

# EXPERIENCIAS CENTRADAS EN LA MEJORA DEL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, 2018-2021

## EXPERIENCES FOCUSED ON THE IMPROVEMENT OF THE CONTINUITY OF CARE PROGRAM OF A COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER, 2018-2021

Quispe Carmelo Marco Antonio<sup>1</sup>, Ayala Mendivil Ronald Espíritu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima. Perú.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo

Recibido: 18/07/2022

Aprobado: 15/11/2022

Publicado: 30/12/2022

#### Autor corresponsal

Marco Antonio Quispe Carmelo  
marcoquispec7@gmail.com

#### Financiamiento

Autofinanciado

#### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés

#### Citar como

Quispe Carmelo M, Ayala Mendivil R. Experiencias centradas en la mejora del programa de continuidad de cuidados de un centro de Salud Mental Comunitario, 2018-2021. *Ágora Rev. Cient.* 2022; 09(02): 3-9. DOI: <https://doi.org/10.21679/218>

### RESUMEN

**Objetivo:** Sistematizar las experiencias en la mejora del Programa de Continuidad de Cuidados del Centro de Salud Mental Comunitario La Victoria, Perú. **Materiales y métodos:** La investigación se configuró dentro de un enfoque cualitativo, diseño investigación acción participante, cumpliendo las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, sistematización y evaluación. Participaron 8 profesionales de la salud y 5 usuarios con problemas de salud mental. Se obtuvo la información mediante entrevistas a los grupos focales y revisión documental, donde emergieron tres categorías producto de la triangulación de la información aportada por los informantes. **Resultados:** Las experiencias centradas en la mejora del programa de continuidad de cuidados del Centro de Salud Mental permitieron mediante la aplicación de un plan de actividades facilitar los cambios en la estructura organizacional funcional del programa, la mejora de atención en función al cambio del enfoque basado en las necesidades del usuario desde una visión humanizadora e interdisciplinaria; con relación a la mejora de la continuidad de cuidados, se incrementó los cuidados y respondió a las necesidades diagnósticas y clínicas de manera sistemática. En atención a la mejora de los criterios, emergió especificaciones definidas tomando en cuenta la sintomatología de los usuarios, la clasificación de riesgo que facilitó el direccionamiento de la evaluación multidimensional y regulación de las intervenciones, lo cual benefició a los participantes del programa. **Conclusiones:** La sistematización permite mejoras en el programa mediante la aplicación de un plan de actividades que facilitaron hacer los cambios en la estructura organizacional funcional del Programa de continuidad de cuidados.

**Palabras clave:** Continuidad de cuidados; Programa; Riesgos; Salud mental.

### ABSTRACT

**Objective:** To systematize the experiences in the improvement of the Continuity of Care Program of the Community Mental Health Center La Victoria, Peru. **Materials and methods:** The research was configured within a qualitative approach, with a participant action research design, complying with the phases of diagnosis, planning, execution, systematization and evaluation. Eight health professionals and five users with mental health problems participated. Information was obtained through focus group interviews and documentary review, where three categories emerged as a result of the triangulation of the information provided by the informants. **Results:** The experiences focused on the improvement of the Continuity of Care program of the Mental Health Center allowed through the implementation of an activity plan to facilitate changes in the functional organizational structure of the program, the improvement of care based on the change of the approach based on the user's needs from a humanizing and interdisciplinary vision; in relation to the improvement of the continuity of care, the care was increased and responded to the diagnostic and clinical needs in a systematic way. In relation to the improvement of the criteria, defined specifications emerged taking into account the symptomatology of the users, the risk classification that facilitated the direction of the multidimensional evaluation and regulation of the interventions, which benefited the participants of the program. **Conclusions:** The systematization allows improvements in the program through the application of a plan of activities that facilitated making changes in the functional organizational structure of the Continuity of Care Program.

**Keywords:** Continuity of care; Program; Registry; Risks; Mental health.

## INTRODUCCIÓN

Conservar la salud mental es un reto enorme en los actuales momentos, en función de las problemáticas de la salud pública y la precariedad de los sistemas de salud de América Latina <sup>(1)</sup>, debido a que regular el cuerpo-mente-emociones hacia un estado total de estabilidad conjuntamente con las relaciones interpersonales, el entorno y las relaciones sociales en un mundo marcado por la incertidumbre, cada vez más se hace complejo <sup>(2)</sup>.

Se considera que la salud mental está relacionada con el estado de estabilidad o desestabilización del cuerpo, pensamientos, deseos, sentimientos y estados de ánimo, los cuales están integrados directamente con el sistema nervioso central <sup>(3)</sup>. Es de suma importancia regular nuestro bienestar mental y emocional con la ayuda de profesionales y el desarrollo de actividades que sean del agrado del individuo <sup>(2)</sup>.

No obstante, hay episodios en la vida que atentan ante el goce de un estado de salud equilibrado como el desánimo, la ansiedad, el sentir inferioridad, la culpabilidad entre otros; ello representa un compendio de complicaciones de cariz psicológico, que impactan la funcionalidad física y social de quien la padece, desencadenando discapacidad, y a su vez generando costo emocional y económico, afectando la calidad de vida de los familiares más cercanos <sup>(4,5)</sup>, y por ende modificando las dinámicas personales, familiares y laborales <sup>(6)</sup>.

Es relevante contar con organizaciones y personal dispensadores de salud mental que vayan más allá de plantear y aplicar modelos de atención tradicional, que solo alimentan el abuso de los derechos humanos, a otros modelos centrados en la atención primaria integrada a la comunidad, donde se provee tratamientos adecuados y racionales, que proteja la dignidad de las personas con afección mental a través de los cambios no solo de la legislación, sino de la reestructuración de los servicios, tal como lo plantea la Declaración de Caracas <sup>(7)</sup>.

En este sentido, años después de la declaración se evidenciaron cambios en la mayoría de los países de América Latina, logrando contar con un 70% de políticas nacionales de salud mental <sup>(8-10)</sup>. En el Perú, dichas reformas llegaron muy tarde debido a la situación de conflicto interno armado de los años 80 y 90 manifestada en una profunda crisis política y económica que para ese entonces la salud mental no era prioridad <sup>(11)</sup>.

En los posteriores años se hicieron recomendaciones adheridas a Lineamientos para la Acción en Salud Mental y Estrategias Sanitarias Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz basadas en brindar orientaciones que se traducen en acciones esenciales para la elaboración de actividades del Plan Nacional de Salud Mental <sup>(12)</sup>. Asimismo, el Estado

peruano determinó reformas de atención de salud mental fortaleciendo el primer y segundo nivel de atención <sup>(13)</sup>, garantizando los derechos a las personas con problemas de salud mental refrendados en la Ley N° 298896, así como también abarco la prevención, promoción, tratamiento, reparación y rehabilitación psicosocial <sup>(14)</sup>, estableciendo un nuevo modelo comunitario como paradigma de atención en salud mental.

De esta manera, se crearon nuevas estructuras de atención en salud mental a mediados del 2015 tales como unidades de hospitalización y adicciones de nivel II-2, centros de salud mental comunitarios, hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral bajo el Decreto Supremo N° 033-2006-SA7 <sup>(15)</sup>. A pesar de ello el gasto en materia de salud continua siendo una de las más bajas a nivel mundial, en comparación con otros países de la región andina.

A finales del 2016, se presentaron cifras inquietantes por parte de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Peruano, reflejando que cerca del 20% de la población adulta e infantil padecía algún trastorno mental, específicamente depresión, alcoholismo y trastornos de ansiedad. El 90% no recibía atención, número que se incrementa entre la población pobre y extremadamente pobre, por lo que el estado de salud mental en el país es alarmante.

En este sentido, actualmente se cuenta con más de 200 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en todo el Perú <sup>(16)</sup>, los cuales poseen un equipo interdisciplinario y multidisciplinario estándar con su propio perfil y modelos de intervención y programas de rehabilitación psicosocial <sup>(17)</sup>, los cuales son cercanos a la iglesia, administración municipal, organizaciones comunales, Dirección Regional de Salud y centros de salud administrados directamente por el Ministerio de Salud, siendo los pacientes atendidos en función a las necesidades a través del Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), ajustándose a la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WPRS).

En virtud de la problemática descrita de la necesidad de los centros de salud mental comunitarios y ante la carente especificación y especialización, todavía se encuentra en mejoramiento técnico de planes de cuidados, así como también el PCC <sup>(16)</sup>, realidad que se ha venido transformando por los profesionales de la salud centrados en ir a principios recuperativos, basados en la continuidad de cuidados y las necesidades de la función psicosocial de la persona al mismo nivel que el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. Es de suma importancia la aplicación del PCC en la atención de usuarios con problemas de salud mental debido a que permite ser incluidos con el objeto de mejorar su desenvolvimiento social, satisfacción y continuidad con el tratamiento para la reducción de la gravedad de las manifestaciones y el tiempo de hospitalización. De esta

manera, el objetivo principal del estudio es sistematizar las experiencias en la mejora del Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) del Centro de Salud Mental Comunitario La Victoria. Lima. Perú.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Enfoque y diseño

El estudio efectuado comprendió la perspectiva cualitativa, como aquel que busca comprender el objeto investigado tal cual y como se manifiesta <sup>(18)</sup>. El diseño implementado fue Investigación Acción-Participante que se adecua al propósito de la investigación que persiguió sistematizar las experiencias en la mejora del Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) del Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) La Victoria. Lima. Perú <sup>(19)</sup>, este método se centra en valorar los alcances de programas, planes, actividades y guías implicando a la comunidad en su propia transformación y mejora, beneficiando a los involucrados.

### Población

Se contó con la participación de 8 profesionales de la salud del CSMC "La Victoria", 75% mujeres y 25% hombres en edades comprendidas entre los 29 a 71 años y 5 usuarios 60% mujeres y 40% hombres en edades que van desde los 20 a 49 años, cabe destacar que los profesionales de la salud poseen varios años de experiencia que van desde los 3 a 20 años y los usuarios tienen un tiempo de permanencia entre 9 a 14 meses en el PCC, quienes fueron seleccionados por conveniencia debido al alcance y disponibilidad del investigador. Todos forman y formaron parte del programa, en función de la mejora, ser parte del equipo tratante, ser parte beneficiario del programa y hayan tenido como mínimo 5 meses en el PCC, los cuales fueron identificados con un código alfanumérico (Tabla 1). En este sentido, se conformó un solo grupo al desarrollar la investigación. Todos los informantes manifestaron su intención de colaborar, por lo que prosiguió hacer entrega del consentimiento informado la cual validaron para su intervención.

**Tabla 1.** Participantes del Estudio

Código	Función en el PCC
P1	Coordinadora de PCC
P2	Equipo interdisciplinario
P3	Gestora de cuidados
P4	Equipo interdisciplinario
P5	Equipo interdisciplinario
P6	Gestora de cuidados

P7	Gestora de cuidados
P8	Equipo interdisciplinario
Código	Categoría dentro del PCC
U1	Usuaría
U2	Usuaría
U3	Usuario
U4	Usuaría de alta
U5	Usuario de ata

Elaboración propia

### Técnicas e instrumentos de recolección de información

Se empleó dos técnicas de obtención de información, grupos focales, y la revisión documental <sup>(20)</sup>. La primera se operacionalizó aplicando dos guiones de entrevistas, uno para el personal de la salud y el otro para los usuarios que comprendió 17 interrogantes agrupadas en tres categorías previas: Generalidades, continuidad de cuidados y valoración de riesgo. Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos respondiendo preguntas abiertas de manera reflexiva, con el apoyo de la grabadora, y la segunda constó de la revisión de registros (Historias clínicas), escritos, documentos, artículos y libros en pro de la reconstrucción y mejoramiento del PCC.

Asimismo, el método de Investigación Acción Participante, muestra cuatro fases: diagnóstico, planificación, ejecución, sistematización y evaluación <sup>(19)</sup>. Una vez diagnosticado la problemática, se prosiguió a la planificación y posteriormente a la ejecución que cubrieron 6 actividades (Tabla 2) las cuales se realizaron en sesiones semanales con una duración de seis meses del año 2018-2019.

**Tabla 2.** Planificación actividades

Lapso de Tiempo	Elementos PCC	Actividades
Abril	<b>Organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimiento de la estructura organizacional del PCC.</li> </ul>
Junio	Luego del diagnóstico se detectó las debilidades del PCC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificación del flujograma de atención.</li> </ul>
Junio	<b>Continuidad de Cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de enfoques centrados en las necesidades del usuario y su familia.</li> </ul>
Julio	Revisión general del PCC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambios y mejoras en las intervenciones en la continuidad y cuidados con base a las sugerencias de los usuarios</li> </ul>

Agosto	<b>Criterios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación de los criterios de inclusión y exclusión</li> </ul>
Septiembre	Elementos definitorios para la concreción del PCC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de criterios de clasificación según el semáforo de riesgo.</li> </ul>

Elaboración propia

Las actividades se sistematizaron en cinco fases mediante un conjunto de experiencias de mejora del PCC (Figura 1).

**Figura 1.** Fases de sistematización de las experiencias de mejoras del PCC



Elaboración propia

### Técnica de análisis

El desarrollo de las entrevistas facilitó hacer un análisis temático e interpretación, así como también el cruce de la información aportada por cada informante mediante un proceso ordenado, de constante comparación, análisis y codificación <sup>(21)</sup>. Tanto el personal de la salud, en su mayoría enfermeros y usuarios conocedores de la realidad, proporcionaron la credibilidad de las palabras y acciones, lo que facilitó el surgimiento de categorías emergentes relacionadas en el qué, cómo y para qué del programa continuidad de cuidados en el centro de salud mental comunitario en quienes lo dirigen y a quienes ha impactado.

## RESULTADOS

En la siguiente Tabla 3, se muestra las categorías y subcategorías emergidas en el estudio, resultado del análisis de contenido de las entrevistas <sup>(22)</sup> y la triangulación de datos, esa que capta la realidad y la verifica desde varios puntos de vista <sup>(23)</sup>.

**Tabla 3.** Categorías y subcategorías emergentes

Subcategorías	Categorías
Servicios especializados y diferenciados	

Red	
Rediseño del PCC	
Recuperación de los usuarios	
Estructura organizacional	
Flujo de atención	Mejora de la Organización del PCC
Formación	
Coordinación	
Visión Humanizadora	
Equipo transdisciplinario	
Redireccionamiento estratégico	
Cumplimiento de la norma técnica de CSMC	
Plan	Mejora en la continuidad de cuidado del PCC
Intervención	
Funcionamiento sistemático	
Funcionamiento integral	
Inclusión	
Trastorno mental grave	
Exclusión	
Trastorno mental con riesgo a sufrir alteraciones de salud	
Atención continua	
Criterios de clasificación	Mejora en los criterios del PCC
Cuidados	
Tratamiento farmacológicos	
Familia	
Necesidades básicas	
Autoagresión	
Semáforo de riesgo	

## DISCUSIÓN

En atención a la mejora de la organización, se tiene que los CSMC ofrecen un conjunto de servicios especializados y diferenciados que funcionan en red, lo que significó que al programa se le efectuó un rediseño. Solo un 20% del total del personal de salud contaba con experiencia o conocimientos sobre el PCC. No obstante, manifestaron el P1, P2 y P3 que el objetivo es favorecer el proceso de recuperación de los usuarios, por ello era necesario que el PCC tenga un flujo de atención y una estructura organizacional que no está conformada. Es importante que en toda organización se tenga una estructura y un orden para desarrollar las capacidades con el objetivo de alcanzar el éxito a largo plazo <sup>(24)</sup>.

Tal como se dio en la implementación del PCC, cuyo informante P1, expreso asumí la coordinación pues se necesitaba coordinar para facilitar la articulación de las

acciones y recursos de la comunidad para el logro de los objetivos del PCC. Mientras que el P2 y P6 indicaron que mediante acciones e intervenciones de modelos nacionales e internacionales se enfocó la parte formativa y humanizadora, tomando en cuenta la visión interdisciplinaria. Además, el P4 y P8 señalaron que el personal de enfermería lidero la mejora del programa, pues poseen dentro de la organización una función de orientadoras y la formación de gestoras de cuidado y atención adecuada para dar respuestas a las necesidades de las personas.

Todos estos cambios al PCC en cuanto a su organización en los CSMC, requirió de la revisión y la demostración de la gran relevancia del talento humano en la organización, la cual es esencial en el redireccionamiento estratégico para el éxito organizacional <sup>(25)</sup>.

Con respecto a la mejora de la continuidad de cuidados, considerando los encuentros previos con el personal de la salud y usuarios, concluyeron que era necesario diseñar y ejecutar un plan de continuidad de cuidados con base en las necesidades de los usuarios y esto debe estar plasmado en un formato físico, coincidiendo con la norma técnica de CSMC, ordenando las intervenciones para su mejor administración.

En este sentido, los P1, P2, P3 y P5 manifestaron que en el plan de continuidad de cuidados se plasman las intervenciones basándonos en las necesidades de los usuarios. Esta estrategia fue tomada en cuenta debido a que queríamos plasmar el modelo de salud mental comunitaria y evitar realizar intervenciones solo tomando en cuenta los diagnósticos y la parte netamente clínica. Esta situación de construir un plan que incida en los procesos gerenciales debido a que permite lograr el funcionamiento sistemático e integral de los componentes de las organizaciones, en pro de satisfacer los requerimientos de los involucrados, así como garantizar el rigor técnico requerido <sup>(26)</sup>.

Por otro lado, los U2, U4 y U5 destacaron que la mejora y cambio del plan ha facilitado la recuperación de los usuarios, pues utilizan diferentes recursos producto de la articulación con las redes comunitarias, así nos trataron desde la integración del entorno invirtiendo el sentido de los modelos antiguos que buscan que el usuario se adapte a su entorno, lo que coincide con lo planteado por Fernández <sup>(27)</sup> al mostrar que el entorno esta particularmente marcado por la incertidumbre, por tanto las instituciones de salud han cambiado su radio de acción bajo la responsabilidad social y comunitaria para generar mejoras y beneficios a los pacientes mediante el control y seguimiento.

Seguidamente, la mejora de los criterios del PCC, se dieron según lo indicado por los P1, P4, P7 y P8 debido a que en el tiempo que estuvo funcionando el programa se evidenció que existían usuarios que no tenían un trastorno mental grave, pero si requerían atenciones continuas e intensivas y el único dispositivo que brinda esas atenciones

era el PCC, por ello se decidió incluir a los usuarios con un trastorno mental con un riesgo a sufrir una alteración en su salud; así mismo se modificaron los criterios de exclusión debido a era importante reconocer a los usuarios que necesitan otro tipo de dispositivo de atención.

Esto evidencia que el PCC según Diez-Canseco <sup>(16)</sup> ha requerido de tareas pendientes como desarrollar un documento normativo, adecuar la gestión de recursos en cuanto al fortalecimiento de la capacitación y acompañamiento para favorecer la mejora continua del programa. Tal es así que al sistematizar las experiencias se ajustaron los criterios de clasificación que quedaron conformado por 6 criterios: La sobrecarga del cuidador, la adherencia al tratamiento farmacológico, la funcionalidad familiar, las recaídas recurrentes, la presencia de necesidades básicas y la presencia del riesgo de autoagresión/hetero agresión y suicida (P2, P3 y P5).

El último criterio es medido por el semáforo de riesgo, pues este indica a que nivel de estado de salud mental se encuentra el usuario, lo que facilito identificar y mejorar el PCC, fue que el personal de la salud comprendió que la recuperación no solo está supeditada a la toma de medicamentos sino al reconocimiento como persona afectada y no de su diagnóstico médico (P2, P3, P6 y P8). De esta manera, el programa responde a las necesidades con un enfoque integral concediendo especial atención a la prevención, tratamiento, atención y recuperación <sup>(28)</sup>.

Esta experiencia que es corroborada por los U1, U2 y U5 al expresar que la atención y apoyo recibido por parte del PCC ha sido incondicional, al estar pendiente del tratamiento, sentía al personal cercano porque nos apoyaban en otras cosas que no estaban relacionadas con la enfermedad, ayudando a quererse a uno mismo, por lo que he sentido mejoras gracias al personal de enfermería que coordina el PCC. Es notorio que los programas de salud mental han tenido un continuado progreso y eficacia en lo que respecta a las intervenciones psicosociales y médicas que facilitan que el usuario en muchos casos pueda abandonar las instituciones de salud por la reducción de síntomas <sup>(29,30)</sup>.

Como conclusión podemos señalar que la sistematización de las experiencias centradas en la mejora del programa de continuidad de cuidados del Centro de Salud Mental La Victoria mostró los siguientes hallazgos: que las mejoras en el programa mediante la aplicación de un plan de actividades, facilitaron hacer los cambios en la estructura organizacional funcional en el PCC, permitieron una mejor coordinación de las actividades gracias a la incorporación de figuras gerenciales para el manejo del PCC, y la mejora de atención en función al cambio del enfoque basado en las necesidades del usuario desde una visión humanizadora e interdisciplinaria; con relación a la mejora de la continuidad de cuidados, no solo se incrementó los

cuidados, dando respuestas a las necesidades diagnósticas y clínicas de manera sistemática. En atención a la mejora de los criterios, emergió especificaciones definidas y claras tomando en cuenta la sintomatología de los usuarios, asimismo se produjo la clasificación de riesgo que facilitó el direccionamiento de la evaluación multidimensional y regulación de las intervenciones, lo cual beneficio a los participantes del programa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega R, Oliveira S, y Tejerina H. Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate, revista en Internet* 2015 [acceso 16 de abril de 2022]; 39 (105): 300-322. Disponible en: [10.1590/0103-110420151050002002](https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002).
- Melgosa J. Preservando la salud mental Apuntes Universitarios. *Revista de Investigación, [revista en Internet]* 2017 [acceso 12 de Junio de 2022]; 7 (2): 1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467652767009>
- Etienne CF. Mental health as a component of universal health. *Rev Panam Salud Publica. [revista en Internet]* 2018 [acceso 13 de enero de 2022]. 42:e140. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
- Caqueo A, Rus M, Craig T, Irrazaval M, Urzúa A, Boyer L, Williams D. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep. [revista en Internet]* 2017 [acceso 13 de enero de 2022]. 19(2): 1-8. Disponible en: [10.1007/s11920-017-0756-z](https://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z).
- Delaney C, Barrere C, Bark L. A Metaphor Analysis of Patients with Chronic Conditions Experiences with Holistic Nurse Coaching. *Holist Nurs Pract. [revista en Internet]* 2020 [acceso 12 de junio de 2022]. 34(1): 24-34. Disponible en: [10.1097/HNP.0000000000000359](https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000359)
- Bandeira S, Sousa C, Dias C, Mendes P, Carvalho K, Lopes F, Fortes M.. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. *Rev Bras Enferm. [revista en Internet]* 2020 [acceso 13 de julio de 2022]. 73 (1): 300-322. Disponible en: [e20190851](https://doi.org/10.1590/0034-7168-0117-2019-0851). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7168-0117-2019-0851>.
- OPS/OMS. 1990. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- Caldas de Almedia,J. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América latina y el caribe luego de la declaración de Caracas. 2007 [acceso 13 de julio de 2022]. 1-56 Disponible en: [http://suicidioprevention.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Reforma-de-las-servicios-de-sald-mental.ops\\_15-a%C3%B1os-declaracion.pdf](http://suicidioprevention.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Reforma-de-las-servicios-de-sald-mental.ops_15-a%C3%B1os-declaracion.pdf)
- Campodónico N. El impacto de las políticas públicas en salud mental en América Latina: una revisión sistemática. *Perspectivas Metodológicas, [revista en Internet]* 2020 [acceso 16 de Marzo de 2022]. 20 1-26. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/3085>
- Barrantes J, Adrianzén R, Carranza Guerrero B, Bravo K. El desafío de la política de salud mental en Latinoamérica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, [revista en Internet]* 2022 [acceso 13 de junio de 2022]. 6(3): 2613-2634. Disponible en: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i3.2406](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2406)
- Palma P. Neoliberalismo, violencia política y salud mental en el Perú (1990-2006). *Rev Cienc Salud, revista en Internet* 2019 [acceso 25 de Julio de 2022]; 17 (2): 352-722. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>
- OMS. 1990. [acceso 13 de julio de 2022]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- Miranda J, Diez-Canseco F, Araya R, Cutipe Y, Castillo H, Herrera V.. Transitioning mental health into primary care. *The Lancet Psychiatry, revista en Internet* 2017 [acceso 16 de Junio de 2022]; 4 (2): 90-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28137383/>
- Congreso Mundial WAPR. 2018. [acceso 12 de Junio de 2022]; Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100015)
- Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas. 2018 [acceso 12 de Junio de 2022]; Disponible en: <https://www.gob.pe/21086-ministerio-de-salud-direccion-general-de-intervenciones-estrategicas-en-salud-publica-dgiesp>
- Diez-Canseco F, Rojas J, Toyama M, Mendoza M, Cavero V, Maldonado H, et al. Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú. *Rev Panam Salud Publica. [revista en Internet]* 2020 [acceso 22 de enero de 2022]. 44: e134. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.134>
- Castillo H, Cutipé Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica. [revista en Internet]* 2019 [acceso 10 de Julio de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000200023](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200023).
- Castellano A, Hinestroza J. La Investigación Acción Participativa (IAP): entre la vivencia y el compromiso. *Interacción y Perspectiva: Revista de Trabajo Social, [revista en Internet]* 2017 [acceso 10 de febrero de 2022]. 7 (2): 220-232. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/22925>
- García M, Fernando L, Escobar M. El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación. Matilde Fernández-Cid (res.). Madrid: Alianza. 2015. RES. *Revista Española de Sociología. [revista en Internet]* 2022 [acceso 13 de julio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=574494>
- Sánchez M, Fernández M, Díaz J. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. *Revista Científica UISRAEL, revista en Internet* 2021 [acceso 10 de febrero de 2022]; 8 (1): 107-121. Disponible en: <https://doi.org/10.35290/rcui.v8n1.2021.400>
- De la Espriella R, Gómez C. Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría. [revista en Internet]* 2020 [acceso 02 de marzo de 2022]. 2:127-133. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>
- Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open. [revista en Internet]* 2016 [acceso 25 de julio de 2022]. 2:8-14.
- Vallejo R, de Franco M. La triangulación como procedimiento de análisis para investigaciones educativas. *Redhecs, revista en Internet* 2009 [acceso 10 de Marzo de 2022]; 7 (4): 117-133. Disponible en: <http://ojs.urbe.edu/index.php/redhecs/article/download/84/4001?inline=1>
- Párraga L. Las empresas su organización y funcionamiento. *Revista Científica FIPCAEC (Fomento De La investigación Y publicación En Ciencias Administrativas, Económicas Y Contables). revista en Internet* 2018 [acceso 22 de febrero de 2022]; 3 (8): 25-43. Disponible en: <https://doi.org/10.23857/fipcaec.v3i8.56>
- Montoya C, Boyero M. El recurso humano como elemento fundamental para la gestión de calidad y la competitividad organizacional *Revista Científica "Visión de Futuro", revista en Internet* 2016 [acceso 22 de Junio de 2022]; 20 (2): 1-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357947335001>

26. Robles R, Serrano H, Serrano G, Gaibor, Gil M, Fernández A. Retos de la planificación estratégica en instituciones de salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, revista en Internet* 2017 [acceso 25 de febrero de 2022]; 36 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000300018&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300018&lng=es&tlng=es).
27. Fernández A, Arias D, Padilla C, Calero S, Parra H. Alianzas y conflictos entre grupos de interés de un hospital militar: aplicación del método Mactor. *Rev Cubana Invest Bioméd. [revista en Internet]* 2017 [acceso 05 de enero de 2022]. 36(1): 1-14. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000100012)
28. OMS (2013). Plan acción sobre Salud Mental 2013-2020. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)
29. Irarrázaval M, Prieto F, Armijo J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica, [revista en Internet]* 2016 [acceso 06 de Marzo de 2022]. 37-50. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100005>
30. López A. Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: Algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate. *Revista Asociada Española de Neuropsiquiatría. [revista en Internet]* 2017 [acceso 18 de mayo de 2022]; Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100015)