



Escuchándonos nos hacemos más fuertes

Modelo de atención comunitaria en salud mental
para *sobrevivientes de violencia de género*
desde un enfoque feminista.



Escuchándonos nos hacemos más fuertes

Modelo de atención comunitaria en salud mental
para sobrevivientes de violencia de género
desde un enfoque feminista.

Escuchándonos nos hacemos más fuertes. Modelo de atención comunitaria en salud mental para *sobrevivientes de violencia de género* desde un enfoque feminista.

©Movimiento Manuela Ramos

Av. Antonio Miroquesada N.º 457, Magdalena del Mar

Correo electrónico: postmast@manuela.org.pe

Página web: www.manuela.org.pe

Facebook: [manuela.peru](https://www.facebook.com/manuela.peru)

Twitter: [ManuelaRamos](https://twitter.com/ManuelaRamos)

Instagram: [@movimiento.manuelaramos](https://www.instagram.com/movimiento.manuelaramos)

Tik tok: [lasmanuelas](https://www.tiktok.com/@lasmanuelas)

Elaboración de contenidos: Marjhorí Xiomí Gómez Matos

Revisión contenido y texto: Movimiento Manuela Ramos

Elga Prado, responsable del Programa Sexualidad y Autonomía Física

Mayte Rivera, coordinadora técnica del Programa Sexualidad y Autonomía Física

Corrección de estilo: Nidia Sánchez Guerrero

Diseño y diagramación: Gerardo Mario Espinoza Trujillo

Impresión: Zero Comunicación y Matketin

Dirección: Av. 26 de enero A.V. UNSCH Mz. B Lt. 03, Ayacucho, Huamanga, Ayacucho.

Hecho el Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N.º 2025-01469

ISBN:

Tiraje: 100 ejemplares.

Primera edición, enero 2025

Lima, Perú.

Sistematización realizada en el marco del proyecto *Escuchándonos nos hacemos más fuertes: Terapia de crisis para sobrevivientes de violencia de género*, ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos, con el apoyo de AVON.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Presentación	7
1. Marco conceptual	11
1.1 Violencia Basada en Género	11
Impacto psicológico de la violencia basada en género	14
1.2 Modelo de intervención comunitario	18
2. Enfoques transversales	23
3. Contexto	26
4. Actores y actoras clave	29
4.1 Promotoras y voluntarias	29
4.2 Usuarías	30
4.3 Integrantes de la Instancia Distrital de Concertación	30
4.4 Psicoterapeutas feministas	31
5. Modelo de atención comunitaria en salud mental para sobrevivientes de violencia de género desde un enfoque feminista	32
5.1 Eje de desarrollo de capacidades	35
5.2 Eje de atención permanente	42
5.3 Eje de comunicación	49
5.4 Eje de Articulación con operadores del Estado	51
6. Principales resultados e impacto	59
7. Conclusiones	66
8. Lecciones aprendidas	68
Desafíos	73
Referencias	78
Marco normativo	86

PRESENTACIÓN

La violencia basada en género (en adelante, VBG) es una problemática en aumento en el Perú. De acuerdo con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en 2023, los Centros Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional atendieron 166,313 casos de violencia, entre los cuales, el 85% de las víctimas eran mujeres y el 15% hombres. Asimismo, del total de casos, el 38% eran por violencia física. Una de las regiones que presentó mayor número de casos fue Lima Metropolitana con 38,370, que representa el 23% del total (MIMP, 2024). Ante estas estadísticas, las alarmantes cifras de VBG registradas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2022) y al número de casos atendidos por los CEM (El Peruano, 2023), se pone de manifiesto la urgencia de abordar este tipo de violencia que tiene efectos significativos en la salud física y mental de las mujeres, especialmente.

Si bien las consecuencias de la violencia física y sexual son más perceptibles, el impacto psicológico puede tener efectos inmediatos, o a mediano y largo plazo, que pueden estar vinculados a trastornos emocionales y de comportamiento, así como con problemas de salud, educativos y sociales (ONU, 2020). El Ministerio de Salud (Minsa) indica que, entre las secuelas psicológicas de la VBG, se encuentran la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, baja autoestima y pensamientos suicidas, así como un constante temor y sentimiento de inseguridad (Socios en Salud, 2023).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1973), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades; más aún, es uno de los

derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Por lo tanto, teniendo en cuenta el impacto de la VBG en la población femenina, se considera un problema de salud pública y una grave violación de los derechos humanos (Minsa, 2021), lo que impone a los Estados la responsabilidad de realizar esfuerzos para erradicar este tipo de violencia.

En el contexto nacional, se han realizado algunas iniciativas para abordar integralmente la VBG. En 2021, el Minsa publicó la “Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja”, estableciendo procedimientos obligatorios a nivel nacional que implican la coordinación entre profesionales de la salud con los de salud sexual y reproductiva, atención centrada en las necesidades emocionales y físicas de las víctimas, directrices específicas para casos de alto riesgo, y la consideración de enfoques integrales y psicosociales en la gestión de la VBG. Por otro lado, en 2022, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con el Minsa, fortalecieron las capacidades del personal de salud en casos de VBG en mujeres migrantes, incluyendo a los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), responsables de equipos de violencia, servicios de movilización y participación comunitaria y coordinadores/as de los CEM de Lima y Tumbes. En ambas iniciativas se incluyen enfoques de derechos humanos, género, interseccionalidad, interculturalidad, intergeneracional, curso de vida, representando un avance para abordar la VBG de manera integral, asegurando que las víctimas reciban el cuidado y el apoyo necesario, y mejorando las capacidades de los profesionales de salud para responder adecuadamente.

Entre los servicios que ofrece el Estado peruano en materia de salud mental para atender a las mujeres víctimas de VBG se encuentran los Centros Emergencia Mujer. Los CEM son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, que brindan asesoría legal, contención emocional y apoyo social para víctimas de violencia.

Si bien se han realizado acciones para el fortalecimiento de capacidades del personal de los CEM en normativas sobre VBG, aún hay mejoras pendientes para brindar servicios que garanticen una atención de calidad a las víctimas (Ministerio del Interior, 2021). Al respecto, un informe de la Contraloría encontró que los CEM de las regiones Cajamarca, San Martín, Cusco, Lima y Callao, entre 2021 y 2022, no cumplieron con sus labores de manera eficiente, lo que dejó desprotegidas a muchas víctimas, resultando en que casi el 12% de feminicidios a nivel nacional en esos años fue, en parte, responsabilidad de la ineficiencia en la prestación de estos servicios (Purizaca, 2023). Uno de los factores asociados a estos déficits en la atención es el poco presupuesto nacional destinado a enfrentar esta problemática, que en 2023 fue de 0.24% (Falen, 2023). Aunque también resaltan otros factores estructurales como la falta de profesionales para cubrir los casos, falta de equipos interdisciplinarios completos, falta de planificación basada en evidencia, falta de atención a personas en su idioma materno, entre otros (Purizaca, 2023).

Otro servicio que forma parte de la estrategia del Minsa en términos de prevención y promoción de salud son los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC). Estos brindan servicios de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia, adultez y adultez mayor; servicios de prevención y control de adicciones; servicios de participación social y comunitaria; y servicios de farmacia. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, los CSMC deben identificar adecuadamente casos de VBG, más aún en el marco del Protocolo Intersectorial entre Establecimientos de Salud y CEM. No obstante, según datos de 2020, se identificó que un 37% de los CSMC refería no haber aplicado la ficha de valoración de riesgo en casos de VBG y el 42% no había formulado al menos una denuncia por VBG. Esto puede reafirmar los problemas en la identificación de casos, puesto que no estarían cumpliendo con los lineamientos establecidos y, por ende, se estaría vulnerando a las sobrevivientes (Defensoría del Pueblo, 2020).

En este contexto, con el propósito de contribuir al abordaje de la VBG y su impacto en la salud mental, el Movimiento Manuela Ramos ha desarrollado el proyecto “Escuchándonos nos hacemos más fuertes”, en colaboración con AVON. La intervención se realizó en el distrito de San Juan de Miraflores (en adelante, SJM) y tuvo como objetivo principal brindar apoyo psicoemocional y social a un grupo de mujeres que han sobrevivido a la VBG, como una manera de abordar y superar la crisis emocional consecuente. Para lograrlo, el proyecto estableció un modelo que contiene cuatro ejes: a) desarrollo de capacidades; b) atención permanente; c) comunicación y, d) articulación con operadores del Estado. El presente documento tiene el objetivo de evidenciar las estrategias y acciones desarrolladas con el modelo de atención comunitaria en salud mental para sobrevivientes de VBG desde un enfoque feminista, así como sus principales resultados, impactos, lecciones aprendidas y desafíos.



MARCO CONCEPTUAL

1.1 Violencia Basada en Género

Se puede definir la VBG como cualquier acto que vulnere los derechos humanos de una persona en razón a su género (Fondo de Población de las Naciones Unidas Perú, s/f). Detrás de esta violencia hay expectativas sobre los roles asociados con cada género, junto con las relaciones desiguales de poder en una sociedad específica (Poggi, 2019).

La VBG está fuertemente asociada con las relaciones de poder producto de la cultura machista y patriarcal (Poggi, 2019). Según la OMS y ONU Mujeres (2021), se calcula que, en todo el mundo, 736 millones de mujeres han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja, de violencia sexual fuera de la pareja, o de ambas, al menos una vez en su vida (el 30% de las mujeres de 15 años o más). Esta data da cuenta de la asociación entre masculinidad y violencia en el marco de una cultura patriarcal que ha permitido la perpetuación de violencias de carácter estructural y sistemático, manifestándose en diversas formas que afectan a mujeres y grupos subalternizados (Villavicencio y Zúñiga, 2015).

Asimismo, la VBG puede entenderse como la violencia dirigida a imponer el cumplimiento de las expectativas y el respeto por las características (actitudes, roles, etc.) del género de pertenencia. En el Perú, de acuerdo con Hernández (2018), el género es una modalidad de relación, pero también de segregación. Las cifras se corresponden con esta afirmación: el Ministerio Público (2022a) reporta que los delitos de lesiones graves y agresiones por VBG registradas en 2016 se septuplicaron hacia 2019 y, aunque hubo cierta reducción entre 2020 y 2021, se podría deber al subregistro de delitos. Asimismo, la primera encuesta virtual para personas LGTBI en Perú (INEI, 2017) reportó que 63% de personas encuestadas declaró haber sido víctima de algún tipo de VBG y discriminación, principalmente en espacios públicos y educativos; y el 56,5% señaló sentir temor de expresar su orientación sexual y/o identidad de género, principalmente por el miedo a ser objeto de agresión o discriminación.

De este modo, la VBG no solo ocurre en el ámbito afectivo o de la pareja heterosexual, o en el relacionamiento social entre hombres o mujeres, sino también se manifiesta en otros colectivos más vulnerables, como los LGTBIQ+, que deben recibir un tratamiento específico de, lo cual plantea un reto para la intervención y erradicación de este complejo fenómeno (Pérez y Escobar, 2011).

Desde la perspectiva de género, la VBG se sostiene en el modelo patriarcal que impera en la sociedad, siendo el poder la razón del maltrato (De Alencar-Rodriguez y Cantera). Cantera (2007) define el patriarcado como un modo de organización sociocultural en la cual la dominación masculina estructura las relaciones sociales sobre la base de relaciones de poder asimétricas y jerárquicas con mujeres y otros grupos subalternizados (infancias, adultos mayores, personas racializadas, etc.). Así, el patriarcado concibe a la mujer como un objeto de control y dominio por parte de un

sistema social masculino y opresivo, de modo que utiliza la VBG como pauta de domesticación y amansamiento de la mujer. Cabe destacar que el maltrato está relacionado con el control, pero no por el hecho de perderlo, sino por ejercerlo para dominar a la mujer maltratada (Mullender, 2000, en De Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012).

Céspedes (2023) identificó que los antecedentes de abuso familiar, haber experimentado o presenciado violencia en la niñez, el consumo de alcohol, la actitud hacia la violencia, la dominación masculina y el poder de decisión en el hogar aumentan significativamente el riesgo de VBG. Particularmente, la tolerancia a la violencia es un factor de riesgo en el caso de violencia sexual. Así también, el empleo de la mujer es un factor que incrementa el riesgo de sufrir violencia física y económica (Vaccaro y Mayorca, 2023). Por otro lado, las mismas autoras (2023) hallaron que la educación, la decisión del gasto compartido y la edad son factores protectores para todos los tipos de VBG, no solo respecto a la probabilidad de ocurrencia, sino a su frecuencia, sobre todo en los casos específicos de violencia sexual y económica.

Otro punto importante es que, desde los postulados del feminismo, la VBG se comprende como las diversas manifestaciones de violencia intencional y abusiva, que busca mantener el control sobre las mujeres, es culturalmente sostenida y limita la posibilidad de cambio y autodefensa (Payarola, 2022). Este modelo aborda diferentes manifestaciones de violencia, incorporando la dimensión psicológica al considerar conductas verbales, actitudes y roles como comportamientos y/o tácticas para que el hombre gane poder y control sobre sus parejas y así mantenga una relación asimétrica y de subordinación con ellas (Domestic Abuse Intervention Programs, 2024); las relaciones de poder y control adoptan diferentes formas y Gender Backlash es otra de las expresiones de VBG tal como se evidencia en el estudio

Violencia de género y resistencia machista al empoderamiento de las mujeres socias de los bancos comunales de CrediMujer; donde el 46% ha sido víctima de (Manuela Ramos, 2022),

Impacto psicológico de la violencia basada en género

El mayor impacto de la VBG se expresa en la salud mental. Colque (2020) señala que entre los síntomas primarios que resaltan en las sobrevivientes de VBG por parte de su pareja son la depresión (preocupación, tristeza, llanto, decaimiento, pérdida de energía y sentimientos de soledad y culpa), la ansiedad (nerviosismo, temor, miedo, tensión y pensamientos negativos de que algo malo pueda suceder), obsesión-compulsión (pensamientos o ideas no deseados, dificultad para tomar decisiones, preocupación por el orden y dificultad para concentrarse) y la somatización (sentir un nudo en la garganta, dolores de cabeza, debilidad en algunas partes del cuerpo y dolores musculares).

Así, se han realizado diversos estudios que analizan el impacto de la VBG y su relación con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Aguirre et al., 2010; Guerrero-Vaca et al., 2021; Golding, 1999; Ramírez y Burgos, 2024). El TEPT es un trastorno provocado por un suceso traumático, estresante y significativo para la persona, en el que se presentan recuerdos vívidos, conductas de evitación a todo lo que recuerde el trauma, alteraciones del estado de ánimo, entre otros (Guerrero-Vaca et al., 2021). A diferencia del TEPT, el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C) es una condición que surge tras la exposición a varios episodios traumáticos durante un periodo prolongado de tiempo, lo cual es bastante común en víctimas y sobrevivientes de VBG, e incluye una sensación permanente de amenaza, problemas de regulación del afecto, sentimientos de vergüenza, terror y fracaso, dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás, deformación de la propia identidad, entre otros (Fernández-Guerrero, 2023). Aunque el TEPT-C todavía no ha sido aceptado por la quinta

edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), sí está incluido en la decimoprimer edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS. Se hace mención a este trastorno porque resalta la necesidad de enfoques psicoterapéuticos que consideren la historia única de cada individuo y los efectos duraderos del trauma, así como el incremento de la probabilidad de la víctima de desarrollar trastornos psiquiátricos graves, comórbidos y complejos, así como limitantes biopsicosociales ligados a estos.

Al respecto, es preciso mencionar que muchas mujeres permanecen en situaciones de VBG, ya que se encuentran en un estado psicológico que no les permite actuar adecuadamente y acorde con la situación, producto de estar en un ciclo de violencia (Walker, 1979). Este ciclo está configurado por tres fases y describe dinámicas de relaciones violentas. La primera fase es la acumulación de tensión, que inicia con agresiones “menores” o imperceptibles, que muchas veces se justifican o minimizan por la víctima, que considera que puede calmar al agresor; no obstante, termina siendo un estado generalizado de fusión-dominación en la que el agresor confirma su poder a cada paso y donde la pasividad de la mujer no le resulta suficiente. En una segunda fase, el agresor avanza hacia agresiones verbales, psicológicas, físicas o sexuales en las que culpa a la víctima y la mantiene aislada, deprimida, impotente, sin poder actuar, porque tiene miedo de que las autoridades protejan al agresor, quien mantiene el control (Valencia, 2019). Por estos motivos, la víctima podría entrar en un estado de indefensión aprendida como un mecanismo de defensa ante las agresiones (Yugueros, 2014 en Valencia, 2019). Al respecto, la indefensión o desesperanza aprendida es un estado psicológico que se produce frecuentemente cuando se considera que una consecuencia es incontrolable independientemente de la respuesta del organismo, llegando a generar eventualmente

indefensión o desesperanza para cambiar su circunstancia (Acevedo, 2020; Seligman, 2002). En la VBG, hay una relación de dominación entre la pareja que controla y la víctima de violencia.

En la última fase del ciclo de violencia, se da un periodo de comportamiento cariñoso y lleno de arrepentimiento por parte del agresor, quien asegura que el episodio de violencia no regresará o tomará acciones para que no vuelva a suceder, lo que lleva a la víctima a mantener esperanza y sentir que puede ayudarlo a cambiar esas conductas violentas, aunque en realidad esta permanencia estrecha la relación de dependencia víctima-agresor (Valencia, 2019; Walker, 1979). Lo cierto es que investigaciones previas indican que un alto porcentaje de mujeres víctimas de violencia creen que la VBG es algo inevitable e incluso se atribuyen la culpa (Rivera et al., 2006). Ello se atribuye principalmente a la repetición constante del ciclo que lleva a un deterioro significativo de la autoestima y al aislamiento social, que dificulta su capacidad para pedir ayuda (De Pace, 2022). Cabe resaltar que, además de la indefensión aprendida, en muchas ocasiones, las víctimas de VBG no reconocen el grado de violencia al que están expuestas debido a mecanismos como la disociación. Esta última hace referencia a un mecanismo de defensa que permite al individuo desconectarse de pensamientos, emociones y recuerdos que le generan malestar, con el fin de protegerse del dolor emocional asociado con la experiencia traumática (Nader, 2018).

Por todo lo expuesto, es fundamental que al abordar la salud mental de las mujeres víctimas de VBG, se involucre la percepción que tiene la mujer sobre sí misma y su entorno (Betancourt y Delgado, 2012), problematizando la violencia naturalizada en el medio donde se encuentran. De esta forma, la psicoterapia se ha de plantear como un espacio que ayuda a reestructurar pensamientos, emociones y conductas aprendidas que ya no son adaptativas o que llevan a permanecer en situaciones de

riesgo. Considerar aspectos como el ideal de amor romántico, la manipulación emocional, la indefensión aprendida y la dependencia emocional es imperativo para reconocer que la VBG afecta la individualidad de las mujeres, y sus proyectos, causando que ellas dejen de ser el enfoque principal y otra persona ocupe ese lugar, lo que produce una inestabilidad en la víctima que permite gestar una situación de dependencia (Deza, 2012, en Valencia, 2019).

Al respecto, si bien la VBG dentro de la pareja ha sido una de las más abordadas, se debe recordar que las víctimas, especialmente mujeres, están expuestas a diversos tipos de violencias a lo largo de su vida, que van desde la división sexual del trabajo de cuidado hasta el feminicidio. Además, están expuestas a la violencia fuera y dentro de sus hogares, siendo particularmente alarmante que muchas de ellas son violentadas por parte de personas de su entorno cercano. Estas violencias terminan convirtiéndose en expresiones, mecanismos de control y regulación de una violencia estructural que se ejerce de manera institucionalizada (Proveyer, 2022). Lo cierto es que la VBG también se nutre de las acciones u omisiones realizadas por el Estado y sus autoridades debido a prácticas androcéntricas y estereotipos de género, produciendo baja tasa de condenas, estereotipos discriminantes en la conceptualización de la VBG y una atención que revictimiza a las mujeres (Bodelón, 2014).

Del mismo modo, la violencia institucional tiene consecuencias de carácter físico como la no aplicación de las medidas de protección y sanciones contra los agresores por los delitos cometidos. En consecuencia, se expone a las mujeres sobrevivientes de VBG a la continuidad y profundización de las agresiones y situación de riesgo inicialmente denunciadas; pero también tiene consecuencias de carácter psicológico al generar ansiedad, estrés y temor en los procedimientos o la falta de atención a ellos (Pineda, 2020).

Por todo ello, más aún en un contexto como el peruano, es importante la realización de campañas e intervenciones para concientizar sobre la VBG y erradicarla, así como brindar la ayuda psicológica necesaria a las sobrevivientes, en el marco del cumplimiento de la Ley N° 30947, Ley de salud mental, y la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la VBG contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (Fernández, 2020).

1.2 Modelo de intervención comunitario

Si bien se han establecido marcos legales integrales y políticas específicas para la prevención y protección contra la VBG, los datos estadísticos y los sentires sociales dan cuenta de la urgencia de abordar esta problemática con enfoques que propongan intervenciones colectivas y holísticas. En este contexto, es necesario desarrollar e invertir en otras medidas como intervenciones basadas en la comunidad, empoderamiento de las sobrevivientes de la VBG y mayor concientización entre los funcionarios gubernamentales y personal de salud; además, aumentar la capacidad de agencia de las mujeres y movilizarlas para que se unan con la finalidad de conocer y reivindicar sus derechos fundamentales para combatir la VBG (Céspedes, 2023).

Una de las aproximaciones para abordar la VBG es utilizar un **modelo comunitario**. Las intervenciones basadas en la comunidad o modelo de intervención comunitario refieren a una práctica que, desde la psicología comunitaria, denuncia la inequidad y la exclusión social, critica el modelo y visión de la sociedad y sus individuos a partir de la enfermedad, la debilidad y las carencias, y plantea una intervención que dé paso a la reflexión y transformación mediante una acción conjunta entre agentes externos e internos (Montero, 2012). Los agentes externos refieren a aquellos que fuera de la comunidad aportan con saber técnico o psicológico; y los agentes internos a quienes

son especialistas en los saberes propios de la comunidad (Montero, 2012).

La participación desde un enfoque comunitario propone, además, que no se trata solo de la expresión de necesidades o asistencia a espacios, sino de tener mayor control en la toma de decisiones, que implica un carácter de transformación social y construcción de nuevas relaciones sociales, de modo que, en el proceso, se proporcione y se exprese la agencia de los individuos (Ferullo de Parajón, 2006). Por tal, la participación comunitaria requiere de reflexiones críticas sobre el contexto y las desigualdades, y esta conciencia debe estar presente a lo largo de las intervenciones, ya que, así como puede ser una herramienta con efectos democratizadores y generar responsabilidad en las personas, también puede generar apatía o dependencia si no es correctamente diseñada e implementada (Ussher, 2008).

En esa línea, otro aspecto importante en la intervención comunitaria es el fortalecimiento. En términos de Montero (2010), el fortalecimiento es un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se pueden organizar para promover y lograr un cambio respecto de alguna circunstancia que les afecta, generando cambios en las dinámicas de poder. Así, el fortalecimiento requiere de la toma de conciencia de estas dinámicas, el desarrollo de habilidades para lograr un control razonable sobre la vida, el ejercicio del control sin dañar a los demás y el apoyo para el empoderamiento de otros (Vázquez, 2004). Entonces, mediante el fortalecimiento comunitario, las personas desarrollan sus capacidades y recursos de manera conjunta para controlar y mejorar sus condiciones de vida (Rivera, Velázquez y Morote, 2014).

Los procesos de participación comunitaria muchas veces terminan empoderando a las personas, puesto que incrementan

su comprensión y control sobre su propio poder. Más aún, en contextos de vulnerabilidad, un modelo comunitario resalta las posibilidades de los ciudadanos y, en particular, visibiliza su presencia, voz y figura protagónica en la formulación y ejecución de proyectos, programas y planes acordados y negociados con instancias gubernamentales (Wiesenfeld & Sánchez, 2012). De esta forma, el modelo comunitario implica dejar prácticas asistencialistas y adoptar un sentido de trabajo compartido, participativo y comprometido. No es solo una intervención, es acción para la transformación (Montero, 2012). Por este motivo, la relación entre agentes que se promueve es principalmente dialógica, horizontal, de intercambio de ideas, crítica positiva y propositiva, y presente en todos los momentos de la intervención (Montero, 2012).

Un ejemplo de intervención que aborda la VBG desde un modelo comunitario es JUSTA, un proyecto global del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el cual apoya a la comunidad de Villa El Salvador a definir sus propias soluciones a partir de la identificación de las causas de la VBG en sus contextos y de la financiación sostenible; así como a diseñar e implementar planes de acción locales (PNUD, 2021). JUSTA se sirve de la histórica participación comunitaria y del liderazgo de las mujeres que caracterizan al distrito para construir un modelo integral, multisectorial e interseccional de prevención y atención de la VBG. La particularidad de esta iniciativa radica en que, una vez conformada la Instancia de Concertación, se incorporaron más organizaciones de mujeres como participantes de esta, las cuales se fortalecieron a través de talleres de empoderamiento para participar en los procesos de planificación. Entre los resultados de JUSTA se encontró que promover el desarrollo organizado de redes de mujeres y jóvenes líderes como agentes de transformación comunitaria en las instancias tiene un impacto significativo en la reducción de la VBG.

Como se observa en esta experiencia, el modelo comunitario se complementa de otros enfoques para abordar la VBG, por ejemplo, el enfoque feminista. Por su parte, este brinda una lectura sobre violencia que refiere al control y poder sobre la víctima, así como la búsqueda de sometimiento y miedo. Además, resalta que la violencia no es exclusiva de personas con enfermedades o condiciones mentales, ya que, además de ser un prejuicio contra quienes sí las tienen, los agresores son responsables de sus actos en tanto la VBG implica selectividad de la víctima y premeditación (De Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). En ese sentido, este enfoque posibilita cuestionar estructuras fundamentales del patriarcado como la familia tradicional, la heterosexualidad y el dominio masculino (De Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012).

Adoptar un enfoque feminista en el marco de una aproximación comunitaria implica contemplar que las mujeres que padecen VBG tengan la capacidad de recuperar el control sobre su propia vida, a través de sus recursos personales y colectivos, que les permita romper con la relación abusiva. Con ello, se considera que las mujeres como agentes están dotadas de capacidad de resistencia y de recursos para aumentar el control sobre su ambiente interpersonal, y que la VBG puede ser transformable si se actúa sobre las bases sociales y culturales que la sustentan (Cantera, 1999).

Asimismo, este enfoque considera las diferencias de género, etnia y sexo en su análisis, lo que permite comprender que las experiencias personales están moldeadas por procesos estructurales que colocan en especial vulnerabilidad a grupos desfavorecidos e históricamente excluidos por la sociedad. Esto implica una mirada interseccional de la VBG y destaca el papel fundamental de la psicoeducación como parte del modelo de atención comunitaria para sobrevivientes. La educación y la información no solo fomentan el empoderamiento y el desarrollo

Escuchándonos nos hacemos más fuertes

de habilidades de afrontamiento, sino que también contribuyen a la prevención de la revictimización, al fortalecimiento de redes de apoyo, a facilitar el acceso a recursos y a promover la autonomía y la autoeficacia. Estas contribuciones, en conjunto, ayudan a las sobrevivientes a reconstruir sus vidas con mayor resiliencia y confianza, evitando así la patologización y la individualización de los problemas sociales.

2.

ENFOQUES TRANSVERSALES

El modelo de atención comunitaria en salud mental para sobrevivientes de violencia de género “*Escuchándonos nos hacemos más fuertes*” parte de cinco enfoques transversales que están presentes a lo largo de todo el ciclo del proyecto: enfoque de género, enfoque de derechos humanos, enfoque de desarrollo humano, enfoque de interculturalidad y enfoque de interseccionalidad.

- *Enfoque de género*: es una herramienta analítica y metodológica que permite identificar cuáles son las barreras que enfrentan las mujeres en su desarrollo debido al sistema patriarcal imperante —lo que implica tener un menor acceso a recursos económicos, sociales y culturales, condiciones materiales más precarias, roles asignados por la sociedad, estereotipos, prejuicios y subvaloración social y económica—, con el fin de eliminarlas y lograr un desarrollo igualitario en sociedad. Este enfoque integra las diferentes necesidades, responsabilidades y preocupaciones según el género en cada etapa del ciclo de vida, de manera que se generen relaciones equitativas y justas. Asimismo, reconoce otras desigualdades y

discriminaciones originadas por la etnia, origen social y orientación sexual, entre otros factores. , y que Debido al diferente punto de partida en que se encuentran hombres y mujeres, los resultados y el impacto de las políticas son distintos para cada uno (MIMP, 2016).

- *Enfoque de derechos humanos*: implica un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos, y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos, y sirve para analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006).
- *Enfoque de desarrollo humano*: es un marco evaluativo y crítico sobre el bienestar y la libertad individuales que surge como una propuesta que coloca al ser humano en el centro del desarrollo, señalando que la riqueza y el ingreso son medios y no fines que llevarán a que las personas vivan una vida que tienen razones para valorar (Urquijo, 2014). De acuerdo con este enfoque, los fines del bienestar, la justicia y el desarrollo deben conceptualizarse en términos de las capacidades de las personas para funcionar; es decir, sus oportunidades efectivas para emprender las acciones y actividades en las que quieren participar y ser, ponderando en mayor medida que en ese proceso la persona sea agente, protagonista de los cambios de su vida, capaz de influir en su destino y sus decisiones (Robeyns, 2005; Sen, 2000).

- *Enfoque de interculturalidad*: es el reconocimiento de la diversidad cultural y la existencia de diferentes perspectivas culturales, expresadas en distintas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo. Implica reconocimiento y valoración del otro (MIDIS, 2013). Adoptar este enfoque tiene una dimensión ética y política que busca lograr relaciones más justas entre grupos culturalmente diferenciados, a través del diálogo en condiciones de equidad e igualdad independientemente del origen étnico, religión, idioma u otras características culturales (Defensoría del Pueblo, 2016). La tolerancia, el pluralismo y el multiculturalismo son aspectos clave para la construcción de la interculturalidad y deben ser considerados en las prácticas en las que se incluya este enfoque (Alavez, 2014).
- *Enfoque de interseccionalidad*: la interseccionalidad es una herramienta analítica que reconoce que las desigualdades sistémicas se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales como el género, la etnia y la clase social. En consecuencia, tanto las desventajas como los privilegios que tiene una persona en un momento y lugar determinados no pueden entenderse examinando de forma aislada los diversos elementos de su identidad (ParlAmericas, s/f). Este enfoque pone de manifiesto la existencia de posiciones sociales vulnerables y de aquellas que no padecen ni la marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud (Viveros, 2016).



CONTEXTO

El Movimiento Manuela Ramos (MMR) es una organización feminista comprometida con el logro de la igualdad de género, que trabaja por los derechos de las mujeres, los derechos humanos y por el respeto de la institucionalidad democrática. Su misión es contribuir a la transformación de las relaciones de poder y a la eliminación de toda forma de discriminación, promoviendo la ciudadanía plena de las mujeres y la consolidación de una práctica política feminista.

El MMR ha desarrollado una amplia labor en el distrito de San Juan de Miraflores desde hace varias décadas. Desde fines de los años 80, promovió la creación de la Casa del Bien-estar (CBE), un servicio de atención de salud sexual y reproductiva para las mujeres en Pamplona Alta, para promover el acceso a los servicios de salud y que convirtiera la consulta en un espacio de educación y empoderamiento para las mujeres. Se desarrolló la transferencia de conocimientos, técnicas y procedimientos en salud sexual y reproductiva, tanto a las mujeres consultantes como a las promotoras de salud, estableciendo bases para procesos de empoderamiento individual y colectivo. El impacto de la CBE ha generado, a nivel distrital, un espacio que promueve la salud de las mujeres en el que participan promotoras como

interlocutoras de la comunidad, delegadas de salud, mujeres de organizaciones, dirigentes vecinales y profesionales de salud. La zona de intervención es un distrito caracterizado por un índice de VBG en constante aumento (Lerzundi, 2023). De acuerdo con el Portal Estadístico del Programa Nacional Aurora (2024), entre 2021 y 2024 se han registrado cerca de 1095 casos en el CEM de este distrito, siendo que solo en 2023 se han registrado 388 casos, lo que indica que los índices de violencia y la crudeza de los mismos son muy preocupantes (El Comercio, 2023; Espinoza, 2023; Lerzundi, 2023).

Ante ello, se han realizado diversos esfuerzos desde el Estado, como los CEM y la Fiscalía Especializada en Violencia contra la Mujer de SJM, para fortalecer su trabajo a nivel de prevención y sanción (Ministerio Público, 2022b). Asimismo, desde la Municipalidad de SJM se destaca la promoción de servicios de prevención integral de la violencia específica contra la mujer en el Plan Estratégico Institucional 2020-2024; así como la creación de la Instancia Distrital de Concertación para prevenir, sancionar y erradicar la VBG y los integrantes del grupo familiar en el distrito en 2018.

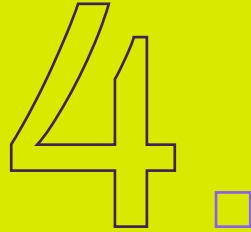
En cuanto a la ciudadanía, resalta también que las mujeres organizadas han adquirido un rol protagónico, evidenciándose su agencia y participación en los espacios públicos. Tal es el caso que, bajo la consigna de prevención de VBG promovida por el Programa Nacional Aurora del MIMP, se llevó a cabo una activación con vecinos y vecinas de SJM en los primeros meses de 2024 para fomentar el cuidado, protección y desarrollo pleno de niñas y adolescentes, especialmente para establecer vínculos de confianza y prevenir situaciones de abuso sexual y violencia (MIMP, 2024). Por otro lado, resaltan iniciativas como el “Colectivo Mujeres trabajando frente al cambio climático” (COMUTRAFRECC), un espacio donde mujeres líderes organizadas, con la asesoría técnica de Fomento de la Vida

Escuchándonos nos hacemos más fuertes

(FOVIDA), elaboran propuestas para fortalecer la resiliencia de las comunidades de SJM frente a los peligros climáticos a través de su Agenda de Género y Cambio Climático de SJM (FOVIDA, 2023).

El trabajo previo del MMR en SJM denota una labor consolidada, con una red de promotoras fortalecidas y conectadas con la lucha contra la VBG. Además, sienta las bases de una experiencia valiosa en torno a la transferencia de conocimientos y desarrollo de capacidades a promotoras, para fortalecer las redes comunitarias y sostener un enfoque de salud integral comunitario, brindándoles la posibilidad de convertirse en agentes de cambio frente a esta problemática. Es en este marco que surge el proyecto “Escuchándonos nos hacemos más fuertes: Terapia de crisis para sobrevivientes de violencia de género”, el cual amplía el abordaje de la salud integral a la salud mental, siguiendo el modelo comunitario con enfoque feminista.





ACTORES Y ACTORAS CLAVE

4.1 Promotoras y voluntarias

Son mujeres de la comunidad con amplia trayectoria y reconocimiento, que cumplen los roles de promotoras de salud, promotoras del CEM y orientadoras legales de la CBE; así como estudiantes de Psicología interesadas en realizar acciones de prevención de VBG. En todos los casos son mujeres dado que favorece el diálogo inicial con víctimas y sobrevivientes de VBG por la empatía, horizontalidad y cercanía que representa compartir vivencias con una persona propensa a experimentar las mismas violencias e inmersas en un entorno patriarcal.

El modelo comunitario se respalda en el fortalecimiento de capacidades de las promotoras para que puedan identificar los signos de VBG, brindar contención emocional y derivar a mujeres sobrevivientes en sus zonas de intervención. La cercanía en términos de vivencias también está relacionada con las experiencias en el entorno, por tanto, las promotoras y voluntarias son necesariamente personas que viven en el mismo distrito, lo que ayuda a identificar otros actores clave como instituciones, organizaciones sociales, líderes y lideresas, prácticas y espacios comunales, entre otros.

4.2 Usuaris

Las usuarias son mujeres en su diversidad sobrevivientes de VBG previamente identificadas por las promotoras y voluntarias o que hayan sido derivadas de algún CEM. Se atiende a mujeres adolescentes hasta adultas mayores. Muchas usuarias en algún momento se han aproximado a servicios del Estado (CSMC, CEM, hospitales) para recibir atención psicológica, entre las cuales puede haber mujeres que reporten haber sido revictimizadas de alguna manera. Las usuarias, en su mayoría mujeres, han enfrentado múltiples formas de VBG desde una edad temprana. Esta violencia puede manifestarse en diversas esferas de sus vidas, desde el ámbito familiar hasta el comunitario y el socioeconómico, por lo que es importante comprender que estas formas de violencia están profundamente arraigadas en sistemas estructurales de opresión y discriminación

4.3 Integrantes de la Instancia Distrital de Concertación

La coordinación con esta instancia, creada en el marco de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, tiene como objetivo principal el desarrollo de acciones de difusión y comunicación. En específico, este espacio tiene como funciones proponer instrumentos de gestión; promover la adopción de políticas, planes, programas, acciones y presupuestos; promover la elaboración y el cumplimiento del Protocolo Base de Actuación Conjunta del distrito; proponer de manera participativa acciones de prevención y atención a la VBG; promover el fortalecimiento de las instancias comunales, monitorear acciones contempladas en el Plan Distrital contra la VBG; entre otras que respondan a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar. En ese sentido, sirve para articular con actores clave de la comunidad e identificar espacios para concientizar a la población de SJM sobre las diferentes violencias que se ejercen contra las mujeres en su

diversidad, y exigir que se garantice el cumplimiento de políticas públicas y planes en la prevención, atención, protección y reparación de las mujeres frente la VBG.

4.4 Psicoterapeutas feministas

El perfil es una profesional en Psicología, feminista con formación en psicoterapia que tenga experiencia en la facilitación de talleres socioemocionales con enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad. Las psicoterapeutas feministas han de ser críticas a modelos o marcos teóricos que busquen solo causas inconscientes, patologizantes y revictimizantes en las sobrevivientes de VBG, desde una perspectiva que integre el impacto de los mandatos sociales y de género en la salud mental de las mujeres.

Su participación es fundamental para incorporar el enfoque feminista en la recuperación psicoafectiva de las víctimas de VBG, desde el fortalecimiento de capacidades a las promotoras y voluntarias hasta el desarrollo de las sesiones de psicoterapia grupal. Desde el rol de las psicoterapeutas feministas, se considera la preparación previa a las atenciones, como la elaboración de materiales y espacios de autocuidado. De esta forma, es relevante promover espacios de integración entre las psicoterapeutas para compartir vivencias y emociones durante el acompañamiento a sobrevivientes de VBG que permitan fortalecer el espacio seguro en el proyecto.



MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL PARA SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE UN ENFOQUE FEMINISTA

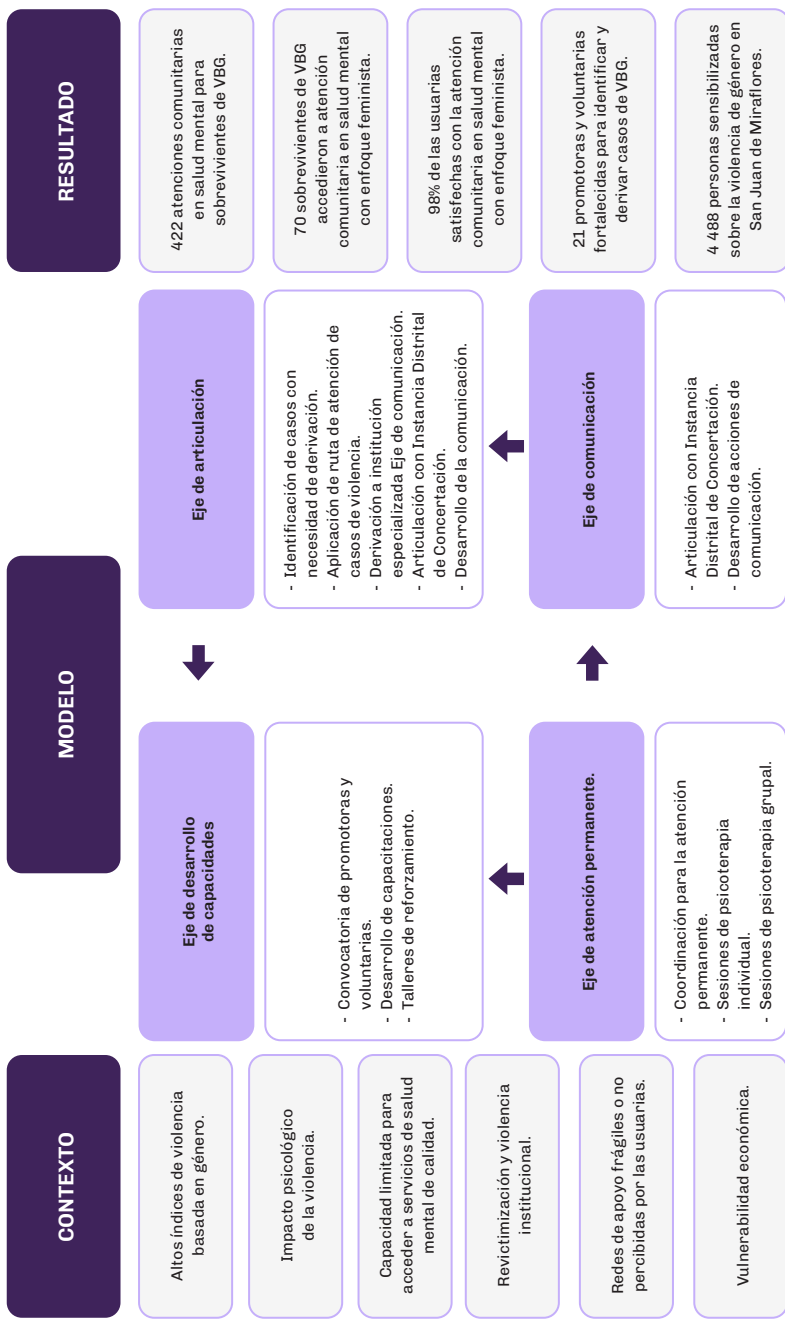
El modelo de intervención comunitaria con enfoque feminista tiene el objetivo de brindar apoyo psicoemocional y social a mujeres que han sobrevivido a la violencia, como una manera de abordar y superar la crisis emocional consecuente. El presente modelo planteó una estrategia de cuatro ejes para un abordaje integral a las necesidades de salud mental de las sobrevivientes de VBG: desarrollo de capacidades, atención permanente, comunicación y articulación con operadores del Estado.

El primer eje, desarrollo de capacidades, se refiere a fortalecer las capacidades de las promotoras y voluntarias del distrito, con el objetivo de que sean capaces de identificar situaciones de violencia, brindar contención y derivar a sobrevivientes de VBG a la atención comunitaria en salud mental. El segundo eje, atención permanente, refiere al desarrollo de los servicios de

psicoterapia individual y grupal desde un enfoque feminista para favorecer la recuperación psicoemocional de las usuarias. El tercer eje, comunicación, implica la ejecución de acciones informativas por parte de promotoras y voluntarias con el fin de sensibilizar y concientizar a la población sobre la VBG en SJM. Finalmente, el cuarto eje, articulación con operadores del Estado, conecta la propuesta del modelo con la labor institucional para articular esfuerzos en miras de derivar casos que requieren atención especializada en materia legal, salud sexual y salud mental.

A continuación, se detallan los procesos de cada eje. Se han utilizado gráficos como ayuda visual para explicar los procesos de los ejes, los tonos claros refieren a procesos de soporte relacionados a la coordinación y los tonos más oscuros corresponden a los procesos centrales de implementación.





5.1 Eje de desarrollo de capacidades



El elemento central de este eje es el desarrollo de capacidades de promotoras y voluntarias del distrito de SJM para identificar, contener emocionalmente y derivar a sobrevivientes de VBG a la atención comunitaria en salud mental.

Convocatoria de promotoras y voluntarias

Este eje inicia con la convocatoria de promotoras y voluntarias. La convocatoria está dirigida principalmente a mujeres que participan activamente en espacios de promoción de salud y legal, mujeres que tienen una trayectoria de trabajo comunitario en SJM, miembros de organizaciones sociales y voluntarias estudiantes de carreras de salud. Estas mujeres tienen en común un interés profundo en contribuir a la erradicación de la VBG en el distrito y promueven acciones frente a la problemática.

La convocatoria se realizó a través de invitación directa a mujeres líderes del distrito, en el que se les comentó las características del modelo y las responsabilidades que asumirían. Las lideresas comunitarias invitaron también a otras compañeras que estaban involucradas o interesadas en el trabajo contra la VBG para participar.

La experiencia realizada identificó que muchas candidatas a participar no contaban con disponibilidad de tiempo o tenían limitaciones socioeconómicas y/o diferencias culturales. Por tal, mientras se realizó este proceso, **se diseñó la metodología de capacitaciones** para promotoras y voluntarias ajustada a sus características, fortalezas y oportunidades, para así definir temáticas y guías que les sirvan en su trabajo comunitario. El diseño de la propuesta metodológica fue elaborado por una psicóloga especialista y la versión final se discutió con el equipo del proyecto encargado de la implementación. Para esta etapa se plantearon tres sesiones grupales, una sesión por mes, con los siguientes temas: (1) VBG desde la psicología feminista, (2) herramientas de autocuidado para la prevención de la VBG, y (3) herramientas de contención emocional y soporte psicológico en situaciones de VBG.

Las sesiones incluyeron material audiovisual con ejemplos, casos, videos y canciones, lo que facilitó una interacción más amena. Es importante que las participantes tengan acceso a esta información de manera clara y pertinente, ya que replican esta información en otros espacios; por tanto, los materiales entregados deben elaborarse también con un lenguaje fácil de comunicar.

Desarrollo de capacitaciones

Se desarrollaron tres sesiones sobre la VBG desde un enfoque feminista y el uso de herramientas de autocuidado y contención ante casos de violencia. Las primeras dos sesiones, que implican la profundización en conceptos y propuestas teóricas sobre la violencia y el autocuidado, fueron principalmente expositivas. La tercera sesión incluyó la revisión de casos, ejemplos prácticos y el uso de un sociodrama para que las participantes interioricen lo discutido previamente y reflexionen sobre las herramientas compartidas. Al finalizar cada sesión se recogieron comentarios

de las participantes para retroalimentar las capacitaciones brindadas, ya que ello sirve para ampliar algún tema que sea de interés o reforzarlo en la siguiente capacitación en caso no haya sido claro. A continuación, se incluyen los resultados principales de cada sesión y algunos comentarios de las promotoras y voluntarias al finalizar los mismos.



SESIONES	OBJETIVO	RESULTADOS	COMENTARIOS
<p>Sesión I: VBG desde la psicología feminista</p>	<p>Identificar los tipos de violencia, al agresor y sus repercusiones desde una perspectiva de la psicología feminista.</p>	<p>Reflexión y concientización sobre el problema social que constituye la VBG, el trato de "problema privado" con el cual se ha normalizado en nuestra sociedad y sus consecuencias, la formación de los estereotipos, la violencia simbólica y el ciclo de la violencia.</p>	<p>"Yo he sido sobreviviente de violencia de género y puedo reconocer todas estas etapas de la violencia, pero ahora puedo ayudar a más compañeras a salir pronto de esa violencia." – Promotora 1</p> <p>"Muchas mujeres que conozco no saben cómo salir de su relación de pareja, han normalizado que las traten mal, es complicado que salgan porque no tienen dinero, por eso yo les enseño a manejar y ganar su dinero para poder salir de esa relación." – Voluntaria 1</p>
<p>Sesión II: Herramientas de autocuidado para la prevención de la VBG</p>	<p>Identificar los tipos de violencia, al agresor y sus repercusiones desde una perspectiva de la psicología feminista.</p>	<p>Reflexión y concientización sobre el problema social que constituye la VBG, el trato de "problema privado" con el cual se ha normalizado en nuestra sociedad y sus consecuencias, la formación de los estereotipos, la violencia simbólica y el ciclo de la violencia.</p>	<p>"Puede parecer muy sencillo respirar o hasta bañarnos lento, pero no lo tomamos en cuenta porque ponemos a los demás primero." – Voluntaria 2</p>
<p>Sesión III: Herramientas de contención emocional y soporte psicológico en situaciones de VBG</p>	<p>Comprender la importancia de las habilidades socioemocionales para brindar contención emocional a mujeres sobrevivientes de violencia.</p>	<p>Reflexión sobre la importancia de desarrollar la empatía, validación y escucha activa como habilidades claves para poder brindar contención emocional a las mujeres sobrevivientes de violencia.</p>	<p>"Esta actividad del sociodrama me ha hecho recordar y revivir situaciones donde he tenido que acompañar a mujeres víctimas, es una situación cotidiana, estas herramientas me ayudan a acompañar mejor." – Promotora 1</p> <p>"Estas herramientas se las enseñaré también al entorno de la mujer víctima, porque su red de apoyo a veces son los que más la invalidan y no las escuchan." – Promotora 3</p>
<p>Sesión III: Herramientas de contención emocional y soporte psicológico en situaciones de VBG</p>	<p>Comprender la importancia de las habilidades socioemocionales para brindar contención emocional a mujeres sobrevivientes de violencia.</p>	<p>Reflexión sobre la importancia de desarrollar la empatía, validación y escucha activa como habilidades claves para poder brindar contención emocional a las mujeres sobrevivientes de violencia.</p>	<p>"Esta actividad del sociodrama me ha hecho recordar y revivir situaciones donde he tenido que acompañar a mujeres víctimas, es una situación cotidiana, estas herramientas me ayudan a acompañar mejor." – Promotora 1</p>

En el transcurso de las capacitaciones, las promotoras y voluntarias compartieron experiencias personales a partir de la reflexión sobre cómo abordar la violencia. Debido a ello, aunque en principio la atención en psicoterapia estaba dirigida a las mujeres usuarias, durante el desarrollo de las capacitaciones se consideró necesario que promotoras y voluntarias que lo necesiten puedan acceder también a este acompañamiento. Por tal, se planteó un espacio de **derivación a psicoterapia de promotoras y/o voluntarias identificadas**, ya que en el proceso muchas veces pueden sentirse movilizadas emocionalmente o hacer reminiscencia de situaciones muy dolorosas. Ante ello, es importante que ellas también pueden ser acompañadas por las psicoterapeutas feministas de la CBE.

Talleres de reforzamiento

Al finalizar las capacitaciones, se invitó a las promotoras y voluntarias a participar en los talleres de reforzamiento, que constituyen espacios de diálogo y acompañamiento sobre su experiencia de prevención e identificación de potenciales usuarias. Del mismo modo que en las capacitaciones, se les informó e hizo seguimiento para garantizar su participación en los talleres.

La modalidad de los talleres de reforzamiento fue tanto virtual como presencial, según lo demandaban las necesidades de las promotoras y voluntarias y el tema del taller. Se entregaron materiales oportunamente y considerando las características de las participantes. En entornos virtuales fue necesario identificar con anticipación dificultades de conexión y procurar el cuidado de la privacidad y confidencialidad del espacio donde se encuentren las personas, en caso se revele información sensible.

La metodología fue participativa. Cada taller abordó un tema que tuvo un espacio de diálogo, permitiendo identificar intereses y dudas de las promotoras y voluntarias. En el cuadro a continuación se describen los objetivos, resultados de cada taller y se rescatan algunos testimonios de las participantes. En general, resaltan como resultados principales la problematización y concientización de la afectación de la VBG en la salud física y mental de las mujeres y, por ende, a su calidad de vida, dada la persistencia de una sensación de amenaza y pérdida de bienestar emocional.

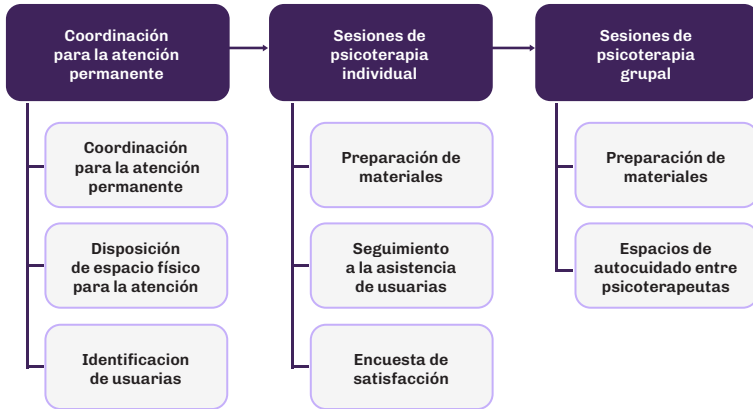


SESIÓN	OBJETIVO	RESULTADO	TESTIMONIO
1	<p>Proveer herramientas de autocuidado, contención psicológica y primeros auxilios psicológicos para víctimas de VBG.</p>	<p>Reforzaron sus aprendizajes sobre cómo exigir un buen servicio, desde cómo realizar el acompañamiento hasta cómo hablar con una víctima de violencia. Han trabajado en sus estrategias de escucha activa para poder comprender a la otra persona y así ser un sistema de contención para la mujer víctima.</p>	<p>"Yo recuerdo que cuando era joven desde que me case yo creí que el único dueño, propietario era mi esposo y yo tenía que pedirle permiso para todo y si él no quería que haga algo o tenga que salir yo no lo hacía, yo era bien sumisa y no conocía sobre mis derechos, cuando uno comienza a conocer sus derechos ya saben cómo poner límites, ya sabe cuidarse y tener ese autocuidado (...). aprendiendo sobre mis derechos yo ya sé auto cuidarme, sé hablar; sé decir, sé pensar; sé opinar de lo que yo quiero en mi vida y seguir aprendiendo para que nosotras también podamos ayudar a muchas mujeres que no conocen." – Promotora 1</p>
2	<p>Brindar información acerca de los procedimientos establecidos que ofrecen las instituciones estatales responsables sobre la atención, contención psicológica y/o acompañamiento a víctimas de VBG a través de una participación representativa.</p>	<p>A partir del ejercicio de nutrir la propuesta de ruta de acompañamiento a mujeres víctimas de violencia desde la CBE, se reforzaron sus aprendizajes sobre cómo exigir un buen servicio. Desde informar a la víctima sobre su derecho a ser evaluada integralmente, cómo realizar las denuncias, exigir la entrega del Kit de emergencia, hasta la atención psicológica y médica a la mujer víctima.</p>	<p>"Las personas violentadas deberían tener un lugar donde estar luego de escapar de su agresor porque muchas veces no tienen donde ir y no tienen más opción que regresar a vivir con el agresor." – Voluntaria 2</p>
3	<p>Dialogar sobre la lucha histórica de las mujeres en la defensa de su autonomía por una vida libre de violencia y desigualdad de género para fortalecer sus aprendizajes y establecer iniciativas que motive su participación en las luchas en defensa de otras mujeres. aprendizajes y establecer iniciativas que motive su participación en las luchas en defensa de otras mujeres.</p>	<p>Reconocen la importancia de la lucha de miles de mujeres desde hace muchísimos años, quienes han tomado las calles para exigir nuestros derechos y velar por la igualdad de derechos de todas las personas, sobre todo apoyando las luchas de las minorías.</p>	<p>"El caso de la chica que la han quemado viva a sus dieciocho años es solo uno de los tantos casos que hay en nuestro país y que están a la espera de alcanzar justicia. El saber cuántas mujeres muertas hay y cuantas más están ahí ocultas que no se saben y que por ser de sitios muy lejanos la justicia no llega, es por ello que al nombrarlas en nuestros carteles durante las marchas es para que las tengamos presente y no queden en el olvido. El feminismo es importante para pedir el reconocimiento de nuestros derechos a vivir libres de violencia." – Promotora 2</p>

SESIÓN	OBJETIVO	RESULTADO	TESTIMONIO
4	<p>Analizar la problemática actual de la VBG ejercida a través del internet, la conceptualización de la temática y sus nuevas expresiones en la tecnología de la información y comunicación.</p>	<p>Reconocen la problemática del uso inadecuado del internet y redes sociales. Logran discutir sobre la importancia de sensibilizar a las mujeres en el uso adecuado y no violento de las nuevas tecnologías de la información.</p>	<p>"Una prima me comenta que su vecina, por querer enviarle por WhatsApp su enamorado una foto de ella desnuda, la ha enviado equivocadamente a otra persona de sus contactos, quien ahora está compartiendo esa foto en sus redes con sus demás amistades de manera desconsiderada. Con esta capacitación ahora estoy en condiciones de informarle que esa acción está penada en nuestro país y que hay una ley que protege la intimidad de las mujeres y que es un delito lo que está haciendo la señora." – Promotora 1</p>
5	<p>Analizar y conocer las consecuencias de las distintas expresiones de VBG a nivel psicológico en la vida de las mujeres (ansiedad, depresión, suicidio).</p>	<p>Compromiso para compartir lo aprendido y analizar el tema de la violencia de género desde una perspectiva que ofrezca posibilidades de cambio culturales y estructurales que conlleven el respeto de los derechos de las mujeres.</p>	<p>"A una usuaria víctima de violencia, una de las primeras atenciones; que acudí al "12 de noviembre" en el área de psicología, le dijeron: ¿cómo tú no te vas a dar cuenta con qué clase de hombre te estas metiendo? Tú deberías saber; deberías saber reconocer; ella se quedó en shock porque ella está acudiendo por ayuda y la empleazan a juzgar e increpar y ella ya no quería ir a la siguiente cita, ¿Qué sentido tiene acudir? si no va a recibir el apoyo emocional que necesita para salir adelante." – Promotora 3</p>
6	<p>Proponer estrategias, herramientas y acciones que permitirán analizar, reconocer, sensibilizar y reflexionar sobre las herramientas y estrategias de autocuidado preventivo para determinar el afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de VBG.</p>	<p>Reconocen estrategias, herramientas y acciones que permitirán analizar, reconocer, sensibilizar y reflexionar sobre las herramientas y estrategias de autocuidado preventivo, para determinar el afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de violencia.</p>	<p>"Yo siento que sí lo practico bastante conmigo, pero lo he comentado con mi mamá ya que yo siento que no vela mucho por ella misma. Al enseñarle la información que ustedes me han brindado yo siento que ella se cuida un poco más, hace ejercicio y ella también se siente muchísimo mejor consigo misma, con su autoestima. También ahora sería poner límites con respecto a la relación con mi padre que era conflictiva. Y ahora la veo muchísimo mejor, la importancia de una misma quererse y tener esos espacios para cuidarse a sí misma." – Voluntaria 1</p>
7	<p>Sensibilizar sobre la importancia de conocer estrategias de reconstrucción cognitiva, que les permita apoyar el proceso empoderar a las mujeres en toma de decisiones.</p>	<p>Promotoras y/o voluntarias sensibilizadas sobre la importancia de conocer estrategias de reconstrucción cognitiva, que les permita apoyar el proceso empoderar a las mujeres en toma de decisiones.</p>	

5.2 Eje de atención permanente

Implementación de eje de atención permanente.



Este eje consiste principalmente en brindar atención psicoemocional a mujeres víctimas y sobrevivientes de la violencia machista.

Coordinación para la atención permanente

En la coordinación para la atención permanente, se llevaron a cabo una serie de acciones previas como la **convocatoria de psicoterapeutas con enfoque feminista**. Para la atención permanente fue imprescindible contratar los servicios de especialistas en atención a sobrevivientes de VBG desde una estrategia comunitaria en salud mental con perspectiva feminista.

Otra actividad de soporte importante es la **disposición de un espacio físico para la psicoterapia**. El espacio físico juega un papel fundamental para generar un ambiente de confianza y seguridad, y para facilitar la comunicación, por tanto, preparar el espacio va más allá de lo meramente decorativo. La disposición de un espacio físico responde a cómo muchas veces se han

configurado los espacios a nivel estatal para brindar atención en salud mental. Lo cierto es que muchas mujeres que se acercan a instituciones estatales para recibir apoyo psicológico, lo hacen en el mismo lugar donde presentaron su denuncia, o bien mantienen una distancia física con el personal de salud mental, estableciendo así una relación que puede resultar distante y desconectada.

El objetivo del modelo es romper con esto. Acorde con el enfoque feminista, se busca tener un espacio que promueva una relación horizontal, donde la usuaria se sienta acogida y cómoda. En la CBE, se designó un ambiente con dos sofás iguales uno frente a otro, por lo que la usuaria puede decidir dónde sentarse, en el que no hay “un sitio de la especialista” establecido. El color del espacio es tenue y siempre dispone de pañuelos de papel y algunos folletos informativos. Este lugar debe tener suficiente privacidad, por lo que se dispuso que no haya un aula contigua y que cuente con ventanas para reducir el ruido. Se establece como norma que, una vez que inicia la sesión, nadie ingresa al espacio.

Las promotoras y voluntarias capacitadas en dar soporte a víctimas de VBG, y también el equipo del MMR, **identificaron a usuarias** sobrevivientes de VBG que mostraron interés en participar en un proceso psicoterapéutico durante ferias, talleres y charlas de prevención de la violencia realizadas en SJM.

Posteriormente se inició la coordinación de horarios y ambientes entre las psicoterapeutas y las usuarias. El primero contacto fue mediante una persona del proyecto que conoce a las promotoras y voluntarias, y, en siguientes ocasiones, las psicoterapeutas coordinaron los horarios directamente. La modalidad de contacto fue través de llamada telefónica, en la que se les comunicó que están siendo contactadas debido a que

se mostró interesada en iniciar un proceso de psicoterapia en la CBE. Se explicaron los objetivos del espacio y la importancia de su compromiso para participar en las ocho sesiones, y se acordaron las fechas y horas disponibles de atención. Se resaltó que su participación es gratuita y voluntaria, puesto que ninguna usuaria debería sentirse obligada a participar de un proceso personal y movilizador como la psicoterapia en casos de VBG.

Cabe señalar que se elabora un plan de atenciones acorde a los tiempos y la disponibilidad de las usuarias para garantizar que terminen con las sesiones. Además, se busca asegurar fechas más próximas para los casos según la urgencia. Este paso fue muy importante para organizar los espacios necesarios dentro de la CBE, evaluar la disponibilidad de horarios que se ofrecerían y convocar a un número de psicólogas de acuerdo con la demanda.

Sesiones de psicoterapia individual

Después de que se ha confirmado su participación, se inició con otro proceso de soporte, que es la **preparación de materiales** para las sesiones de psicoterapia individual. Esto se refiere principalmente a la elaboración de una guía semiestructurada para la sesión con puntos importantes a tratar como: datos de la usuaria, motivo de consulta, antecedentes y conclusiones. No obstante, la terapia se adaptó a las necesidades individuales de la usuaria y el motivo de consulta. Por lo tanto, la guía es un recurso, pero no una pauta estricta. Además, en concordancia con el enfoque intercultural del modelo, es esencial reconocer la diversidad de las usuarias y sus necesidades particulares. Esto implica la disposición para realizar ajustes tanto en el entorno físico como en la atención brindada durante la sesión terapéutica. Estos ajustes pueden incluir aspectos como adaptaciones culturales, consideraciones de accesibilidad o

cualquier otra necesidad específica que pueda surgir en función de la experiencia y el trasfondo cultural de cada usuaria. Este enfoque garantiza que la terapia sea verdaderamente inclusiva y sensible a las diversas realidades de las personas atendidas.

Se llevaron a cabo las sesiones de psicoterapia individual, en total ocho según sugiere el presente modelo. La psicoterapia tiene como objetivo favorecer las relaciones igualitarias, romper con las diferencias jerárquicas y asimétricas de los vínculos de pareja, trabajando con una mirada crítica los estereotipos de género que perpetúan el sometimiento y la adaptación. Asimismo, desde la psicología feminista y un modelo comunitario, la terapia ha de tomar las diferencias de género, etnia y sexo en sus análisis, ya que esto permite comprender que las experiencias personales están influenciadas por procesos estructurales y relaciones más amplias de poder. Esto genera que el modelo evite la patologización y comprenda el malestar como una experiencia colectiva. Es importante considerar también que muchas usuarias probablemente han pasado por otros servicios de consejería o psicoterapia previamente. Ante ello, es bueno rescatar las experiencias que hayan sido negativas y resignificarlas durante las sesiones, ya que puede ser motivo de resistencia para algunas al tener miedo de ser revictimizadas nuevamente.

En esta etapa se realizó el **seguimiento a la asistencia de usuarias**. Por un lado, el seguimiento ayuda a que se sostenga la participación de las usuarias para que finalicen las ocho sesiones de psicoterapia, puesto que permite identificar si alguna tiene una dificultad para continuar, ante lo cual, el equipo puede brindar alguna orientación o apoyo adicional. Por otro lado, el seguimiento a la asistencia permitió al equipo del proyecto organizarse y recibir a otras personas que están en espera o flexibilizar horarios según se requiera. En un principio, se planteó una cantidad limitada de usuarias que recibirían

sesiones de psicoterapia individual semanalmente y se decidió que estas terminen con el número de sesiones planteadas para contactar a nuevas usuarias. No obstante, en el proceso, muchas mujeres abandonaron de manera permanente o temporal la terapia, o su asistencia no fue en la frecuencia esperada. Por lo cual, fue importante manejar un adecuado seguimiento a través de un registro y horario semanal, de uso exclusivo del equipo del proyecto, para asegurar el cuidado de los datos provistos, como se muestra en la siguiente tabla:

Fecha y hora	Usuaria	Datos de contacto	Edad	Asistencia	Llamadas de seguimiento	Psicóloga que atendió el caso	Comentario
	Nombres y apellidos	Teléfono de casa, celular	Número	Sí/No	Número	Nombre	

Posterior a las sesiones de psicoterapia individual, el equipo del proyecto aplicó una **encuesta de satisfacción** cuantitativa y cualitativa, mediante llamada telefónica a las usuarias, para recoger opiniones sobre la atención brindada (modalidad, horario, frecuencia, resultados, cambios identificados y recomendaciones). Así también, las psicólogas consolidaron la información de las sesiones individuales elaborando informes psicoterapéuticos cuya información es relevante para dar seguimiento a los casos, procurando colocar información sensible con mucho cuidado de la identidad de la persona. Los informes presentan el motivo de consulta, los temas abordados en cada sesión y los avances que se han podido observar a modo de diagnóstico y cierre del proceso psicoterapéutico

Sesiones de psicoterapia grupal

Mientras algunas usuarias van finalizando con las sesiones de psicoterapia individual, se procedió a la **preparación de materiales** para las sesiones grupales. La metodología fue principalmente participativa y se estableció un guion de la

sesión alrededor de alguno de los siguientes temas propuestos por el equipo de psicoterapeutas del proyecto: autonomía física, autonomía emocional, dinámicas corporales para notar la pertenencia al cuerpo a través de la danza y movimiento, establecimiento de límites, entre otros. Esta etapa ayudó a prever material audiovisual virtual o impreso, así como otros materiales acordes con el objetivo.

Al culminar las sesiones individuales, se empezaron a desarrollar las sesiones de psicoterapia grupal. En estos espacios grupales se buscó abordar temáticas comunes de las sesiones de psicoterapia individual ofreciendo herramientas a las participantes para fomentar su autonomía a través del encuentro entre compañeras. Se planteó un número de 10 usuarias por taller con dos psicoterapeutas que facilitaron el espacio. Las sesiones grupales fueron un espacio intergeneracional en el que mujeres de diferentes edades compartieron actividades creativas y dinámicas que promovieron el diálogo y reflexión sobre los temas.

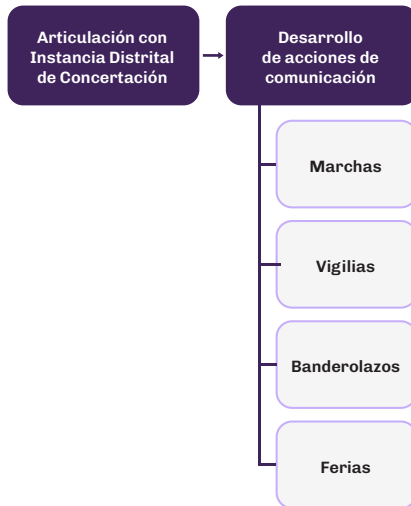
Finalmente, entre las sesiones de psicoterapia individual y grupal es importante rescatar que han surgido **espacios de autocuidado entre psicoterapeutas**. El modelo reafirma que es fundamental generar espacios donde las profesionales que acompañan y brindan psicoterapia a sobrevivientes de violencia de género puedan expresar sus sentires y supervisar sus avances en las sesiones. Esto puede ser autoorganizado entre las psicoterapeutas y realizarse fuera del proyecto, pero se considera importante crear momentos y espacios de reunión entre ellas que sean reconocidos y formalizados.

Los espacios de autocuidado entre las psicoterapeutas se desarrollaron mediante el diálogo de sentires respecto a las sesiones de psicoterapia individual y grupal. Abordar temas de violencia puede movilizar emocionalmente a las personas

de diferentes maneras, por lo cual fue fundamental que haya espacios de encuentro, preferentemente presencial, donde se expresen y sostengan estos sentimientos. En el modelo, las psicoterapeutas organizaron este diálogo comentando las impresiones que tenían al terminar las sesiones individuales y grupales —siempre respetando la confidencialidad de la información de las usuarias—, expresando cómo les hacía sentir ello, y finalizaban con una reflexión que validaba estas emociones y reconocía las posibilidades de los espacios que se están fortaleciendo con las usuarias, promotoras y voluntarias para promover cambios en la comunidad.

5.3 Eje de comunicación

Implementación en Eje de Comunicación



Este eje se enfoca en las acciones comunicacionales llevadas a cabo por las promotoras y voluntarias, que son fundamentales para abordar la problemática de la VBG. Los talleres de capacitación y reforzamiento del eje de desarrollo de capacidades fomentaron habilidades que

facilitan el acercamiento y la interacción con mujeres que son sobrevivientes de esta violencia. Así, al estar mejor preparadas, las promotoras y voluntarias pudieron identificar de manera más efectiva a las mujeres en situación de vulnerabilidad durante el desarrollo de las acciones comunicacionales. Así, ambos ejes se complementaron para lograr una identificación más precisa de mujeres que enfrentan VBG.

Articulación con Instancia Distrital de Concertación

En esta etapa se desarrolla el diálogo con la Instancia Distrital de Concertación, la cual tiene, entre sus funciones, proponer de manera participativa acciones de prevención en torno a la VBG dentro de SJM. Su participación en este eje refiere a que, previo acuerdo, se establecen eventos en los que puede participar el MMR difundiendo información sobre la importancia de la prevención de la VBG y las rutas de denuncia, para lo cual se le entrega material informativo a promotoras y voluntarias, quienes difunden este material educativo en fechas emblemáticas para la lucha de los derechos de las mujeres.

Desarrollo de acciones de comunicación

Este eje se centra en el desarrollo de acciones de comunicación mediante actividades de concientización sobre la prevención de VBG, a través de la difusión de información sobre los derechos y rutas de denuncia en el distrito. Algunas de las actividades en las que participaron fueron las siguientes:

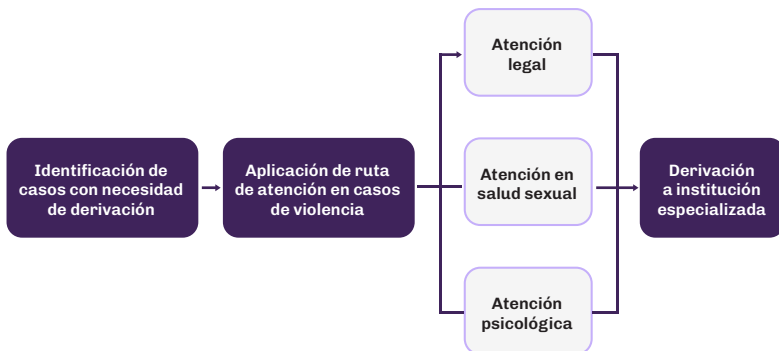
- **Marcha San Juan de Miraflores contra la violencia y la desigualdad.** En el marco del Día Internacional de la Mujer, se marchó por las calles de Pamplona Alta, alzando voces con diversas arengas, entre ellas “Se mata a las mujeres en la cara de la gente”, contra la violencia hacia las mujeres y la desigualdad de derechos y oportunidades.

- **Vigilia por las víctimas de feminicidio.** Con un simbólico canto fúnebre, se exigió el cese de la violencia de género y justicia por las mujeres víctimas de feminicidio.
- **Banderolazos y volanteo informativo.** Actividades de difusión con el objetivo de crear conciencia sobre la brecha y diferencias que existen por el hecho de ser mujeres, sensibilizar a la población en general en la defensa de sus derechos a una vida libre de violencia, y a la salud sexual y reproductiva, para así vincular las luchas de las mujeres.
- **Feria informativa/activación.** Participación en Feria Informativa coordinada con la instancia distrital de SJM. Se brindó información con el fin de contribuir a que la población se informe y sensibilice con la historia de la lucha de las mujeres y reconozcan las desigualdades y violencias que enfrentan.

Las acciones de comunicación son esenciales para que promotoras y voluntarias puedan difundir las herramientas de prevención de la VBG, promoción de una cultura democrática y respeto a los derechos humanos.

5.4 Eje de Articulación con operadores del Estado

Implementación del eje de articulación con operadores del Estado.



Para lograr una atención integral a las mujeres sobrevivientes de VBG, se planteó un eje de articulación con operadores de justicia, de modo que aquellas usuarias que tuvieran algún requerimiento específico puedan ser derivadas oportunamente. Este eje es fundamental ya que fortalece los lazos de comunicación con otros servicios estatales y reconoce, bajo un enfoque comunitario, la responsabilidad de las entidades públicas en la atención a la ciudadanía.

Identificación de casos con necesidad de derivación

Se identificaron usuarias a través de las estrategias de la atención permanente y comunicación. En primer lugar, mediante los informes de las psicoterapeutas en las sesiones de psicoterapia individual, se logró identificar a usuarias que tenían alguna necesidad específica legal en el CEM y/o comisaría de la zona, o de salud física o intervención psiquiátrica en los hospitales del distrito. En particular, resaltaron casos en los que algunas usuarias contactaron por llamada telefónica con las psicoterapeutas para solicitar ayuda de emergencia ante una situación de violencia dentro del hogar.

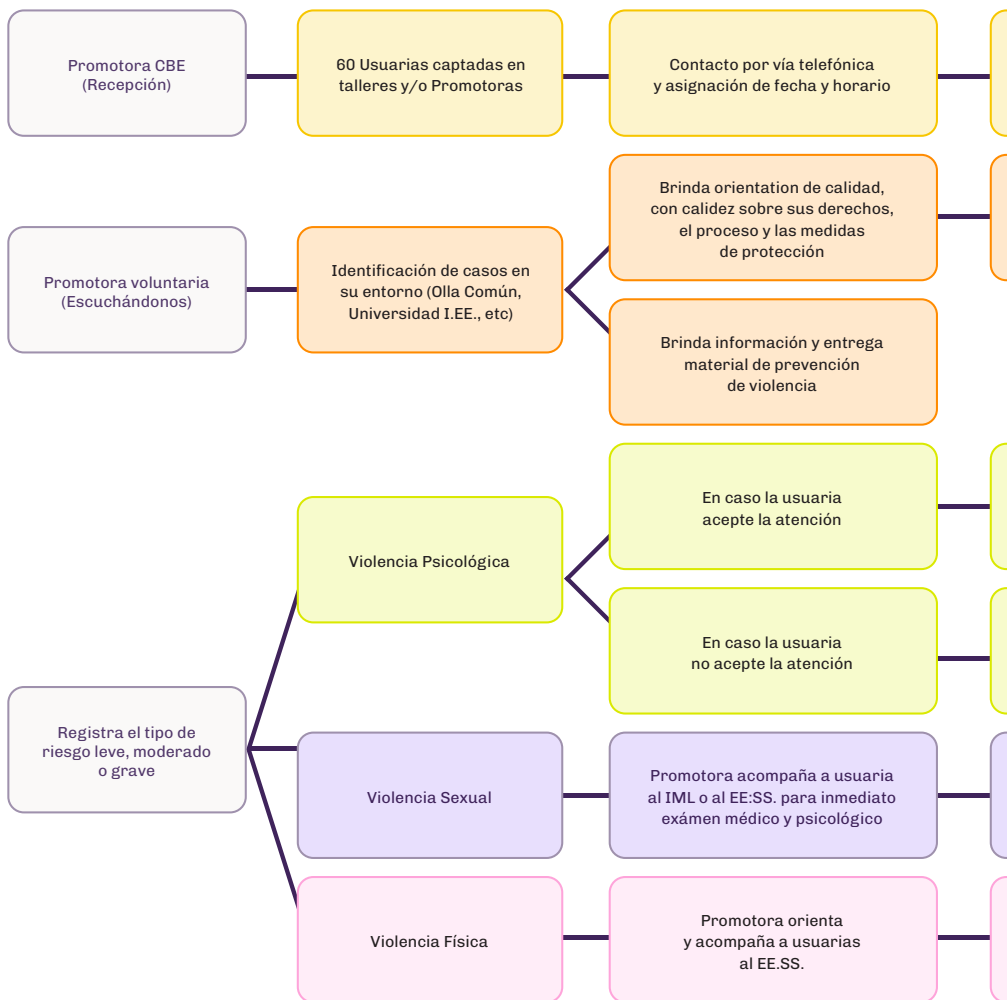
En segundo lugar, a través de la articulación con la Instancia Distrital de Concertación de SJM, la cual tiene entre sus funciones proponer de manera participativa acciones de prevención y atención que respondan a la problemática de VBG contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, también se identificaron usuarias que fueron posteriormente derivadas a la CBE para atención psicológica, asesoría legal o atención en el laboratorio. Asimismo, gracias a las actividades de comunicación realizadas por las promotoras y voluntarias, se detectaron más usuarias que luego fueron derivadas a la CBE o cuyos casos se elevaron a la Instancia para ser dirigidos a alguna entidad estatal.

Mantener reuniones con los CEM del distrito permitió construir conjuntamente una estrategia adecuada en el proceso de derivación y acompañamiento de casos como parte de la atención integral y de abordaje a casos de víctimas de violencia. En el proyecto “Escuchándonos nos hacemos más fuertes: Terapia de crisis para sobrevivientes de violencia de género”, por ejemplo, se realizaron varias reuniones de coordinación (presentación del proyecto y entrega de material impreso, establecimiento de acuerdos para optimizar acciones de derivación y acompañamiento) con los CEM, logrando derivar a dos usuarias para recibir atención en psiquiatría en centros de salud y un hospital de la zona.

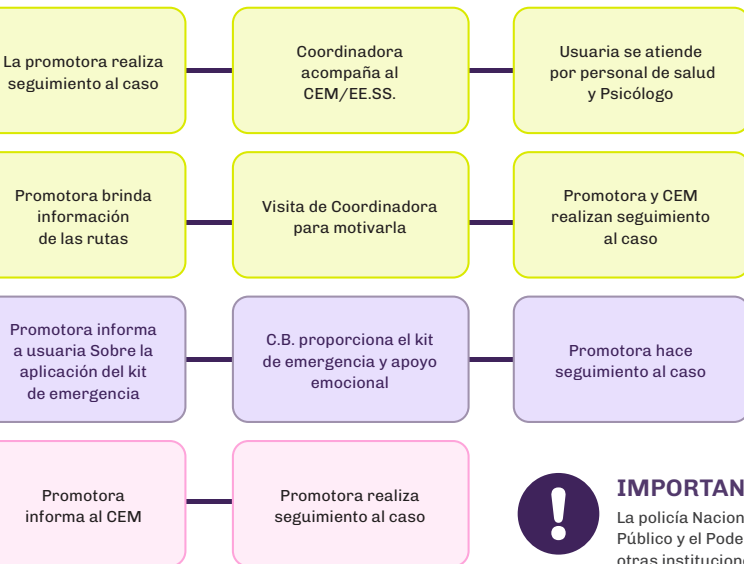
Aplicación de la ruta de atención de casos de violencia

Para promover y facilitar la labor de las promotoras, voluntarias y psicoterapeutas, se definieron los procedimientos y funciones de todas las entidades involucradas en el marco de la Ley N° 30364, en un protocolo de atención de casos en la CBE denominado “Ruta conjunta de promotoras y mujeres por el derecho a una vida libre de violencia y sin miedo”.

Esta propuesta de ruta nace en el marco del proyecto y en relación con los servicios ofrecidos en la CBE. El proceso de construcción del documento es nutrido a través de reuniones participativas y lúdicas con las promotoras y voluntarias, y es validada por todos los actores involucrados desde la CBE. Así, por ejemplo, en la revisión de la propuesta de la ruta preliminar y con los aportes de las promotoras se ha precisado información de funciones de los actores públicos y sociedad civil, que se debe tener en cuenta para la derivación de las víctimas de VBG.



Enlace con la Fiscalía de la Familia, PNP o Poder Judicial

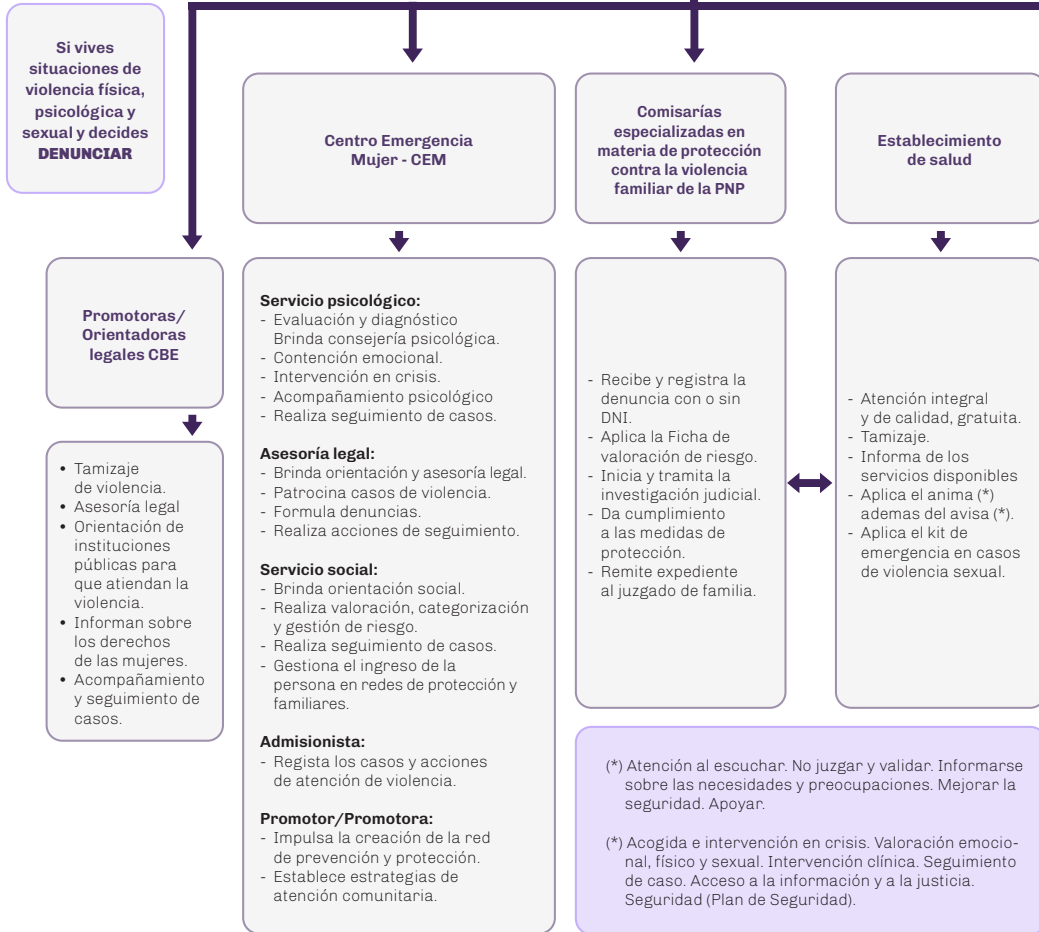


IMPORTANTE

La policía Nacional, el Ministerio Público y el Poder Judicial entre otras instituciones, pueden participar directamente en cualquiera de las etapas.

PASO 1

TU CASO SE DENUNCIA, INVESTIGA Y ATIENDE EN:



PROMOTORAS REALIZAN SEGUIMIENTO Y

PASO 2

PASO 3

TU DERECHO A UNA VIDA
LIBRE DE VIOLENCIA SE GARANTIZA
EN EL PODER JUDICIAL

POR EL DERECHO
A NUESTRO BIENESTAR

Ministerio Público/
Fiscalías especializadas
en violencia contra las
mujeres y los integrantes
del grupo familiar

En caso de violencia
y los integrantes
del grupo familiar

En caso de
violencia sexual

Atención
psicológica

Fiscalía especializada:

- Intervenir en casos de violencia familiar.
- Atención de denuncias de la PNP.
- Medidas de protección y medidas cautelares.
- Orientación e información a las víctimas.
- Supervisa la ejecución de medidas de protección.

Fiscalía Penal:

- Aplica ficha de valoración de riesgo (FVR).
- Dispone de la realización de los exámenes correspondientes.
- Tramita la denuncia ante juzgado de familia.
- Investigación Penal.

Juzgado de Paz Letrado:

- Procede cuando hay faltas: el certificado médico legal. Determina hasta 10 días de incapacidad.
- Sanciona al agresor y
- Dictamina medidas de protección.

Juzgado Especializado de Familia:

- Determina el delito y comunica a la fiscalía penal.
- Emoite y proporciona medidas de protección cautelar.
- Puede prescindir de audiencia.
- Evita la revictimización.
- Dicta medidas de asignamiento familiar.

Juzgado Penal:

- Comunica al Juzgado las medidas de protección en 24 horas.
- Invita a un examen médico y psicológico completo.
- Autoriza la toma de declaración de las víctimas y testigos.
- En delitos sexuales dispone la realización de una entrevista única.

Centro de Salud Mental comunitaria cerca a tu domicilio.

- Soporte emocional.
- Atención psicológica personalizada.
- Terapia de soporte emocional.
- Visita a domicilio si lo desean.

A nivel comunitario:

- Practicar estilos de vida saludable.
- Conocer tus derechos.
- Identificar los riesgos de salud (autoaplicarse).
- Capacitar en tus derechos.
- Participar en grupos de autoayuda.
- Recreación.
- Deporte.
- Reuniones con grupos comunitarios.
- Capacitar en tus derechos.
- Participar de grupos de autoayuda.

Ha sido clave que la ruta de atención contenga información del ámbito local, las alianzas establecidas con otras instituciones, ámbitos de derivación y actores clave en el proceso. Asimismo, la ruta de atención se empleó bajo la coordinación y comunicación constante entre los integrantes de la CBE, como promotoras, voluntarias y psicoterapeutas.

Derivación a institución especializada

El resultado final de este eje es que la usuaria pueda ser derivada según sus necesidades a una institución especializada (CEM, Defensoría del Pueblo, Fiscalía de la Nación, entre otros) para la atención legal, en salud sexual y psicológica.

Se destaca el rol significativo que tanto las promotoras y voluntarias, como las psicoterapeutas, desempeñaron en el apoyo emocional a la usuaria durante este proceso. Estas actoras no solo brindaron un apoyo práctico, sino que también ofrecieron un espacio seguro y comprensivo donde las mujeres pudieron expresar sus emociones y decisiones. El rol de las promotoras y voluntarias va más allá de ofrecer contención, sino que también trabajan para empoderar a las mujeres y ayudarlas a tomar decisiones informadas sobre su propio proceso, respetando su autonomía y agencia.

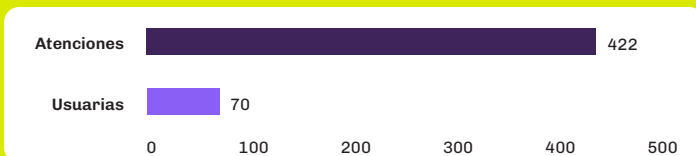
Por ello, la psicoeducación tiene un papel fundamental en tanto que proporciona información clara y accesible sobre derechos, dinámicas y recursos disponibles; empodera a las promotoras y voluntarias para que puedan acompañar a otras mujeres a identificar sus fortalezas y capacidades; provee de herramientas clave para la gestión del estrés, la comunicación asertiva y la resolución de conflictos; y fortalece las redes de apoyo emocional con mujeres cercanas a ellas. Todo ello se alinea y potencia la autonomía de las mujeres en su proceso de recuperación psicoemocional.



PRINCIPALES RESULTADOS E IMPACTO

La aplicación del modelo tiene una serie de resultados favorables en la recuperación psicoafectiva de las usuarias víctimas y sobrevivientes de violencia de género; así como en el fortalecimiento de las redes comunitarias para hacer frente a este tipo de violencia desde las actoras dentro del distrito de SJM. A continuación, se destacan algunos de los principales resultados:

- **Recuperación psicoafectiva de víctimas y sobrevivientes de VBG.** En total se registra que 70 mujeres recibieron terapia psicológica en la CBE, resultando en un total de 422 atenciones entre noviembre de 2023 y julio de 2024. Se destaca la importancia de reflexionar sobre las estructuras sociales y culturales que influyen en estas decisiones, así como de fortalecer los espacios comunitarios donde las mujeres encuentren apoyo y comprensión, sin temor a ser juzgadas o excluidas por sus elecciones.



Se ha evidenciado un progreso significativo en la recuperación psicoafectiva de las participantes, tanto a través de sus propios testimonios como de las observaciones de las psicoterapeutas que facilitan los espacios grupales. Es notable observar cómo muchas participantes están reconstruyendo sus relaciones familiares y sociales, al tiempo que establecen nuevos lazos con otras mujeres en la CBE y en la comunidad. Además, se han observado cambios significativos en su actitud y perspectiva hacia la vida, marcados por una mayor esperanza y determinación. Este impacto positivo, alineado con los objetivos del proyecto, se espera que perdure en el tiempo gracias al fortalecimiento de las redes comunitarias, impulsado por las promotoras y voluntarias involucradas en el proyecto.

«Algo que yo noto es cómo también cómo van llegando, o sea, quizás la forma en la que están vistiendo (...) Llegó una mujer yo creo con el alma rota, no reía, estaba descuidada en su vestir, solo miraba el piso y sus ojos se llenaban de lágrimas, sus cambios fueron rápidos, daba gusto verla sonreír, una vez me trajo unos chocolates, como agradecimiento, es algo que también muchas hacen al final del proceso o hacia el final ya del proceso, que se van acercando, te van trayendo quizás algunas cositas como agradecimiento, y bueno, fue impactante, porque la vi y era como otra persona y yo dije "Wow ¡Qué pasó! O sea... como que llegó bien, bien, arregladita, o sea, como pintada su cabello, había hace muchas cosas. Y en el taller grupal su participación era como bien, bien expresiva».

(Psicóloga 2)

«Si vemos ya su reflejo, es otra mirada. Tiene otra forma de hablar, porque mayormente las personas cuando vienen al inicio, vienen sumisas, calladas, pidiendo. Su mirada nos

dice mucho. Las mujeres están teniendo y han tenido un espacio de escucha».

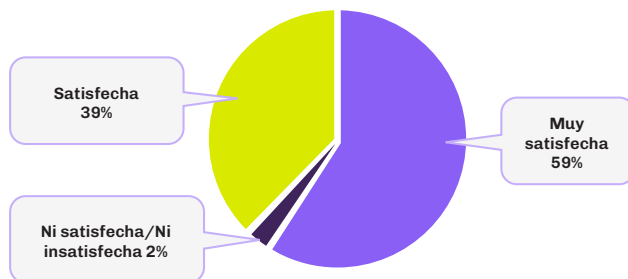
(Psicóloga 4)

Además, el enfoque feminista en la psicoterapia ha permitido a las mujeres reconectar con su valor intrínseco y reconocer la injusticia de la violencia machista que han enfrentado. A través del apoyo y la comprensión proporcionados en este entorno seguro, inicialmente por las promotoras y voluntarias, y luego por las psicoterapeutas, se destaca cualitativamente que la mayoría de mujeres que han pasado por las ocho sesiones han logrado recuperar la confianza en sí mismas y han comenzado a resignificar sus experiencias. Este proceso no solo ha sido individual, sino también comunitario, ya que el intercambio de experiencias entre las usuarias en las terapias grupales ha fortalecido el sentido de solidaridad y empoderamiento colectivo.

«Más que todo, como le digo, me ayudó a mí, a mi persona, de cómo lo tenía mi autoestima muy baja, se puede decir, prácticamente sentía que no me quería. A mis hijas también (...) me ayudó a mí eso, tal vez ser más tolerante (...) pero es algo muy, muy gratificante haber participado y haber escuchado las enseñanzas (...) aquí lo que me han hecho entender es que obviamente estamos para apoyarnos las mujeres, no para criticar»,

(Usuaría 1)

Evaluación de satisfacción de las usuarias



- **Promotoras y voluntarias fortalecidas para brindar acompañamiento psicoemocional a víctimas y sobrevivientes de VBG.** En total se fortaleció la participación comunitaria de 21 promotoras y voluntarias en el distrito de SJM. El compromiso y participación de estas actoras se mantuvo durante la implementación del modelo, lo cual se refleja en su asistencia a las capacitaciones y los talleres de seguimiento. Además, un número considerable de promotoras y voluntarias culminó su proceso de ocho sesiones de psicoterapia en la CBE. Desde una mirada cualitativa, es de resaltar la percepción de un sentido de comunidad fortalecido, así como un sentido de pertenencia e influencia aumentado. Al finalizar las sesiones y los talleres, se rescata que promotoras y voluntarias notaron un crecimiento personal en sus vidas privadas, y también refieren haber ganado una perspectiva crítica y social de la VBG, comprendiéndola ahora en un sentido político que no revictimiza a las mujeres, sino que las acoge y las fortalece para que tengan posibilidades de elegir las vidas que ellas valoran.

«Lo importante también es aprender a escuchar, o sea, escuchar primero a las mujeres, ¿no? las mujeres tenemos que respetarnos y hacer respetar nuestro cuerpo,

poder tomar decisiones... Una de las cosas que a mí me quedó bien claro es no permitir la violencia. Es lo que hemos trabajado, o sea, hablamos de la salud sexual y reproductiva, pero también hablamos sobre la prevención de la violencia que muchas mujeres no priorizan esas cosas, pero eso, yo creo que la herramienta importante es saber escuchar a las personas, principalmente a las mujeres que sufren violencia, no juzgarlas para generar confianza y así poder orientarlas, porque al final nosotras no tomamos decisiones».

(Promotora 2)

- **Problematización y concientización de la VBG en el distrito.** Debido a que el proyecto ha puesto de relieve la participación comunitaria de promotoras y voluntarias, uno de los resultados más importantes es que el alcance de la difusión de información se amplía. Respecto a las actividades de comunicación, las promotoras llegaron a 4488 personas en la difusión de prevención de la VBG (entregando material impreso – dípticos). Además, en el marco del 25 de noviembre (25N) por el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, se logró brindar información a 1169 personas sobre los tipos de VBG y cómo prevenirla en las ferias informativas y en el pasacalle.
- **Derivación efectiva de usuarias identificadas a instituciones encargadas de brindar atención en salud, psicológica y legal.** Las acciones de coordinación y construcción conjunta de una adecuada estrategia en el proceso de derivación y acompañamiento en casos de VBG resultaron en dos casos que fueron derivados oportunamente. En coordinación con el CEM Pamplona II, una de las usuarias fue derivada a un centro de salud y, posteriormente, su caso recibió seguimiento en una

comisaría del distrito; finalmente, se la derivó para que reciba atención psiquiátrica del CEM. Otra usuaria fue acompañada al CEM regular para que le brindan asesoría en salud mental y luego fue derivada al Hospital María Auxiliadora para su atención en Psiquiatría. También se registraron derivaciones y acompañamiento a mujeres usuarias de la CBE a las comisarías del distrito.

«En algunos casos las mujeres víctimas de violencia necesitan recibir medicación y para ello los indicados son los psiquiatras, ya que nosotros como acompañantes tenemos un límite de acción en el momento de ayudar y ahí es cuando el psiquiatra le indica al psicólogo de qué forma se puede tratar ese caso en especial. A una usuaria que tiene dos niños con habilidades diferentes la derivaron con profesionales de la salud; para ello primero le informo a mi coordinadora, quien realiza el contacto con la psicóloga del CEM y de manera conjunta se brinda la ayuda necesaria. Es ahí donde me doy cuenta de la importancia de un abrazo o una palabra de aliento para ella, quien a gritos está pidiendo ser ayudada».

(Promotora 4)

- **Fortalecimiento de redes de soporte comunitarias.** La salud mental desde un modelo comunitario y feminista reconoce la importancia de tejer relaciones horizontales basadas en el respeto, el vínculo significativo y la aceptación, por lo cual, generar un espacio de encuentro con mujeres sobrevivientes de violencia de género tiene un sentido profundo para cuestionar esquemas y fortalecer lazos colectivos desde la sororidad. El enfoque comunitario de este modelo tiene un impacto significativo al fomentar un sentido de pertenencia y colaboración en la comunidad. Además, al brindar un espacio de participación exclusivo para mujeres, se destaca la oportunidad de

deconstruir las jerarquías de género y construir nuevas formas de relacionarse desde la horizontalidad, a la par que se reconoce a las mujeres como agentes de cambio dentro de su comunidad, empoderándolas para liderar transformaciones sociales más inclusivas y equitativas. Asimismo, al poner en práctica principios feministas como la escucha activa y la sororidad, se fomenta un ambiente de confianza y seguridad donde las mujeres se sienten valoradas y empoderadas para expresarse libremente y tomar decisiones informadas sobre sus vidas. En última instancia, el modelo promueve una visión de la salud mental que integra aspectos individuales y colectivos, reconociendo la interconexión entre el bienestar personal y el contexto social.

«Entonces, creemos en esto desde lo comunitario, porque es también recuperar redes comunitarias, porque algo que hace el patriarcado es hacernos creer a las mujeres que esto es algo que tenemos que vivir solas, tenemos que vivir calladas (...) las mujeres tienen mucho miedo de hablar, pero cuando se reconocen en un espacio comunitario, una habla y la otra se da cuenta: "A mí también me pasó lo mismo". Y se da cuenta también que la otra ya está en otro momento, que ya lo pasó. Entonces se da cuenta que también esos recursos que ven en su otra compañera los puede desarrollar ella y viceversa».

(Psicóloga 1)



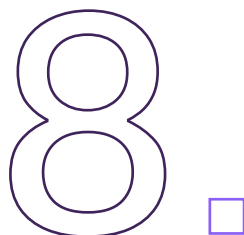
CONCLUSIONES

El modelo de atención comunitaria en salud mental con enfoque feminista evidencia la necesidad de involucrar a agentes de la comunidad en acciones frente a la VBG, reforzando su autonomía para la transformación social y de esta manera contribuir a la recuperación psicoafectiva de las sobrevivientes. Asimismo, se reconoce la importancia de la promoción de acciones de sensibilización sobre la VGB para contribuir al cambio de normas de género y el trabajo articulado con el personal de atención en VBG para generar alianzas y fortalecer la respuesta ante la violencia en la comunidad.

Los resultados de la implementación del modelo dan cuenta del aporte fundamental de adoptar el modelo de intervención comunitario: la promoción del crecimiento personal de las participantes, la toma de conciencia crítica, el desarrollo de colaboración y solidaridad; además de los efectos políticos en el sentido de que forma ciudadanía y desarrolla y fortalece a la sociedad civil, lo que aumenta, a su vez, la responsabilidad y el cambio social (Montero, 2004).

Se destaca la incorporación del enfoque feminista en el abordaje de la salud mental en sobrevivientes de VBG, permitiendo el empoderamiento de mujeres para que puedan recuperar el control de sus decisiones a través de sus propios recursos, cuestionando las desigualdades estructurales para salir de entornos violentos y puedan fortalecer su autoestima y autoeficacia para su bienestar integral.

Así pues, la participación, coordinación e involucramiento de actores de la comunidad es fundamental para construir un espacio de acogida que aborde la salud mental para la recuperación psicoafectiva de las mujeres víctimas de VBG. El modelo comunitario con enfoque feminista permite contextualizar a la persona en su entorno reconociendo los factores de género asociados que colocan a las mujeres en su diversidad en condiciones de mayor vulnerabilidad. Por un lado, se reconoce el rol de la persona en su comunidad para promover cambios y transformar relaciones y dinámicas de poder; y, por otro lado, reconoce que hay estructuras sociales, políticas, económicas, culturales e históricas que van a influir en las personas y las intervenciones que se realicen.



LECCIONES APRENDIDAS

- 1. Convocatoria a usuarias a través de las promotoras y voluntarias.** El modelo adoptó la estrategia de involucrar a las promotoras y voluntarias en el contacto inicial con potenciales usuarias para la atención en salud mental, con el objetivo de fortalecer su liderazgo y promover el desarrollo de redes comunitarias sólidas. Esta decisión se fundamentó en el reconocimiento del papel fundamental que desempeñan estas figuras en sus comunidades, así como en su capacidad para establecer vínculos de confianza y apoyo con otras mujeres. Esta estrategia se ha revelado como un acierto, ya que el contacto directo a través de las promotoras y voluntarias ha demostrado ser altamente efectivo en llegar a las mujeres que podrían beneficiarse de las sesiones psicoterapéuticas. Además, este enfoque ha permitido no solo llegar a un mayor número de mujeres, sino también establecer vínculos más sólidos y significativos con la comunidad, fortaleciendo así las redes de apoyo y solidaridad entre las participantes.

2. Fortalecer las capacidades de promotoras y voluntarias para brindar primeros auxilios psicológicos.

Los antecedentes del proyecto dan cuenta del amplio trabajo del MMR para fortalecer redes comunitarias que persistan en el tiempo y sean en la medida de lo posible autosostenibles. El modelo presentado se alinea con este objetivo en tanto reconoce que se puede apostar por modelos diferentes de atención y autocuidado, en este caso de la salud mental. Por tanto, se espera que las promotoras y voluntarias sean las protagonistas e interlocutoras legitimadas por su comunidad para identificar casos de violencia de género, actuar en línea con la ruta de atención y garantizar la sostenibilidad al ser actoras clave en su comunidad. Esto implica que puedan apropiarse de la herramienta de primeros auxilios psicológicos y ser capaces de utilizarla, sentando las bases para tener servicios de salud mental centrados en las personas desde un enfoque preventivo y feminista.

3. Comprender la violencia de género de manera estructural.

Las promotoras, voluntarias y usuarias reportan que han atravesado por una serie de violencias, tanto psicológica, física y sexual, desde la infancia hasta la adultez. En algunos casos, incluso señalan que estas formas de violencia han trascendido a sus propios hijos e hijas. En este contexto, resulta fundamental que se aborden estas experiencias de manera integral y comprensiva. Además, ha sido clave comprenderlo en los espacios de encuentro con promotoras, voluntarias y usuarias en su sentido más amplio. Esto incluye la violencia estructural, la violencia institucional y la violencia cultural, que pueden manifestarse de diversas formas en la vida cotidiana de las participantes. Por lo tanto, en el modelo se enfatiza la importancia de comprender la violencia en su sentido más amplio, reconociendo sus múltiples facetas y sus impactos intergeneracionales, planteando formas de crianza desde el respeto y la igualdad.

- 4. Integrar un enfoque no capacitista, antirracista y antipatriarcal.** Para que la aplicación del modelo sea exitosa es necesario reflexionar activamente en todos los procesos para asegurar que, en efecto, se garantice la inclusión, la equidad y el respeto de todas las mujeres participantes. El enfoque no capacitista implica verificar que, por ejemplo, las instalaciones sean accesibles para usuarias con discapacidades físicas o que la entrega de materiales a promotoras y voluntarias sea en formatos accesibles. Además, en términos de la psicoterapia, es importante que las psicoterapeutas tengan experiencia para acompañar a mujeres con alguna necesidad particular, trastornos o discapacidades cognitivas. De igual manera, el enfoque antirracista es clave para asegurar un trato equitativo independientemente del origen étnico, pero también para reconocer que hay factores específicos que afectan a las comunidades racializadas. Finalmente, el enfoque antipatriarcal implica reconocer que, en las propias acciones, se puede perpetuar relaciones de poder, así que es importante resaltar siempre la horizontalidad y favorecer la autonomía de las mujeres abogando por cambios sistémicos.
- 5. Reconocer la importancia del autocuidado.** El cuidado de la salud mental debe ser transversal entre actoras del proyecto. No hay una forma universal del autocuidado, ya que la diversidad interpela a pensar diferentes estrategias que comprendan las características, posibilidades y limitaciones de las personas. Así, no se puede apelar a un autocuidado ajeno a las condiciones sociales, políticas, culturales e históricas que colocan a algunas personas en desigualdad. Lo cierto es que es necesario que cada persona defina qué es lo que requiere a partir de una escucha honesta de sus necesidades. Construir y sostener los espacios seguros no es tarea sencilla, más aún con personas que empiezan a confiar y muchas veces temen ser vistas o ser tratadas de

manera diferente por sus historias, o que se hable de ellas sin sensibilidad o fuera del espacio seguro. Por tal, toda réplica de este proyecto debe considerar este aspecto fundamental para cuidar la participación de las promotoras y voluntarias que sostienen el modelo comunitario del proyecto. Asimismo, es importante hacerse la pregunta “¿Quiénes cuidan de quienes cuidan?”, para hacer hincapié en los espacios de autocuidado entre psicoterapeutas, ya que el abordaje de situaciones de VBG puede también generarles agotamiento emocional.

«(...) nosotros también nos cargamos. Nos cargamos porque recibimos, por más que tenemos estrategias, herramientas, de todas maneras, se queda algo, no siempre hay... es bueno también para nosotras este compartir de estas situaciones que pasamos y tratar de descargarnos».

(Promotora)

«El hecho que ya seamos un grupo, el hecho que no sea una sola, nos ayuda a sostenernos entre todas, porque lo que me está pasando a mí y lo que te está pasando a ti, lo que le está pasando a la otra, lo conversamos y ahí tenemos que sostenernos (...) son importantes estos espacios de autocuidado porque la mayoría de ellas... yo digo también, qué mujer no ha vivido violencia. Todas, ¿no?».

(Psicóloga 2)

6. Generación de un vínculo entre usuarias y psicoterapeutas.

Es significativo que usuarias y psicoterapeutas establezcan un vínculo de confianza y seguro para que puedan abordar situaciones profundas que les preocupan. Se observa en el modelo que la terapia feminista —desde la psicoeducación— aporta herramientas terapéuticas y asistenciales para reconducir y resituar la responsabilidad en la violencia, quitando carga de culpa y vergüenza a las

víctimas, contribuyendo a crear una experiencia sanadora y reparadora no solo en el plano individual, sino también en lo social (Alonso, 2022). En ese sentido, el abordaje amable y receptivo de las psicoterapeutas feministas ha favorecido ello facilitando ambientes de confianza entre participantes.

«Yo en eso coincido mucho con el feminismo, en la parte desde la psicología feminista, en que hay que despatologizar estas consecuencias que la opresión patriarcal nos ha generado como sociedad. Dejar de vernos como enfermedades y ver que, vamos, o sea, es parte de nuestra naturaleza haber desarrollado, haber reaccionado de una o de otra forma. Y lo veo cuando, incluso, en las sesiones, recibo a gente que quizás no fue como que quien recibió directamente los golpes, porque son hijos, o sea, son parte del sistema familiar, pero también tienen secuelas y secuelas muy profundas de violencia, que los acompañan hasta el presente».

(Psicóloga 2)



Desafíos

- 1. Dependencia económica.** Es uno de los desafíos más significativos para la implementación efectiva del modelo. Muchas mujeres que son víctimas de VBG enfrentan esta dependencia económica que puede manifestarse de diversas maneras como la falta de ingresos propios, el control económico por parte del agresor o la falta de acceso a recursos financieros para buscar ayuda. Esta situación puede dificultar que se sostenga en el tiempo la asistencia a las sesiones de psicoterapia individual y grupal, puesto que las mujeres pueden enfrentar obstáculos para asistir debido a la falta de recursos para cubrir los costos de transporte o cuidado de personas a su cargo. Además, la dependencia económica limita la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre su propia vida, incluida la decisión de buscar ayuda o abandonar una relación abusiva. En consecuencia, superar esta barrera requiere abordar no solo las necesidades inmediatas de las mujeres como puede ser identificar los gastos adicionales que implica asistir, sino también trabajar para empoderarlas económicamente y brindarles los recursos y el apoyo necesarios para romper el ciclo de la dependencia económica y tomar el control de su vida.
- 2. Sistema de salud mental revictimizante.** Se han registrado comentarios de promotoras, voluntarias y usuarias sobre experiencias previas de psicoterapia negativas en las que habían sido revictimizadas, aduciendo que los motivos de la violencia de las que fueron víctimas podrían ser su responsabilidad. Esto puede representar un desafío

importante para el modelo en varios aspectos. En primer lugar, estas experiencias pueden generar desconfianza y resistencia por parte de las mujeres hacia la psicoterapia, lo que dificulta su participación activa y compromiso con el proceso. Además, estas vivencias negativas pueden influir en la percepción de la efectividad de la psicoterapia, haciendo que las mujeres sean más escépticas sobre los beneficios que pueden obtener. En segundo lugar, estas experiencias previas pueden provocar reacciones emocionales adversas durante las sesiones terapéuticas, como ansiedad, miedo o resistencia. Esto puede dificultar la construcción de un vínculo sólido entre las usuarias y las psicoterapeutas, lo que a su vez puede obstaculizar el proceso de sanación y recuperación. Por último, estas experiencias negativas pueden perpetuar el estigma asociado a la salud mental y la psicoterapia dentro de la comunidad, lo que dificulta aún más el acceso de las mujeres a los servicios terapéuticos y aumenta la probabilidad de que oculten sus necesidades emocionales y psicológicas.

Para abordar este desafío es necesario ofrecer información clara y transparente sobre el proceso terapéutico, brindar un espacio seguro y empático para que las mujeres expresen sus preocupaciones y experiencias pasadas, y adaptar las intervenciones terapéuticas para satisfacer las necesidades y preferencias individuales de cada usuaria. Lo importante de la psicoterapia feminista en el modelo comunitario radica, entonces, en que permite abordar de manera específica las experiencias y desafíos que enfrentan las mujeres debido a las estructuras de poder y las desigualdades de género, proporcionando un espacio seguro y de apoyo para que puedan expresar sus vivencias, entender sus emociones y desarrollar estrategias para superar las adversidades.

«Por ejemplo, en el seguro ahí, en el seguro, sí, siendo por teléfono nomás que la escuela me llamaba, una psicóloga que prácticamente me dijo: “Ya, pues, si te engañó tu marido, ¿qué vas a hacer? Déjalo”. O sea, no te... es bien dura se puede decir, ¿no? O también cuando pasó con mi hija... me trató frente a mis hijas: “No, mamá, usted tiene que pararse así con mano fuerte. Usted es la que manda ahí”, o sea, no son como acá, que te hablen, no como ellas».

(Usuaría 1)

3. Contexto que limita el empoderamiento. El espacio dentro de la CBE se concibe como un espacio acogedor para todas aquellas mujeres que buscan apoyo y sanación. El modelo se esfuerza por mantener este ambiente como un lugar de encuentro seguro y respetuoso, donde las participantes tienen la libertad de expresarse y dialogar sobre temas relevantes para ellas. Esta dinámica favorece el desarrollo de su autonomía y fortalece su autoestima al sentirse escuchadas y valoradas. Sin embargo, al salir de la CBE, muchas se enfrentan a un entorno social que puede ser menos comprensivo y empático. La sociedad en general no siempre comprende ni respalda la importancia de la psicoterapia y el enfoque de género en el proceso de sanación. Esto significa que las participantes corren el riesgo de encontrarse con personas que carecen de sensibilidad hacia sus experiencias y que pueden incluso desacreditar o desvalorizar sus esfuerzos por buscar ayuda.

Este contraste entre el ambiente protector de la CBE y la realidad exterior resalta la importancia de continuar ampliando la visión crítica del sistema en términos del reconocimiento de la VBG como un problema estructural, a la par que se amplían las habilidades de afrontamiento y resiliencia de las mujeres. Además, subraya la necesidad de sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre la importancia de la psicoterapia y

el enfoque de género en la atención a las mujeres que han sufrido violencia de género, con el fin de crear entornos más comprensivos y solidarios para su recuperación y empoderamiento.

4. Articulación con actores estatales que no comparten los mismos objetivos.

Las diferencias en las agendas y prioridades, los obstáculos burocráticos, la resistencia al cambio o a la adopción de nuevas prácticas o enfoques — especialmente si estos contradicen sus intereses o ideologías preexistentes— y la falta de compromiso político, financiero e institucional representan retos para articular acciones. Para abordar estos desafíos, es fundamental establecer canales de comunicación abiertos y transparentes con los actores estatales, buscar puntos en común y construir relaciones de confianza y colaboración. Además, es importante identificar estrategias para superar los obstáculos burocráticos y promover la sensibilización y el compromiso de los actores estatales con los objetivos del proyecto. Esto puede implicar la realización de actividades de comunicación, la sensibilización y capacitación de los funcionarios estatales, y la búsqueda de aliados dentro de la administración pública que puedan apoyar y promover los objetivos del proyecto.

5. Contexto adverso para la participación en espacios feministas.

Es importante reconocer que las promotoras, voluntarias y usuarias pueden enfrentarse a comentarios desfavorables de terceros respecto a su participación en espacios feministas. Esto puede generar tensiones y conflictos, así como cuestionamientos sobre su compromiso con la lucha contra la VBG durante actividades de difusión y prevención. Estas dinámicas ponen de manifiesto las implicaciones profundas de la participación de las mujeres en sus contextos sociales y familiares en relación con su empoderamiento y su presencia en espacios públicos.

Además, implica el desafío de enfrentar la percepción y los estigmas asociados con el feminismo, así como el acto simbólico y social de identificarse como parte de este movimiento. Por tanto, es fundamental brindar un espacio seguro y de apoyo para que las participantes puedan abordar estos desafíos y fortalecer su resiliencia emocional. Además, se deben implementar estrategias de sensibilización y educación en la comunidad para promover una comprensión más amplia y respetuosa del feminismo y los derechos de las mujeres, reduciendo así el estigma y la discriminación hacia quienes eligen identificarse con este movimiento.

REFERENCIAS

- Acevedo, K. M. (2020). Indefensión aprendida y depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los centros de mujeres Ixchen del Departamento de Managua. *Revista Gestión I+D*, 5(3), 334-356. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7863435>
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P., y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Alavez, A. (2014). *Interculturalidad: conceptos, alcances y derecho*. Centro de Producción Editorial del GPPRD.
- Alonso, V. (2022). *Salud Mental con perspectiva de género II. Claves feministas para el abordaje de la violencia sexual*. <https://www.uik.eus/es/curso/salud-mental-con-perspectiva-genero-ii-claves-feministas-abordaje-violencia-sexual>
- Betancourt, D., y Delgado, C. (2012). *Impacto de la violencia conyugal en la salud mental de la mujer*. Universidad Tecnológica de Bolívar.
- Bodelón, E. (2014). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 48, 131-155. <https://doi.org/10.30827/acfs.v48i0.2783>
- Bonet-Martí, J. (2020). Análisis de las estrategias discursivas empleadas en la construcción de discurso antifeminista en redes sociales. *Psicoperspectivas*, 19(3), 1-12. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol19-issue3-fulltext-2040>
- Cantera, L. M. (1999). *Te pego porque te quiero: La violencia en la pareja*. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Cantera, L.M. (2007). *Casais e violência: Um enfoque além do gênero*. Porto Alegre: Dom Quixote
- Céspedes-Panduro, B. (2023). Factores sociales de la violencia de género en Perú. *Estudios del Desarrollo Social*, 11(2), e17. <https://revistas.uh.cu/revflacso/article/view/4431>

- Colque, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH. Revista sobre Educación y Sociedad*, 15(1), 5-22. <https://doi.org/10.35756/educaumch.v1i15.129>
- Defensoría del Pueblo (2020). *Defensoría del Pueblo: Centros de Salud Mental Comunitarios deben identificar adecuadamente casos de violencia contra las mujeres*. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-centros-de-salud-mental-comunitarios-deben-identificar-adecuadamente-casos-de-violencia-contra-las-mujeres/>
- Defensoría del Pueblo (2016). *Género e interculturalidad: el derecho a una vida libre de violencia y discriminación. Compilación de principales instrumentos internacionales y nacionales*. Biblioteca Nacional del Perú.
- De Alencar-Rodríguez, R. y Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja: una revisión teórica. *Psico*, 43(1), 116-126.
- De Pace, M. (2022). *El ciclo de la violencia de género*. <https://www.unobravo.com/es/blog/ciclo-violencia-genero>
- Domestic Abuse Intervention Programs. (2024). *What is the Duluth model?* <https://www.theduluthmodel.org/>
- El Peruano. (11 de septiembre de 2023). *Reportan 110 feminicidios en el transcurso del 2023*. <https://www.elperuano.pe/noticia/222696-reportan-110-feminicidios-en-el-transcurso-del-2023>
- Espinoza, C. (28 de abril de 2023). *Hallan cuerpo de mujer con signos de tortura y dentro de un costal en plena calle de San Juan de Miraflores*. Infobae. <https://www.infobae.com/peru/2023/04/28/hallan-cuerpo-de-mujer-con-signos-de-tortura-y-dentro-de-un-costal-en-plena-calle-de-san-juan-de-miraflores/>
- Falen, J. (2023). *Solo el 0,24% del presupuesto nacional se destinará a reducir la violencia contra la mujer*. <https://elcomercio.pe/ecdata/solo-el-024-del-presupuesto-nacional-se-destinara-a-reducir-la-violencia-contra-la-mujer-ecdata-violencia-contra-la-mujer-presupuesto-publico-mimp-noticia/>
- Fernández, L. (2020). La violencia: ¿Un problema de salud mental en el Perú? *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3). <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2298>

- Fernández-Guerrero, M. (2023). Trastorno por Estrés Postraumático Complejo y Trastorno Límite de la Personalidad: El Debate Continúa. Propuesta de Diagnóstico Diferencial. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 172-179. <https://www.papelesdelpsicologo.es/>
- Ferullo de Parajón, A. (2006). *El triángulo de las tres P: psicología, participación y poder*. Paidós.
- Fomento de la vida, FOVIDA (2023). *Mujeres vigilantes de San Juan De Miraflores impulsan políticas ambientales municipales frente al cambio climático*. <https://fovida.org.pe/mujeres-vigilantes-de-san-juan-de-miraflores-impulsan-politicas-ambientales-municipales-frente-al-cambio-climatico/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas Perú. (s/f). *Violencia basada en género*. <https://lac.unfpa.org/es/topics/violencia-basada-en-g%C3%A9nero-0>
- Golding, K. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Guerrero-Vaca, D., García-Ramos, D., Villavicencio, L., Peñafiel, D., y Fernández, V. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 667-688. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229667>
- Hernández, W. (2018). *Género en el Perú: nuevos enfoques, miradas interdisciplinarias*. Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *INEI dio a conocer los resultados de la primera encuesta virtual para personas LGTBI-2017*. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/inei-dio-a-conocer-los-resultados-de-la-primer-encuesta-virtual-para-personas-lgtbi-2017-10705/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021). *Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES 2021 Nacional y Departamental*. Biblioteca Nacional del Perú.
- Lerzundi, D. F. (2023). *Medidas de protección en casos de violencia contra la mujer y los lineamientos estratégicos, San Juan de Miraflores, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

- Ministerio del Interior. (2021). *MIMP: Nuevo Protocolo de Atención del Centro Emergencia Mujer optimizará los servicios a usuarias/os*. <https://conasec.mininter.gob.pe/noticias/mimp-nuevo-protocolo-de-atenc%C3%B3n-del-centro-emergencia-mujer-optimizar%C3%A1-los-servicios>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016). *Lineamientos y herramientas para la transversalización del enfoque de género en los programas sociales del MIDIS*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306836/INF-LHPS_-_Enfoque_de_G%C3%A9nero20190409-24902-156n0ya.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (27 de marzo de 2024). *Vecinas y vecinos de San Juan de Miraflores se expresaron contra la violencia hacia las mujeres. Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar*. <https://www.gob.pe/institucion/aurora/noticias/926682-vecinas-y-vecinos-de-san-juan-de-miraflores-se-expresaron-contra-la-violencia-hacia-las-mujeres>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2013). *Lineamientos y herramientas para la transversalización del enfoque de interculturalidad en los programas sociales del MIDIS*.
- Ministerio Público (2022a). *Cifras estadísticas de violencia de género en el Perú*.
- Ministerio Público. (2022b). *Fiscalía Especializada en Violencia contra la Mujer de San Juan de Miraflores fortalece su labor*. <https://www.gob.pe/institucion/mpfn/noticias/596408-fiscalia-especializada-en-violencia-contra-la-mujer-de-san-juan-de-miraflores-fortalece-su-labor>
- El Comercio (16 de febrero de 2023). *San Juan de Miraflores: mujer recibe brutal golpiza por parte de su vecino*. <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/san-juan-de-miraflores-mujer-recibe-brutal-golpiza-por-parte-de-su-vecino-video-noticia/?ref=ecr>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas Perú. (s/f). *Violencia basada en género*. <https://lac.unfpa.org/es/topics/violencia-basada-en-g%C3%A9nero-0>

Escuchándonos nos hacemos más fuertes

- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: Área de encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria. *Psykhé*, 19(2) 51-63.
- Montero, M. (2012). El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico-Comunitaria. *Revista MEC-EDUPAZ*, Universidad Nacional Autónoma de México, 1(1), 53-76.
- Nader, A. (2018). Disociación y síntomas neurológicos funcionales en la perspectiva de Pierre Janet. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300161>
- Naciones Unidas (2020). *Hidden scars: how violence harms the mental health of children*. New York.
- Naciones Unidas (2021). *Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven*. <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos - OHCHR (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. ONU. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Perú fortalece capacidades para mejorar la respuesta en los servicios de salud a la violencia que sufren mujeres peruanas y migrantes*. <https://www.paho.org/es/noticias/28-11-2022-peru-fortalece-capacidades-para-mejorar-respuesta-servicios-salud-violencia-que>
- Payarola, M. (2022). Las cuatro claves para entender el discurso antifeminista: Hombres que ejercen violencia de género ¿Cambio de paradigma o vuelta al pasado? *DIVULGARE Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 10, 1-8. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/divulgare/issue/archive>

- ParlAmericas (s/f). *Interseccionalidad*. https://parlamericas.org/uploads/documents/Intersectionality_es.pdf
- Pérez, J. y Escobar, a. (2011). *Perspectivas de la violencia de género*. Grupo 5, D.L.
- Pineda, E. (2020). *La violencia institucional y la revictimización de la violencia sexista y los feminicidios*. Pólemos. <https://polemos.pe/la-violencia-institucional-y-la-revictimizacion-de-la-violencia-sexista-y-los-femicidios/#:~:text=En%20primer%20lugar%2C%20la%20violencia,contra%20los%20agresores%20por%20los>
- Poggi, F. (2019). Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho. *DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 42, 285-307. <https://doi.org/10.14198/DOXA2019.42.12>
- Portal Estadístico del Programa Nacional Aurora. (2024). *Casos atendidos por los CEM según grupos de edad*. <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/casos-atendidos-por-los-cem-segun-grupos-de-edad-año-2021/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2021). *Abordando la violencia basada en género en Villa El Salvador a través de una Instancia de Concertación Plus*. <https://www.undp.org/es/peru/publicaciones/abordando-la-violencia-basada-en-genero-en-villa-el-salvador-traves-de-una-instancia-de-concertacion-plus>
- Proveyer, C. (2022). *La violencia estructural es la “cara” de la violencia de género*. <https://americalatinagenera.org/comunicaciones/la-violencia-estructural-es-la-cara-de-la-violencia-de-genero/>
- Purizaca, G. (2023). *Casi 30 casos de violencia contra la mujer terminaron en feminicidios por negligencia de los CEM en 5 regiones*. <https://data.larepublica.pe/genero/2023/09/10/violencia-contra-la-mujer-casi-30-casos-terminaron-en-femicidios-por-negligencia-de-los-cem-en-5-regiones-ministerio-de-la-mujer-programa-nacional-aurora-367173>
- Ramírez, G., y Burgos, T. (2024). *Desarrollo del trastorno de estrés postraumático en mujeres sobrevivientes de violencia psicológica basada en género* (Tesis de Maestría, Universidad Internacional SEK Ecuador). <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5277>

- Rivera, L., Allen, B., Rodríguez, G., Chávez, R., Lazcano, E. (2006). *Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas de 12 a 24 años*. *Salud pública de México*, 28(2).
- Rivera, M., Velázquez, T., y Morote, R. (2014). Participación y fortalecimiento comunitario en un contexto post-terremoto en Chíncha, Perú. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, 13(2), 144-155. <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Robeyns, I. (2017). *Wellbeing, Freedom and Social Justice: The Capability Approach Re-Examined*. Open Book Publishers. <http://dx.doi.org/10.11647/OBP.0130>
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta.
- Urquijo, M. (2014). *La teoría de las capacidades en Amartya Sen*. EDETANIA, 46, 63-80.
- Ussher, M. (2008). *Complejidad de los procesos de participación comunitaria*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Vaccaro, G., y Mayorca, E. (2023). *¿Qué factores determinan la violencia doméstica de pareja y su recurrencia en el Perú?* Pontificia Universidad Católica del Perú y Consorcio de Investigación Económica y Social. <https://cies.org.pe/investigacion/que-factores-determinan-la-violencia-domestica-de-pareja-y-su-recurrencia-en-el-peru-fact-violencia/>
- Valencia, A. (2019). *Dependencia Emocional y Violencia Simbólica en mujeres de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú). <http://hdl.handle.net/20.500.12404/14999>
- Vázquez, C. (2004). Refortalecimiento: Un debate con el empowerment. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(1), 41-51.
- Villavicencio, L., y Zúñiga, A. (2015). La violencia de género como opresión estructural. *Revista Chilena de Derecho*, 42(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372015000200015>

- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Walker, L. (1979). *The Battered Women*. Nueva York: Harper and Row Publishers, Inc.
- Wiesenfeld, E., y Sánchez, E. (2012). Participación, pobreza y políticas públicas: “P que desafían la Psicología Ambiental Comunitaria (El caso de los Consejos Comunales de Venezuela). *Psychosocial Intervention*, 21(3), 225-243. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a21>
- Yugueros, A. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *Barataria*. (18), 147-159. <http://www.redalyc.org/pdf/3221/322132553010.pdf>

Marco normativo

Constitución Política del Perú de 1993

Ley N.º 26842, Ley General de Salud

Ley N.º 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres

Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental

Ley N.º 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar

Ley N.º 30314, Ley para prevenir y sancionar el acoso sexual en espacios públicos

Ley N.º 27942, Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual

Ley N.º 30819, Ley que modifica el código penal y el código de los niños y adolescentes para ampliar la protección penal para los casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar

Ley N.º 30926, Ley que Fortalece la Interoperabilidad en el Sistema Nacional Especializado de Justicia para la Protección y Sanción de la Violencia Contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar.

Ley N.º 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, sus modificatorias y demás normas complementarias

Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021

Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSA/2020/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual

Norma Técnica De Salud De Centros De Salud Mental Comunitarios NTSN.º138-MINSA/2017/DGIESPRM_N.º574-2017-MINSA



Con el apoyo de:

AVON
MIRA
DE NUEVO

