CSMC y reducción de brechas
2023	RM N° 274-2023-MINSA	Atención en adicciones- Tratamiento comunitario y rehabilitación.
2023	RM N° 834-2023-MINSA	Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2023-2027- Expansión de CSMC con enfoque territorial.
2024	DS N° 005-2024-MIMP	Plan Nacional de Salud Mental y Bienestar Emocional- Salud mental en escuelas y víctimas de violencia.

Cuadro 2: Principales normas y decretos sobre salud mental en Perú.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Luego de revisar las principales normas y decretos que han orientado la política de salud mental en el Perú desde la Declaración de Caracas, llama especial atención la inclusión de la R.M. N.º 670-2021-MINSA, que aprueba la Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.

Este documento surge como respuesta a una crisis estructural evidenciada durante la pandemia por COVID-19, cuando las medidas de confinamiento, como documenta Socios en Salud (2023) obligaron a muchas mujeres a convivir con sus agresores, generando un incremento alarmante en los casos de violencia doméstica. Este contexto visibilizó la urgencia de una intervención diferenciada desde el sistema de salud. En ese sentido, la emergencia sanitaria actuó como un detonante que impulsó al Estado peruano a desarrollar herramientas más específicas para abordar un problema que, si bien ya existía, alcanzó niveles de urgencia altísimos.

La guía fue elaborada por el Ministerio de Salud, a través de su Dirección de Salud Mental, con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su finalidad es estandarizar y mejorar la atención en salud mental

para mujeres víctimas de violencia a nivel nacional. Como se establece en el documento oficial (MINSA, 2021), la guía proporciona un marco integral que abarca desde la detección temprana hasta la rehabilitación, pasando por evaluación, tratamiento y seguimiento.

Lo que hace particularmente relevante a esta guía es su enfoque multidimensional, que no se limita a aspectos clínicos, sino que incorpora perspectivas de género, derechos humanos, interculturalidad e interseccionalidad. En la práctica, esto se traduce en protocolos específicos para tamizaje, con preguntas diseñadas para identificar situaciones de violencia, un modelo de consejería inicial (ANIMA) adaptado a estas circunstancias, criterios claros para valoración de riesgo, opciones de terapias psicológicas individualizadas, mecanismo de derivación a servicios especializados y continuidad del cuidado (MINSA, 2021).

Un aspecto destacable es el énfasis en la articulación intersectorial, particularmente con los Centros de Emergencia Mujer (CEM), así como la atención prioritaria a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. La guía reconoce explícitamente las necesidades diferenciadas de mujeres indígenas, migrantes, adultas mayores, con discapacidad y en situación de pobreza (MINSA, 2021), lo que representa un avance significativo en el reconocimiento de las desigualdades estructurales que afectan el acceso a servicios de salud mental.

Es fundamental subrayar que estas regulaciones no garantizan por sí solas una atención efectiva, la implementación de estas medidas ocurre en un país atravesado por profundas desigualdades estructurales que condicionan el acceso a derechos, especialmente en términos económicos, étnicos, geográficos y de género.

Los datos oficiales evidencian que, en 2023, 1 de cada 2 peruanas vivió violencia (53,8 %) siendo la psicológica la más frecuente (49,3 %), seguida de la violencia física (27,2 %) y sexual (6,5 %) (INEI, 2024). Estas cifras posicionan al Perú por encima del promedio global del 30 % (ONU Mujeres, 2023) y nos revelan una realidad alarmante a nivel regional, como se exploró en el capítulo anterior, el Banco Mundial posiciona a América Latina como la cuarta región con mayores índices de violencia contra las mujeres, mientras la OMS posiciona al Perú entre los dos países más afectados.

Cómo analiza Saffioti (2017), el patriarcado opera como un sistema camaleónico que se adapta al contexto local, sin perder su capacidad de dominación, en el caso peruano esta dominación se entrecruza con factores de raza, territorio,

clase y educación, evidenciando que la violencia no es solo física o psicológica, sino estructural, y se expresa en múltiples niveles, desde lo simbólico hasta lo institucional. Tal como advierte Federici (2010), los cuerpos feminizados y racializados son sistemáticamente considerados disponibles, controlables y prescindibles.

Por tanto, el sufrimiento psíquico asociado a la violencia de género no es un 'trastorno' que pueda tratarse con pastillas y terapias individuales, es el síntoma de un sistema que naturaliza la desigualdad y deja a las víctimas sin redes que las sostengan. Esto plantea un desafío para las políticas públicas, que deben integrar enfoques interseccionales e interculturales para garantizar el derecho a una atención adecuada y efectiva a las mujeres en situación de violencia (MINSa, 2022, OPS, 2023).

En este sentido, resulta fundamental explorar cómo el Estado peruano ha respondido a esta necesidad mediante el desarrollo de una red nacional de servicios de salud mental. Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud (MINSa), este sistema busca articular un modelo comunitario, descentralizado e interdisciplinario que permita atender a la población con un enfoque integral y adaptado a las diversas realidades del país.

En el primer nivel de atención destacan los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), creados desde 2015 para brindar atención ambulatoria especializada a personas con trastornos mentales o problemas psicosociales graves o complejos. Estos centros operan con equipos interdisciplinarios conformados por médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y técnicos, y ofrecen servicios diferenciados para infancia, adolescencia, adultos mayores y personas con adicciones, así como acciones de participación social y comunitaria. También cuentan con servicio de farmacia y realizan actividades de prevención, promoción y articulación comunitaria. Para finales de 2024, se habían implementado 288 CSMC en el país, aunque solo el 15 % se ubican en zonas rurales, lo que evidencia una concentración urbana del servicio (OPS, 2023).

Entre enero y junio de 2024, los establecimientos del MINSa atendieron más de 900 mil casos relacionados con trastornos mentales y problemas psicosociales, siendo los diagnósticos más frecuentes los de ansiedad (220.749), depresión (131.608), trastornos emocionales en niños y adolescentes (129.843) (MINSa, 2024). Sin embargo, los registros no desagregan cuántos de estos casos corresponden específicamente a mujeres víctimas de violencia.

Según la guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, los CSMC también tienen un rol clave en la atención especializada a estas mujeres, ya que implementan estrategias de formación de equipos en enfoque de género, grupos de ayuda mutua para sobrevivientes, y articulan con servicios como los Centros de Emergencia Mujer (CEM), comisarías o defensorías (OPS, 2023).

A este modelo se suman los CSMC móviles, equipos focalizados en zonas urbanas de alta vulnerabilidad, que, aunque fueron pensados para ampliar el alcance territorial, su presencia no se extiende a zonas rurales ni comunidades indígenas, concentrándose en áreas urbanas críticas. Para 2024, se reportaron 11 equipos móviles operativos, enfocados especialmente en personas en situación de calle y con trastornos mentales severos, incluyendo adicciones (OPS, 2023).

Otro dispositivo clave en el primer nivel son los hogares protegidos, que brindan alojamiento, acompañamiento psicosocial y actividades de autocuidado a personas adultas con trastornos mentales graves y sin red familiar de apoyo. En 2024 existían 94 hogares protegidos, con capacidad máxima para ocho personas por vivienda, que pertenezcan al grupo de 18 a 55 años de edad diagnosticadas con trastorno mental grave, discapacidad mental y en situación de abandono familiar, además son beneficiarias de intervenciones para el autocuidado personal. Se promueve en ellas el desarrollo de habilidades para realizar actividades de la vida diaria, y se les brinda soporte para el desenvolvimiento en la comunidad y la reintegración laboral (OPS, 2023).

En el segundo y tercer nivel de atención, el sistema cuenta con unidades de hospitalización en salud mental, implementadas en hospitales generales con al menos 30 camas, actualmente se cuenta con 49 unidades, estas unidades atienden emergencias psiquiátricas y situaciones de agudización o reagudización de trastornos mentales.

Además, algunas de estas instituciones ofrecen unidades de hospital de día (UHD-SM), que permiten una atención intensiva ambulatoria de media jornada para pacientes en fase de recuperación. Aunque estas unidades no se especializan exclusivamente en casos de violencia de género, las guías técnicas del MINSA contemplan su uso en situaciones donde las víctimas requieran hospitalización por afectación severa de su salud mental. Estas unidades son intermedias entre la atención de corta estancia en unidades de salud mental y los centros de salud mental

comunitarios. El público objetivo son personas que requieren atención intensiva debido a emergencias psiquiátricas o agudizaciones de sus problemas de salud mental (OPS, 2023).

Aunque las unidades de hospitalización no se especializan exclusivamente en víctimas de violencia, existe normativa y guías técnicas específicas para la atención de mujeres en situación de violencia, donde se enfatiza la importancia de la atención integral en salud mental, incluyendo la derivación a unidades de hospitalización si es necesario. (OPS, 2023).

Asimismo, el sistema de salud mental cuenta con la Línea 113, opción 5, un servicio gratuito de atención telefónica disponible las 24 horas del día a nivel nacional, esta línea brinda consejería y orientación en casos de ansiedad, depresión, violencia familiar, adicciones y otros problemas psicosociales. En 2024, la Línea 113 recibió 11,027 llamadas relacionadas con depresión, y el 67 % de ellas fueron realizadas por mujeres (MINSA, 2024).

Finalmente, si bien el modelo de atención peruano ha buscado alejarse del enfoque manicomial, los hospitales psiquiátricos todavía cumplen un rol importante, como espacios de referencia para casos complejos. Existen tres principales hospitales de este tipo en Lima, siendo el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, el Hospital Hermilio Valdizán y el Hospital Víctor Larco Herrera, estas instituciones brindan atención especializada en casos graves, rehabilitación, hospitalización prolongada e investigación en salud mental. No obstante, su centralización en la capital limita su acceso a personas en otras regiones, especialmente en zonas rurales y de la Amazonía, lo que sigue generando barreras estructurales.

Aunque estos hospitales siguen siendo relevantes, especialmente en casos de mayor complejidad clínica, el modelo de salud mental peruano ha buscado transformar su enfoque hacia una atención comunitaria, por ello, su función actual se ha redefinido como apoyo especializado para casos complejos que superan la capacidad resolutoria de los CSMC.

Para comprender con mayor claridad cómo se estructura la red de atención en salud mental en el país, resulta importante presentar una sistematización de los principales servicios disponibles, considerando su nivel de atención, público objetivo, presencia territorial en especial en zonas rurales, tipo de acciones que desarrollan (promoción, prevención y atención) y si contemplan o no intervenciones específicas

para mujeres en situación de violencia. Este cuadro permite visualizar de forma integrada tanto los avances como las brechas existentes en la garantía de una atención oportuna, accesible y con enfoque de género e interculturalidad.

SERVICIO	N TOTAL	ZONAS RURALES	PÚBLICO OBJETIVO	TIPO DE ACCIÓN (P), Prevención (PR), Atención (A)	ACCIÓN ESPECÍFICA PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA
CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS (CSMC)	288	15%	Población general	Promoción, Prevención, Atención	Sí: Guía RM 670-2021 para detección, tamizaje, consejería, derivación
UNIDADES HOSPITALARIAS	49	No especificado	Casos graves, poblaciones vulnerables	Atención	Parcial: protocolo RM 670 permite tele interconsulta y atención especializada.
HOGARES PROTEGIDOS	94	No especificado	Personas con discapacidad, adicciones	Atención Prevención	Limitado: Incluye mujeres en situación de violencia, pero sin protocolo específico.
CSMC MÓVILES	11	No especificado	Personas en pobreza extrema, situación de calle	Promoción Prevención Atención	No especificado
LINEA 113 SALUD	Nacional	Nacional	Población General	Atención Prevención	No especializada, pero atiende

					casos y deriva
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	3	Principalmente urbanos	Enfermedad mental grave	Atención	No específico

Cuadro 3: Red de servicios de salud mental en Perú.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Si bien el modelo de atención ha logrado una cobertura nacional en teoría, en la práctica reproduce las mismas exclusiones que dice combatir, tres fallas estructurales lo demuestran: La primera es en cuanto a geografía ya que solo 1 de cada 7 CSMC (15%) opera en zonas rurales, abandonando precisamente a los territorios donde el 40% de mujeres indígenas vive en pobreza extrema (INEI, 2023).

En muchas regiones del Perú, una mujer violentada puede esperar meses para una sola consulta psicológica. Por otro lado los especialistas no llegan donde se necesitan, ya que el 82% de psiquiatras trabajan en Lima y Arequipa (Colegio Médico, 2023), mientras ciertas regiones ni siquiera cuentan con profesionales especializados en violencia de género y finalmente la falta de registros, ya que según mi búsqueda no se documentan los casos vinculados a violencia, lo que bajo mi análisis significa que miles de mujeres aparecen en las estadísticas como casos de depresión o ansiedad sin que el sistema reconozca el origen machista de su sufrimiento.

Estas limitaciones evidencian que, aunque el sistema de salud mental ha avanzado en términos de infraestructura, aún carece de una articulación plena con las políticas y servicios especializados que abordan la violencia de género.

Bajo esta lógica, es importante explorar cómo se articulan las acciones de promoción, prevención y atención en salud mental dentro de este sistema de atención intersectorial previamente descrito. Estas acciones no solo forman parte central de la política pública en salud mental, sino que también se convierten en una vía clave para mitigar los impactos psíquicos de la violencia de género.

Luego de haber descrito el marco normativo y la red de servicios especializados en violencia, es necesario ahora enfocar el análisis en las intervenciones específicas del sector salud, para comprender si realmente están respondiendo de forma integral y con enfoque de género a las situaciones de vulnerabilidad estructural que enfrentan muchas mujeres en el país. Para ello, es pertinente retomar las definiciones clave de promoción, prevención y atención, tal como fueron desarrolladas en el capítulo anterior, a fin de orientar la lectura crítica de las políticas y dispositivos implementados en el país.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), la promoción en salud mental tiene como propósito principal generar condiciones que favorezcan el bienestar emocional y psicológico de las personas y las comunidades, incluso antes de que aparezcan problemas específicos. Se trata de una estrategia que va más allá del ámbito clínico, ya que apuesta por acciones educativas, comunitarias y culturales que fortalecen los factores protectores y contribuyen a construir entornos más saludables y seguros para todas y todos.

Por su parte, la prevención en salud mental, se orienta a reducir los factores de riesgo y detectar de forma temprana señales de sufrimiento psíquico, esta prevención se organiza en tres niveles: la primaria, que se enfoca en evitar la aparición de trastornos mentales actuando sobre los determinantes sociales y comunitarios que afectan a la población en general, la secundaria, que apunta a identificar de forma temprana los primeros síntomas a través de herramientas como tamizajes psicológicos en centros de salud o evaluaciones rápidas en los CSMC, y la terciaria, que se dirige a disminuir las secuelas de los trastornos ya diagnosticados, promoviendo procesos de rehabilitación, fortalecimiento del autocuidado y reintegración social de quienes los padecen (OPS, 2023).

Finalmente, la atención en salud mental implica la intervención directa en los casos ya identificados, a través de estrategias como el acompañamiento psicológico, la psicoterapia, el tratamiento psiquiátrico o incluso la derivación a servicios especializados cuando es necesario. Esta etapa es llevada a cabo principalmente por los CSMC, hospitales generales y otros servicios ambulatorios. Sin embargo, considero que aún existen desafíos importantes en su implementación, especialmente en lo que respecta a la cobertura en zonas rurales, la incorporación de un enfoque intercultural, y la falta de una perspectiva de género sólida que garantice una atención realmente adecuada para todas las mujeres, en especial aquellas que han vivido situaciones de violencia (OPS, 2023).

Aunque estas acciones son concebidas como complementarias, en la práctica no siempre logran articularse plenamente ni responder a las complejidades que enfrentan las mujeres víctimas de violencia, especialmente en contextos de pobreza, ruralidad o pertenencia étnica. Por ello, resulta necesario evaluar críticamente si esta red realmente garantiza una atención integral y accesible para todas. Con el objetivo de explorar cómo se articulan las acciones de salud mental en los distintos niveles de intervención se presenta a continuación un cuadro que sistematiza las principales

estrategias de promoción, prevención y atención, detallando para cada una el tipo de acción, la población objetivo, la institución responsable y la incorporación (o no) del enfoque de género.

TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES ESPECÍFICAS	POBLACIÓN OBJETIVO	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	¿ENFOQUE DE GÉNERO?
PROMOCIÓN	Campañas de sensibilización en medios de comunicación sobre salud mental y derechos.	Población General	MINSA	Sin enfoque específico
PROMOCIÓN	Acciones comunitarias para el bienestar emocional: ferias, talleres, charlas, etc.	Población General	MINSA	Sin enfoque específico
PROMOCIÓN	Estrategias comunicacionales para sensibilizar sobre las consecuencias de la VBG y difusión de servicios	Mujeres víctimas de violencia	MINSA (en EESS)	Con enfoque de género
PROMOCIÓN	Articulación con lideresas, promotores juveniles y agentes comunitarios para prevenir la violencia	Mujeres víctimas de violencia y comunidad	MINSA	Con enfoque de género
PREVENCIÓN	Capacidades a personal de salud para detectar signos de violencia y riesgo psicosocial	Población general	MINSA	Enfoque de género parcial
PREVENCIÓN	Intervenciones breves con enfoque en riesgo emocional para poblaciones vulnerables	Población general	MINSA	Enfoque de género parcial

PREVENCIÓN	Intervención psicoeducativa en mujeres expuestas a violencia en servicios de salud	Mujeres víctimas de violencia	MINSA	Con enfoque de género
PREVENCIÓN	Capacitación a agentes comunitarios para detección y referencia de casos	Mujeres víctimas de violencia	MINSA	Con enfoque de género
ATENCIÓN	Atención psicológica ambulatoria en CSMC, hospitales y EESS	Población general	MINSA	Sin enfoque de género
ATENCIÓN	Intervenciones psicológicas especializadas a mujeres en situación de violencia (individual o grupal)	Mujeres víctimas de violencia	MINSA	Con enfoque de género
ATENCIÓN	Servicios en Centros Emergencia Mujer (CEM): atención psicológica, legal y social	Mujeres víctimas de violencia	MIMP	Con enfoque de género OBS: no prevista en la PNSM

Cuadro 4: Acciones de promoción, prevención y atención en salud mental en el Perú.
Fuente: Elaboración propia, 2025.

Este cuadro nos permite identificar que, si bien existen múltiples acciones en los tres niveles de intervención (promoción, prevención y atención), la incorporación del enfoque de género no es homogénea. Las estrategias dirigidas a la población general, carecen de una perspectiva específica que contemple las necesidades particulares de las mujeres víctimas de violencia, resultado, muchas de estas intervenciones terminan siendo insuficientes frente a las múltiples formas de sufrimiento que experimentan las mujeres en contextos de desigualdad estructural.

A partir de la evidencia presentada, observamos que en el ámbito de la promoción, existen algunas acciones dirigidas específicamente a mujeres en situación de violencia de género, estas acciones incluyen campañas y espacios comunitarios orientados a fortalecer el bienestar emocional, pero en la mayoría de los casos estas

acciones se insertan dentro de programas generales que no logran visibilizar las experiencias particulares de las mujeres ni potenciar factores protectores desde una perspectiva feminista e interseccional.

En relación con la prevención, las medidas previstas por la política pública continúan enfocándose en riesgos comunes, sin contemplar con profundidad las particularidades y vulnerabilidades específicas que enfrentan las mujeres en situación de violencia, como la discriminación, la pobreza, el racismo o la subordinación patriarcal.

Por su parte, en las acciones de atención, representa uno de los ámbitos donde se han dado avances más claros, con servicios psicológicos y psiquiátricos dirigidos a mujeres que han atravesado situaciones de violencia. Sin embargo, estos servicios no siempre están disponibles de manera amplia y accesible en todo el territorio nacional, y en ocasiones carecen de una perspectiva intercultural y de género que tome en cuenta la diversidad étnica y cultural de las mujeres peruanas, especialmente en zonas rurales e indígenas.

Otro aspecto preocupante es la fragmentación institucional entre sectores como el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Aunque la presencia de múltiples instituciones podría enriquecer la respuesta intersectorial, en la práctica, la falta de articulación efectiva entre ellas genera brechas en la continuidad y calidad del cuidado. Asimismo, las acciones comunitarias, que deberían ser clave para la transformación del sufrimiento psicosocial desde lo colectivo, aún no se desarrollan con un enfoque de género claro ni con estrategias adaptadas a los contextos de violencia estructural.

Desde este análisis, se hace evidente que, aunque la política de salud mental en el Perú reconoce la violencia de género como un determinante importante del sufrimiento psíquico, esta comprensión no se traduce todavía en una atención diferenciada y prioritaria para las mujeres en situación de violencia. Las acciones existentes siguen siendo parciales, dispersas o poco sensibles a las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad que atraviesan estas mujeres: género, clase, pertenencia étnica, ubicación geográfica o acceso desigual a recursos.

Las mujeres que viven en zonas rurales, pertenecen a pueblos originarios o viven en condiciones de pobreza enfrentan obstáculos aún mayores para acceder a servicios especializados, muchas veces quedan excluidas desde el diseño mismo de las políticas públicas, las cuales no consideran criterios de equidad territorial ni de

adecuación cultural. Aunque se reconocen ciertos avances en la expansión de servicios de salud mental y en los dispositivos de atención a la violencia, estos aún no consolidan un lugar estructuralmente diferenciado para estas mujeres. En la práctica se sigue reproduciendo una lógica de atención homogénea que deja de lado las particularidades y necesidades específicas de quienes viven en condiciones de mayor vulnerabilidad.

En este sentido, como mujer peruana no puedo dejar de señalar que la salud mental también es un territorio político, donde se jerarquiza qué sufrimientos son legítimos, donde se decide quién merece ser escuchada, protegida o simplemente ignorada y donde se naturaliza la atención desigual como un problema logístico. Esta política de abandono sistemático, alcanza su máxima expresión en contextos de pobreza, donde las mujeres enfrentan violencia estructural, ausencia de redes, y muchas veces la culpa institucionalizada, ya que se les responsabiliza por no buscar ayuda. Esta lógica de exclusión tiene raíces profundas en la propia constitución del Estado moderno, como advierte Segato:

El espacio doméstico adquiere así los predicados de íntimo y privado, que antes no tenía, y es a partir de esa mutación que la vida de las mujeres asume la fragilidad que le conocemos, su vulnerabilidad y letalidad se establecen y pasan a incrementarse hasta el presente. Visto a través de ese prisma, el Estado muestra su ADN masculino, pues resulta de la transformación de un espacio particular de los hombres y su tarea específica la política en el ámbito comunitario, intercomunitario y, más tarde, ante el frente colonial y el Estado nacional en una esfera englobante de toda la realidad y secuestradora de todo lo que se pretende dotado de politicidad (Segato, 2016, p.20).

Esta lectura crítica del Estado y su origen patriarcal permite comprender por qué los sistemas de atención siguen siendo ciegos a las necesidades específicas de las mujeres. Por tanto, es urgente reorientar la política pública hacia una planificación verdaderamente integral, en la que promoción, prevención y atención estén articuladas entre sí y guiadas por un enfoque de género transversal, con perspectiva interseccional, territorial e intercultural. Solo así será posible garantizar una atención en salud mental que no solo intervenga sobre las consecuencias de la violencia, sino que contribuya a transformar las condiciones estructurales que sostienen el sufrimiento psíquico de las mujeres peruanas.

A partir de todo lo expuesto, considero que, si bien el Perú ha logrado avances en materia de salud mental y en la creación de dispositivos intersectoriales para enfrentar la violencia de género, estos esfuerzos siguen siendo insuficientes para garantizar una atención verdaderamente integral, accesible y con enfoque de género.

La expansión de los Centros de Salud Mental Comunitaria, los lineamientos técnicos del MINSA y los servicios impulsados por el MIMP evidencian una preocupación institucional por el tema, pero esa preocupación no siempre se traduce en respuestas concretas para las mujeres que enfrentan violencia en contextos de extrema vulnerabilidad.

Lo que se observa en la práctica es que, aunque la violencia de género está reconocida como un determinante de salud mental, las mujeres en situación de violencia no ocupan aún un lugar diferenciado y prioritario dentro de la política pública en salud mental. Las acciones específicas son escasas, muchas veces integradas en programas generales, sin presupuesto propio, sin protocolos interculturales claros que considere las realidades diversas que atraviesan las mujeres, en especial, las mujeres rurales, indígenas, empobrecidas o sin redes familiares que siguen enfrentando barreras geográficas, institucionales y simbólicas para acceder a una atención digna y culturalmente pertinente. Esta ausencia de un enfoque interseccional sostenido limita no sólo la eficacia de las políticas, sino también su capacidad de reparar el daño psíquico y social producido por las múltiples violencias.

A pesar de estas limitaciones, es importante reconocer avances normativos recientes que, aunque limitados, representan pasos significativos hacia una atención más sensible al sufrimiento psíquico de las mujeres en situación de violencia. Tal es el caso de la Guía técnica para el cuidado de salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por pareja o ex pareja. Si bien este documento está dirigido específicamente a situaciones de violencia ejercida por parejas o exparejas, su enfoque integral, interseccional y centrado en el cuidado de la salud mental representa un avance que puede y debe ser considerado en el abordaje más amplio de la violencia de género en todas sus formas.

Las herramientas que propone como el tamizaje sensible al contexto, la consejería con enfoque de derechos y el fortalecimiento de redes intersectoriales, son aplicables a otros tipos de violencia que enfrentan las mujeres, especialmente aquellas en situación de mayor vulnerabilidad. En este sentido, la guía no solo responde a un tipo específico de violencia, sino que también sienta las bases para la construcción de una atención en salud mental más sensible a las múltiples expresiones de la violencia de género y culturalmente pertinente y centrada en los derechos.

No obstante a pesar de su relevancia, su implementación aún enfrenta desafíos

significativos, tales como la falta de capacitación del personal de salud, las brechas territoriales en la cobertura y la débil articulación efectiva entre sectores, lo que limita su impacto real en la transformación de las prácticas institucionales. Aun así su existencia constituye un reconocimiento explícito de la violencia de género como un determinante clave en el campo de la salud mental pública y abre una puerta para fortalecer respuestas estatales más integrales y transformadoras.

Además, la fragmentación entre MINSA y MIMP, la escasa presencia de servicios en zonas rurales y la casi nula adecuación de registros que identifiquen la violencia como causa del sufrimiento psíquico hacen que las políticas lleguen tarde o no lleguen, reforzando las desigualdades que ya afectan a estas mujeres. En ese sentido, el Estado reproduce una lógica de atención que sigue siendo asistencialista, fragmentada y profundamente desconectada de las condiciones estructurales que enferman a las mujeres: el patriarcado, la pobreza, el racismo, la sobrecarga de cuidados, la impunidad.

Por tanto, lo que el Perú ha logrado hasta ahora es una expansión gradual de servicios que podría tener un gran potencial transformador, si estuviera acompañada de una mirada crítica y feminista en su diseño, implementación y evaluación. Sin embargo, lo que todavía falta y con urgencia, es una política de salud mental que no solo declare el enfoque de género, la interseccionalidad y la justicia territorial como principios orientadores, sino que los integre de forma efectiva y concreta en su ejecución. Es decir, que estos enfoques no se queden en el nivel normativo o declarativo, sino que se traduzcan en acciones reales, presupuestos asignados, equipos capacitados, cobertura en zonas rurales y estrategias culturalmente pertinentes que respondan a las condiciones específicas que atraviesan las mujeres víctimas de violencia.

Esta realidad no es un efecto accidental, ni reciente, sino una construcción estructural que se arraiga en la intersección entre capitalismo, patriarcado y colonialismo. Como explica Federici (2010):

También la feminización de la pobreza que ha acompañado la difusión de la globalización adquiere un nuevo significado cuando recordamos que éste fue el primer efecto del desarrollo del capitalismo sobre las vidas de las mujeres. Efectivamente, la lección política que podemos aprender de Calibán y la bruja es que el capitalismo, en tanto sistema económico-social, está necesariamente vinculado con el racismo y el sexismo. El capitalismo debe justificar y mistificar las contradicciones incrustadas en sus relaciones sociales [...] Resulta, por lo tanto, imposible asociar el capitalismo con cualquier forma de liberación o atribuir la longevidad del sistema a su capacidad de satisfacer necesidades humanas. Si el capitalismo ha sido

capaz de reproducirse, ello sólo se debe al entramado de desigualdades que ha construido en el cuerpo del proletariado mundial y a su capacidad de globalizar la explotación. Este proceso sigue desplegándose ante nuestros ojos, tal y como lo ha hecho a lo largo de los últimos 500 años (Federici, 2010, p. 32).

Esta visión histórica y económica revela que la violencia, el abandono y la desigualdad en salud mental no son fenómenos aislados ni contemporáneos, sino parte de un sistema que históricamente se ha sostenido sobre desigualdades de género, raza, clase y territorio. Como sostiene Federici, el capitalismo ha necesitado construir y reproducir esas desigualdades en los cuerpos de las mujeres para sostenerse, mistificando sus efectos como inevitables o naturales.

En este sentido, el sufrimiento psíquico de las mujeres no puede comprenderse únicamente desde la violencia interpersonal, sino que debe situarse en una estructura socioeconómica y estatal que naturaliza su precarización, explota su trabajo, regula sus cuerpos y muchas veces las responsabiliza de su propio dolor. Por ello, cerrar los ojos ante el sufrimiento psíquico de las mujeres es también una forma de violencia. Repensar la salud mental desde una perspectiva de género, interseccional, intercultural y descolonizadora exige una transformación profunda del modelo de Estado y de desarrollo.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de este trabajo, se ha demostrado cómo el sufrimiento psíquico de las mujeres en situación de violencia no puede ser comprendido ni atendido al margen de las condiciones históricas, sociales, económicas, culturales y territoriales en las que ellas viven.

Desde una perspectiva crítica y fundamentada, se retomaron aportes de autoras como Valeska Zanello, Rita Segato y Silvia Federici, quienes permiten comprender que el sufrimiento de las mujeres no puede ser desligado de los contextos de opresión patriarcal, racista y capitalista en los que están situadas. En este marco, la salud mental no es una categoría neutral, sino que está atravesada por relaciones de poder que definen qué cuerpos y qué voces importan. La violencia de género, entonces, no solo causa daños físicos, sino que también silencia y fragmenta subjetividades femeninas.

Desde los primeros capítulos, se abordó la forma en que los discursos médicos y psiquiátricos construyeron históricamente una imagen patologizante de la subjetividad femenina, contribuyendo a su estigmatización y exclusión. Posteriormente, se presentó un marco teórico que articuló los aportes de autoras feministas y organismos internacionales para visibilizar cómo la violencia de género afecta de manera específica la salud mental de las mujeres, especialmente cuando están atravesadas por factores como la pobreza, la ruralidad, la pertenencia étnica y la desigualdad de acceso a derechos fundamentales.

Los resultados de la investigación permitieron evidenciar que la violencia de género no solo constituye una causa directa de sufrimiento psíquico, sino que opera como un dispositivo estructural que produce silenciamiento, aislamiento y culpabilización en las mujeres que la sufren. Si bien el Estado peruano ha avanzado en la formulación de políticas públicas orientadas a la atención de la salud mental, estas no siempre logran responder a la especificidad de la violencia de género, ni mucho menos abarcar las dimensiones estructurales que la sostienen.

En relación con los resultados alcanzados, el análisis documental evidenció que el Perú cuenta con un marco normativo importante en materia de violencia de género y salud mental. Entre ellos, destaca la Ley 30364, que establece mecanismos para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Sin embargo, se observó que esta ley no contempla con suficiente

claridad los impactos psíquicos de la violencia ni establece rutas de atención especializadas en salud mental como parte fundamental de la respuesta estatal.

Uno de los avances más significativos identificados fue la Resolución Ministerial N.º 670-2021-MINSA, que aprueba la Guía Técnica para el cuidado integral de la salud mental de mujeres afectadas por violencia por parte de la pareja o expareja. Este documento marca un precedente importante al reconocer la necesidad de un abordaje diferenciado, sensible al género y basado en derechos. Cabe destacar que su implementación posterior a la pandemia de COVID-19 responde a un contexto donde se visibilizó aún más la urgencia de fortalecer los servicios de salud mental frente al aumento de los casos de violencia intrafamiliar y el agravamiento del sufrimiento psíquico de las mujeres.

Pese a estos esfuerzos normativos, el estudio reveló que las acciones de promoción, prevención y atención previstas en la política de salud mental aún se presentan de forma fragmentada y en muchos casos, sin una articulación eficaz con otros sectores como justicia, educación o protección social. La red de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) ha tenido una expansión significativa, sin embargo, persisten serias brechas territoriales, especialmente en zonas rurales y amazónicas, donde viven muchas mujeres indígenas en situación de pobreza o extrema pobreza. Esta desigualdad territorial compromete el acceso oportuno y digno a los servicios.

Asimismo, se observó que las acciones de promoción siguen siendo incipientes y poco centradas en el empoderamiento psíquico de las mujeres o en el cuestionamiento de las estructuras que sustentan la violencia. Las actividades de prevención se limitan, en muchos casos, a campañas informativas sin un abordaje continuo, con enfoque en mujeres en situación de violencia limitado. Por otro lado, en el eje de atención, si bien existen lineamientos técnicos, persisten limitaciones en la formación del personal, la capacidad resolutoria de los servicios y la integración del enfoque intercultural.

Estos resultados permiten afirmar que, aunque existen avances en el reconocimiento institucional del problema, todavía no se configura una política integral, transversal y efectiva que aborde las múltiples dimensiones del sufrimiento psíquico de las mujeres en situación de violencia. La emergencia sanitaria por COVID-19 actuó como catalizador de algunas medidas, como la guía aprobada por la RM 670-2021, pero no logró modificar de forma estructural las condiciones de desigualdad

preexistentes ni asegurar una respuesta sostenida en el tiempo. La aplicación desigual de esta normativa en diferentes territorios evidencia que, pese a los avances normativos, las acciones aún no se traducen en transformaciones profundas que garanticen equidad y accesibilidad real para todas las mujeres en situación de violencia.

Este análisis específico de cada dimensión abordada permite construir una visión integral sobre la relación entre violencia de género y salud mental en el Perú. A partir de la revisión histórica, el análisis socio-cultural y la caracterización de la red de atención, es posible avanzar hacia la comprensión de cómo estas dimensiones se articulan en la formulación y aplicación de las políticas públicas, dando respuesta al objetivo general de esta investigación.

En cuanto al primer objetivo específico, se buscó comprender cómo el sufrimiento psíquico de las mujeres ha sido interpretado, patologizado o silenciado a lo largo del tiempo. A través de este recorrido, se evidenció que los diagnósticos psiquiátricos han funcionado, en muchos casos, como dispositivos de control social sobre los cuerpos y subjetividades femeninas, reforzando roles tradicionales y normas de género. Las reflexiones de diversos autores, permitieron entender cómo la cultura actúa en la constitución de los padecimientos mentales, y cómo la medicalización ha sido una estrategia históricamente utilizada para despolitizar el sufrimiento de las mujeres.

Esta revisión histórica permitió concluir que no es posible comprender la salud mental femenina sin considerar los contextos patriarcales y las violencias simbólicas que la atraviesan. En este sentido, la relación histórica entre mujer y locura revela cómo la psiquiatrización de la subjetividad femenina ha funcionado como un mecanismo para controlar y silenciar la disidencia femenina, tal como analizan diversas autoras feministas.

Respecto al segundo objetivo específico, el trabajo permitió profundizar en los aspectos sociohistóricos, culturales y conceptuales sobre la violencia de género y sus impactos en la salud mental de las mujeres, evidenciando cómo el patriarcado, el colonialismo, el racismo y la desigualdad económica configuran escenarios de vulnerabilidad estructural que intensifican el sufrimiento psíquico.

A partir del diálogo con autoras como Valeska Zanello, Rita Segato y Silvia Federici, se comprendió que la violencia ejercida sobre los cuerpos y las subjetividades femeninas no es un fenómeno aislado ni coyuntural, sino un dispositivo

operativo a un sistema de acumulación que requiere disciplinar y controlar a las mujeres. Este análisis permitió responder de manera afirmativa y argumentada que sí existe una relación directa entre la violencia de género y el padecimiento psíquico de las mujeres, y que esta relación debe ser comprendida desde una lógica estructural, no reducida a lo individual o clínico.

En el tercer objetivo específico, se logró caracterizar la red de atención a mujeres en situación de violencia en el Perú, observándose que, si bien existe una estructura formal definida por la Política Nacional de Salud Mental y dispositivos como los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), estos aún presentan limitaciones importantes desde la escasa cobertura en regiones rurales hasta la insuficiente formación del personal en enfoques de género e interculturalidad. La política peruana contempla formalmente la necesidad de actuar en los tres niveles: promoción, prevención y atención; sin embargo, las acciones existentes se presentan fragmentadas y poco articuladas desde un enfoque de género e interculturalidad.

En el nivel de promoción, se observan esfuerzos aún tempranos por fomentar autonomía y redes de apoyo para las mujeres, con poca presencia en medios comunitarios y educativos. En el ámbito de la prevención, existen campañas y protocolos, pero su alcance es limitado y muchas veces no logran modificar los imaginarios sociales que perpetúan la violencia. En cuanto a la atención, se han desarrollado lineamientos técnicos y se han implementado Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), pero estos no siempre están preparados para acoger de manera integral a mujeres en situación de violencia, especialmente en zonas rurales o con alto índice de población indígena.

Se concluye que, si bien hay avances formales, la red aún no responde de manera integral, equitativa y diferenciada a las necesidades de las mujeres víctimas de violencia.

Al integrar estos tres objetivos específicos fue posible alcanzar el objetivo general de este trabajo, que consistió en identificar las acciones de promoción, prevención y atención a mujeres en situación de violencia de género en la política de salud mental de Perú. El estudio permitió identificar que, aunque existen acciones formalmente reconocidas en los tres niveles de intervención (promoción, prevención y atención), estas no conforman aún una política coherente ni plenamente funcional. Persisten desigualdades territoriales, carencias institucionales, brechas en el acceso y una limitada incorporación del enfoque de género como eje transversal.

Además, el análisis evidenció que la salud mental de las mujeres víctimas de violencia continúa siendo abordada de manera fragmentaria, sin reconocer plenamente la complejidad de sus trayectorias y necesidades. Si bien la pandemia de COVID-19, generó una mayor visibilidad del sufrimiento psíquico, también evidenció las limitaciones estructurales del sistema de salud mental y motivó la creación de dispositivos como la mencionada RM 670-2021. No obstante, los impactos de dicha normativa aún no se traducen en un cambio estructural sostenido.

Por lo tanto, se concluye que la política de salud mental peruana todavía tiene el desafío de consolidar un modelo de atención que articule las respuestas en todos los niveles, con enfoque de derechos, de género e interculturalidad.

A partir del diálogo entre los marcos teóricos, los datos reales y los documentos oficiales. Se demostró que la violencia de género no es un evento aislado ni un problema individual, sino una manifestación estructural de desigualdades históricas que afectan directamente la subjetividad de las mujeres. Las violencias ejercidas en todas sus formas, alteran el equilibrio emocional, producen aislamiento, silenciamiento, culpa y miedo, elementos que afectan profundamente la salud mental. Además, cuando estas violencias son sostenidas en el tiempo, y cuando los servicios institucionales fallan en brindar apoyo oportuno y empáticamente, se agudizan los efectos psíquicos.

De esta manera, se reafirma que existe una relación directa y compleja entre violencia de género y sufrimiento psíquico, y que cualquier intervención en salud mental debe considerar esta dimensión estructural para no caer en respuestas patologizantes o revictimizantes.

Si bien la presente investigación logró cumplir con sus objetivos, es importante señalar algunas limitaciones y aspectos que podrían ser profundizados en estudios futuros. Uno de los límites fue el acceso a datos actualizados y desagregados específicamente sobre salud mental en mujeres en situación de violencia, lo que dificultó una caracterización más precisa de los impactos psíquicos y de la cobertura real de los servicios ofrecidos.

Además, si bien se abordó la normativa nacional y la implementación de políticas como la Ley 30364 y la RM 670-2021, no fue posible realizar un seguimiento exhaustivo del impacto concreto de dichas medidas a nivel territorial, ni examinar con mayor detalle su aplicación en contextos rurales o indígenas.

Otra cuestión que merece ser profundizada en investigaciones futuras es el

papel de los saberes comunitarios y las estrategias de autocuidado construidas por las propias mujeres, especialmente en contextos donde el Estado está ausente o actúa de forma limitada.

Frente a un contexto de profundas desigualdades estructurales, marcado por la persistencia de la violencia de género y la precariedad en el acceso a derechos fundamentales, este trabajo se justifica por la urgencia de problematizar los efectos psíquicos que la violencia produce en la vida de las mujeres, así como por la necesidad de visibilizar las respuestas todavía incipientes e insuficientes del Estado peruano desde la política de salud mental.

Al proponer una mirada crítica y situada, que articula género, salud mental y políticas públicas, esta investigación contribuye a una comprensión más compleja del fenómeno, y busca ofrecer herramientas que permitan tensionar los marcos normativos y propositivos vigentes. Retomar el vínculo entre violencia y sufrimiento psíquico, desde una perspectiva feminista e interseccional, no solo fortalece el campo de estudios en salud mental, sino que también invita a repensar el rol del Estado, de los servicios y de los propios profesionales en la garantía de derechos.

En este sentido, el trabajo reafirma la importancia del Servicio Social como una profesión comprometida éticamente con los derechos humanos, capaz de incidir en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas que promuevan la dignidad y la autonomía de las mujeres. En escenarios de violencia, exclusión y silenciamiento, el Servicio Social se configura como una herramienta clave para el acompañamiento crítico, la escucha activa y la transformación social.

REFERENCIAS

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Apresentação. In: O homem e a serpente: outra histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/prmpv/pdf/amarante-9788575413272-02.pdf>. Acceso en: 30 mayo 2025.
- ARTICULACIÓN REGIONAL FEMINISTA POR LOS DERECHOS HUMANOS Y LA JUSTICIA DE GÉNERO (ARF). **La política nacional contra la violencia hacia las mujeres en el Perú: avances y desafíos (2015–2020).** Lima: DEMUS, 2023. Disponible en: [La-politica-nacional-contra-la-violencia-hacia-las-mujeres-en-el-Peru-Avances-y-desafios-2015-2020.pdf](#). Acceso en: 18 abril 2025.
- BANCO MUNDIAL. **Perú Panorama general.** Banco Mundial, 2025. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>. Acceso en: 30 junio 2025.
- BARROS, Albani; SILVA, Edva da Silva. **Fundamentos da questão social da crise estrutural e do desemprego.** 2015. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/FUNDAMENTOS DA QUESTO SOCIAL DA CRISE ESTRUTURAL E DO DESEMPREGO.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/FUNDAMENTOS%20DA%20QUESTO%20SOCIAL%20DA%20CRISE%20ESTRUTURAL%20E%20DO%20DESEMPREGO.pdf). Acceso en: 09 agosto 2025.
- BASAGLIA, Franco. **La institución negada : informe de un hospital psiquiátrico.** Buenos Aires: Ediciones Corregidor, 1972. Edición originalmente publicada en italiano por Giulio Einaudi, Turín, 1968. Disponible en: <https://antipsiquiatriaudg.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/franco-basaglia-1968-la-institucio3b3n-negada-informe-de-un-hospital-psiquic3a1trico.pdf>. Acceso en: 27 junio 2025.
- BAZOLI, Grazielle. **Relación mujer y locura en la historia humana.** HAMAÉ: mulher, maternidade, movimento, São Paulo, 2021. Disponible en: <https://hamae.com.br/a-relacao-mulher-loucura-na-historia-humana/>. Acceso en: 15 enero 2025.
- BEAUVOIR, Simone. **El segundo sexo.** Título original: *Le deuxième sexe*. Traducido por Alicia Martorell. Editor digital: KayleighBCN., 1949. Disponible en: https://www.solidaridadobrero.org/ateneo_nacho/libros/Simone%20de%20Beauvoir%20-%20El%20segundo%20sexo.pdf. Acceso en: 01 marzo 2025.
- BERENGUER, Arnau. **Breve historia de la locura.** Ser Histórico: portal de historia, Barcelona, 20 ene. 2018. Disponible en: <https://serhistorico.net/2018/01/20/breve-historia-de-la-locura/>. Acceso en: 20 enero 2025.
- BOSNICH MIENERT, Milenka Ivania. **Violencia de género en salud mental: representaciones y prácticas de resistencia desde la perspectiva de mujeres expertas por experiencia.** 2020. Universidad de Chile, Santiago. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/183703/Violencia-de->

[genero-en-salud-mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Los%20principales%20hallazgos%20dan%20cuenta%20de%20que,y%20tratamientos%20en%20el%20sistema%20de%20salud.](#) Acceso en: 15 junio 2025.

BUSTAMANTE OTERO, Luis. **El machismo es la exacerbación de un sistema histórico.** Entrevista en El Comercio, Lima, 2018. Disponible en: [Feria del Libro de Lima | Luis Bustamante Otero: "El machismo es la exacerbación de un sistema histórico" | LUCES | EL COMERCIO PERÚ.](#) Acceso en: 29 junio 2025.

CEPAL. **Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible.** Montevideo: CEPAL, 2016. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/serv_er/api/core/bitstreams/9674705b-b3b8-47b2-a339-831cd0af39d4/content. Acceso en: 12 junio 2025.

CEPAL. **Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: Deudas de igualdad.** Santiago: CEPAL, 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/ser_ver/api/core/bitstreams/28f87ae3-931d-4762-85d7-0b83e653d210/content. Acceso en: 03 julio 2025.

CEPAL. **Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en america latina. Retos para la inclusión.** Santiago: CEPAL, 2020. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1a94f5e8-aed0-44ed-bcc7-8802eb56f87c/content#:~:text=Esta%20publicaci%C3%B3n%20de%20citarse%20como:%20Comisi%C3%B3n%20Econ%C3%B3mica,Docum%20entos%20de%20Proyectos%20\(LC/PUB.%202020/14\)%2C%20Santiago%2C%202020](https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1a94f5e8-aed0-44ed-bcc7-8802eb56f87c/content#:~:text=Esta%20publicaci%C3%B3n%20de%20citarse%20como:%20Comisi%C3%B3n%20Econ%C3%B3mica,Docum%20entos%20de%20Proyectos%20(LC/PUB.%202020/14)%2C%20Santiago%2C%202020). Acceso en: 22 mayo 2025.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social.** São Paulo: Cortez, 2018.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL PERÚ. **Informe Defensorial N° 180: Derecho a la salud mental en el Perú.** Lima, 2018. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>. Acceso en: 10 julio 2025.

DEFENSORIA DEL PUEBLO DEL PERU. **Resultado de seguimiento de recomendaciones: Mujeres indígenas y personas en situación de vulnerabilidad.** Lima, 2023. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2023/12/DP-resultado-de-seguimiento-de-recomendaciones-mujeres-ind%C3%ADgenas-PPI-VF.pdf>. Acceso en: 10 junio 2025.

DOMECI, María C. **La mujer en la historia del cristianismo.** Agenda Latinoamericana Mundial, São Paulo, 2018. Disponible en: <http://archivosagenda.org/es/la-mujer-en-la-historia-del-cristianismo>. Acceso en: 10 febrero 2025.

DOMINGUES, Juliana. **A implementação da política de saúde mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY).** Pelotas: Dspace UNILA, 2018. Disponible en: <https://dspace.unila.edu.br/server/api/core/bitstreams/78dc5874-8377-4952-a07a-495798bb1e1e/content>.

vivió a la sombra de su marido. BBC News Mundo, 2014. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141128_cultura_margaret_walter_keane_ojos_gigantes_pelicula_finde2014_jg#:~:text=Cuando%2C%20en%20una%20reciente%20entrevista%2C%20le%20preguntaron,que%20ella%20sient%C3%ADa%20en%20su%20propia%20vida.&text=Su%20exmarido%20contratac%C3%B3%20asegurando%20que%20su%20esposa,una%20mujer%20infiel%20y%20una%20mentirosa%20compulsiva. Acceso en: 21 enero 2025.

GUARDIA, Sara Beatriz . **Las mujeres en la Independencia del Perú.** Lima: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2021. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/las-mujeres-en-la-independencia-del-peru-1219494/>. Acceso en: 30 junio 2025.

GUTIÉRREZ RAMOS, Miguel. **La violencia sexual en el Perú.** En Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Lima, v 67, n 3, 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000300007. Acceso en: 30 marzo 2025.

HERNÁNDEZ LARA, Oliver Gabriel. **Experiencia e historia crítica de la locura en Michel Foucault.** Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, v. 38, n. 133, p. 99-110, ene./jun. 2018. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352018000100099. Acceso en: 05 marzo 2025.

HERNÁNDEZ, Alicia. **La teoría del útero errante de los antiguos griegos que dio origen al concepto de histeria.** BBC News Mundo, 2024. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/articles/cx9dg0jw2xlo>. Acceso en 10 enero 2025.

HERNÁNDEZ, Geraldine. **el empleo informal en el Perú afecta más a las mujeres, ¿a qué se debe esta situación?** Lima: RPP Noticias, 2024. Disponible en: <https://rpp.pe/economia/economia/inei-el-empleo-informal-en-el-peru-afecta-mas-a-las-mujeres-a-que-se-debe-esta-situacion-noticia-1556377>. Acceso en: 15 marzo 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Censos Nacionales 2017: la autoidentificación étnica: población andina y afroperuana – Etnicidad (resumen).** Lima: INEI, 2017. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4790815/Censos%20Nacionales%202017%3A%20La%20Autoidentificaci%C3%B3n%20%C3%89tnica%3A%20Poblaci%C3%B3n%20Andina%20y%20Afroperuana%20Etnicidad%28resumen%29.pdf?v=1688417354>. Acceso en: 18 mayo 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.** Lima: INEI, 2020. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/. Acceso en: 18 junio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Situación de la mujer rural 2022.** Lima: INEI, 2022. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5689404/5052253-situacion-de-la-mujer-rural-2022.pdf?v=1705424747>. Acceso en: 18 junio 2025.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Brechas de género 2024. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres.** Lima: INEI, 2023a. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7328646/6256619-peru-brechas-de-genero-2024-avances-hacia-la-igualdad-de-mujeres-y-hombres.pdf?v=1733349119>. Acceso en: 30 junio 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Brechas de género 2023: avances hacia la igualdad de mujeres y hombres.** Lima: INEI, 2023b. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5841958/5181683-peru-brechas-de-genero-2023-avances-hacia-la-igualdad-de-mujeres-y-hombres.pdf?v=1711049380>. Acceso en: 30 junio 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Estadísticas de género.** Lima: INEI, 2023c. Disponible en: [Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI - Plataforma del Estado Peruano](#). Acceso en: 30 junio 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **La población peruana proyectada alcanza los 34 millones de habitantes.** Lima: INEI, 2024a. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/987317-al-2024-la-poblacion-peruana-proyectada-alcanza-los-34-millones-de-habitantes>. Acceso en: 30 junio 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Nota de prensa N° 078-2024: El 53,8% de las mujeres fueron víctimas alguna vez de violencia psicológica, física o sexual en el año 2023.** Lima: INEI, 2024b. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-078-2024-inei.pdf>. Acceso en: 30 junio 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Nota de Prensa N° 078-2024-INEI: El 53,8% de las mujeres fueron víctimas alguna vez de violencia psicológica, física o sexual en el año 2023.** Lima: INEI, 2024c. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/omep/>. Acceso en: 30 junio 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Perú: Femicidio y Violencia contra la Mujer. Avance al tercer trimestre 2024.** Lima, 2024d. Disponible en: [6352489-peru-femicidio-y-violencia-contra-la-mujer-avance-al-tercer-trimestre-2024.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/6352489-peru-femicidio-y-violencia-contra-la-mujer-avance-al-tercer-trimestre-2024.pdf). Acceso en: 30 junio 2025.
- KRAMER, H.; SPRENGER, J. **El martillo de los brujos.** Revista Pensamiento Penal, Buenos Aires, 2001. Disponible en: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2007/04/doctrina32158.pdf>. Acceso en: 12 enero 2025.
- LISBÔA, Carin Otilia; PEREIRA, Laurem; BARROS, Maria Isabel. **Família, familismo e a (des)responsabilização do Estado.** 2022. Disponible en: <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinf-senpinf/assets/edicoes/2022/arquivos/31.pdf>. Acceso en: 23 mayo 2025.
- MARKEZ, Iñaki; PÓO, Mónica; ROMO, Nuria; MENESES, Carmen; GIL, Eugenia; VEGA, Amando. **Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención**

primaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, v. 91, p. 37–61, 2004. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004. Acceso en: 24 mayo 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP) **Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015.** Lima: MIMP, 2009. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf. Acceso en: 24 mayo 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009–2015 (PNCVHM),** Lima: MIMP, 2010. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf. Acceso en: 30 mayo 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Decreto Supremo N.º 008-2016-MIMP: Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016–2021.** Lima: MIMP, 2016. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/novedades/ds008-2016-mimp-plan-nacional-contra-violencia-genero.pdf>. Acceso en: 30 mayo 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Política nacional de igualdad de género. Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP,** Lima: MIMP, 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305292/ds_008_2019_mimp.pdf?v=1554389372. Acceso en: 28 junio 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia de Género contra las Mujeres.** Lima: MIMP, 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/insitucion/mimp/informes-publicaciones/2842554-la-estrategia-nacional-de-prevencion-de-la-violencia-de-genero-contra-las-mujeres-mujeres-libres-de-violencia>. Acceso en: 28 junio 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Estadísticas sobre violencia de género.** Lima: MIMP, 2023. Disponible en: [Acceder a las estadísticas del MIMP - Servicio - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Plataforma del Estado Peruano](#). Acceso en: 28 junio 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Acceder a las estadísticas del MIMP.** Lima: MIMP, 2025a. Disponible en: [Acceder a las estadísticas del MIMP - Servicio - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Plataforma del Estado Peruano](#). Acceso en: 28 junio 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Centro Emergencia Mujer (CEM),** Lima: MIMP, 2025b. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/ompep/estadisticas-atencion-a-la-violencia.php>. Acceso en: 28 junio 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Oficina de monitoreo y evaluación de políticas. Estadísticas de atención a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar.** Lima: MIMP, 2025c. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/omep/estadisticas-atencion-a-la-violencia.php>. Acceso en: 29 junio 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Portal Estadístico del Programa Nacional Aurora.** Lima: MIMP, 2025d. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/>. Acceso en: 29 junio 2025.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). **Red de servicios.** Plataforma del Estado Peruano, 2025e. Disponible en: <https://www.gob.pe/51970-red-de-servicios>. Acceso en: 29 junio 2025.

MINISTERIO DE LA SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS).** Lima: MINSA, 2010. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4478.pdf>. Acceso en: 29 junio 2025.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Plan Nacional de Salud Mental 2020-2021.** Lima: MINSA, 2020a. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>. Acceso en: 02 julio 2025.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Víctimas de violencia de género sufren múltiples afectaciones en su salud mental y requieren atención oportuna.** Lima: MINSA, 2020b. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/620953-victimas-de-violencia-de-genero-sufren-multiples-afectaciones-en-su-salud-mental-y-requieren-atencion-oportuna?utm_source=chatgpt.com. Acceso en: 02 julio 2025.

MINISTERIO DE LA SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Anexo de la Resolución Ministerial N° 670-2021-MINSA.** Lima: MINSA, 2021a. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1940478-670-2021-minsa>. Acceso en: 02 julio 2025.

MINISTERIO DE LA SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.** Lima: MINSA, 2021b. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3288005/Gu%C3%ADa%20t%C3%A9cnica%20para%20el%20cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20de%20mujeres%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20violencia%20ocasionada%20por%20la%20pareja%20o%20expareja.pdf?v=1655939001>. Acceso en: 05 julio 2025.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Plan de salud mental 2020-2021 en el contexto covid-19.** Lima: MINSA, 2021c. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>. Acceso en: 05 julio 2025.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Legislación y normatividad en violencia basada en género, salud mental y salud sexual y reproductiva.** Lima: MINSA, 2022. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA>

/5476.pdf. Acceso en: 05 julio 2025.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). **Resolución Ministerial N° 1110-2023-MINSA**. Lima: MINSA, 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5506257/4906534-resolucion-ministerial-n-1110-2023-minsa.pdf?v=1701380519>. Acceso en: 05 julio 2025.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). **El Perú cuenta con 288 Centros de Salud Mental Comunitario distribuidos en todo el país**. Lima: MINSA, 2024. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1086134-el-peru-cuenta-con-288-centros-de-salud-mental-comunitaria-distribuidos-en-todo-el-pais>. Acceso en: 08 julio 2025.

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS (Perú). **Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género**. Lima, 2013. Disponible en: <05-GUIA-DE-ATENCION-DE-LA-SALUD-MENTAL-DE-LAS-MUJERES-EN-SITUACION-DE-VIOLENCIA-DE-GENERO.pdf>. Acceso en: 22 junio 2025.

NORIEGA, Nasheli. **La feminización de los cuidados genera un círculo vicioso para el desarrollo de las mujeres**. Fundación Gabo, 2022. Disponible en: <https://fundaciongabo.org/es/noticias/articulo/la-feminizacion-de-los-cuidados-genera-un-circulo-vicioso-para-el-desarrollo-de#:~:text=Dado%20que%20como%20ya%20lo%20dijimos%2C%20los,otros%20derechos%20como%20a%20la%20educaci%C3%B3n%2C%20salud%20C>. Acceso en: 22 mayo 2025.

NUNES, Mônica; DE TORRENTÉ, Maurice. **Estigma e violencia no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe, Brazil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, ago. 2009. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HYXMtKvsSvqdTynsNWBWSqk/?lang=pt#>. Acceso en: 22 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION Y EL DESARROLLO ECONOMICO (OCDE). **Revisiones de los sistemas de salud: Peru 2025**. Disponible en: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2025/04/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025_3f7c00aa/262a739e-es.pdf. Acceso en: 09 agosto 2025.

ONU MUJERES. **La mujer y la pobreza**, 2014. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/end-violence-against-women/2014/poverty>. Acceso en: 17 junio 2025.

ONU MUJERES; FILAC. **Derechos de las mujeres indígenas a 25 años de la Declaración de Beijing**, 2020. Disponible en: <https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/03/InformeRegionalMujeresindigenasDerechos%20B25%20%20FILAC%20ONUMujerescomprimido.pdf>. Acceso en: 17 junio 2025.

ONU MUJERES. **La pandemia de COVID-19 y la violencia contra la mujer: que nos revelan los datos**. 2021. Disponible en:

<https://www.unwomen.org/es/noticias/reportaje/2021/11/la-pandemia-de-covid-19-y-la-violencia-contra-la-mujer-que-nos-revelan-los-datos>. Acceso en: 17 junio 2025.

ONU MUJERES. **El progreso en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. PANORAMA DE GÉNERO**, 2023a. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-12/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2023-es.pdf>. Acceso en: 02 julio 2025.

ONU MUJERES. **Hablemos de cuidados. Principales resultados de los diálogos ciudadanos hacia la construcción del sistema nacional e integral de cuidados**. Santiago, 2023b. Disponible en: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-11/doc-hablemos-de-cuidados-v4-comprimido_diana_leal.pdf. Acceso en: 03 julio 2025.

ONU MUJERES. **Datos y cifras: violencia contra las mujeres**. ONU Mujeres, 2024a. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/articulos/datos-y-cifras/datos-y-cifras-violencia-contra-las-mujeres>. Acceso en: 07 julio 2025.

ONU MUJERES. **Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas**. ONU Mujeres, 2024b. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/articulos/preguntas-frecuentes/preguntas-frecuentes-tipos-de-violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas>. Acceso en: 07 julio 2025.

ORDORIKA SACRISTÁN, Teresa. **Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres**. Revista Mexicana de Sociología, v. 71, n. 4, p. 647–674, 2009. ISSN 0188-2503. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/321/32113274002.pdf>. Acceso en: 07 julio 2025.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO (OIT). **El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente**. OIT, 2019. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_633168.pdf. Acceso en: 15 junio 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030**. Organización Mundial de la Salud, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>. Acceso en: 30 junio 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Salud mental: fortalecer nuestra respuesta**, 17 jun. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acceso en: 01 marzo 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Depresión. Hoja informativa de la OMS**. Organización Mundial de la Salud, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%2>

Oestima%20que%20el%203%2C8%%20de%20la,280%20millones%20de%20 personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20(1). Acceso en: 30 junio 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **La COVID-19 ha acabado con una década de avances en esperanza de vida a nivel mundial**. Organización Mundial de la Salud, 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/24-05-2024-covid-19-eliminated-a-decade-of-progress-in-global-level-of-life-expectancy>. Acceso en: 18 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Declaración de Caracas: Caracas**: OPS, 1990. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf. Acceso en: 10 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Salud mental**. OPS, 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>. Acceso en: 10 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Salud mental**. OPS, 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>. Acceso en: 10 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Promoción de la salud mental en la región de las Américas: intervenciones recomendadas para la población**. Washington, 2023a. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acceso en: 16 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Avances y desafíos de la reforma de salud mental en Perú en el último decenio**. OPS, 2023b. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58312/OPSPER230004_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acceso en: 16 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos**. OPS, 2023c. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acceso en: 16 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Historia de la emergencia internacional COVID-19**. OPS, 2023d. Disponible en: https://www.paho.org/p_t/historico-da-emergencia-internacional-covid-19. Acceso en: 20 junio 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos en la región de las Américas**. OPS, 2024. Disponible en: file:///C:/Users/HP/Downloads/9789275329344_spa.pdf. Acceso en: 20 junio 2025.

ORTEGA RUIZ, Cristina. **Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea**. Cuadernos Kóre: Revista de

historia y pensamiento de género, Madrid, v. 1, n. 4, p. 208-223, primavera/verano, 2011. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/1501-Texto%20del%20art%C3%ADculo-887-1-10-20120420.pdf>. Acceso en: 12 febrero 2025.

OUR WORLD IN DATA (OWID). **Prevalencia de trastornos depresivos: hombres vs. mujeres.** Datos recuperados de: IHME, Global Burden of Disease (2024). Disponible en: <https://ourworldindata.org/grapher/depressive-disorders-prevalence-males-vs-females?time=2021&country=ARG~BOL~BRA~CHL~COL~ECU~GUY~PRY~PER~SUR~URY~VEN>. Acceso en: 15 mayo 2025.

PARIONA, Tania. **Guión de cesar santivanez.** Lima, 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Tania%20Pariona.%20Activista%20ind%C3%A9gena,%20pol%C3%ADtica%20y%20feminista-libro.pdf>. Acceso en: 15 mayo 2025.

PERÚ. **Constitución Política del Perú (1993).** Lima: Congreso de la República, 1993a. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Peru/Leyes/constitucion.pdf>. Acceso en: 11 junio 2025.

PERÚ. Congreso de la República. **Ley N° 26.260: Ley de protección frente a la violencia familiar.** Lima, 1993b. Disponible en: HTTPS://CDN.WWW.GOB.PE/UPLOADS/DOCUMENT/FILE/285112/256907_L26260-1993.PDF20190110-18386-6YOACZ.PDF. Acceso en: 11 junio 2025.

PERÚ. Congreso de la República. **Ley N° 29.344: Ley del Aseguramiento Universal en Salud.** Lima: El Peruano, 2009. Disponible en : https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley_N_29344.pdf?v=1575490785. Acceso en: 12 mayo 2025.

PERÚ. Congreso de la República. **Ley N° 30.364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.** Lima, 2015. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wpcontent/uploads/2019/02/Ley3036_erradicarviolencia.pdf. Acceso en: 24 junio 2025.

PERÚ. Congreso de la República. **Ley N° 30.947: Ley de salud mental.** Lima: El Peruano, 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf?v=1608073034>. Acceso en: 24 junio 2025.

PERÚ. Presidencia del Consejo de ministros. **Decreto Supremo N° 007-2020-SA.** Lima: El Peruano, 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/493967/DS_N_007-2020-PCM.pdf?v=1579879273. Acceso en: 25 junio 2025.

PIÑAR RAMÍREZ, Anabel. **¿Cuál ha sido el camino que ha recorrido la salud mental?** En La Vanguardia, 2021. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20211007/7523365/cual-sido-camino-recorrido-salud-mental.html>. Acceso en: 28 mayo 2025.

- RAMOS GARCÍA, Javier. **La histeria fundadora del psicoanálisis**. CPM: Revista Centro Psicoanalítico de Madrid, Madrid, nº 20, 2010. Disponible en: <https://revista.centropsicoanaliticomadrid.com/la-histeria-fundadora-del-psicoanalisis/>. Acceso en: 12 Febrero 2025.
- RAMOS-LIRA, Luciana. **¿Por qué hablar de género y salud mental?** En Salud Ment, México, v. 37, n. 4, ago. 2014. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001. Acceso en: 30 junio 2025.
- REVERTE, José Manuel. **Historia de la muerte en la hoguera**. 2007. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/criminologia/PAGINAS/hoguera.html>. Archivado en: Internet Archive Wayback Machine, 27 feb. 2011. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20110227231052/http://www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/criminologia/PAGINAS/hoguera.html>. Acceso en 15 enero 2025.
- RODIÉ USALL, Judith. **La pandemia de la COVID-19 y la salud mental de las mujeres**. 2020. Disponible en: <https://www.som360.org/es/monografico/investigacion-covid-19/articulo/pandemia-covid-19-salud-mental-mujeres>. Acceso en: 16 junio 2025.
- SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponible en: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero_web.pdf. Acceso en: 17 junio 2025.
- SEGATO, Rita Laura. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016. Disponible en: https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf. Acceso en: 17 junio 2025.
- SERRANO PONTES, A.; MARTÍN MARTÍN, M.; MANCILLA PÉREZ, L. **La desconocida historia de la Histeria**. Gómezes: salud, historia, cultura y pensamiento, 27 Dic. 2017. Disponible en: <https://index-f.com/gomeses/?p=2158>. Acceso en: 15 Diciembre 2024.
- TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS. **Alocución de apertura del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General**, Asamblea Mundial de la Salud, Segunda reunión extraordinaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2_5-sp.pdf. Acceso en: 24 abr. 2025.
- VENTURA, Dalia. **El teatro de las locas, el oscuro experimento de los inicios de la psiquiatría en el hospital más grande de París**. BBC News Mundo, 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-57160451>. Acceso en: 12 febrero 2025.
- ZANELLO, Valeska. **A prateleira do amor: sobre mulheres, homens e relações**. Curitiba, 2018.