25 EMpower

AngloAmerican Foundation

Salud mental adolescente y joven en el sur del Perú: retos, brechas y oportunidades

25
EMpower

Tabla de contenidos

Prólogo de la Presidente y CEO de EMpower	4
Prólogo del CEO de Anglo American Foundation	6
Resumen ejecutivo	8
Introducción y propósito	15
Salud mental en el Perú	20
Marco normativo	38
Intervenciones y oportunidades de mejora	41
Conclusiones	49
Recomendaciones y consideraciones para la intervención	51
Notas	54

Prólogo de la Presidente y CEO de EMpower

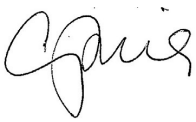
EMpower adopta la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la describe como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. La salud mental es tan importante para los jóvenes como para los adultos, siendo un componente integral de la salud y el bienestar.

Sin embargo, la salud mental de los jóvenes a nivel mundial está en crisis, con importantes consecuencias para su bienestar actual y profundas implicaciones para su adultez. Las tasas de depresión, ansiedad y suicidio adolescente están en aumento a nivel mundial, y los jóvenes que viven en contextos de bajos recursos enfrentan mayores adversidades y situaciones de estrés, además de tener menos acceso a la atención que necesitan.

EMpower considera que la salud mental es fundamental para el bienestar de las personas jóvenes, así como para su capacidad de aprender, trabajar y mantenerse seguras y conectadas socialmente. Apostamos por enfoques comunitarios eficaces, liderados por organizaciones locales confiables y respaldados por adultos de confianza y pares jóvenes. Estos enfoques priorizan la concientización, la prevención, los “primeros auxilios” en salud mental y el fortalecimiento de redes de derivación. Nuestros socios adoptan un enfoque socioecológico, involucrando activamente a madres, padres, docentes, autoridades escolares y otros actores clave en la promoción y protección de la salud mental juvenil.

Para impulsar este importante trabajo en Perú, contamos con el valioso apoyo de Anglo American Foundation, que nos permitió llevar a cabo una evaluación integral del panorama de la salud mental en el país. Nos enfocamos en analizar el grado de avance en la implementación de las políticas públicas existentes y la accesibilidad a los servicios de salud mental en Arequipa y Cusco. Los hallazgos, recogidos en este informe, servirán de base para definir estrategias prácticas e inversiones catalizadoras que promuevan y resguarden la salud mental de las y los jóvenes peruanos, especialmente de quienes enfrentan condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Agradecemos profundamente a nuestros socios locales y a otros expertos peruanos que contribuyeron a este informe y que serán clave para avanzar en la adopción de las recomendaciones orientadas a garantizar la salud mental de la juventud en el país. Valoramos el generoso apoyo de Anglo American Foundation y su compromiso visionario con el bienestar mental de las personas jóvenes. Finalmente, extendemos nuestro sincero reconocimiento a Daniel Parnetti, Director de Programas de EMpower para América Latina, y a Pia Bravo Arenas, Oficial de Programas para Perú, por su visión y dedicación para impulsar este importante trabajo.



Cynthia Steele, Presidente y CEO, EMpower

Prólogo del CEO de Anglo American Foundation

En Anglo American Foundation no consideramos la salud mental como un tema secundario; la vemos como el punto de partida. Cuando una persona joven se siente emocionalmente apoyada y tiene acceso a las herramientas y recursos adecuados, es mucho más probable que permanezca en la escuela, encuentre un trabajo significativo y contribuya a su comunidad. Sin esa base, su potencial queda sin desarrollarse.

Con demasiada frecuencia las conversaciones sobre juventud se enfocan únicamente en el desarrollo de habilidades y la consecución de empleo, sin hacerse una pregunta fundamental: ¿cómo se siente esa persona joven? La realidad es que nadie puede construir un proyecto de vida si se siente abrumado, ignorado o desmotivado. Por eso, el bienestar mental está en el centro de nuestra misión de impulsar a las personas jóvenes para un futuro más verde y justo. Promueve la resiliencia y el liderazgo, y brinda a la próxima generación la confianza y las herramientas necesarias para acceder a oportunidades económicas y construir el futuro.

Esta visión impulsa nuestra alianza con EMpower en Perú. La salud mental sigue siendo uno de los desafíos más urgentes y menos atendidos para las personas jóvenes en todo el país, especialmente en comunidades rurales y marginadas. Este informe es más que una investigación: es una hoja de ruta para la acción, basada en las experiencias reales de jóvenes y guiada por los conocimientos de líderes locales que saben lo que se necesita para lograr un cambio sistémico.

Nos enorgullece apoyar a EMpower y acompañar a las organizaciones, activistas y personas jóvenes que están reimaginando lo que significa crecer con cuidado, conexión y esperanza.

Juntos, podemos contribuir a construir un mundo en el que el bienestar mental no solo se proteja, sino que se priorice. Porque las personas jóvenes no merecen nada menos.

Michael Mapstone, CEO, Anglo American Foundation

Resumen ejecutivo

Introducción y propósito

En 2024, Anglo American Foundation y EMpower establecieron una alianza con el fin de atender la crisis de salud mental que afecta a las personas jóvenes que viven en situación de vulnerabilidad en Arequipa y Cusco, Perú. Esta crisis es de larga data, pero se ha intensificado a raíz de los cambios económicos y sociales ocasionados por la pandemia de COVID-19.

Durante años, el Perú no ha priorizado la atención de la salud mental, lo que se evidencia en la escasa asignación de recursos a esta área, tanto para la prevención como el tratamiento, así como en la ausencia de datos confiables y en la carencia de estrategias multisectoriales. Estos vacíos han limitado el acceso a la atención especializada y la implementación de programas preventivos.

El presente informe tiene como objetivo mapear el panorama de la salud mental de adolescentes y jóvenes en Arequipa y Cusco, con el fin de informar y fundamentar una estrategia de cuidado de la salud que responda a las necesidades de esta población.

A través de esta alianza buscamos no solo mejorar el acceso a información y servicios de salud mental, sino también fomentar la prevención y concientización comunitaria, asegurando que cada joven reciba el apoyo que necesita para prosperar

Salud mental en el Perú

La salud mental como un continuo

La salud mental no debe entenderse como un concepto binario, de presencia o ausencia de enfermedad. Todas las personas, con o sin diagnóstico médico, pueden desarrollar herramientas para prevenir problemas de salud mental y mejorar su bienestar. La salud mental es un continuo, que abarca desde un estado óptimo de bienestar —donde las personas cuentan con las herramientas necesarias para enfrentar las dificultades que las aquejan— hasta altos niveles de dolor emocional y físico que afectan el desarrollo personal.

Existen muchos factores que se interrelacionan e impactan sobre la salud mental de las personas. Por un lado, la pobreza de ingresos, el acceso a servicios deficientes de salud y educación, el desempleo, las condiciones laborales inestables y la exposición a situaciones de violencia están altamente correlacionadas con el padecimiento de problemas de salud mental. Por otro lado, el estigma y tabú asociados a los problemas de salud mental hacen que las personas sean más reacias a compartir sus preocupaciones y logren hablar de este tema abiertamente. Esto las aísla y dificulta su acceso a los servicios y recursos que necesitan para sanar. En 2014, el Instituto Nacional de Salud Mental encontró que el 84 % de peruanos con problemas de salud mental no reconocen su padecimiento y prefieren callar, principalmente porque asocian este tipo de trastornos con debilidad y "ganas de llamar la atención"[1].

El cuidado de la salud mental es, además, un proceso continuo que requiere atención constante a lo largo de la vida. La infancia y adolescencia son etapas especialmente vulnerables, donde factores el ambiente en el ámbito escolar, la presión social, la exploración de la identidad y los roles de género impactan considerablemente sobre el bienestar mental. La juventud temprana (20-24 años) también enfrenta retos significativos, principalmente debido a los cambios ocasionados por la transición de la escuela al mundo del trabajo y la vida adulta independiente. La prevención es de crucial importancia, ya que muchos trastornos mentales en adultos comienzan a incubarse y manifestarse antes de los 15 años, pudiendo evitarse con intervenciones tempranas.

Salud mental joven en el Perú: datos epidemiológicos

En Perú, los jóvenes se enfrentan a diferentes factores que incrementan sus niveles de vulnerabilidad en salud mental. A nivel nacional, el 78% de los adolescentes entre 12 y 17 años ha sido víctima de violencia física y/o psicológica en algún momento de su vida, y más del 34% ha experimentado alguna forma de violencia sexual[2]. Esta realidad, sumada a los altos índices de pobreza, la exposición frecuente a situaciones estresantes y otros factores, ha generado que el 36% de los niños, niñas y adolescentes en Perú presenten problemas conductuales o emocionales que ponen en riesgo su salud mental. Además, el 29.6% de los adolescentes entre 12 y 17 años se encuentran en riesgo de desarrollar dificultades emocionales y conductuales[3].

En el caso del Cusco, los diagnósticos de salud mental más frecuentes en adolescentes incluyen episodios depresivos, fobia social y problemas relacionados con el consumo de alcohol. Además, existe una alta exposición a situaciones de violencia, ya que el 59,6% de los adolescentes ha sufrido algún tipo de abuso, siendo los principales agresores sus compañeros de aula o familiares[4]. Por otro lado, en Arequipa, el diagnóstico clínico más frecuente en adolescentes fue el episodio depresivo, con una prevalencia del 11,4%, seguido de la ansiedad generalizada, que afectó al 7,1%. En cuanto a la violencia, el 40,5% de los adolescentes ha

sufrido algún tipo de abuso, siendo los compañeros de aula o familiares los principales agresores. Finalmente, en Arequipa se observa un alto nivel de ideación suicida, ya que el 22% de los adolescentes ha tenido pensamientos suicidas en algún momento de su vida, y el 4% ha llegado a planificar su suicidio[5].

Prevención y atención

Respondiendo a los estándares internacionales, y con el fin de abordar de una manera más integral la problemática de la salud mental, en 2021 el Congreso de Perú promulgó la Ley No. 30.947. En ella se establece un marco de trabajo para la atención y gestión de la salud mental, priorizando la salud mental comunitaria sobre el modelo de hospitalización que regía anteriormente. De esta manera se crean los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y se contemplan los lineamientos para el trabajo con poblaciones especialmente vulnerables, incluyendo adolescentes. Se precisan los roles de atención, resaltando que solo personal con formación en psiquiatría puede realizar diagnósticos. Finalmente, se establece que las instituciones educativas deben implementar programas de prevención para proteger a los estudiantes de potenciales riesgos de salud mental.

Si bien este nuevo modelo representa un avance, aún existen limitaciones importantes que afectan el bienestar de las poblaciones vulnerables. En el caso de los adolescentes, existe una brecha significativa en la disponibilidad de servicios especializados de salud mental en comparación con otros grupos etarios. En términos generales, los servicios existentes no están concebidos para abordar los problemas específicos que corresponden a esta etapa de la vida, como trastornos de ansiedad, depresión y problemas relacionados con el desarrollo. Los principales centros de atención a los que pueden acudir los adolescentes, que son los centros de salud mental comunitarios, no siempre están debidamente preparados o se dan abasto para atender los crecientes niveles de demanda.

Factores protectores y estrategias de prevención

Otro aspecto importante de la Ley No. 30.947 es su énfasis en el diseño y ejecución de estrategias preventivas en salud mental. En este enfoque, la educación desempeña un papel fundamental como factor protector. El desarrollo de habilidades socioemocionales durante la etapa escolar resulta clave no solo para prevenir trastornos mentales, sino para brindarle a los estudiantes las herramientas necesarias para lograr un mayor bienestar a lo largo de sus vidas. Sin embargo, esto no siempre se logra en las escuelas del Perú.

Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con jóvenes en Arequipa y Cusco señalan que las principales carencias en el ámbito escolar inluyen:

- Docentes con poca motivación y sin tiempo para participar en capacitaciones sobre salud mental.
- Ausencia de sesiones prácticas que no solo informen sobre la importancia de la salud mental y las habilidades socioemocionales, sino que también las desarrollen de forma concreta en los estudiantes.
- Escasez de docentes y personal escolar que cuenten con habilidades socioemocionales sólidas, lo cual resulta esencial, ya que ellos deben ser los primeros en trabajar estas competencias para luego poder ayudar a los estudiantes.
- Falta de programas dirigidos a madres, padres y cuidadores que permitan involucrar a toda la comunidad educativa en el proceso de fortalecimiento socioemocional de los estudiantes.
- Falta de psicólogos en las instituciones educativas, así como de profesionales que no se limiten al ámbito clínico, sino que también dominen técnicas diversas para la gestión de emociones.

Brechas de atención

En 2018, la Defensoría del Pueblo de Perú informó que 8 de cada 10 personas que requieren atención de salud mental no reciben un diagnóstico o tratamiento adecuado[6]. Así como el estigma asociado a la salud mental desalienta a las personas a pedir ayuda, la escasez de profesionales en el campo de salud mental hace que incluso aquellas que sí buscan este tipo de ayuda, no siempre la consigan. En el Perú hay sólo 3 psiquiatras y 17 psicólogos por cada 100,000 habitantes, cuando deberían ser 10 y 30 respectivamente según la Organización Mundial de la Salud (OMS)[7]. Esta brecha se agranda aún más cuando se considera la distribución geográfica de estos profesionales, ya que la mayoría se concentra en la ciudad de Lima. Del mismo modo, los centros de salud están mayoritariamente concentrados en la capital, con el 41% de los establecimientos de EsSalud, Ministerio de Salud (MINSA) y privados ubicados en Lima. La siguiente región es Arequipa, con sólo el 7%, mientras que Cusco tiene sólo 16 centros, lo que representa el 2,8% del total en el país[8].

La Ley No. 30.947 representa un paso en la dirección correcta, pero su implementación dista de ser perfecta. La cantidad de centros de atención resulta insuficiente para atender las demandas existentes en salud mental, los tiempos de espera son largos y los altos costos de transporte y de medicamentos representan barreras adicionales, especialmente

para la población más vulnerable. Aunque Arequipa tiene más centros que otras regiones del país, la falta de personal especializado y recursos adecuados sigue restringiendo la capacidad de respuesta a la demanda. Además, la calidad de la atención es desigual, con algunas instalaciones que carecen de privacidad y recursos básicos de salud, lo que impacta negativamente en la efectividad de los tratamientos y la recuperación de los pacientes.

Recomendaciones y consideraciones

Para el sector público

a. En alianza con organizaciones de la sociedad civil con base en Arequipa y Cusco, trabajar en el desarrollo e implementación de estrategias preventivas de salud mental –especialmente en el sector educativo– que consideren los principales estresores que afectan a los adolescentes de cada región, teniendo en cuenta el contexto sistémico en el que se desarrollan los problemas de salud mental.

b. Trabajar para que madres y padres de familia estén informados sobre los beneficios generados por el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales de sus hijos e hijas, así como la efectividad de las intervenciones temprana en salud mental. Es indispensable comprender las creencias locales sobre la salud mental y, en base a ello, romper el estigma de atención.

c. Facilitar el acceso de las personas que viven en zonas rurales a servicios de salud mental, a través de la contratación de personal capacitado en los Centros de Salud Mental Comunitarios. En las regiones en las que no haya suficiente personal, articular con las municipalidades u otros organismos de gestión local para proveer el servicio para adolescentes y jóvenes.

d. Mejorar la colaboración multisectorial en el seguimiento a las estrategias de prevención, incluyendo el uso de indicadores que permitan monitorear los aprendizajes de estudiantes en base a la estrategia de contenido educativo preventivo y capacitación en manejo emocional a personal docente. En especial, es importante que no solo se mida el conocimiento sobre las emociones, sino que se evalúe la implementación práctica de las estrategias de gestión emocional saludable.

e. Fortalecer las estrategias alternativas de atención y, de ser necesario, crear nuevas alternativas para zonas rurales y urbanas poco atendidas, con el objetivo de liberar la sobrecarga de los Centros de Salud Mental Comunitarios y los psicólogos escolares.

Estudiantes de nivel secundaria en una institución educativa de Arequipa.

Para la sociedad civil

f. Llevar a cabo acciones de incidencia que generen demanda social e impulsen a los Gobiernos Regionales y otros tomadores de decisiones locales a reforzar el financiamiento y cumplir con la ejecución presupuestal de los programas existentes relacionados a intervenciones preventivas y de atención temprana de la salud mental. Para trabajar en este punto de manera multisectorial, es importante articular con los organismos educativos pertinentes, garantizando que las estrategias propuestas respondan a las necesidades de los y las adolescentes.

g. Monitorear las estrategias de intervención para la prevención de muertes por suicidio en Arequipa, ampliando el acceso de toda la población a servicios de atención de emergencias debidamente capacitados en prevención y primeros auxilios psicológicos. Asimismo, capacitar al personal de instituciones educativas para que cuenten con conocimientos básicos de primeros auxilios psicológicos, ya que muchas veces, ante la falta de psicólogos/as, son los y las docentes, e incluso el personal administrativo, quienes tienen la capacidad de intervenir tempranamente.

h. Crear espacios de encuentro entre actores de la sociedad civil locales que permitan compartir conocimientos, experiencias y estrategias de intervención y atención en salud mental relevantes para el contexto cultural de los y las adolescentes.

i. Establecer prioridades de salud mental dentro de cada región en conjunto con organizaciones de la comunidad, padres, madres, jóvenes, la sociedad civil y gobiernos locales, para aterrizar de mejor manera el enfoque comunitario que se pretende adoptar desde la aprobación de la Ley No. 30.947. Por ejemplo, los problemas de agresión y violencia en Cusco deberían ser abordados de manera particular desde las escuelas con un enfoque intercultural que permita una respuesta ajustada a la realidad local.

Introducción y propósito

Anglo American Foundation es una organización filantrópica independiente que tiene como misión impulsar a los jóvenes a ser agentes de cambio para la construcción de un futuro verde y justo. Apuesta por el potencial de innovación de los jóvenes para proponer soluciones a los retos sociales y ambientales que enfrentan, planteando dos líneas principales de acción: el empoderamiento juvenil y la generación de oportunidades económicas en la economía verde. A través de su trabajo en América Latina y el sur de África, promueve el aprendizaje compartido y la colaboración, fortalece ecosistemas, fomenta la conexión y la inclusión, promoviendo un cambio de mentalidad para que los jóvenes sean reconocidos como actores clave en la creación de un futuro próspero.

EMpower es una organización filantrópica que apoya a más de 150 organizaciones no gubernamentales en diferentes países. Trabaja para que las personas jóvenes que viven en situación de vulnerabilidad puedan transformar sus vidas y comunidades a través del desarrollo de sus capacidades en empleabilidad, educación y salud. Apoya con recursos financieros flexibles y de largo plazo a organizaciones locales, entendiendo que el cambio social requiere de inversores filantrópicas de largo plazo.

En 2024 ambas fundaciones establecieron una alianza con el fin de atender la crisis de salud mental que afecta a las personas jóvenes que viven en situación de vulnerabilidad en Arequipa y Cusco, Perú. Durante años, el Perú ha enfrentado una falta de priorización de la salud mental, evidenciada en la escasa asignación de recursos (tanto en prevención como en tratamiento), la ausencia de datos confiables y la carencia de estrategias multisectoriales. Estos vacíos han limitado el acceso a atención especializada y la implementación de programas preventivos. La pandemia de COVID-19 ha exacerbado esta crisis, revelando la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes ante el deterioro de su bienestar mental. El cierre de escuelas y las tensiones económicas han incrementado significativamente los problemas emocionales en estos grupos, con un notable aumento del 30% en la brecha de atención a problemas vinculados a la salud mental desde el inicio de la pandemia[9].

Los datos son preocupantes: el 36% de los niños, niñas y adolescentes en Perú presentan problemas conductuales o emocionales que representan un riesgo para su salud mental. Asimismo, el 29.6% de adolescentes entre 12 y 17 años presenta riesgo de enfrentar dificultades emocionales y conductuales[10]. Sin estrategias preventivas adecuadas, esta situación se agravará en el futuro.

El presente informe tiene como objetivo presentar el panorama de salud mental de adolescentes y jóvenes en Arequipa y Cusco, con el fin de informar y fundamentar una estrategia que responda a las necesidades de esta población. A través de esta alianza buscamos no solo mejorar el acceso a información y servicios de salud mental, sino también fomentar la prevención y concientización comunitaria, asegurando que cada joven reciba el apoyo necesario para prosperar.

Terminología

La salud mental es uno de los pilares más importantes para el desarrollo integral de las personas. El cuidado y la promoción del bienestar mental pueden marcar una gran diferencia en la trayectoria de vida de las personas. Por ello, para evaluar el nivel de desarrollo de un país, es fundamental conocer la situación de salud mental de su población. En este documento utilizaremos diversos términos, como bienestar mental, salud mental, problemas y trastornos. A continuación, ofrecemos una breve explicación de cada uno de estos términos:

- **Bienestar mental:** Sensación subjetiva de coherencia psicológica, estabilidad emocional y conexión social en entornos de apoyo que favorecen la flexibilidad y resiliencia frente a situaciones de estrés y adversidad[11].
- **Salud mental:** Capacidad para actuar con autonomía en entornos que facilitan el desarrollo del potencial, establecer relaciones significativas, adaptarse a las adversidades y tensiones comunes de la vida, y contribuir a la comunidad[12].
- **Problemas de salud mental:** Alteraciones en el bienestar mental que generan angustia emocional e interpersonal, y dificultades para enfrentar los estresores cotidianos, sin alcanzar la gravedad suficiente para un diagnóstico clínico de trastorno mental[13].
- **Trastornos de salud mental:** Alteraciones del pensamiento, emoción, comportamiento y relaciones interpersonales que causan sufrimiento significativo y deterioro funcional en áreas importantes de la vida[14].

Estudiantes en Arequipa participan en una actividad escolar con motivo del Día de la Madre.

La salud mental como un continuo

La salud mental no debe entenderse como un concepto binario, de presencia o ausencia de enfermedad. Todas las personas, con o sin diagnóstico médico, pueden emplear herramientas para prevenir problemas de salud mental y mejorar su bienestar. La salud mental es un continuo, que abarca desde un estado óptimo de bienestar —donde la persona tiene las herramientas necesarias para enfrentar las dificultades que la aquejan— hasta altos niveles de dolor emocional y físico que afectan su desarrollo personal. Este continuo depende de varios factores:

- **Factores individuales:** Habilidades innatas y adquiridas para manejar emociones y establecer relaciones significativas con otras personas, además del desarrollo cerebral.
- **Factores familiares y comunitarios:** Entorno inmediato de la persona. Por ejemplo, los estilos de crianza dañinos, el acoso escolar y las relaciones violentas son causas comunes de problemas de salud mental.
- **Factores estructurales:** Corresponde al contexto más amplio, como la satisfacción de necesidades básicas (agua, comida), conflictos sociales y acceso a la justicia.

Salud mental en la adolescencia y juventud

Estos factores interactúan de manera diferente según la etapa de vida en la que se encuentra una persona. La infancia y la adolescencia son etapas de alta vulnerabilidad, donde la escuela, la presión social, la exploración de la identidad y los roles de género influyen significativamente en el bienestar mental. A nivel mundial, 1 de cada 7 adolescentes de 10 a 19 años padece algún trastorno de salud mental, y hasta el 50% enfrenta problemas relacionados a la salud mental[15].

- En la **adolescencia temprana** (10–14 años), los problemas de conducta y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) son más comunes.
- En la **adolescencia tardía** (15–19 años), predominan la ansiedad, la depresión y los trastornos de conducta alimentaria. Esto se debe a las transiciones emocionales, sociales y físicas que ocurren en esta etapa.

Además de la adolescencia, la juventud temprana (20 – 24 años) también presenta desafíos adicionales. Durante esta fase, las responsabilidades emergentes —como la transición de la escuela al trabajo y a la vida adulta independiente— cobran mayor relevancia. Para tener un trabajo integral de salud mental, las prioridades para este grupo etario deben centrarse en:

- Prevención y manejo de trastornos mentales como depresión, ansiedad y abuso de sustancias.
- Promoción de entornos de soporte en el hogar, escuela y comunidad.
- Intervención temprana para reducir riesgos futuros de trastornos mentales.

Asimismo, es clave tanto para adolescentes como jóvenes poder desarrollar herramientas y hábitos positivos. Tener una rutina de sueño y ejercicio saludables, habilidades de resolución de problemas y el buen manejo de relaciones interpersonales favorecen una mejor adaptación y desarrollo. Además del desarrollo de hábitos, una intervención oportuna permite a adolescentes y jóvenes mejorar su capacidad para regular emociones, evitar conductas de riesgo, desarrollar resiliencia y fomentar redes sociales de apoyo que les ayudarán a crecer como personas y tener una vida adulta más plena[16]. La intervención temprana es esencial para prevenir problemas futuros, ya que la mitad de los trastornos mentales en adultos muestran los primeros síntomas antes de que una persona cumpla 15 años de edad.

Salud mental en el Perú

Entidades especializadas en la recopilación de datos de salud mental

Una de las principales barreras para el planteamiento de una estrategia sólida de prevención y atención a la salud mental en el Perú es la falta de información confiable y consistente. A pesar de esta falencia general, existen algunas entidades especializadas en la recopilación de datos que es importante conocer:

Actores clave en la recopilación de indicadores de salud mental

Nombre de la entidad	Sector	Misión	Foco temático	Principales informes, políticas o lineamientos	Alcance	Sitio web
Defensoría del Pueblo	Público	Defender y promover los derechos de las personas y la comunidad, con autonomía y énfasis en los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad.	Derechos humanos, incluyendo la salud mental. Cumple un rol de supervisión sobre las acciones del Estado, con foco en la protección de los derechos de las poblaciones vulnerables, incluyendo adolescentes y jóvenes.	1. El derecho a la salud mental: supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización (2018).	Nacional, con oficinas regionales en Cusco y Arequipa	www.defensoria.gob.pe
Ministerio de Salud	Público	Garantizar la salud integral de la población peruana mediante la formulación, ejecución, y evaluación de políticas y servicios de salud, con un enfoque en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.	Salud mental, incluyendo estudios específicos sobre adolescentes y jóvenes, políticas nacionales, y evaluación de servicios de salud mental. Recolectan datos epidemiológicos de las principales enfermedades de salud mental y las tendencias relacionadas en las diferentes regiones.	1. Política Nacional de Salud Mental 2021-2026 2. Lineamientos de política sectorial en salud mental (2018) 3. Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021 (en el contexto del COVID 19).	Nacional. Cada región cuenta con una Dirección Regional de Salud (DIRESA) y Direcciones Regionales de Salud Mental.	www.minsa.gob.pe

Secretaria Nacional de la Juventud (SENAJU)	Público	Promover y coordinar políticas y programas en favor de la juventud, impulsando el desarrollo integral de los jóvenes en el Perú.	Salud mental juvenil, desarrollo integral, programas y políticas para jóvenes. Además, hace una revisión de todas las políticas y estrategias regionales relacionadas a juventudes, evaluando además la respuesta de los gobiernos locales y regionales.	1. Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la política nacional de juventud (2020).	Nacional	www.senaju.gob.pe
Instituto Nacional de Salud Mental -Honorio Delgado-Hideyo Noguchi	Público	Promover la salud mental mediante la investigación, tratamiento y prevención de trastornos mentales.	Se encarga del realizar los principales mapeos epidemiológicos de las diversas regiones. Además, aborda el desarrollo y evaluación de programas de prevención, nuevas modalidades de tratamiento y el impacto de factores socioculturales en la salud mental. Finalmente, evalúa políticas y programas de salud mental para mejorar su efectividad.	1. Estudio Epidemiológico de Salud Mental (EESM) en las ciudades de Cusco y Huancayo (2011). 2. Estudio Epidemiológico de Salud Mental (EESM) en Arequipa, Moquegua y Puno (2018).	Nacional y regional	www.insm.gob.pe/institucional/institucional.html
Ministerio de Educación	Público	Regular y supervisar el sistema educativo para garantizar una educación de calidad.	Seguimiento a la efectividad de la implementación de la estrategia nacional de educación, sobre todo en la evaluación de desempeño por competencias (incluyendo socioemocionales). Además, tiene una plataforma (SíSeVe) de monitoreo sobre bienestar de aula, en la que se recolecta información sobre los casos de violencia en los espacios escolares.	1. Reporte SíSeVe (2023).	Nacional y regional	www.minedu.gob.pe

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)	Público	Proveer datos estadísticos confiables para apoyar la planificación y toma de decisiones en el país.	Recolección y análisis de datos sobre diferentes temáticas, incluyendo salud mental y estudios relacionados con la salud mental adolescente. Además, hacen mapeos de salud mental en los estudios relacionados a diferentes poblaciones vulnerables (mujeres, comunidad LGBTI, etc.)	1. "Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)". 2. "Estado de la niñez y adolescencia".	Nacional, con datos a nivel regional y local	www.inei.gob.pe
Save the Children	Sociedad Civil	Salvar las vidas de los niños y garantizar su desarrollo saludable y bienestar, enfocándose en la promoción de sus derechos, protección y educación en contextos de emergencia y desarrollo.	Salud mental infantil y juvenil, protección de la infancia, desarrollo integral de la niñez, y respuesta a emergencias con un enfoque en la salud mental y el apoyo psicosocial.	1. Análisis de género. Niños, niñas y adolescentes trabajadores en las regiones de Cusco, Ica y Ayacucho (2016).	Presencia en la mayoría de las regiones del Perú, con especial atención en Cusco.	www.savethechildren.org
Organización Mundial de la Salud	Cooperación Internacional	Liderar los esfuerzos internacionales en salud pública, proporcionando liderazgo en temas de salud globales y apoyando a países en la implementación de políticas de salud.	Salud mental global, políticas y estrategias de salud mental a nivel mundial. Además, hace reporte del estatus de la situación de salud mental a nivel mundial, así como evalúa las respuestas de la implementación de las distintas estrategias.	1. Salud mental en adolescentes (2020) 2. Plan de acción sobre salud mental 3. Prevención del suicidio: Un imperativo global (2014)	Global	www.who.int/es/healthtopics/mentalhealth

UNICEF	Cooperación Internacional	Defender y promover los derechos de la niñez y la adolescencia para garantizar su bienestar integral.	Proyectos y estudios sobre salud mental, apoyo emocional y prevención del suicidio en adolescentes.	1. Ser Adolescente en el Perú (con distintos tomos y temáticas publicadas). 2. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID 19 (2021).	Nacional y regional	www.unicef.org/peru

Datos epidemiológicos

En 2005, el World Mental Health Survey fue aplicado en Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tacna. Se encontró que el 29% de la población presentaba un trastorno de salud mental en algún momento de su vida. A nivel nacional, los trastornos de ansiedad fueron los más comunes (14.9%), seguidos por trastornos del estado de ánimo y del control de impulsos[17]. Si bien se escogieron regiones representativas, los datos no fueron desagregados por localidad al momento de realizar el análisis.

En 2014, la prevalencia anual de trastornos de salud mental en Perú fue del 20.7%[18]. El Ministerio de Salud reportó que el 17.5% de todas las enfermedades en el país eran de tipo neuropsiquiátrico, con una pérdida de más de 1 millón de años de vidas saludables[19]. Los trastornos más comunes en personas mayores de 12 años fueron los episodios depresivos, seguidos de ansiedad y consumo excesivo de alcohol[20].

En la población joven, además de los mencionados anteriormente, se suma el problema de LA ira explosiva como un diagnóstico recurrente. Estudios regionales, como los Epidemiológicos de Salud Mental (EESM), revelaron una prevalencia de trastornos de salud mental del 18.8% en Arequipa (2006)[21] y del 14.4% en Cusco (2011)[22]. La mayoría de estos trastornos comienza antes de los 30 años y a una edad media de 22 años. En el caso de los trastornos de ansiedad, suelen aparecer alrededor de los 15 años, seguidos por trastornos de control de impulsos a los 20 y problemas por uso de sustancias a los 26[23].

Entrega de materiales educativos a docentes para fortalecer la promoción de la salud mental.

Factores de vulnerabilidad

Algunas desventajas sociales como los bajos ingresos, los servicios deficientes de salud y educación, el desempleo y las condiciones laborales inestables están altamente correlacionadas con tasas elevadas de problemas de salud mental. La violencia familiar, además, es un factor crucial que contribuye al desarrollo de este tipo de problemas. Las creencias sobre la violencia como método disciplinario siguen siendo prevalentes, lo que agrava la situación de vulnerabilidad para estos grupos. En el Perú, el 78% de adolescentes entre 12 y 17 años ha sido víctima de violencia física y/o psicológica[24] en algún momento de su vida, y más del 34% ha experimentado alguna forma de violencia sexual[25].

Las repercusiones que ser víctima de violencia tiene en la salud mental no siempre son fáciles de identificar. El 49% de los adolescentes a nivel nacional reporta problemas de naturaleza internalizante, como tristeza, preocupación excesiva o baja autoestima[26]. Los problemas mentales internalizantes son aquellos en los que la persona tiende a dirigir sus dificultades hacia su interior en lugar de expresar comportamientos externos. Debido a que estas conductas no suelen ser altamente disruptivas, es más difícil que sean identificadas por otras personas. En este sentido, es crucial que el personal docente, así como padres y madres de familia, tengan las capacidades necesarias para identificar cambios sutiles en el comportamiento. Además, los y las adolescentes en la región de la sierra muestran mayor riesgo de conductas internalizantes, lo que refleja disparidades geográficas en los problemas de salud mental[27].

Así como la violencia es un factor de vulnerabilidad con consecuencias casi automáticas en el ámbito de la salud mental, hay otros como el nivel educativo que pueden no mostrar sus consecuencias hasta más adelante en la vida de las personas. En estudios[28] que analizan esta diferencia, por ejemplo, no siempre se ve una mayor prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes de menos de 25 años sin secundaria completa. Sin embargo, en personas mayores de 40, el máximo nivel educativo alcanzado sí es un factor que se debe considerar para analizar el grado de vulnerabilidad ante trastornos mentales. Por esta razón, el trabajo de prevención de problemas de salud mental en jóvenes no debe enfocarse únicamente en los principales factores de riesgo presentes en ese grupo de edad, sino que también debe considerar qué factores de riesgo de la adultez pueden prevenirse o mitigarse con intervenciones tempranas durante la adolescencia.

Factores protectores y recursos positivos

A pesar de los desafíos, muchos adolescentes en el Perú se benefician de factores protectores como la cohesión familiar y el apoyo social. En Arequipa, por ejemplo, el 86.4% se siente orgulloso de su familia, y un 72.1% confía en que puede contar con su apoyo en momentos difíciles. Sin embargo, el 27.8% indica que tiene poca o ninguna conversación sobre temas personales con sus familiares, lo que puede afectar su bienestar emocional[29]. En el caso de Cusco, los indicadores no presentan diferencias significativas, aunque sí existe una percepción más negativa por parte de las mujeres de dicha región con respecto a la cohesión y sentido de pertenencia familiar.

Adicionalmente, existen otros aspectos de salud mental positiva que han sido identificados en los estudios epidemiológicos realizados. Por un lado, en el caso de la autoestima, la media peruana está en 33,01 (bajo la escala de autoestima de Rosenberg, cuyo rango es del 10 al 40) en comparación a la media mundial de 30,85. Con respecto a este punto, Cusco tiene un promedio de 30,16 y Arequipa de 30,89. Por otro lado, la resiliencia, medida por la escala del Yo (rango de 14 a 56), es de 46,77 en Cusco y 45,65 en Arequipa.

Por último, el porcentaje de adolescentes que reportó sentir satisfacción con la vida también fue medido en ambas regiones. En este caso, el 82% de adolescentes en Arequipa reportaron sentirse satisfechos o muy satisfechos, mientras que en el caso de Cusco el porcentaje fue de 83,6%. En ambos casos, no se encontraron diferencias significativas con las regiones con las que fueron comparadas.

Factores de vulnerabilidad en Cusco y Arequipa

En el caso de Cusco, los diagnósticos más comunes en adolescentes son los episodios depresivos, seguidos de fobia social y problemas relacionados con el consumo de alcohol. Si bien los diagnósticos no difieren en gran medida de lo observado a nivel nacional, destacan dos principales preocupaciones. En primer lugar, la edad de inicio del consumo de alcohol en la región es preocupante, ya que varía entre los 9 y 15 años con una media de 12,8. Por último, el 63.8% de adolescentes de la región ha consumido alcohol alguna vez en su vida. Según la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, se estima que el promedio nacional es de 29.5%[30].

Con respecto a Arequipa, el trastorno clínico más común entre los adolescentes encuestados fue el episodio depresivo, con una prevalencia del 11,4%, seguido por la ansiedad generalizada que afectó al 7,1% de jóvenes. Además, el 4,9% mostró tendencia a padecer problemas alimentarios y el 3,9% presentó fobia social. Con respecto al uso de sustancias, la edad

promedio de inicio fue de 13,3, y un 58.1% de adolescentes que ha consumido alcohol alguna vez en su vida. En ninguna de las dos regiones se encontraron diferencias significativas entre las conductas de consumo de alcohol entre hombres y mujeres.

En segundo lugar, en ambas regiones preocupa la prevalencia de altos niveles de violencia. En Cusco, el 59.6% de los adolescentes ha sido víctima de algún tipo de violencia, mayormente ejercida por compañeros de aula o familiares. La tasa de violencia familiar contra mujeres es del 79.4%, en donde la violencia psicológica representa el 61.5% de los casos, seguida por la violencia física y sexual[31]. La participación de adolescentes en conductas violentas es significativa (19.9%), y los pensamientos homicidas (3.4%) son más comunes que en otras regiones[32].

En el caso de Arequipa también se observan altos niveles de violencia. El 40,5% de los adolescentes ha sido víctima de algún tipo de violencia, siendo los compañeros de aula y familiares los principales agresores. Sumado a ello, en Arequipa la violencia es una de las principales fuentes de estrés (percibida por el 20% de las adolescentes), seguida por la delincuencia (16.3% en varones)[33].

En el caso de Cusco, los principales estresores contextuales para adolescentes y jóvenes son la corrupción (20.9%), la pobreza (20.4%) y la delincuencia (17.3%)[34]. A diferencia de Arequipa, la violencia no es identificada como una preocupación principal, siendo percibida como uno de los principales problemas por el 13% de adolescentes. En ambas regiones, además, se demuestran altos niveles de desconfianza hacia las autoridades, pero existe más confianza hacia maestros y líderes religiosos[35].

Otro factor relevante para ambas regiones es la pobreza. La relación entre la salud mental y la pobreza forma un ciclo vicioso, en el que las circunstancias socioeconómicas desfavorables provocan problemas de salud mental, y estos, a su vez, agudizan las dificultades económicas. Las restricciones financieras en el hogar afectan la educación, generan tensiones entre los miembros de la familia y dificultan el desarrollo psicológico adecuado en la relación entre padres, madres e hijos. Además, suelen conllevar dificultades para acceder a información y atención sobre problemas de salud mental[36]. Según la Encuesta Nacional de Hogares (2023), en Arequipa la pobreza monetaria es de 13.9% (con un 18% de adolescentes viviendo en hogares pobres), mientras que en Cusco la pobreza monetaria es de 21,7% (no se reportó información sobre adolescentes en hogares pobres)[37].

Situación de alerta

Además de los factores de vulnerabilidad usuales, Arequipa está en especial alerta por ser la región con la tasa más alta de suicidio del país, incluso superando a Lima[38]. Aunque aún no se comprenden completamente las causas de las altas tasas de suicidio, diferentes expertos apuntan a la violencia familiar y el consumo de sustancias como factores clave. A pesar de que cerca de 4,717 personas reciben tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas, esto representa sólo al 2% de quienes tienen este problema[39].

En el caso de los adolescentes, tanto Cusco como Arequipa presentan una situación de alerta. En el caso de Cusco, el 28% expresa que en algún momento ha sentido deseos de morir, mientras que en Arequipa esta cifra es de 22%. En ambas regiones, el porcentaje de adolescentes que ha tenido en algún momento planes específicos para quitarse la vida es del 4%. Esta última cifra es especialmente preocupante porque representa una población que requiere atención especializada de manera inmediata.

A pesar de que no existe información sobre la media nacional de ideación suicida, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) señala que existe una tendencia de aumento en los casos de intentos de suicidio en el Perú, y los jóvenes de entre 15 a 19 años son la población más afectada (representando el 30% de casos a nivel nacional). Si bien la selva es la región donde los casos han aumentado de manera más notoria, la sierra sigue siendo la región con mayores índices de intentos suicidio en jóvenes. Otro grupo afectado desproporcionadamente son las mujeres, quienes representan el 63% de casos totales. En efecto, hasta julio del 2024, el 23% del total de suicidios efectivos en el país fueron de mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años. Según el CDC, la mayoría de los casos están relacionados con situaciones de violencia familiar y sexual, así como dificultades para relacionarse con los pares y trastornos de ansiedad[40].

Ante esta situación, en 2022 el Gobierno Regional de Arequipa implementó un plan para reducir las tasas de suicidio al mejorar el acceso a servicios y fortalecer la intervención temprana para prevenir muertes evitables[41]. Según la OMS, las principales estrategias efectivas para la prevención de suicidio son la restricción de acceso a los medios de suicidio más comunes (por ejemplo, colocando mallas o barreras en puentes altos), la sensibilización de los medios de comunicación para promover la responsabilidad al reportar casos de suicidio y así evitar imitaciones, la promoción de programas que promuevan el desarrollo de aptitudes para la vida en jóvenes, y la detección temprana y seguimiento oportuno. El plan del Gobierno Regional de Arequipa cumple con alguno de estos puntos, como el desarrollo de estrategias de prevención a través de la capacitación al personal de salud en detección temprana e intervención oportuna[42]. Adicionalmente, se contempló el fortalecimiento de las redes de apoyo

psicológico a través de líneas de atención disponibles las 24 horas y la instalación de más centros de salud mental. Estas últimas estrategias se dieron a través de un trabajo conjunto con el Ministerio de Salud, que se encarga de monitorear y atender las líneas de emergencia.

Sin embargo, otras estrategias que se contemplaron dentro del plan aún no han sido implementadas. En el caso de la restricción al acceso a medios de suicidio, desde el 2018 se puso en marcha la planificación para el enmallado del puente comúnmente conocido como Puente Chilina (uno de los más extensos de la región). En parte, una de las razones por las que se aprobó el plan fue por la cantidad de suicidios que tenían lugar en ese espacio. En el 2022, con el desarrollo del plan, se identificó como de carácter prioritario la realización de las obras necesarias para instalar las mallas, con un plazo máximo de 18 meses, que vencía en diciembre del 2023. A pesar de no cumplir con el plazo, las obras tuvieron un nuevo cronograma de inicio en junio de 2024. Sin embargo, a setiembre de 2024 las obras de instalación de las mallas aún no habían culminado. Si bien es una medida que ha probado ser efectiva en otros contextos y está incluida dentro de las 4 medidas priorizadas por la OMS para las políticas públicas de prevención de suicidios, es necesario que vaya acompañada de estrategias de prevención que aborden la detección temprana, el fortalecimiento de habilidades socioemocionales en adolescentes y la reducción del estigma a la atención de salud mental[43].

Si bien no existe aún un reporte de los avances del plan en mención, es posible asumir que, debido a demoras en la implementación de medidas como estas, Arequipa sigue siendo la región con mayor cantidad de casos de suicidio a nivel nacional en lo que va del 2024[44]. En el caso de Cusco, no existe información disponible sobre alguna iniciativa o plan específico para la prevención de suicidios o suicidio adolescente.

Brechas de acceso y disparidades urbano/rural

El análisis y la puesta en práctica de estrategias de prevención, incluyendo las que se necesitan tanto en Cusco como Arequipa, requieren de personal de salud capacitado. Sin embargo, la escasez de profesionales en este campo agrava la situación. En el Perú hay sólo 3 psiquiatras y 17 psicólogos por cada 100,000 habitantes, cuando deberían ser 10 y 30 respectivamente según la OMS. En 2020, el MINSA reportó 264 psiquiatras, pero el 72% se concentraba en Lima, arrojando una cifra inferior al promedio latinoamericano (3,4 por cada 100,000 habitantes) en más de 15 regiones del país[45].

Este desequilibrio también se refleja en la distribución de centros de salud. Lima concentra el 41% de los centros de EsSalud, MINSA y privados. La región siguiente es Arequipa, con sólo el 7%, mientras que Cusco tiene sólo 16 centros, lo que representa el 2.8% del país[46]. En zonas sin profesionales de salud mental, los médicos generales asumen este rol, lo que afecta la calidad

de la atención pues carecen de la formación necesaria. En 2018, la Defensoría del Pueblo informó que 8 de cada 10 personas que requieren atención de salud mental no reciben un diagnóstico o tratamiento adecuado[47].

El informe defensorial también destaca la baja ejecución del presupuesto designado a mejorar e implementar instalaciones adecuadas referentes a salud mental, en especial a la instalación de Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA). Diversos hospitales a nivel nacional, entre ellos el Hospital Goyeneche de Arequipa, han recibido presupuesto designado para la implementación de dichas camas. Sin embargo, a pesar de tener presupuesto disponible para ese fin desde el 2015, no han logrado ejecutarlo.

Otro aspecto que agrava la brecha de atención es que mientras más alejada se encuentre la persona de una zona urbana, menos posibilidades de acceso tiene a servicios de apoyo. En Lima Metropolitana, por ejemplo, la brecha de acceso a servicios de salud mental es del 69%, mientras que en Lima rural es del 93.2%. Si bien no hay información disponible sobre esta brecha en todas las regiones, existen otros factores, además de la disponibilidad de servicios e infraestructura, que imposibilitan a los adolescentes recibir atención, y que varían según el contexto regional.

En el caso de Cusco, la mayoría de los adolescentes que no recibieron atención para sus problemas emocionales o mentales no buscaron atención porque consideraron que debían superar estas dificultades solos (50,4%) o porque no sabían dónde buscar ayuda (56,8%). Además, un 38,6% mencionó la falta de confianza en los servicios disponibles y un 20,4% señaló la falta de recursos económicos como razones para no acudir a este tipo de consultas. En el caso de Arequipa, el 57,2% de los adolescentes que no buscaron ayuda fue porque pensaban que su problema no era muy serio, el 42,8% sentía que lo debía superar solo, el 22,6% por falta de confianza y el 16,6% por falta de recursos económicos.

En efecto, los recursos disponibles suelen ser un mayor problema en Cusco, mientras que las barreras presentes en Arequipa se relacionan más con el estigma asociado a la salud mental. Finalmente, al igual que el contexto geográfico, las disparidades en la brecha de atención también afectan especialmente a poblaciones vulnerables como mujeres, niños, adolescentes, migrantes y a la comunidad LGTBI.

Taller de desarrollo de habilidades socioemocionales dirigido a estudiantes de secundaria en Arequipa.

Presupuesto insuficiente

El limitado presupuesto asignado a la salud mental es otro factor clave en la brecha de acceso a la atención. El ***Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development*** recomienda asignar entre el 5% y el 10% del presupuesto de salud a esta área, pero en 2024 el Perú sólo asignó el 2.6%[48]. Esto equivale a unos $5.25 dólares anuales por persona. A pesar de los aumentos recientes, el presupuesto sigue siendo insuficiente. Si además sumamos los bajos índices de ejecución presupuestaria, se entiende que los esfuerzos no estén siendo suficientes para reducir la brecha de atención de los problemas de salud mental que ha ido aumentando desde la pandemia de COVID-19.

Durante la pandemia, la demanda de servicios de salud mental, sobre todo en adolescentes, aumentó en todo el mundo. La OMS informa que el 93% de los países vieron interrumpidos sus servicios de salud mental durante este período. El estrés, el duelo, el aislamiento, la crisis económica y los conflictos sociales prolongados debilitaron la resiliencia de la población y generaron trastornos mentales en grupos vulnerables, mientras que la disponibilidad de servicios no ha crecido en la misma medida[49].

El Instituto Nacional de Salud Mental señala que, durante la pandemia, en Lima Metropolitana se observó que, de cada 100 personas con un trastorno de salud mental, el 80% era consciente de su situación y el 50% deseaba recibir atención, pero solo el 12% logró acceder a servicios de apoyo. Esto contrasta con 2010, cuando solo el 50% tenía conciencia de su condición y cerca del 20% podía recibir ayuda[50]. Aunque la tendencia muestra que la población es más consciente y busca más apoyo, su acceso a la atención ha retrocedido. Lamentablemente no existe información sobre esta misma variación en otras regiones del país. Sin embargo, un estudio de UNICEF confirma que en la sierra, el 34.5% de los menores de edad estuvo en riesgo de desarrollar problemas de salud mental[51].

Educación y salud mental

Además del enfoque de salud y epidemiología, para conocer la situación de salud mental en adolescentes es necesario analizar las estrategias preventivas que se están dando desde el sector educativo. En este sentido, en el 2022 el Ministerio de Educación publicó las guías para el Programa de Habilidades Socioemocionales, que contienen los lineamientos que deben aplicarse durante los siete ciclos en los que se divide la etapa escolar. El objetivo consiste en que, dentro de los espacios de tutoría, los docentes puedan crear contextos y marcos de acción que les permitan a los y las estudiantes responder de forma adaptativa y positiva a las condiciones que les presente su entorno[52].

Las habilidades socioemocionales son útiles para manejar los estados emocionales, fortalecer y mejorar las relaciones positivas, adaptarse al entorno y fomentar la resiliencia, así como para gestionar de manera efectiva los proyectos de vida. Cabe resaltar que, tomando como marco de referencia la definición de salud mental de la OMS, este programa aborda los cinco componentes necesarios para promover una buena salud mental. Se priorizan 13 competencias: autoestima, autoconcepto, autocuidado, comportamiento prosocial, comunicación asertiva, conciencia emocional, conciencia social, empatía, creatividad, regulación emocional, resolución de conflictos, toma de decisiones responsables y trabajo en equipo.

En el sexto ciclo, primero y segundo de secundaria (12 y 13 años), los adolescentes desarrollan habilidades relacionadas principalmente con el trabajo en equipo, la autoestima y el autoconcepto, luego de los cambios ocasionados por la pubertad. Además del docente, también deben estar involucrados los coordinadores de gestión del bienestar, quienes trabajan para asegurar que se implemente de manera efectiva el programa. En el séptimo y último ciclo, que incluye a tercero, cuarto y quinto de secundaria, el foco cambia a poder dar a los estudiantes herramientas que les sirvan en su adaptación a la vida fuera de la escuela. En esta etapa, se prioriza trabajar en la gestión del estrés y la presión que pueden experimentar los estudiantes debido a la confusión e inseguridad que enfrentan al tomar decisiones importantes sobre su futuro. Por lo tanto, se busca fomentar el trabajo colaborativo y la discusión grupal, permitiendo que los y las adolescentes compartan sus temores, expectativas y soluciones a estas situaciones comunes en su desarrollo[53].

Habilidades socioemocionales en adolescentes peruanos

Con respecto a los resultados que este programa ha tenido en el desarrollo de habilidades socioemocionales en estudiantes, el Ministerio de Educación realizó una evaluación muestral en el 2022 donde se evaluó a estudiantes de sexto de primaria y segundo de secundaria. A nivel nacional, se observó que un menor porcentaje de estudiantes mujeres mostró una autoeficacia positiva. Esta diferencia plantea la necesidad de desarrollar estrategias equitativas que permitan a ambos géneros expresar sus ideas sin miedo a la crítica, establecer metas y manejar el estrés y las emociones negativas de forma efectiva[54].

La autoeficacia académica es esencial para el buen rendimiento escolar, ya que se trata de cuánto una persona cree en su habilidad para resolver problemas, superar obstáculos y lograr metas educativas. Esto influye directamente en su motivación, esfuerzo y persistencia en el aprendizaje[55]. Solo el 20% de los y las estudiantes de Cusco obtuvieron un puntaje considerado positivo en la escala de evaluación, mientras que en Arequipa este porcentaje fue de 16% (el rango de resultados a nivel nacional fue de entre 14% y 24%). En ambos casos, las escuelas rurales obtuvieron mejores puntajes en esta dimensión. Por otro lado, otro componente importante para el desarrollo es la autoeficacia social, es decir, la confianza que

alguien tiene en su habilidad para comunicar, influir y resolver problemas en interacciones sociales. Esta dimensión registró resultados similares en Cusco (7%) y Arequipa (9%). Como referencia, el porcentaje de estudiantes que perciben que pueden relacionarse y comunicarse adecuadamente con sus pares, así como afrontar desafíos sociales, osciló entre el 5 % y el 11 % en las regiones evaluadas[56].

Adicionalmente, en el 2023 se realizó el Estudio Sobre Habilidades Sociales y Emocionales, administrado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en el cual se evaluaron las habilidades socioemocionales bajo el Modelo de las Cinco Grandes. Este modelo incluye el desempeño en las tareas, regulación emocional, cooperación, apertura a la experiencia e involucramiento con los otros. A nivel nacional, los estudiantes peruanos obtuvieron un puntaje por encima del promedio mundial en todas las habilidades socioemocionales, a excepción de empatía y sociabilidad.

Con relación a los factores contextuales que guardan relación con el desarrollo de habilidades socioemocionales, los estudiantes hombres manifestaron un mayor sentido de pertenencia en comparación con las mujeres. Además, aquellos que asisten a escuelas rurales obtuvieron mejores puntajes en este aspecto que sus compañeros en escuelas urbanas. Este punto es especialmente importante porque los estudiantes con un mayor sentido de pertenencia a la escuela también reportaron niveles más altos en todas las habilidades socioemocionales[57].

Finalmente, las relaciones sociales entre estudiantes presentaron problemas significativos. En particular, un grupo importante de estudiantes señaló que, en el último año, había sufrido y/o había ejercido algún tipo de burla, rumor y/o violencia hacia otro estudiante. Finalmente, tanto los estudiantes que participaron con mayor frecuencia en el acoso escolar como aquellos que fueron víctima de éste presentaron niveles más bajos en todas las habilidades socioemocionales.

Si bien esta situación presentada en este último estudio parece más alentadora que la evidenciada en los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental, la diversidad y heterogeneidad que presentan los resultados de las distintas investigaciones refuerzan la necesidad de contar con estudios estandarizados a nivel nacional. Es necesario que se pueda contar con investigaciones más actualizadas de las diversas regiones, y que estas respondan a estándares internacionales de medición que permitan realizar comparaciones e informar rutas de acción basadas en evidencia.

Experiencias en escuelas públicas de Cusco

Debido a la falta de información relacionada con el desarrollo de habilidades socioemocionales, quisimos rescatar la experiencia de dos organizaciones que desarrollan programas dentro de escuelas públicas en la ciudad de Cusco. Ambas consideran que la falta de preparación y motivación docente para abordar tanto la salud mental como las habilidades socioemocionales significan una barrera importante para la implementación de los programas desarrollados por el Ministerio de Educación.

Entre las principales carencias identificadas, las organizaciones destacan:

- Docentes con poca motivación y sin tiempo para participar en capacitaciones.
- Ausencia de sesiones prácticas que no solo informen sobre la importancia de la salud mental y las habilidades socioemocionales, sino que también las desarrollen de forma concreta en los estudiantes.
- Escasez de docentes y personal escolar con habilidades socioemocionales fortalecidas, lo cual resulta esencial, ya que ellos deben ser los primeros en trabajar estas competencias en sí mismos.
- Falta de programas dirigidos a madres, padres y cuidadores para involucrar a toda la comunidad educativa en el proceso de fortalecimiento socioemocional.
- Falta de psicólogos o profesionales que dominen técnicas diversas para la gestión de emociones en las instituciones educativas.

Adicionalmente, ambas organizaciones consultadas coinciden en que una de las barreras más frecuentes es la falta de desarrollo de habilidades socioemocionales de la misma plana docente. Esto genera que el abordaje no sea integral, y que el enfoque preventivo-comunitario no de los resultados esperados.

Con respecto al nivel de desarrollo de habilidades socioemocionales y las posibles causas de la situación, se comenta que:

> ***"Muchos profesores no están preparados emocionalmente para enseñar estas habilidades y, debido a sus propias carencias, abordan los temas únicamente desde una perspectiva teórica. [...] El nivel de conocimiento y sensibilización de los docentes sobre la importancia de las habilidades socioemocionales es bajo, ya que no consideran su enseñanza una prioridad. Lo mismo ocurre con los estudiantes y sus familias, quienes tampoco parecen darle la relevancia necesaria."***
>
> ***–Representante de una organización socia de EMpower en Cusco***

> ***"La enseñanza de habilidades socioemocionales se aborda de manera puntual, principalmente cuando surgen necesidades específicas relacionadas con dificultades familiares. No existe un programa estructurado ni un enfoque sistemático que permita integrar estas habilidades de manera continua en el proceso educativo. A menudo, se reconoce la importancia de contar con un psicólogo dentro de la institución educativa, pero se tiende a delegar toda la responsabilidad de tratar los problemas socioemocionales de los estudiantes y sus familias a esta figura, lo cual resulta inviable dado el elevado número de estudiantes (más de 500 en el nivel secundario en la escuela en la que intervenimos). La sensibilización sobre la importancia de estas habilidades es limitada tanto entre docentes como estudiantes, y no hay un enfoque integral que involucre a todo el personal educativo en su desarrollo."***
>
> ***–Representante de una organización socia de EMpower en Cusco***

Finalmente, una de las organizaciones rescata estrategias que han resultado útiles para la mejora de la implementación:

> ***"En nuestra experiencia, desde la implementación de nuestro proyecto de educación sexual integral en instituciones educativas públicas hemos contado con la fortuna de establecer alianzas con los directores de las instituciones educativas con las que trabajamos. Estos líderes están sensibilizados respecto a la importancia de fortalecer las habilidades socioemocionales, lo que facilita el desarrollo adecuado de las actividades."***
>
> ***–Representante de una organización socia de EMpower en Cusco***

Facilitador de talleres de habilidades socioemocionales en el distrito de Saylla, Cusco.

Marco normativo

Existen diversas políticas que abordan la salud mental y el bienestar de la juventud en el Perú. Sin embargo, el marco normativo vigente sigue siendo limitado en cuanto a las estrategias propuestas para la ejecución y medición de acciones de prevención y promoción del bienestar integral. A nivel nacional y regional, muchas de estas políticas mencionan la salud mental de manera superficial y no se traducen en indicadores específicos.

Instrumentos legales en el ámbito de la salud mental en Perú:

Ley / Normativa / Plan	Alcance	Año de publicación	Resumen
Ley N.ª 30947 – Ley de Salud Mental	Nacional	2021	Es la primera ley integral que establece un marco de trabajo para la atención y gestión de la salud mental en Perú, enfocándose en la salud mental comunitaria por sobre el modelo de hospitalización. En el reglamento, publicado en 2022, se implementan los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y se contemplan los lineamientos para poblaciones vulnerables, incluyendo adolescentes. Se precisan los roles de atención, resaltando que solo psiquiatras pueden realizar diagnósticos. Finalmente, establece que las instituciones educativas deben implementar programas de prevención para proteger a los estudiantes de potenciales riesgos para la salud mental. Esto ha sido ejecutado por el MINEDU a través de los Programas de Habilidades Socioemocionales.
Política Nacional Multisectorial de Salud 2030 (PNMS 2030) "Perú, país saludable"	Nacional	2020	Recoge las estrategias y lineamientos que las entidades territoriales correspondientes deben implementar para lograr una óptima atención en salud. A pesar de buscar un enfoque más integral, la salud mental no es analizada como un eje central necesario para el bienestar de la ciudadanía. A pesar de ello, menciona a 9 regiones que señalan la salud mental como un eje prioritario de trabajo, ente las que se encuentran Arequipa y Cusco. Según el Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental a agosto del 2024[58], en base al Presupuesto Institucional Modificado (PIM), Arequipa es la tercera región con el mayor presupuesto asignado para salud mental (29 MM) luego de Cajamarca y Piura. Cusco ubica el puesto número 6 con 22 millones de soles asignados. Con respecto a la ejecución, Arequipa ha logrado ejecutar 64,5% mientras que Cusco un 60,5% del monto asignado.

Plan Estratégico Institucional Arequipa 2021 - 2024	Regional - Arequipa	2021	Se centra en ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud mental a través de la capacitación del personal, la adaptación de programas de prevención y tratamiento a las necesidades locales, y la implementación de protocolos específicos para abordar trastornos mentales prevalentes en la región. Además, identifica poblaciones y comunidades especialmente vulnerables, como por ejemplo la población que reside en zonas rurales.
Plan regional para la prevención del suicidio en Arequipa	Regional - Arequipa	2022	La Gerencia Regional de Salud (GERESA) desarrolla este plan para reducir la tasa de suicidios en la región mediante la implementación de estrategias de prevención y atención. Este plan incluye la capacitación de personal de salud y la creación de espacios de apoyo psicológico para la población. En un inicio, estos espacios implican la creación de más centros de salud mental comunitarios, y la vinculación con el MINSA para el funcionamiento de líneas de atención de emergencias. Además, busca promover la participación de la comunidad en la identificación de riesgos y la mejora del bienestar emocional.
Plan Estratégico Institucional Cusco 2021 - 2024	Regional - Cusco	2021	Adapta las políticas nacionales a la realidad local e identifica poblaciones especialmente vulnerables. Contempla la ampliación de la infraestructura disponible como estrategia para garantizar una atención integral a más personas dentro de la región. Esto incluye, a partir del año 2022, la implementación de nuevos centros de salud mental comunitarios , hogares protegidos y unidades de hospitalización en salud mental. Finalmente, la región contempla dentro del plan el Programa de Acompañamiento Psicosocial a Niñas, Niños y Adolescentes en condición de orfandad por la COVID-19.
Política Nacional de Juventud	Nacional - Jóvenes de 15 a 29 años	2019	Promueve el desarrollo integral de jóvenes, abordando salud mental dentro de la atención integral. En ella se establecen 6 objetivos principales (OP): desarrollar competencias en el proceso educativo de la población joven (OP1), incrementar el acceso de la población joven al trabajo decente (OP2), incrementar la atención integral de salud (OP3), reducir la victimización (OP4), reducir la discriminación hacia la población joven en situación de vulnerabilidad (OP5) e incrementar la participación ciudadana de personas jóvenes (OP6). Aunque incluye objetivos relacionados, carece de indicadores específicos para evaluar mejoras en salud mental.
Política Nacional Multisectorial para Niños, Niñas y Adolescentes 2030	Nacional - Menores de 18 años	2022	Se centra en el bienestar y desarrollo integral con un enfoque multisectorial y principalmente de protección. Se busca asegurar que los niños, niñas y adolescentes accedan a servicios de salud mental adecuados, como el apoyo psicológico y psiquiátrico cuando sea pertinente, priorizando la protección de los menores ante situaciones como la violencia, abuso y explotación. Promueve la formación de profesionales de la salud, educación y otros servicios en la identificación y manejo de problemas de salud mental, para asegurar una atención adecuada.

Evaluaciones de la implementación

Sobre la implementación de estas leyes, normativas y planes, evaluaciones realizadas por la SENAJU y la Defensoría del Pueblo indican avances en la promoción de derechos y la participación juvenil, así como en la inclusión de jóvenes en procesos democráticos y el acceso a servicios educativos y de salud[59]. No obstante, también destacan deficiencias en la implementación efectiva y la cobertura de los programas, especialmente en áreas rurales y en poblaciones vulnerables. La falta de recursos adecuados y la necesidad de una mayor coordinación interinstitucional son aspectos críticos que deben abordarse para lograr una ejecución más eficiente de las políticas y mejorar los resultados para la juventud en Perú.

A nivel regional, estrategias de participación ciudadana y monitoreo que involucran a la juventud, como el Consejo Regional de Participación de la Juventud en la Región Arequipa (COREPJU), tienen el potencial de promover un enfoque más aterrizado que sirva como eje articulador de las diferentes políticas de juventud, y que además haga incidencia en el cumplimiento de las mismas. En el caso de Cusco, existe el Consejo Regional de la Juventud (COREJU), que sirve como espacio de consulta a jóvenes que pertenecen a organizaciones juveniles registradas legalmente, además de iniciativas de la sociedad civil que tienen el objetivo de monitorear el trabajo realizado por el sector público. En líneas generales, si bien no existe información disponible sobre las temáticas trabajadas en estos grupos de representación ni las estrategias planteadas, las actividades que realizan tienen como prioridad actual el fomento de participación de más jóvenes. En este sentido, parecen ser espacios nacientes donde no existe una agenda clara aún.

Intervenciones y oportunidades de mejora

Acceso a servicios públicos en Cusco y Arequipa

Las intervenciones de atención y prevención de problemas de salud mental para adolescentes en Cusco y Arequipa están mayormente a cargo de entidades públicas. La respuesta de este sector, si bien ha mejorado en los últimos años, sigue siendo insuficiente, sobre todo en relación con la poca cantidad de centros de atención que existe en cada región. Además, estos centros no siempre se encuentran cercanos a la población, con acceso limitado para quienes viven en zonas rurales. Los costos de transporte y medicamentos, sumados a los largos tiempos de espera, representan una de las principales barreras que limitan el acceso de la población a estos servicios.

En Cusco, la población enfrenta desafíos para acceder a los servicios debido a costos indirectos, barreras logísticas y una infraestructura de salud mental insuficiente. Estos problemas afectan sobre todo a quienes viven en las zonas más rurales de la región. En el caso de Arequipa, si bien existen más centros en comparación con otras regiones del país, el transporte y costos asociados siguen siendo una limitante importante. Además, la falta de personal especializado y recursos adecuados limita la capacidad de los centros para atender a toda la población que requiere servicios.

Calidad y adaptabilidad de los servicios públicos

La atención en salud mental en Perú presenta una calidad heterogénea. Mientras algunos centros de salud implementan buenas prácticas y cuentan con personal capacitado, otros enfrentan serias limitaciones en recursos y personal calificado. Además, muchas instalaciones no cumplen con las condiciones básicas de calidad, con problemas como falta de privacidad y escasez de recursos médicos y medicamentos esenciales, lo cual afecta la efectividad de los tratamientos y la recuperación de los pacientes.

Asimismo, la ausencia de programas de intervención temprana y prevención disminuye la capacidad del sistema para manejar trastornos mentales en sus etapas iniciales, lo que resulta en tratamientos más complejos y prolongados. Aunque el Perú ha adoptado un enfoque comunitario en la atención y prevención de problemas de salud mental, la participación

de la comunidad en la planificación y ejecución de los servicios sigue siendo insuficiente. La adaptación de los servicios a las necesidades locales no siempre se realiza de manera adecuada, lo que limita la pertinencia y efectividad de los programas[60].

Centros de salud mental comunitaria

Los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) son el eje central del cambio de enfoque que adoptó el Perú en cuanto a la prevención y atención de salud mental. Se trata de instituciones que brindan atención integral en salud mental, enfocándose en la prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Su objetivo es atender a la población de manera accesible y cercana a su entorno, promoviendo la recuperación y reintegración social de las personas con problemas de salud mental. El enfoque de los CSMC es comunitario y preventivo, buscando integrar a las personas con trastornos mentales en sus comunidades y reducir el estigma asociado a esta problemática.

A diferencia del enfoque de institucionalización, que puede llevar a la marginación y aislamiento, el modelo comunitario promueve la atención en el entorno familiar y social del paciente. Implica un cambio de prioridades para, a largo plazo, poder cortar el financiamiento de hospitales y centros de internamiento para dar paso a una atención más insertada en la comunidad. De esta manera, el Perú sea alinea a los enfoques más modernos en cuanto a la atención de personas con problemas de salud mental. Cabe resaltar que, para que la estrategia de los CSMC funcione, es necesario que aún existan en los hospitales y postas de salud especialistas que puedan atender emergencias, así como tener la preparación debida para saber qué casos se deben derivar al CSMC más cercano.

Según la Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, éstos están pensados desde un enfoque territorial para una población de alrededor de 100 mil personas por centro. Además, están pensados para funcionar en red, coordinadamente entre los principales centros de salud públicos y privados de la zona, con el fin de mejorar y adaptar los parámetros de referencia. En este sentido, no solo deben poder atender casos complejos, sino asegurarse que los centros de salud de primera instancia sepan cómo atender aquellos casos más leves, y que tengan los criterios necesarios para derivar a pacientes con más necesidades de forma clara. Finalmente, se busca que los centros tengan y promuevan relaciones estrechas con organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias que tengan interés en la promoción de la salud mental. Este último punto se debe materializar además a través del servicio de participación social y comunitaria, que debe asegurar que el centro responda de manera adecuada a la cosmovisión y características culturales de la zona en la que se encuentra[61].

Capacitación en habilidades socioemocionales para docentes de Arequipa.

Los CSMC están incorporados a la red nacional de salud, y son operados por el Ministerio de Salud. Los equipos están compuestos por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, médicos generales, terapeutas y trabajadores sociales. Según el MINSA, los casos que atienden los CSMC son de moderados a graves, y usualmente vienen referidos de centros de salud cercanos. Arequipa cuenta con 15 centros, mientras que Cusco cuenta con 12. Además, en Arequipa existen las unidades móviles para la atención de personas con problemas de salud mental, que facilitarán que el equipo multidisciplinario encuentre a personas en situación de calle y reconozca sus problemas y necesidades de salud mental que no han sido atendidos[62].

Limitaciones en la atención a adolescentes

Existe una brecha significativa en la disponibilidad de servicios especializados para adolescentes en comparación con otros grupos etarios. Los y las adolescentes, especialmente quienes viven en zonas rurales, enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud mental adecuados. Según la norma técnica para la atención integral de la salud de adolescentes, la atención a este grupo poblacional se debe dar a través del programa Etapa de Vida Adolescente (o adaptaciones del mismo). A través de esta estrategia se busca dar a los adolescentes una atención que responda a la mayor cantidad de necesidades, siguiendo principios de participación activa y adaptabilidad. Adicionalmente, se deben implementar intervenciones familiares, como el programa "Amor y Límites", que busca mejorar las habilidades de crianza de padres y madres, así como fortalecer los vínculos entre la familia. Por último, se deben coordinar acciones conjuntas entre salud y educación en instituciones educativas, incluyendo diversos niveles de educación[63].

Sin embargo, los servicios existentes a menudo no están suficientemente adaptados para abordar los problemas específicos que corresponden a esta etapa de vida, como trastornos de ansiedad, depresión y problemas relacionados con el desarrollo. A pesar de que la intervención temprana y los programas de prevención son fundamentales, los principales centros de atención disponibles, que son los centros de salud mental comunitarios, no siempre están debidamente preparados o no siempre se dan abasto para atender la creciente demanda de los adolescentes.

Aunque en los últimos años existe una mejora en el planteamiento de la intervención pública, este enfoque aún no se materializa por limitaciones presupuestales, de infraestructura y de disponibilidad de personal calificado. Adicionalmente, no existe una estrategia de atención ajustada a la realidad de las zonas rurales. Si bien la respuesta del sector público es complementada por intervenciones de la sociedad civil, mayormente las organizaciones no gubernamentales se centran en asistir a poblaciones especialmente vulnerables, como a quienes viven en situación de calle o que dependen de alguna droga o sustancia psicoactiva. Finalmente, existen servicios privados con fines de lucro, pero estos son de difícil acceso para la población más vulnerable por su alto costo.

Otra forma de acceso de los adolescentes a los servicios de atención de salud mental deberían ser los psicólogos escolares. Sin embargo, el 98% de las escuelas públicas en el Perú no cuentan siquiera con un psicólogo. En el caso de Arequipa, el 4,5% de las instituciones educativas públicas tienen un psicólogo, es decir, 115. En el caso de Cusco, solamente el 2,79% de las escuelas públicas tienen una psicóloga disponible. Más aún, en las escuelas que sí cuentan con psicólogos, muchos no se dan abasto para atender la gran cantidad de casos que requieren atención[64].

Programas y centros de atención disponibles para adolescentes en Cusco y Arequipa

A continuación, se presentan algunos centros de atención y programas públicos y privados disponibles para la atención de la salud mental de adolescentes en Cusco y Arequipa. Para generar una respuesta más integral, es responsabilidad de los CSMC articular sus acciones con las diferentes iniciativas y espacios de atención disponibles. Aunque esto no se da por la sobrecarga de tareas de los CSMC, la articulación está pensada para que se puedan referir casos que requieren especial atención y para integrar iniciativas comunitarias. Finalmente, el Ministerio de Educación, mediante la preparación docente, capacita para identificar ciertos factores de riesgo, y los psicólogos de cada escuela pueden atender casos de menor gravedad y/o implementar estrategias de prevención articuladas con las familias.

Servicios de salud mental para adolescentes en Cusco y Arequipa

Entidad	Sector	Tipo de servicio	Descripción	Alcance
Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas	Público	Programa de prevención de consumo de drogas	Implementa el programa "Habla Franco" para orientación sobre el consumo de drogas y alcohol.	Nacional
Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC)	Público	Atención integral de problemas de salud mental	Actualmente existen 15 centros en Arequipa y 12 en Cusco . El horario de atención es de 7am a 7pm, aunque suele variar dependiendo de la región y/o la cantidad de personal de salud disponible.	Local
Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud – MAMIS	Público	Programa del Ministerio de Salud	Ofrecen atención especializada para la recuperación física y emocional de niños y adolescentes víctimas de violencia (psicológica, sexual, física y por negligencia). Hay 2 módulos en Cusco y 2 en Arequipa.	Local
Sí Se Ve	Público	Programa de monitoreo de casos de violencia escolar	Se reportan casos de violencia escolar, ya sea ejercida por otros estudiantes, por personal docente o administrativo. Se mantiene registro de los casos reportados. Arequipa es la segunda región con más casos de violencia escolar reportados mediante la plataforma, y Cusco se encuentra también dentro de las primeras 10 regiones con más casos reportados.	Nacional

Fundación Ayuda en Acción	Sociedad civil	Programa de prevención de acoso callejero	Implementa programas de prevención de acoso callejero que apuntan a reducir los niveles de violencia ejercidos hacia las adolescentes y jóvenes.	Local - Cusco
Aldeas Infantiles SOS	Sociedad civil	Salvaguarda infantil	Atiende a niños, niñas y adolescentes en situación de abandono. La organización resalta que Cusco es la segunda región del Perú con más casos de niñas, niños y adolescentes en desprotección familiar.	Regional - Cusco
Save the Children	Sociedad civil	Salvaguarda para menores en situación de calle	Desarrollan programas educativos y de apoyo psicológico. Su propósito final es la reducción de riesgos en los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Cusco. Realizan investigaciones para monitorear y evaluar la respuesta del Estado y de otras organizaciones de sociedad civil ante la realidad de menores en situación de calle.	Regional - Cusco
CARE Perú	Sociedad civil	Mejora de la calidad educativa	Realiza intervenciones con las UGEL para fortalecer sus capacidades y mejorar la calidad de la educación en la región.	Local - Arequipa
Sinfonía por el Perú	Sociedad civil	Desarrollo de habilidades socioemocionales	Trabaja dentro de escuelas públicas en la ciudad de Arequipa para fortalecer habilidades blandas y reforzar competencias a través de la música.	Nacional

Cabe resaltar que, en el caso de Arequipa, las intervenciones de las organizaciones de la sociedad civil netamente locales son más nacientes, pero existen algunos programas de organizaciones más grandes que tienen alcance nacional y/o internacional y que asimismo operan en Arequipa. Además, muchas de las intervenciones existentes no tienen que ver directamente con adolescentes, sino con sus comunidades y entorno cercano.

Existen también servicios de salud mental que se encuentran disponibles de manera privada, incluyendo varios servicios especializados ofrecidos por clínicas y consultorios psicológicos con terapia individual, grupal y evaluaciones diagnósticas. También se encuentran programas de terapia en línea y centros de rehabilitación psicosocial que dan servicios variados y brindan apoyo integral. Sin embargo, el acceso suele ser difícil debido a los altos costos que representan los servicios disponibles. Finalmente, existen colegios privados y administrados por organizaciones sociales que, dentro de su currículo, incorporan talleres y actividades como parte de una estrategia global de prevención de problemas de salud mental.

Las intervenciones disponibles en Cusco y Arequipa para la atención de salud mental adolescente son insuficientes para las amplias necesidades de ambas regiones. Aunque en los últimos años existe una mejora en el planteamiento de la intervención pública, este enfoque aún no se materializa en la práctica. Asimismo, los centros suelen concentrarse en zonas urbanas, y no existe una estrategia de atención ajustada a la realidad de zonas rurales. Aunque hay más disponibilidad con respecto a servicios privados, estos son de difícil acceso para la población más vulnerable.

Sesión de entrenamiento para docentes en una institución educativa de nivel secundaria en Arequipa.

Estigma como barrera para el acceso a la atención

Además de la falta de recursos económicos y de personal calificado, una de las barreras principales que limita la atención oportuna son las creencias y estigmas asociados a la salud mental. Entre los mitos principales se encuentran la asociación de trastornos de salud mental con debilidad y ganas de llamar la atención (este último mayormente presente en relación con niños y adolescentes)[65].

En esta misma línea, existe otro grupo de creencias relacionadas con la incurabilidad y permanencia de los trastornos de salud mental, creyendo que no existe esperanza para aquellas personas que padecen trastornos en este campo. La información disponible con respecto a los mitos prevalentes a nivel regional es escasa, y no existe un enfoque intercultural en el abordaje de esta problemática. Por ende, para aumentar el acceso a una atención pertinente de salud mental en todo el Perú, es importante hacer mayor énfasis en conocer los mitos prevalentes en cada región.

Conclusiones

En los últimos años ha habido avances en el tratamiento de la salud mental en el país, tanto en términos de normativa como en la creación de intervenciones y centros de atención. A su vez, los gobiernos regionales han comenzado a priorizar el tema, especialmente a raíz de la crisis generada por la pandemia de COVID-19. Sin embargo, estas acciones han sido insuficientes, ya que las deficiencias en la implementación de las estrategias están retrasando los resultados esperados, ya sea por falta de presupuesto, por la deficitaria ejecución de partidas presupuestarias, por la falta de capacitación del personal de los sectores salud y educación, o por la desarticulación de los diferentes actores que trabajan el tema.

A pesar de la priorización de la salud mental en la normativa vigente, esta realidad no se refleja en los planes estratégicos, en la medición de resultados de los gobiernos regionales ni en las prioridades y capacidades evidenciadas por los equipos docentes. Por ello, resulta fundamental incorporar una estrategia de evaluación de la eficiencia de los programas, lo que permitirá sacar conclusiones sobre su funcionamiento y desarrollar acciones más adecuadas a la realidad de cada región.

En Cusco y Arequipa se observan algunas similitudes en lo que respecta a la situación de salud mental de adolescentes y jóvenes. La prevalencia de episodios depresivos, la exposición a la violencia familiar y el consumo de sustancias psicoactivas son problemas comunes en ambas regiones. Sin embargo, Arequipa enfrenta mayores dificultades en cuanto a la prevalencia de casos graves de salud mental, en particular los relacionados con el suicidio. Además, ambas regiones comparten desafíos relacionados con el acceso desigual a servicios de salud mental entre las poblaciones rurales y urbanas.

La limitada disponibilidad de profesionales de salud mental capacitados para realizar diagnósticos adecuados restringe considerablemente el acceso de la población a servicios de salud mental. La normativa vigente agrava este problema al restringir quiénes pueden realizar dichos diagnósticos, lo que ralentiza los procesos para que la población pueda acceder a los tratamientos necesarios. Además, las estrategias de prevención con enfoque comunitario no se aplican con la amplitud que deberían en las edades esenciales, lo cual aumenta la demanda de servicios de atención para casos graves o muy graves.

Como resultado, la brecha de atención —ya alarmante en comparación con otros países de la región— sigue creciendo. Es necesario trabajar de manera local para encontrar alternativas de atención que alivien la carga de los Centros de Salud Mental Comunitarios y a la vez aumenten su capacidad diagnóstica. Para garantizar la voluntad política que requiere el desarrollo de dichas alternativas, es indispensable aumentar el interés social en la salud mental, y que se entienda el impacto positivo que las estrategias de prevención y las atenciones oportunas puede tener en la vida de las personas. En el caso de los adolescentes, es indispensable que tanto ellos como los padres y madres de familia tengan información accesible que pueda servir para desmitificar creencias y deconstruir estigmas asociados a la salud mental.

Por último, las estrategias de prevención siguen estando desarticuladas y carecen del enfoque multisectorial necesario. Las entidades educativas locales y las escuelas de las diferentes regiones no se coordinan con los centros de salud mental comunitarios, que tampoco logran atender las necesidades de los adolescentes. Es crucial integrar en estas estrategias a las personas en las que los adolescentes confían más, como sus docentes, quienes juegan un papel fundamental en ambas regiones.

Recomendaciones y consideraciones para la intervención

Para el sector público

a. En alianza con organizaciones de la sociedad civil con base en Arequipa y Cusco, trabajar en el desarrollo e implementación de estrategias preventivas de salud mental –especialmente en el sector educativo– que consideren los principales estresores que afectan a los adolescentes de cada región, teniendo en cuenta el contexto sistémico en el que se desarrollan los problemas de salud mental.

b. Trabajar para que madres y padres de familia estén informados sobre los beneficios generados por el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales de sus hijos e hijas, así como la efectividad de las intervenciones temprana en salud mental. Es indispensable comprender las creencias locales sobre la salud mental y, en base a ello, romper el estigma de atención.

c. Facilitar el acceso de las personas que viven en zonas rurales a servicios de salud mental, a través de la contratación de personal capacitado en los Centros de Salud Mental Comunitarios. En las regiones en las que no haya suficiente personal, articular con las municipalidades u otros organismos de gestión local para proveer el servicio para adolescentes y jóvenes.

d. Mejorar la colaboración multisectorial en el seguimiento a las estrategias de prevención, incluyendo el uso de indicadores que permitan monitorear los aprendizajes de estudiantes en base a la estrategia de contenido educativo preventivo y capacitación en manejo emocional a personal docente. En especial, es importante que no solo se mida el conocimiento sobre las emociones, sino que se evalúe la implementación práctica de las estrategias de gestión emocional saludable.

e. Fortalecer las estrategias alternativas de atención y, de ser necesario, crear nuevas alternativas para zonas rurales y urbanas poco atendidas, con el objetivo de liberar la sobrecarga de los Centros de Salud Mental Comunitarios y los psicólogos escolares.

Estudiante de nivel primaria en una institución educativa de Pisac, Cusco.

Para la sociedad civil

f. Llevar a cabo acciones de incidencia que generen demanda social e impulsen a los gobiernos regionales y otros tomadores de decisión locales a reforzar el financiamiento y cumplir con la ejecución presupuestal de los programas existentes relacionados a intervenciones preventivas y de atención temprana de salud mental. Para trabajar en este punto de manera multisectorial, es importante articular con los organismos educativos pertinentes, garantizando que las estrategias propuestas respondan a las necesidades de los y las adolescentes.

g. Monitorear las estrategias de intervención para la prevención de muertes por suicidio en Arequipa, ampliando el acceso de toda la población a servicios de atención de emergencias debidamente capacitados en prevención y primeros auxilios psicológicos. Asimismo, capacitar al personal de instituciones educativas para que cuenten con conocimientos básicos de primeros auxilios psicológicos, ya que muchas veces, ante la falta de psicólogos/as, son los y las docentes, e incluso el personal administrativo, quienes tienen la capacidad de intervenir tempranamente.

h. Crear espacios de encuentro entre actores de la sociedad civil locales que permitan compartir conocimientos, experiencias y estrategias de intervención y atención en salud mental relevantes para el contexto cultural de los y las adolescentes.

i. Establecer prioridades de salud mental dentro de cada región en conjunto con organizaciones de la comunidad, padres, madres, jóvenes, la sociedad civil y gobiernos locales, para aterrizar de mejor manera el enfoque comunitario que se pretende adoptar desde la aprobación de la Ley No. 30.947. Por ejemplo, los problemas de agresión y violencia en Cusco deberían ser abordados de manera particular desde las escuelas con un enfoque intercultural que permita una respuesta ajustada a la realidad local.

Notas

[1]Instituto Nacional de Salud Mental (2014). El estigma social es el principal enemigo de la salud mental. Recuperado de: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

[2]Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). Encuesta Nacional Sobre Relaciones Sociales. Principales resultados. Recuperado de: VIOLENCIA CONTRA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS DE EDAD (inei.gob.pe)

[3]UNICEF, 2021. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID 19. Estudio en línea. Recuperado de: Salud menta en (unicef.org)

[4]Estudio Epidemiológico de Salud Mental en las Ciudades de Cusco y Huancayo (2011)

[5]Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental 2007; XXIII. (1-2):1-226. Citado en: EESM-2015 Hospitales Regionales.pdf (www.gob.pe)

[6]Defensoría del Pueblo (2018). Informe Defensorial 180. Primera edición. Recuperado de: Informe-Defensorial-Nº-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD20200801-1197146-vjraxr.pdf (www.gob.pe)

[7]OMS y MINSA citados en La República (2020). Recuperado de: El Perú tiene 3 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en promedio, según la OMS | Sociedad | La República (larepublica.pe)

[8]El Comercio (2021). Recuperado de: Salud mental en el Perú: En 15 regiones no hay suficientes psiquiatras | ECData | Minsa | Ministerio de Salud | PERU | EL COMERCIO PERÚ

[9]Ministerio de Salud (2021). Plan de Salud Mental 2020 – 2021. Documento Técnico. Recuperado de: Estudio Comparativo.pdf (www.gob.pe)

[10]UNICEF, 2021. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID 19. Estudio en línea. Recuperado de: Salud menta en (unicef.org)

[11]Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior. 2002:207-222

[12]World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Informe número.: 9791157467679. 2005.

[13]Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Eaton J. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet. 2018;392(10157):1553-1598.

[14]Clasificación Internacional de Enfermedades (Décima revisión). Recuperado de: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cie10/volumen2-2018.pdf

[15]Salud Mental Adolescente. OMS 2020 y 2021. Citado en: Salud mental del adolescente (who.int)

[16]Ibidem

[17]The World Mental Health. The World Mental Health Survey Initiative [Internet]. Boston: Harvard Medical School; 2005. Disponible en: http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/

[18]Lineamientos de política sectorial en salud mental (RM N° 935 – 2018/ MINSA). Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud;

2018.

[19]Ministerio de Salud (2023). Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú: para el 2019 se estimó más de 5.8 millones de años de vida saludables perdidos. Recuperado de: Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú: para el 2019 se estimó más de 5.8 millones de años de vida saludables perdidos - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano (www.gob.pe)

[20]Lineamientos de política sectorial en salud mental (RM N° 935 – 2018/ MINSA). Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 2018.

[21]Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental 2007; XXIII. (1-2):1-226. Citado en: EESM-2015 Hospitales Regionales.pdf (www.gob.pe)

[22]Estudio Epidemiológico de Salud Mental en las Ciudades de Cusco y Huancayo 2011: Publicado: 7 de enero de 2014. Anales De Salud Mental, 29(1 y 2), Páginas: 1 – 373.

[23]Piazza, M y Fiestas, F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. Vol.31, n.1, pp.30-38. ISSN 1726-4634. Recuperado de: Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005

[24]Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). Encuesta Nacional Sobre Relaciones Sociales. Principales resultados. Recuperado de: VIOLENCIA CONTRA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS DE EDAD (inei.gob.pe)

[25]Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Encuesta Nacional Sobre Relaciones Sociales. Principales resultados. Recuperado de: DNA+Infografías+INEI+Final (unicef.org)

[26]UNICEF, 2021. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID 19. Estudio en línea. Recuperado de: Salud menta en (unicef.org)

[27]Ibidem

[28]Ibidem

[29]Piazza, M y Fiestas, F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. Vol.31, n.1, pp.30-38. ISSN 1726-4634. Recuperado de: Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005

[30]Cabanillas-Rojas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(1):148-54.

[31]Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental 2007; XXIII. (1-2):1-226. Citado en: EESM-2015 Hospitales Regionales.pdf (www.gob.pe)

[32]Estudio Epidemiológico de Salud Mental en las Ciudades de Cusco y Huancayo 2011: Publicado: 7 de enero de 2014. Anales De Salud Mental, 29(1 y 2), Páginas: 1 – 373.

[33]Ibidem

[34]Ibidem

[35]Ibidem

[36]Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" (2018). Pobreza y salud mental en la población adulta de Lima Metropolitana: Trastornos Psiquiátricos y otros problemas de salud mental asociados.

Anales de Salud Mental.

[37]INEI (2024). Informe Técnico: Perú: Evolución de la pobreza monetaria 2014 – 2023. Recuperado de: 5558432-peru-evolucion-de-la-pobreza-monetaria-2014-2023.pdf

[38]istema Informático Nacional de Defunciones en RPP (2024). Recuperado de: Arequipa es la región con más casos de suicidio en lo que va del 2024 | RPP Noticias

[39]Ministerio de Salud (2023) citado en: Arequipa | Males de salud mental que aquejan en Arequipa son depresión y violencia | Minsa | Sociedad | La República (larepublica.pe)

[40]Ministerio de Salud citado en La República (2024). Cinco peruanos se intentan suicidar al día: jóvenes de 15 a 19 años son los más afectados. Recuperado de: Cinco peruanos se intentan suicidar al día: jóvenes de 15 a 19 años son los más afectados | NTPE | Sociedad | La República

[41]Ministerio de Salud (2023) citado en: Arequipa | Males de salud mental que aquejan en Arequipa son depresión y violencia | Minsa | Sociedad | La República (larepublica.pe)

[42]Gerencia Regional de Salud Arequipa – Oficina de Epidemiología (2019). Boletín Epidemiológico Semanal N35 – Suicidio. Recuperado de: S.E. 35 del 25 al 31 de agosto del 2019

[43]Organización Mundial de la Salud (2021). Viva La Vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Recuperado de: 9789275324240_spa.pdf

[44]Nota de prensa del anuncio del plan de prevención de suicidios (2022). Recuperada de: Plan regional apunta reducir tasa de suicidios en Arequipa - Noticias - Gobierno Regional Arequipa - Plataforma del Estado Peruano (www.gob.pe)

[45]RPP (2024). Arequipa es la región con más casos de suicidio en lo que va del 2024. Recuperado de: Arequipa es la región con más casos de suicidio en lo que va del 2024 | RPP Noticias

[46]OMS y MINSA citados en La República (2020). Recuperado de: El Perú tiene 3 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en promedio, según la OMS | Sociedad | La República (larepublica.pe)

[48]El Comercio (2021). Recuperado de: Salud mental en el Perú: En 15 regiones no hay suficientes psiquiatras | ECData | Minsa | Ministerio de Salud | PERU | EL COMERCIO PERÚ

[48]Defensoría del Pueblo (2018). Informe Defensorial 180. Primera edición. Recuperado de: Informe-Defensorial-Nº-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD20200801-1197146-vjraxr.pdf (www.gob.pe)

[49]Instituto Nacional de Salud Mental (2021). Nota de Prensa. La pandemia afecta severamente el acceso a servicios de salud mental. Recuperado de: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

[50]Ibidem

[51]UNICEF, 2021. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID 19. Estudio en línea. Recuperado de: Salud menta en (unicef.org)

[52]Ministerio de Educación (2022). Orientaciones para el desarrollo – Programa de Habilidades Socioemocionales. Educación Secundaria, Ciclo VI. Recuperado de: Orientaciones para el desarrollo del Programa de Habilidades Socioemocionales – VI ciclo.pdf

[53]Ministerio de Educación (2022). Orientaciones para el desarrollo – Programa de Habilidades Socioemocionales. Educación Secundaria, Ciclo VII. Recuperado de: Programa de Habilidades Socioemocionales - ciclo VII - Primaria.pdf

[54]Ministerio de Educación (2022). Evaluación Muestral de estudiantes. ¿Cuál es el estado de las habilidades socioemocionales de los estudiantes? 6to de primaria y 2ndo de secundaria. Recuperado de: Reporte-HSE-EM-2022.pdf

[55]Pajares, F. (1996). Self-Efficacy Beliefs in Academic Settings. Review of Educational Research, 66(4), 543-578. https://doi.org/10.3102/00346543066004543

[56]Ministerio de Educación (2022). Evaluación Muestral de estudiantes. ¿Cuál es el estado de las habilidades socioemocionales de los estudiantes? 6to de primaria y 2ndo de secundaria. Recuperado de: Reporte-HSE-EM-2022.pdf

[57]El Comercio citado en Dementes, 2024. Alarmante: Estado Peruano invierte solo S/. 20 al año en salud mental per cápita.

[58]Ministerio de Salud (2024). Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental. Reporte de seguimiento al mes de agosto de 2024. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Recuperado de: PROGRAMA PRESUPUESTAL 0131. PREVENCIÓN Y CONTROL EN SALUD MENTAL

[59]Defensoría del Pueblo (2018). Informe Defensorial 180. Primera edición. Recuperado de: Informe-Defensorial-Nº-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD20200801-1197146-vjraxr.pdf (www.gob.pe)

[60]Ibidem

[61]Ministerio de Salud (2017). Norma técnica de salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. Recuperado de: Norma_técnica_de_salud__Centros_de_salud_mental_comunitarios20190613-19707-iedu67.pdf

[62]Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Este (2024). Nota de Prensa. Minsa hace entrega de siete unidades móviles para la atención de personas con problemas de salud mental. Recuperado de: Minsa hace entrega de siete unidades móviles para la atención de personas con problemas de salud mental - Noticias - Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este - Plataforma del Estado Peruano

[63]Ministerio de Salud (2019). Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes. Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. Recuperado de: Norma Técnica de Atención Integral de Salud del Adolescente.pdf.pdf

[64]LR Data (2023). Casi el 98% de instituciones educativas nacionales no cuentan con al menos un psicólogo. Recuperado de: Psicólogos en colegios | Casi el 98% de instituciones educativas nacionales no cuentan con al menos un psicólogo | Salud mental | Colegios | Minedu | Perú

[65]Instituto Nacional de Salud Mental (2014). El estigma social es el principal enemigo de la salud mental. Recuperado de: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

25 EMpower