

Salud mental juvenil en crisis Cuando la pandemia amplifica desigualdades estructurales

La pandemia por covid-19 tuvo un efecto severo en la salud mental de mujeres jóvenes en situación de vulnerabilidad en el Perú, pues exacerbó síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Este estudio cualitativo, basado en el enfoque de experiencia vivida, analiza las trayectorias de dos jóvenes peruanas –una de contexto rural y otra urbano– participantes del estudio Niños del Milenio (NdM), quienes enfrentaron afectaciones persistentes en su bienestar emocional durante la crisis sanitaria. Sus relatos revelan tres factores clave detrás del malestar: la sobrecarga doméstica, la precariedad económica y las barreras para acceder a atención psicológica. Estos se entrelazan con desigualdades estructurales de género, pobreza y violencia. El estudio resalta la necesidad de contar con políticas públicas que reconozcan la salud mental como un derecho, promuevan enfoques interseccionales y amplíen el acceso a servicios culturalmente pertinentes. Escuchar las voces de quienes han sufrido es crucial para evitar que futuras crisis reproduzcan exclusiones preexistentes.

Vanessa Rojas Arangoitia | Elaine C. Flores
GRADE LSHTM

Este estudio cualitativo, basado en el enfoque de experiencia vivida, se propuso comprender cómo mujeres jóvenes en situación de vulnerabilidad experimentaron subjetivamente el deterioro de su salud mental durante la pandemia. Para ello, se seleccionó deliberadamente a dos participantes a partir de los resultados de la encuesta de NdM, en la que ambas habían autorreportado ansiedad, depresión y estrés en los años 2020-2021. A través del análisis de sus trayectorias, el estudio explora de qué manera los determinantes sociales –como el género, la clase, el territorio y la historia familiar– moldearon sus formas de malestar, afrontamiento y acceso (o exclusión) a servicios de salud mental. Así, el estudio aporta evidencia sobre cómo la pandemia no generó malestar desde cero, sino que exacerbó desigualdades estructurales preexistentes, afectando el bienestar emocional y funcional de las jóvenes en formas diferenciadas.

1. Evidencias desde las experiencias vividas: trayectorias de salud mental en contextos de desigualdad

Este estudio cualitativo, de enfoque fenomenológico-hermenéutico, se centra en las trayectorias de salud mental de dos mujeres jóvenes –Aurora y Daniela– integrantes de la muestra cualitativa longitudinal del estudio NdM en el Perú. En el marco de este documento de políticas se presenta un resumen de ambos casos, no su desarrollo completo, con el objetivo de ofrecer al lector elementos de contexto que permitan comprender las conclusiones y recomendaciones que se plantean al final.

Aurora: ansiedad, maternidad precoz y estrés pospandémico en un entorno urbano

Aurora vive en la localidad de San Román, un distrito urbano con población aimara y quechua, donde los servicios públicos –incluyendo los de salud mental comunitaria– han sido recientemente implementados. Desde su infancia, estuvo expuesta a situaciones de violencia familiar, carencias materiales y trabajo precoz. Su padre era una figura intermitente y violenta; su madre, su principal sostén emocional. A los 20 años, Aurora quedó embarazada y tuvo que interrumpir

Análisis & Propuestas explora temas de la realidad peruana a partir de los resultados de investigaciones de GRADE, y plantea recomendaciones de políticas públicas.

Este estudio se llevó a cabo con el financiamiento de Wellcome Trust.

Su contenido no refleja necesariamente la posición institucional de GRADE ni de las instituciones auspiciadoras.

Este documento se basa en el estudio *La pandemia y la salud mental: un estudio basado en experiencias vividas por jóvenes peruanas vulnerables*.

Para descargar este boletín y otras publicaciones de GRADE, visite: www.grade.org.pe/publicaciones

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-11794

sus estudios universitarios, en los que contaba con el apoyo económico de su padre para una carrera que él eligió. La pandemia la encontró embarazada de su segundo hijo, enfrentando una relación conflictiva de pareja, con su madre contagiada por covid-19 y obligada a cerrar su pequeño negocio familiar.

Durante el confinamiento, Aurora experimentó una fuerte recaída emocional. Reportó una caída en su bienestar subjetivo –según la escala de Cantril– del escalón 7 al 1. Identificó síntomas de ansiedad (apetito excesivo, pensamientos obsesivos, temor constante), depresión posparto y estrés sostenido. Si bien no contó con atención psicológica formal, utilizó estrategias informales de afrontamiento: el consejo materno, la espiritualidad, la práctica de ejercicio físico y, en ciertos momentos, la atención de curanderos locales, quienes –según su testimonio– cumplían una función similar a la del psicólogo. A pesar de que reconoce la necesidad de un tratamiento profesional, la falta de recursos económicos y la desconfianza en el sistema público de salud le impidieron acceder a él. El estigma también limitó su posibilidad de hablar abiertamente sobre sus emociones. Como ella misma expresó: “Si mis vecinos supieran todo lo que he vivido, dirían que estoy loca y que, siendo psicóloga, he querido matarme”.

“Aurora considera que la pandemia reactivó traumas no resueltos de su infancia, asociados a la violencia y al abandono”.

Aurora considera que la pandemia reactivó traumas no resueltos de su infancia, asociados a la violencia y al abandono. Esta acumulación emocional derivó en pensamientos suicidas y en una profunda sensación de desesperanza en momentos de estrés muy alto. El acompañamiento de su madre, el consejo de una prima y las nuevas redes amicales establecidas en el gimnasio contribuyeron a una mejora progresiva. Aun así, su narrativa da cuenta de un proceso de recuperación frágil y de la necesidad de atención sostenida: “Siento que, si fuera al psicólogo, me daría pautas [...] para sanar”.

Daniela: trastorno alimenticio, violencia escolar y acceso desigual a cuidados en zona rural

Daniela creció en una comunidad rural quechuhablante de Andahuaylas, donde, desde pequeña, fue víctima de violencia física en el hogar y en la escuela, así como de discriminación lingüística. Estas experiencias marcaron profundamente su infancia, afectando su autoestima y la forma en que procesó emocionalmente los desafíos posteriores. A pesar de estos antecedentes, logró destacar académicamente y acceder a una universidad pública en la capital de su región.

Durante la pandemia, se vio forzada a regresar a su comunidad, asumir tareas domésticas y apoyar en el negocio familiar, mientras intentaba seguir sus clases virtuales en condiciones precarias de conectividad. Esta sobrecarga, sumada al encierro, detonó un trastorno alimenticio caracterizado por atracones y vómitos autoinducidos, identificado clínicamente como bulimia. Daniela reflexionó respecto a este malestar de ansiedad que sentía y señaló que este no comenzó con la pandemia, sino que se acumuló a lo largo del tiempo, a partir del maltrato recibido en su niñez y de la presión por alcanzar la perfección estética intensificada por las redes sociales. Como ella misma expresó: “Desde que era niña, he sentido que me juzgan, que nunca estoy bien. En la pandemia eso explotó, ya no podía más”.

“Desde que era niña, he sentido que me juzgan, que nunca estoy bien. En la pandemia eso explotó, ya no podía más”.

Daniela

Inicialmente, desconocía que su conducta alimentaria formaba parte de un cuadro de salud mental. La vergüenza, el estigma familiar, el desconocimiento y la falta de servicios en su comunidad dificultaron su búsqueda de ayuda. En 2022, luego de pensar en quitarse la vida, acudió a un centro de salud mental universitario donde recibió

atención psicológica y psiquiátrica. Aunque enfrentó una recaída, retomó el tratamiento en 2023, impulsada por nuevas crisis afectivas. Hoy continúa con atención profesional y valora el apoyo recibido, aunque reconoce que su proceso de recuperación no es lineal.

El caso de Daniela muestra cómo las violencias vividas en la infancia y la adolescencia pueden dejar huellas duraderas en la salud mental, afectando la manera en que las jóvenes enfrentan situaciones críticas. También pone en evidencia la necesidad de contar con servicios especializados en salud mental accesibles en zonas rurales.

2. Elementos comunes y contrastes clave

Las trayectorias de Aurora y Daniela muestran cómo la pandemia intensificó malestares emocionales anclados en desigualdades previas. Ambas percibieron síntomas severos de ansiedad y depresión, asumieron una sobrecarga de responsabilidades domésticas y encontraron dificultades para expresar su malestar en entornos atravesados por el estigma, la violencia de género y el acceso limitado a servicios de salud mental. Sus historias revelan que el sufrimiento psíquico no es un hecho aislado, sino una manifestación de condiciones estructurales de precariedad, dinámicas familiares complejas y experiencias de exclusión.

Aun así, sus casos también reflejan diferencias relevantes. Aurora, en un contexto urbano, no accedió a atención profesional. Aunque cursaba estudios de Psicología, desconfió del sistema público y enfrentó un fuerte estigma social. Su red de apoyo se centró en su madre, una prima, el gimnasio y prácticas tradicionales como recurrir a curanderos. En cambio, Daniela, en una comunidad rural quechuhablante, accedió a un centro de salud mental universitario donde recibió atención psicológica y psiquiátrica. A pesar de las recaídas, considera que el tratamiento profesional ha sido clave en su proceso de recuperación.

Ambas identifican la pandemia como un punto de inflexión en sus vidas, aunque el tipo de afectación, las estrategias de afrontamiento y las oportunidades de buscar ayuda variaron significativamente según sus contextos.

Análisis & Propuestas

Estos relatos reflejan que el malestar emocional debe analizarse como parte de procesos sociales más amplios. El género, la pobreza, el territorio y la historia familiar configuran no solo las formas del sufrimiento, sino también los caminos hacia la recuperación. Reconocer esta diversidad es esencial para diseñar políticas sensibles a las realidades concretas de las juventudes vulnerables del país.

3. Análisis de hallazgos y pertinencia para la política pública

Las trayectorias de Aurora y Daniela permiten comprender que el sufrimiento emocional en mujeres jóvenes no puede ser explicado únicamente desde una lógica biomédica. Lejos de tratarse de respuestas individuales ante situaciones adversas, sus testimonios revelan cómo los trastornos de ansiedad, depresión y estrés, así como los pensamientos suicidas, emergen en el cruce de múltiples determinantes sociales y estructurales que exceden el ámbito clínico. En ambos casos, la pandemia no produjo nuevos malestares desde cero, sino que actuó como un amplificador de vulnerabilidades ya existentes: pobreza, violencia de género, sobrecarga doméstica, relaciones familiares conflictivas y escaso acceso a redes institucionales de protección.

El enfoque de experiencia vivida adoptado en este estudio permite documentar no solo los síntomas, sino también los significados que las jóvenes atribuyen a sus emociones, las estrategias de afrontamiento que desarrollan y las barreras —materiales y simbólicas— que enfrentan al buscar ayuda. Desde esta perspectiva, la salud mental se entiende como una dimensión situada del bienestar, mediada por el género, la clase social, la edad, el territorio y las condiciones familiares.

Es importante señalar que si bien este estudio se basa en los casos de solo dos jóvenes, no busca generalizar sus trayectorias al conjunto de la juventud peruana urbana o rural. Su valor radica en la profundidad interpretativa, al visibilizar aspectos que difícilmente emergen en encuestas o estudios clínicos: los silencios, los matices, las resistencias y las necesidades no formuladas en clave institucional. Estas experiencias abren preguntas relevantes para futuras investigaciones y para una política pública más cercana a la subjetividad de las y los jóvenes.

Una de las principales alertas que emergen de los casos es la precariedad de los servicios de salud mental en el Perú. Aunque existe un marco normativo robusto —como la Ley de Salud Mental (Ley 30947), su reglamento y el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021—, persisten brechas importantes en cobertura, accesibilidad y pertinencia cultural (Toyama et al., 2017; Miranda et al., 2017). En contextos rurales o periurbanos como los descritos por Aurora y Daniela, los centros comunitarios de salud mental siguen siendo escasos, mal equipados o poco conocidos por la población joven. Además, los prejuicios en torno a la atención psicológica refuerzan el silencio y la autoexclusión.

“Estos relatos reflejan que el malestar emocional debe analizarse como parte de procesos sociales más amplios. El género, la pobreza, el territorio y la historia familiar configuran no solo las formas del sufrimiento, sino también los caminos hacia la recuperación”.

Por otro lado, si bien el estudio NdM ha documentado previamente la alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en la juventud peruana durante la pandemia (Porter et al., 2021; Sánchez et al., 2022), el presente análisis cualitativo permite profundizar en las trayectorias detrás de esas cifras. Se observa que, en ausencia de redes institucionales de apoyo, las jóvenes recurren a redes informales —familia, amistades, comunidad— o prácticas culturales como la búsqueda de curanderos, quienes, aunque estigmatizados, cumplen una función de escucha y validación emocional. Estas estrategias son particularmente importantes en contextos donde la atención profesional es inaccesible o poco confiable.

El análisis también revela que las emociones de las jóvenes —miedo, tristeza, culpa, impotencia— están íntimamente ligadas a su rol de género. Aurora, por ejemplo, teme repetir con su hija el patrón de abandono que vivió en su infancia, y experimenta una fuerte autocritica por no sentirse “una buena madre”. Daniela, en cambio, internaliza exigencias sobre su cuerpo y apariencia que la llevan a conductas autodestructivas. Ambas se enfrentan a mandatos sociales que las responsabilizan de cuidar, rendir, resistir y no quejarse, incluso en situaciones extremas. Esta perspectiva de género es clave para entender por qué las mujeres jóvenes reportan con mayor frecuencia afectaciones emocionales (Hossain, 2021; Ruiz-Frutos et al., 2021), pero también por qué demoran en buscar ayuda o abandonan el tratamiento.

Asimismo, las historias de Aurora y Daniela muestran que los centros educativos y universitarios pueden jugar un rol ambivalente. Mientras en el caso de Daniela su universidad se convierte en un espacio de acceso a tratamiento profesional, en el de Aurora no existe un vínculo institucional que la oriente o acompañe. Este hallazgo sugiere que la expansión de servicios de salud mental no debe limitarse a los centros comunitarios del sector salud, sino incluir estrategias multisectoriales, especialmente en el ámbito educativo.

Por último, es importante subrayar que, pese a los sufrimientos narrados, las jóvenes no son solo víctimas de sus circunstancias. Ambas movilizan recursos personales, familiares y comunitarios para resistir, adaptarse y reconstruir su bienestar. Sus relatos son también expresiones de agencia, que cuestionan las narrativas deficitarias con las que muchas veces se retrata a la juventud en situación de pobreza. Esta dimensión de resiliencia no debe ser idealizada, pero sí reconocida como un punto de partida para el diseño de políticas públicas que dialoguen con los saberes, valores y capacidades de las propias jóvenes.

En suma, los hallazgos de este estudio cualitativo muestran que una respuesta estatal efectiva frente a los problemas de salud mental juvenil debe reconocer la complejidad de los determinantes sociales, culturales y de género que configuran el malestar. Ello implica no solo aumentar la oferta de servicios, sino también transformar las formas en

que se comprende, atiende y valora la salud mental en el país.

Los testimonios de Aurora y Daniela muestran de qué manera el sufrimiento emocional de jóvenes en situación de vulnerabilidad es profundo, persistente y, con frecuencia, invisibilizado. La pandemia de covid-19 agudizó desigualdades estructurales como la pobreza, la violencia, la sobrecarga de cuidados, así como la ausencia de servicios accesibles y culturalmente pertinentes. Superar esta crisis exige repensar las políticas públicas desde un enfoque social e interseccional, reconociendo que el malestar psíquico está atravesado por el género, el territorio y la clase.

Este estudio muestra que las jóvenes resisten, crean estrategias y buscan ayuda. Pero no deben hacerlo solas. Es responsabilidad del Estado garantizar entornos protectores y acceso digno a servicios de salud mental. Actuar ahora es urgente, necesario y posible.

Referencias bibliográficas

Hossain M. (2021). Covid-19 and Gender Differences in Mental Health in Low- and Middle-Income Countries: Young Working Women are More Vulnerable. *SSM-Mental Health*, 1, 100039.

Miranda, J. J., Diez-Canseco, F., Araya, R., Cutipe, Y., Castillo, H., Herrera, V., Galea, J., Brandt, L. R., Toyama, M., & Caverio, V. (2017). Transitioning Mental Health Into Primary Care. *The Lancet. Psychiatry*, 4(2), 90-92.

Porter, C., Favara, M., Hittmeyer, A., Scott, D., Sánchez, A., Ellanki, R., Woldehanna, T., Duc, L. T., Craske, M., & Stein, A. (2021). Impact of the Covid-19 Pandemic on Anxiety and Depression Symptoms of Young People in the Global South: Evidence from a Four-Country Cohort Study. *BMJ Open*, 11, e049653.

Ruiz-Frutos, C., Palomino-Baldeón, J. C., Ortega-Moreno, M., Villavicencio-Guardia, M. d. C., Díaz, A., Bernardes, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2021). Effects of the Covid-19 Pandemic on Mental Health in Peru: *Psychological Distress. Healthcare*, 9(6), 691.

Sánchez, A., Favara, M., Ford, K., Hittmeyer, A., Porter, C., Freund, R., & Douglas, S. (2022). El impacto del covid-19 sobre la salud mental de jóvenes en el Perú. *Boletín de Políticas Públicas sobre Infancia*, (14), 1-8.

Toyama, M., Castillo, H., Galea, J. T., Brandt, L. R., Mendoza, M., Herrera, V., Mitrani, M., Cutipé, Y., Caverio, V., Diez-Canseco, F., & Miranda, J. J. (2017). Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-Up Mental Health Services. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(9), 501-508.

Recomendaciones de política pública

1. Ampliar la cobertura y pertinencia cultural de los centros comunitarios de salud mental. Persisten brechas en la atención en zonas rurales y periurbanas. Se requiere acelerar la implementación de centros comunitarios con enfoque territorial, personal capacitado en juventudes y sensibilidad intercultural, e intérpretes en zonas indígenas. Es fundamental mejorar el trato, garantizar gratuidad efectiva y generar confianza para fomentar el acceso.
2. Incluir la salud mental como eje transversal en la política educativa. Los centros educativos deben ser espacios protectores. Se propone integrar el bienestar emocional en el currículo, capacitar a docentes para detectar señales de alerta, y asegurar presencia de profesionales en escuelas y universidades públicas. El sistema educativo debe asumir un rol activo en la prevención y el acompañamiento.
3. Fortalecer políticas con enfoque de género e interseccionalidad. Las experiencias analizadas evidencian que las afectaciones están mediadas por género, edad, territorio y clase. La respuesta estatal debe ser diferenciada, capaz de reconocer el contexto en el que emergen los malestares, sin patologizar las trayectorias de vida.
4. Reconocer las estrategias de cuidado informal y comunitario. En ausencia de servicios formales, las jóvenes recurren a redes familiares, liderazgos locales o prácticas tradicionales. Estas formas de cuidado deben ser visibilizadas y articuladas a las políticas públicas, promoviendo alianzas entre saberes locales y profesionales.
5. Impulsar campañas públicas contra el estigma. Se requiere una política sostenida de comunicación que promueva la salud mental como derecho. Las campañas deben ser culturalmente adecuadas, con testimonios que legitimen la búsqueda de ayuda y apunten a públicos diversos.
6. Garantizar acceso gratuito y continuo a tratamientos. El acceso no debe depender del ingreso. Es necesario asegurar cobertura efectiva –mediante el Seguro Integral de Salud (SIS) u otros mecanismos–, eliminar barreras burocráticas, y reforzar los sistemas de referencia y la disponibilidad de profesionales.