

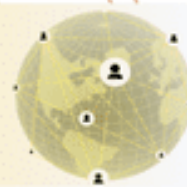


# Aula Virtual



**Generando Conocimiento**

<http://www.aulavirtual.web.ve>



# REVISTA CIENTÍFICA AULA VIRTUAL

## Director Editor:

- Dra. Leidy Hernández PhD.
- Dr. Fernando Bárbara

## Consejo Asesor:

- MSc. Manuel Mujica
- MSc. Wilman Briceño
- Dra. Harizmar Izquierdo
- Dr. José Gregorio Sánchez

**Revista Científica Arbitrada de  
Fundación Aula Virtual**

Email: [revista@aulavirtual.web.ve](mailto:revista@aulavirtual.web.ve)

URL: <http://aulavirtual.web.ve/revista>



ISSN: 2665-0398

Depósito Legal: LA2020000026

País: Venezuela

Año de Inicio: 2020

Periodicidad: Continua

Sistema de Arbitraje: Revisión por pares. "Doble Ciego"

Licencia: Creative Commons [CC BY NC ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Volumen: 7

Número: 15

Año: 2026

Período: Julio 2026 – Diciembre 2026 (continua)

Dirección Fiscal: Av. Libertador, Arca del Norte, Nro. 52D, Barquisimeto estado Lara, Venezuela, C.P. 3001

La Revista seriada Científica Arbitrada e Indexada **Aula Virtual**, es de acceso abierto y en formato electrónico; la misma está orientada a la divulgación de las producciones científicas creadas por investigadores en diversas áreas del conocimiento. Su cobertura temática abarca Tecnología, Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Ciencias Sociales, Ciencias Jurídicas y Políticas, Ciencias Exactas y otras áreas afines. Su publicación es **CONTINUA**, indexada y arbitrada por especialistas en el área, bajo la modalidad de doble ciego. Se reciben las producciones tipo: *Artículo Científico* en las diferentes modalidades cualitativas y cuantitativas, *Avances Investigativos*, *Ensayos*, *Reseñas Bibliográficas*, *Ponencias* o *publicaciones derivada de eventos*, y cualquier otro tipo de investigación orientada al tratamiento y profundización de la información de los campos de estudios de las diferentes ciencias. La Revista **Aula Virtual**, busca fomentar la divulgación del conocimiento científico y el pensamiento crítico reflexivo en el ámbito investigativo.



## BRECHAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO PSICOSOCIAL EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN ESQUIZOFRENIA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

### GAPS IN THE IMPLEMENTATION OF MENTAL HEALTH POLICIES AND CLINICAL- PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN THE PREVENTION OF RELAPSE IN SCHIZOPHRENIA: A QUALITATIVE STUDY

**Tipo de Publicación:** Artículo Científico

**Área del Conocimiento:** Ciencias Sociales y Aplicadas

**Recibido:** 04/06/2026

**Aceptado:** 05/07/2026

**Publicado:** 06/08/2026

**Código Único AV:** e777

**Páginas:** 1(494-517)

**DOI:** <https://doi.org/10.5281/zenodo.21825107>

#### **Autores:**

**Fiorella Johana Fernandez Peñaloza**

Licenciada en Educación Inicial

Maestría en Problemas de Aprendizaje

Doctoranda en Educación

 <https://orcid.org/0000-0001-8396-0389>

**E-mail:** [ffernandezp7@ucvvirtual.edu.pe](mailto:ffernandezp7@ucvvirtual.edu.pe)

**Afiliación:** Universidad César Vallejo

**País:** República de Perú

#### **Hideth Fuentes-Murillo**

Licenciado en Lengua y Literatura

Maestría en Docencia en el Nivel Superior

Doctora en Educación

 <https://orcid.org/0000-0003-0245-413X>

**E-mail:** [hffuentesm@uni.edu.pe](mailto:hffuentesm@uni.edu.pe)

**Afiliación:** Universidad Nacional de Ingeniería

**País:** República de Perú

#### **María Pilar Cacsire Castillo**

Ingeniero en Computación y Sistemas

Maestría en Gestión Estratégica Empresarial

Doctora en Ciencias de la Educación

Investigadora Renacyt (Perú)

 <https://orcid.org/0000-0002-3583-3323>

**E-mail:** [maria.cacsire@upsjb.edu.pe](mailto:maria.cacsire@upsjb.edu.pe)

**Afiliación:** Universidad Privada San Juan Bautista SAC

**País:** República de Perú

#### **Pedro Charry-Aysanoa**

Licenciado en Educación

Maestría en Investigación en Comunicación Social

Doctorado en Educación

 <https://orcid.org/0000-0002-3762-1578>

**E-mail:** [pcharry@undac.edu.pe](mailto:pcharry@undac.edu.pe)

**Afiliación:** Universidad Nacional Daniel Alcides

Carrión, Pasco-Perú

**País:** República de Perú

#### **Resumen**

La esquizofrenia es considerada como uno de los principales trastornos mentales discapacitantes en razón de su carácter crónico, alta incidencia de recaídas y afectación de la calidad de vida y funcionalidad social. Pese a que las políticas públicas de salud mental comunitaria (PPS) han promovido modelos centrados en el acompañamiento clínico-psicosocial (ACP), persisten brechas en su implementación, especialmente en contextos rurales. El objetivo de la investigación fue comprender las brechas en la implementación de PPS y del acompañamiento clínico-psicosocial orientado a prevenir recaídas en pacientes con esquizofrenia en Apurímac, Perú. Se realizó un estudio cualitativo de orientación interpretativa y diseño fenomenológico hermenéutico. Participaron diez profesionales de salud mental comunitaria seleccionados de manera intencional. La información fue recolectada a través de entrevistas en profundidad semiestructuradas y analizada mediante análisis temático reflexivo asistido con Atlas.ti. Los resultados evidenciaron discontinuidad del cuidado, fragmentación institucional, deficiente articulación intersectorial y desigualdad territorial en el acceso a servicios especializados. Además, el ACP se efectúa de manera heterogénea y dependiente de capacidades locales. Se concluye que las brechas en la implementación de políticas públicas limitan la continuidad del cuidado y la sostenibilidad de estrategias de prevención frente a recaídas en pacientes con esquizofrenia.

#### **Palabras Clave**

Esquizofrenia, salud mental comunitaria, política de salud, continuidad de atención, recaída

#### **Abstract**

Schizophrenia is considered one of the leading disabling mental disorders due to its chronic nature, high relapse rates, and detrimental impact on quality of life and social functioning. Although community mental health public policies (CMHPPs) have promoted models centered on clinical-psychosocial support (CPS), significant gaps persist in their implementation, particularly in rural settings. The aim of this study was to understand the gaps in the implementation of public policies and clinical-psychosocial support aimed at preventing relapse among patients with schizophrenia in Apurímac, Peru. A qualitative study with an interpretive orientation and hermeneutic phenomenological design was conducted. Ten community mental health professionals were purposively selected to participate. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and analyzed using reflexive thematic analysis supported by Atlas.ti software. The findings revealed discontinuity of care, institutional fragmentation, weak intersectoral coordination, and territorial inequalities in access to specialized services. In addition, CPS was implemented heterogeneously and largely dependent on local capacities. The study concludes that gaps in the implementation of public policies limit continuity of care and undermine the sustainability of relapse prevention strategies for patients with schizophrenia.

#### **Keywords**

Schizophrenia, community mental health, health policy, continuity of care, relapse

## Introducción

La esquizofrenia es uno de los principales trastornos mentales discapacitantes y complejos en el mundo, no solamente por su evidencia crónica y severidad clínica, sino por su impacto significativo en la funcionalidad social de la víctima, así como en la calidad de vida y la mortalidad prematura (World Health Organization, 2022). Según el Global Burden of Disease, los trastornos psicóticos se consideran entre las principales causas de discapacidad, con una alta incidencia en países en desarrollo, donde se agudiza la vulnerabilidad y limitaciones estructurales de los sistemas de salud que limitan la accesibilidad y continuidad del tratamiento (Mental Disorders Collaborators, 2022; Vigo et al., 2022). En este contexto, la frecuencia de recaídas, generalmente asociada a la discontinuidad terapéutica y déficits en el acompañamiento, constituye uno de los principales retos clínicos y de salud pública (Correll et al., 2022; Tiihonen et al., 2023).

Diversos estudios internacionales han reportado que las recaídas en pacientes con esquizofrenia provocan importantes costos sanitarios y sociales, debido al incremento de hospitalizaciones recurrentes, pérdida de funcionalidad e interrupción de procesos de reinserción social y laboral. Además, la recurrencia de episodios psicóticos se asocia con deterioro progresivo de la calidad de vida, sobrecarga familiar

y creciente dependencia de los sistemas públicos de salud mental (Kishi et al., 2024; Hansen et al., 2024). En este escenario, la adherencia terapéutica y la continuidad del cuidado han sido reconocidas como componentes fundamentales para reducir el riesgo de recaídas y optimizar la estabilidad clínica a largo plazo.

Frente a este problema, el paradigma vigente en salud mental ha migrado hacia paradigmas comunitarios direccionados en la continuidad del cuidado, percibida como la provisión de manera sostenida, contextualizada y coordinada de los servicios clínicos y psicosociales a través del tiempo (Thornicroft et al., 2022). Este enfoque se orienta al acompañamiento clínico-psicosocial (ACP) como un elemento crítico, pero necesario, para prevenir recaídas en las víctimas, al considerar intervenciones farmacológicas, soporte de la familia, seguimiento comunitario y componentes de reinserción social (Patel et al., 2023). Sin embargo, de acuerdo a evidencias empíricas, la efectividad de estos modelos depende mucho menos de la normatividad y más de su implementación efectiva en determinados contextos, donde elementos sociales, culturales e institucionales determinan su sostenibilidad (Semrau et al., 2021; Lund et al., 2022). En esta línea, investigaciones sistemáticas recientes confirman que la continuidad del cuidado no solamente mejora la adherencia terapéutica, sino que incorpora uno de los predictores más efectivos en la disminución de recaídas y rehospitalizaciones

de pacientes con esquizofrenia, principalmente en contextos sociales vulnerables económicamente (Semahegn et al., 2025; Kozloff et al., 2023).

Desde la perspectiva teórica de la salud mental comunitaria, la continuidad del cuidado no se limita exclusivamente al rastreo clínico, sino que implica la articulación sostenida entre atención sanitaria, soporte familiar, acompañamiento comunitario y componentes de inclusión social. En consecuencia, el acompañamiento clínico-psicosocial debe percibirse como un proceso integral encaminado a sostener trayectorias de recuperación en pacientes con trastornos mentales graves, prevaleciendo enfoques exclusivamente biomédicos centrados en la atención episódica de crisis (Thornicroft et al., 2022; Patel et al., 2023).

Desde la mirada de la política pública, esta problemática se relaciona a la capacidad de los sistemas de salud para que las normas establecidas se reviertan en actividades operativas articuladas, coherentes y centradas en los pacientes. En el contexto latinoamericano, las reformas orientadas a la comunitarización de la salud mental han tenido un avance significativo en cuanto a normatividad; no obstante, aún persisten brechas en su implementación, especialmente en la atomización de servicios, falta de recursos humanos especializados y deficiente articulación interinstitucional (Miranda et al., 2022).

Investigaciones recientes reportan que la efectividad de las políticas de salud mental depende menos de su formulación normativa y más de su capacidad de implementación territorial. Desde la perspectiva de la ciencia de la implementación, las brechas entre política y práctica continúan representando uno de los principales impedimentos para la consolidación de sistemas comunitarios de salud mental, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica (Semrau et al., 2021; Peters et al., 2023). Factores como insuficiencia de recursos humanos especializados, desintegración institucional, limitada articulación intersectorial y ausencia de dispositivos sostenibles de seguimiento reducen de manera significativa la efectividad de los programas comunitarios (Lund et al., 2022). En América Latina, las reformas orientadas hacia la comunitarización de la salud mental han expuesto avances importantes en términos normativos; no obstante, persisten dificultades estructurales en su implementación efectiva. La evidencia empírica regional reporta que muchos sistemas sanitarios conservan enfoques predominantemente reactivos, centrados en la atención de crisis y con escasa consolidación de estrategias preventivas y comunitarias (Miranda et al., 2022).

En este contexto, diversos autores sostienen que la expansión institucional de los modelos comunitarios no necesariamente avala una

implementación efectiva de las políticas públicas en salud mental. La presencia de marcos normativos y dispositivos organizacionales puede coexistir con prácticas fraccionadas, interrupción del cuidado y débil articulación territorial, especialmente en regiones con limitaciones estructurales constantes. Desde el enfoque de la ciencia de la implementación, estas brechas irradian dificultades en la capacidad operativa de los sistemas sanitarios para mudar la política pública en intervenciones sostenibles y contextualizadas (Peters et al., 2023).

En el Perú, el incremento de los Centros de Salud Mental Comunitarios representa un avance significativo en el rediseño del modelo de atención público; sin embargo, investigaciones recientes indican que estos mecanismos enfrentan limitaciones en cuanto a cobertura, seguimiento y pertinencia cultural, especialmente en contextos territoriales complejos (Toyama et al., 2021; Huamán et al., 2023a). Estas limitaciones se acrecientan en regiones andinas como Apurímac, una zona de pobreza y vulnerabilidad sanitaria, a lo que se añaden dispersión geográfica y barreras socioculturales, configuran un panorama de afectación a la población, tanto el acceso como la adherencia al tratamiento a los pacientes (León et al., 2022; Lund et al., 2022). Estas condiciones territoriales complejizan la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias, especialmente en poblaciones expuestas a pobreza diversa, barreras geográficas y poca disponibilidad de profesionales

especializados en la salud poblacional. Como resultado, la prevención de recaídas se desarrolla bajo enfoques predominantemente reactivos, centrados en la atención de episodios agudos más que en estrategias continuas de rehabilitación y seguimiento comunitario.

En dichos contextos, la implementación de políticas públicas de salud mental no solamente tiene restricciones en la logística, sino también desafíos asociados con la continuidad efectiva del acompañamiento clínico-psicosocial a los pacientes. De acuerdo a estudios recientes, este acompañamiento no está plenamente consolidado como una política pública equitativa y efectiva, consecuencia de la fragmentación de acciones sanitarias, limitaciones operativas y debilidades normativas que afectan la sostenibilidad de los resultados clínicos.

En esa línea del problema, aún persiste un vacío crítico en la literatura científica respecto a cómo las políticas públicas de salud mental se convierten en trabajos concretos de acompañamiento clínico-psicosocial en contextos sociales de pobreza, y cómo dichas acciones inciden en la prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia. Muchas investigaciones se han orientado a analizar la problemática en contextos urbanos, con limitada investigación cualitativa que permita comprender las dinámicas institucionales, territoriales y socioculturales que reporten la

implementación efectiva de estas políticas (Kakuma et al., 2021; Semrau et al., 2021); sin embargo, aún hay una limitada comprensión de cómo las políticas públicas se implementan en contextos territoriales específicos de menor desarrollo socio-económico, lo que limita la capacidad de traducir la evidencia global en intervenciones efectivas a nivel local.

Aunque la literatura internacional ha documentado ampliamente la relación entre continuidad del cuidado y reducción de recaídas en esquizofrenia, aún persiste limitada evidencia cualitativa respecto a cómo las políticas públicas de salud mental son implementadas operativamente en contextos rurales y andinos de países de ingresos medios. Esta limitación resulta particularmente relevante en escenarios caracterizados por desigualdades territoriales, donde las condiciones estructurales y socioculturales pueden modificar significativamente la efectividad de los modelos comunitarios de atención. En este sentido, el artículo se asienta en la intersección entre el análisis de las políticas públicas, la salud mental comunitaria y los determinantes sociales de la salud, proponiendo el abordaje desde el enfoque cualitativo a fin de examinar las brechas entre el diseño normativo y su implementación real en un contexto andino específico. Su aporte radica en construir evidencia empírica respecto a la relación entre políticas públicas, acompañamiento clínico-psicosocial y prevención de recaídas, favoreciendo

al desarrollo teórico conceptual de continuidad respecto al cuidado, así como la mejora de la toma de decisiones en salud pública en contextos de alta vulnerabilidad.

En consecuencia, el objetivo del estudio fue analizar las brechas en la implementación de políticas públicas de salud mental y el acompañamiento clínico-psicosocial orientado a la prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia en la región de Apurímac, Perú.

### Método

La investigación se realizó a la luz del enfoque cualitativo de orientación interpretativa, apropiado para explorar fenómenos complejos vinculados a la implementación de políticas públicas de salud mental y al acompañamiento clínico-psicosocial en contextos de vulnerabilidad social y territorial. Este enfoque permitió comprender los significados, experiencias y dinámicas institucionales erigidas por los actores involucrados en los procesos de atención en salud mental comunitaria, destacando las limitaciones de los enfoques cuantitativos para el análisis de fenómenos sociales complejos (Denzin & Lincoln, 2023; Braun & Clarke, 2024).

Se adoptó un diseño fenomenológico hermenéutico, orientado a interpretar las experiencias vividas y los significados atribuidos por los informantes respecto a las brechas existentes entre las políticas públicas de salud mental y su

implementación operativa en el acompañamiento clínico-psicosocial de pacientes con esquizofrenia. Este diseño resulta pertinente en investigaciones en salud orientadas a comprender prácticas profesionales, trayectorias de cuidado y experiencias subjetivas en escenarios institucionales complejos (Neubauer et al., 2023; Zahavi, 2023).

Desde la perspectiva epistemológica, el estudio se sustentó en el paradigma interpretativo y en el método científico inductivo, priorizando la comprensión contextualizada de los discursos y experiencias de los participantes. Esta perspectiva permitió analizar cómo las políticas públicas de salud mental son interpretadas, implementadas y experimentadas en el contexto territorial de Apurímac.

### Contexto del estudio

La investigación se desarrolló en Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) de la región Apurímac-Perú, durante el año 2025. Este contexto se caracteriza por importantes brechas estructurales coherentes con limitada disponibilidad de recursos humanos especializados, fragmentación institucional, barreras geográficas y desigualdades en la accesibilidad a servicios especializados de salud mental, condiciones que afectan la continuidad del cuidado y la implementación territorial de políticas públicas orientadas al abordaje comunitario de la esquizofrenia (World Health Organization, 2023; Patel et al., 2023).

La elección del contexto respondió a la necesidad de comprender las dinámicas de implementación de PPSM en escenarios andinos de alta vulnerabilidad social y sanitaria, donde las condiciones territoriales complejizan la sostenibilidad de estrategias de acompañamiento clínico-psicosocial orientadas a la prevención de recaídas.

### Participantes y estrategia de muestreo

Los informantes fueron seleccionados de manera intencional, para conformar un grupo heterogéneo, por criterios, priorizando la riqueza informativa y la experiencia relevante de los informantes respecto al fenómeno estudiado. Este tipo de muestreo es ampliamente recomendado en estudios cualitativos orientados al análisis de políticas públicas y procesos de implementación, debido a que permite acceder a actores con conocimiento especializado y experiencia directa en el campo de estudio (Campbell et al., 2023; Palinkas et al., 2024).

Así, la unidad de análisis estuvo conformada por diez participantes clave, entre ellos psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, vinculados a servicios de salud mental comunitaria, con experiencia directa en la atención de pacientes con esquizofrenia y en la implementación de políticas públicas de salud mental. Los criterios de inclusión fueron: a) experiencia mínima de tres años en servicios de salud mental; b) participación en

procesos de acompañamiento clínico-psicosocial; c) conocimiento activo de PPSM; y d) experiencia laboral en instituciones públicas o programas comunitarios concernientes con esquizofrenia y salud mental comunitaria. Se excluyeron profesionales sin experiencia directa en las categorías analíticas del estudio o que no cumplieran con los criterios mínimos de experiencia profesional.

El tamaño del grupo informante se definió mediante el criterio de saturación teórica, entendido como el momento en que la incorporación de nuevos participantes no aportó categorías analíticas relevantes ni nueva información significativa para la comprensión del fenómeno estudiado. Este criterio constituye uno de los principales indicadores de suficiencia muestral en investigación cualitativa (Hennink & Kaiser, 2023; Saunders et al., 2024).

### **Técnicas e instrumentos de recolección de información**

La técnica principal de recolección de datos fue la entrevista en profundidad semiestructurada, empleada en razón a su capacidad para profundizar y explorar narrativas complejas, experiencias subjetivas y percepciones institucionales asociadas con la implementación de políticas públicas y el acompañamiento clínico-psicosocial en salud mental (Kallio et al., 2023).

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas,

previamente organizadas en torno a categorías vinculadas con prevención, continuidad del cuidado, atención integral, rehabilitación psicosocial, reinserción social y articulación intersectorial. El instrumento fue validado mediante revisión de expertos en salud mental y metodología cualitativa, a fin de garantizar coherencia conceptual, pertinencia temática y claridad interpretativa.

Las entrevistas fueron efectuadas en espacios que garantizaron privacidad, confidencialidad y condiciones adecuadas para favorecer la profundidad narrativa y la cimentación de confianza entre investigador y participantes. Asimismo, las entrevistas fueron audiograbadas previa autorización mediante el consentimiento informado de los participantes y posteriormente transcritas de manera textual para su análisis.

### **Procedimiento y análisis de datos**

El análisis de los datos se efectuó mediante análisis temático reflexivo, siguiendo procesos progresivos de codificación, categorización e interpretación de los discursos. Las transcripciones fueron procesadas utilizando el software Atlas.ti, herramienta que facilitó la organización, segmentación y sistematización del corpus cualitativo. Al principio se desarrolló una codificación abierta orientada a identificar unidades de significado emergentes concernientes con las categorías centrales del estudio: brechas en la

implementación de políticas públicas de salud mental y acompañamiento clínico-psicosocial orientado a la prevención de recaídas. Posteriormente, los códigos fueron agrupados en categorías temáticas interpretativas que permitieron comprender las dinámicas institucionales, operativas y territoriales asociadas a la continuidad del cuidado en pacientes con esquizofrenia.

El proceso analítico se desarrolló de manera reflexiva e iterativa, integrando comparación constante entre categorías emergentes, revisión crítica de patrones discursivos y triangulación interpretativa entre investigadores. Este procedimiento permitió fortalecer la profundidad analítica y la consistencia interpretativa de los hallazgos.

### **Rigor metodológico**

La calidad científica del estudio se garantizó a través de criterios de rigor propios de la investigación cualitativa: credibilidad, transferibilidad, auditabilidad y reflexividad (Lincoln & Guba, 1985). La credibilidad se fortificó mediante triangulación de participantes, revisión continua de categorías emergentes y validación interpretativa de hallazgos. La transferibilidad fue favorecida mediante la descripción detallada del contexto territorial y de las características de los informantes. La auditabilidad se consolidó mediante registro sistemático de decisiones metodológicas, codificaciones y procesos analíticos desarrollados

durante la investigación. Asimismo, la reflexividad implicó un proceso continuo de revisión crítica de los posicionamientos de los investigadores y de su influencia potencial en la interpretación de los datos.

### **Consideraciones éticas**

La investigación respetó los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Todos los informantes recibieron información clara respecto a los objetivos, alcances y procedimientos del estudio y otorgaron su consentimiento informado previo a su participación. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información a través de la codificación de los testimonios y la separación de cualquier elemento identificador en las transcripciones y reportes finales. Debido a que el estudio no implicó intervención clínica ni acceso a historias clínicas o información sensible de pacientes, no fue requerida autorización institucional específica. La participación de los informantes se ejecutó de forma voluntaria, fuera del horario laboral y exclusivamente con fines académicos.

### **Resultados**

El análisis temático reflexivo permitió identificar patrones estructurales coherentes con las brechas en la implementación de políticas públicas de salud mental y el acompañamiento clínico-psicosocial (ACP) encauzado a la prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia en Apurímac, Perú. Los hallazgos revelan que, pese a

que existen avances parciales en la consolidación del modelo comunitario de salud mental, subsisten limitaciones operativas, territoriales e institucionales que afectan la continuidad del cuidado y la sostenibilidad de las intervenciones sanitarias. Los resultados se constituyen en dos ejes analíticos primordiales: a) implementación del acompañamiento clínico-psicosocial como dispositivo operativo de continuidad del cuidado y b) brechas territoriales en la implementación de políticas públicas de salud mental.

***Implementación del acompañamiento clínico-psicosocial: entre avances parciales y fragmentación estructural***

Los hallazgos de la investigación demuestran que el acompañamiento clínico-psicosocial (ACP) presenta un desarrollo heterogéneo y no sistemático en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Apurímac. Si bien los informantes reconocen avances en cuanto a capacitación profesional, actividades comunitarias y algunos mecanismos de atención integral, estas acciones coexisten con debilidades estructurales asociadas con la continuidad del cuidado, articulación institucional y sostenibilidad territorial. Los participantes precisaron que el ACP depende con frecuencia de iniciativas individuales del personal de salud más que de protocolos institucionalizados. “Muchas veces el seguimiento depende de quién esté trabajando en ese momento. Cuando cambia el personal, también cambia la continuidad del

acompañamiento.” (P4, psicólogo). “No existe un sistema uniforme de seguimiento; cada establecimiento trata de adaptarse como puede.” (P7, enfermera). Estas respuestas refuerzan los resultados. Desde una perspectiva interpretativa, estos hallazgos evidencian que la implementación del ACP aún no se consolida como política pública territorialmente integrada, sino como un conjunto de prácticas fragmentadas ajustadas por disponibilidad de recursos humanos, capacidades locales y prioridades operativas.

**Figura 1. Red semántica: Brechas en la implementación de políticas públicas de salud mental en el acompañamiento clínico psicosocial (ACP) en Apurímac**



Nota. Red semántica construida a partir del análisis de entrevistas en profundidad a profesionales de salud mental en Apurímac (2025), utilizando Atlas.ti 24.

Tal como se muestra en la red semántica, a las subcategorías: redes familiares y sociales, seguimiento clínico individualizado, articulación intersectorial e intervención en crisis, aparecen códigos emergentes: ausencia de protocolos, discontinuidad del cuidado, escasez de personal, fragmentación operativa, dependencia institucional y limitada coordinación territorial, lo que da riqueza interpretativa al estudio de profundidad respecto a las brechas existentes en la implementación de PPSM.

***Seguimiento clínico individualizado:  
discontinuidad y desigualdad territorial***

El seguimiento clínico individualizado fue identificado por los participantes como uno de los componentes más importantes del ACP; sin embargo, su implementación presenta importantes desigualdades territoriales. Los entrevistados describen que la frecuencia de atención depende de la disponibilidad de profesionales y de las capacidades operativas de cada establecimiento.

“Hay pacientes que reciben atención continua solo cuando el especialista está disponible; en zonas alejadas el seguimiento puede tardar semanas.” (P2, psiquiatra). “El control clínico debería ser permanente, pero en la práctica muchas veces es intermitente.” (P5, trabajadora social). Los hallazgos sugieren que la continuidad del cuidado no se encuentra garantizada como componente estructural del modelo comunitario de atención,

particularmente en zonas rurales y periféricas. Esta situación incrementa el riesgo de abandono terapéutico y limita la prevención sostenida de recaídas.

***Redes familiares y sociales: débil  
institucionalización del enfoque comunitario***

Los participantes de la investigación reconocieron que las redes familiares y comunitarias cumplen un rol fundamental en la adherencia terapéutica y recuperación eficaz de pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, señalaron que la participación familiar continúa siendo limitada y escasamente institucionalizada. “Cuando la familia participa, el paciente tiende a mejorar; pero muchas veces no existen estrategias permanentes para involucrarla.” (P1, psicóloga). “Las actividades con familias dependen de proyectos específicos y no forman parte de una política sostenida.” (P6, enfermera). De acuerdo a los resultados, los discursos muestran que el enfoque comunitario aún presenta dificultades para consolidarse operativamente. Pese a la existencia de experiencias positivas de psicoeducación y trabajo con agentes comunitarios, estas no responden a mecanismos permanentes de articulación territorial.

***Intervención en crisis: brecha entre normativa y  
capacidad operativa***

La intervención en crisis fue identificada como uno de los componentes más críticos dentro del ACP. Los participantes precisaron que, pese a existir lineamientos normativos, los

establecimientos no cuentan con equipos especializados y protocolos operativos estandarizados para dar respuesta oportuna a episodios agudos. “Cuando ocurre una crisis, muchas veces no hay personal suficiente ni recursos para intervenir adecuadamente.” (P3, psiquiatra). “La respuesta frente a recaídas sigue siendo reactiva y depende de la improvisación.” (P8, psicóloga). Estos hallazgos evidencian una importante brecha entre diseño normativo e implementación práctica, donde la atención de determinadas crisis continúa desarrollándose bajo esquemas predominantemente reactivos.

#### ***Articulación intersectorial: coordinación limitada y fragmentación institucional***

Los entrevistados reportaron importantes limitaciones en la articulación entre salud, justicia, educación y programas sociales. La ausencia de protocolos compartidos y canales permanentes de coordinación dificulta el abordaje integral de pacientes con esquizofrenia. “Cada institución trabaja por separado y muchas veces no existe comunicación entre servicios.” (P9, trabajadora social). “La coordinación intersectorial todavía es muy débil y eso afecta el seguimiento de los casos.” (P10, psicólogo). Desde una perspectiva analítica, esta fragmentación institucional limita la sostenibilidad del ACP y limita el desarrollo de trayectorias integrales de recuperación.

#### ***Brechas territoriales en la implementación de políticas públicas de salud mental***

Los resultados muestran que las políticas públicas de salud mental presentan una implementación desigual y heterogénea en Apurímac. Aunque los participantes reconocen avances normativos vinculados a la expansión de los Centros de Salud Mental Comunitarios, subsisten debilidades estructurales relacionadas con prevención, promoción, rehabilitación e inserción social.

**Figura 2. Red semántica: Acompañamiento clínico psicosocial y prevención de recaídas en personas con esquizofrenia**



**Nota.** Red semántica construida a partir del análisis de entrevistas en profundidad a profesionales de salud mental en Apurímac (2025), utilizando Atlas.ti 24.

De acuerdo a los resultados, a las subcategorías del acompañamiento clínico psicosocial y prevención de caídas en pacientes con esquizofrenia que fueron la prevención, promoción, atención integral, rehabilitación y reinserción social, se identificaron códigos emergentes: desigualdad territorial, enfoque reactivo, bajo nivel de prioridad política, discontinuidad operativa, ausencia de sostenibilidad y limitada inclusión social.

***Prevención: implementación desigual y enfoque preferentemente reactivo***

Las diversas acciones preventivas fueron descritas como acciones aisladas centradas en talleres, campañas y capacitaciones ocasionales. Los participantes señalaron importantes diferencias entre zonas urbanas y rurales, especialmente en cobertura y detección temprana. “Las campañas funcionan mejor en las ciudades; en comunidades alejadas casi no llegan.” (P5, trabajadora social). “La prevención depende mucho de iniciativas individuales y no de una política uniforme.” (P2, psiquiatra). Estos hallazgos demuestran que las estrategias de prevención continúan desarrollándose bajo un enfoque reactivo orientado principalmente a la atención de crisis más que a la detección temprana y continuidad del cuidado a los pacientes.

***Promoción de la salud mental: baja priorización y limitada sostenibilidad***

Los informantes precisaron que las acciones de promoción de la salud mental presentan limitada continuidad y débil articulación institucional. “Se

realizan campañas, pero no existe continuidad ni seguimiento posterior.” (P1, psicóloga). “La promoción todavía no es vista como una prioridad dentro del sistema.” (P6, enfermera). De acuerdo a estos resultados, pese a que se reconocen experiencias positivas asociadas con agentes comunitarios y actividades educativas, los discursos muestran que estas acciones dependen con frecuencia de proyectos ocasionales y carecen de sostenibilidad política y presupuestal.

***Atención integral, rehabilitación e inserción social: persistencia de fragmentación operativa***

Los resultados del estudio muestran que la atención integral y la rehabilitación psicosocial aún no logran consolidarse como componentes estructurales de las políticas públicas de salud mental. “La rehabilitación existe, pero muchas veces no tiene continuidad ni recursos suficientes.” (P4, psicólogo). “La reinserción social sigue siendo una de las áreas más débiles porque no existen programas laborales sostenidos.” (P7, enfermera). Según estos resultados, los informantes identificaron limitaciones asociadas con ausencia de programas ocupacionales permanentes, escasa articulación con servicios sociales y persistencia de estigma social hacia personas con esquizofrenia. Desde una perspectiva interpretativa, estos hallazgos muestran que el modelo comunitario de salud mental aún enfrenta dificultades para asumir un enfoque predominantemente clínico-asistencial y

consolidar estrategias integrales de rehabilitación y recuperación social.

### **Síntesis interpretativa de los hallazgos**

En conjunto, los resultados evidencian que las brechas en la implementación de políticas públicas de salud mental en Apurímac se manifiestan principalmente en discontinuidad del cuidado, fragmentación institucional, limitada articulación comunitaria y desigualdad territorial en el acceso a servicios especializados. Pese a la existencia de avances normativos y experiencias locales positivas, el acompañamiento clínico-psicosocial continúa desarrollándose de manera heterogénea y dependiente de capacidades operativas locales. Estas condiciones limitan la sostenibilidad de las estrategias orientadas a la prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia y muestran tensiones persistentes entre diseño normativo e implementación territorial del modelo comunitario de salud mental.

### **Discusión**

Los hallazgos del presente estudio evidencian que las brechas en la implementación de políticas públicas de salud mental en Apurímac limitan la consolidación efectiva del acompañamiento clínico-psicosocial (ACP) orientado a la prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia. Aunque el modelo comunitario de salud mental impulsado en el Perú representa un avance importante en términos

normativos y de reorganización institucional, persisten debilidades estructurales relacionadas con continuidad del cuidado, fragmentación operativa y desigualdad territorial que afectan la sostenibilidad de las intervenciones.

Uno de los principales hallazgos de la investigación fue la discontinuidad del acompañamiento clínico-psicosocial y su dependencia de capacidades locales e iniciativas individuales de los profesionales de salud. Este resultado coincide con investigaciones internacionales que reportan que la continuidad del cuidado constituye uno de los elementos más determinantes para reducir recaídas en pacientes con esquizofrenia, rehospitalizaciones y abandono terapéutico (Kozloff et al., 2023; Tihihonen et al., 2023). La evidencia empírica reciente demuestra que los sistemas de salud con mecanismos sólidos de seguimiento comunitario obtienen mejores resultados clínicos y funcionales, especialmente en poblaciones socialmente vulnerables (Semahegn et al., 2025).

Desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, el ACP no se limita al seguimiento farmacológico, sino que implica procesos integrales de rehabilitación psicosocial, soporte familiar y articulación comunitaria dirigidos a sostener trayectorias de recuperación. En este estudio, los participantes describieron que muchas acciones de acompañamiento dependen de esfuerzos

individuales más que de protocolos institucionalizados, condición que evidencia una débil consolidación operativa del modelo comunitario. Este hallazgo resulta consistente con Thornicroft et al., (2022), quienes reportan que la expansión de servicios comunitarios no garantiza necesariamente la continuidad del cuidado cuando existen limitaciones organizacionales y desigualdades estructurales.

Asimismo, los resultados evidencian importantes desigualdades territoriales en la accesibilidad y continuidad del seguimiento clínico. Los participantes precisaron que las zonas rurales y periféricas presentan mayores dificultades para el acceso a la atención especializada, debido a barreras geográficas, escasez de profesionales y limitada capacidad resolutoria de los establecimientos de salud. Estos hallazgos coinciden con Lund et al., (2022), quienes hallaron que los determinantes sociales y territoriales impactan de manera significativa en la sostenibilidad de las intervenciones en salud mental, específicamente en contextos de pobreza y vulnerabilidad estructural.

En el caso peruano, investigaciones recientes han mostrado que, pese al incremento de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), persisten brechas asociadas a la cobertura territorial, pertinencia intercultural y continuidad operativa de los servicios (Toyama et al., 2021; Huamán et al., 2023b). Los hallazgos del presente estudio

profundizan esta evidencia al mostrar que dichas limitaciones adquieren mayor complejidad en regiones andinas como Apurímac, donde las condiciones geográficas y socioeconómicas están condicionadas tanto la accesibilidad como a la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia.

Otro hallazgo importante fue la persistencia de enfoques predominantemente reactivos y centrados en atención de crisis. Los informantes describieron que la intervención frente a recaídas continúa dándose bajo esquemas asistenciales orientados a responder episodios agudos más que a fortalecer mecanismos preventivos sostenidos. Esta situación coincide con Miranda et al., (2022), quienes advierten que muchos sistemas de salud mental en América Latina aún presentan dificultades para consolidar estrategias preventivas y comunitarias de largo plazo.

Desde la perspectiva de la ciencia de la implementación, estos resultados reflejan tensiones persistentes entre diseño normativo e implementación territorial de las políticas públicas. Aunque existen lineamientos nacionales orientados al fortalecimiento de la atención comunitaria en salud mental, su operacionalización continúa siendo limitada por fragmentación institucional, insuficiencia de recursos humanos especializados y débil articulación intersectorial. Semrau et al., (2021) sostienen que uno de los principales desafíos

en países en vías de desarrollo radica precisamente en transformar marcos normativos en prácticas sostenibles y contextualizadas. En este estudio, la fragmentación institucional fue identificada como una de las principales limitaciones para la sostenibilidad del ACP. Los participantes señalaron ausencia de protocolos compartidos, limitada coordinación entre sectores y debilidades en el seguimiento integral de pacientes. Estos hallazgos son consistentes con Peters et al., (2023), quienes reportan que la implementación efectiva de políticas públicas requiere mecanismos de gobernanza intersectorial y estructuras organizacionales que sean capaces de integrar servicios clínicos, sociales y comunitarios.

En esa línea, los resultados mostraron una débil institucionalización de las estrategias de promoción y prevención en salud mental. Pese a que se desarrollan campañas y actividades educativas, estas presentan escasa continuidad y dependen con frecuencia de proyectos temporales o iniciativas locales. Este hallazgo coincide con lo reportado por Patel et al., (2023), quienes señalan que las intervenciones preventivas en salud mental suelen recibir menor prioridad política y presupuestal en comparación con la atención curativa y hospitalaria. Un aspecto especialmente relevante fue la limitada consolidación de estrategias de rehabilitación e inserción social para pacientes con esquizofrenia. Los informantes identificaron ausencia de

programas laborales sostenidos, escasa articulación con servicios sociales y persistencia de estigma comunitario. Estos hallazgos coinciden con investigaciones recientes que identifican la exclusión social y la estigmatización como causas que incrementan vulnerabilidad clínica, recaídas y deterioro funcional en personas con trastornos mentales graves (Correll et al., 2022; Vigo et al., 2022).

Desde el enfoque interpretativo, los hallazgos permiten comprender que las brechas en la implementación de políticas públicas de salud mental no responden solamente a limitaciones presupuestales, sino también a problemas estructurales asociados con gobernanza sanitaria, territorialidad e institucionalización del modelo comunitario. En consecuencia, la prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia requiere superar enfoques fragmentados y fortalecer mecanismos sostenibles de continuidad del cuidado, acompañamiento clínico-psicosocial y articulación intersectorial. Los resultados del estudio aportan evidencia empírica relevante para el campo de la salud mental comunitaria y la ciencia de la implementación en contextos rurales andinos, debido a que permiten visibilizar cómo las desigualdades geográficas condicionan la operacionalización de las políticas públicas y limitan la sostenibilidad de las intervenciones orientadas a pacientes con esquizofrenia. Además,

el estudio contribuye a ampliar la limitada evidencia cualitativa existente sobre implementación de políticas de salud mental en regiones de alta vulnerabilidad social y sanitaria.

Entre las implicancias prácticas de la investigación destaca la necesidad de consolidar mecanismos institucionales de continuidad del cuidado a través de protocolos estandarizados de seguimiento clínico-psicosocial, estrategias permanentes de intervención familiar y sistemas de articulación intersectorial dirigidos a rehabilitación e inserción social. Del mismo modo, resulta imprescindible incorporar enfoques territoriales e interculturales que permitan adaptar las políticas públicas a las características sociales y geográficas de regiones andinas como Apurímac.

Finalmente, el estudio presenta algunas limitaciones que son precisas considerar. En primer lugar, la investigación se desarrolló en una región específica del Perú, por lo que los hallazgos no buscan generalización estadística, sino comprensión contextualizada del fenómeno estudiado en una zona de menor desarrollo social y económico y, por lo mismo, vulnerable. En segundo lugar, la información proviene de profesionales de salud, familiares de pacientes y especialistas en el tema; por lo que futuras investigaciones podrían incorporar perspectivas de actores comunitarios, especialistas en inversión y gestión pública, para ampliar la comprensión de las dinámicas de

implementación del acompañamiento clínico-psicosocial. No obstante, pese a estas limitaciones, el estudio proporciona evidencia relevante sobre las tensiones existentes entre política pública e implementación territorial en salud mental comunitaria, contribuyendo al debate contemporáneo sobre continuidad del cuidado, prevención de recaídas y sostenibilidad de modelos comunitarios de atención en contextos de vulnerabilidad estructural.

### Conclusiones

Los hallazgos del estudio evidencian que las brechas en la implementación de PPSM en Apurímac limitan la consolidación efectiva del acompañamiento clínico-psicosocial orientado a la prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia. Aunque el modelo comunitario impulsado por la reforma peruana de salud mental representa un avance significativo en términos normativos e institucionales, persisten debilidades estructurales relacionadas con continuidad del cuidado, fragmentación operativa y desigualdad territorial que restringen la sostenibilidad de las intervenciones.

En primer lugar, el estudio permitió comprender que el acompañamiento clínico-psicosocial aún se desarrolla de manera heterogénea y parcialmente institucionalizada. La continuidad del cuidado depende con frecuencia de capacidades locales, disponibilidad de profesionales y esfuerzos

individuales del personal de salud más que de mecanismos sistemáticos y sostenibles de implementación. Esta situación genera discontinuidad terapéutica, limitada capacidad preventiva y mayor vulnerabilidad frente a recaídas en pacientes con esquizofrenia.

En segundo lugar, las brechas territoriales identificadas muestran que las condiciones territoriales, sociales y económicas de regiones andinas como Apurímac condicionan significativamente la implementación efectiva de las PPSM. Las limitaciones en recursos humanos especializados, articulación intersectorial, cobertura comunitaria y acceso oportuno a servicios especializados agudizan las desigualdades en continuidad del cuidado y seguimiento clínico-psicosocial, particularmente en zonas rurales y dispersas.

Asimismo, los resultados permiten concluir que las estrategias preventivas continúan desarrollándose bajo enfoques predominantemente reactivos y centrados en la atención de crisis, con limitada consolidación de mecanismos permanentes de promoción, rehabilitación psicosocial e inserción social, por lo que persisten tensiones entre el diseño normativo del modelo comunitario y su operacionalización territorial, reflejando desafíos estructurales en gobernanza sanitaria, sostenibilidad institucional y capacidad operativa de los servicios de salud mental.

Desde una perspectiva teórica, el estudio contribuye al campo de la salud mental comunitaria y de la ciencia de la implementación al evidenciar que la efectividad de las políticas públicas no depende exclusivamente de su formulación normativa, sino de su capacidad para traducirse en acciones, procesos sostenibles, contextualizados y territorialmente adaptados de acompañamiento clínico-psicosocial. Los hallazgos amplían además la limitada evidencia cualitativa existente sobre implementación de políticas de salud mental en contextos rurales andinos y socialmente vulnerables. En términos prácticos, hay la necesidad de fortalecer mecanismos institucionales de continuidad del cuidado mediante protocolos estandarizados de seguimiento clínico-psicosocial, estrategias permanentes de intervención familiar, fortalecimiento de equipos interdisciplinarios y sistemas de articulación intersectorial orientados a rehabilitación e inserción social. Del mismo modo, resulta prioritario incorporar enfoques territoriales e interculturales que permitan adaptar las políticas públicas de salud mental a las particularidades socioculturales y geográficas de regiones andinas como Apurímac.

### *Conflicto de intereses*

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés real, potencial o percibido asociado con el desarrollo, análisis y publicación del presente artículo. Además, el artículo deriva de una

tesis doctoral previamente sustentada y aprobada académicamente.

## Referencias

- Braun, V., & Clarke, V. (2024). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Correll, C. U., Rubio, J. M., & Kane, J. M. (2022). What is the risk–benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry*, 21(2), 238–251. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1002/wps.20971>
- Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D., & Walker, K. (2023). Purposive sampling: Complex or simple? Research case examples. *Journal of Research in Nursing*, 28(3), 652–661. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1177/17449871231163488>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2023). *The Sage handbook of qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.
- Hansen, H. G., Østergaard, S. D., & Nordentoft, M. (2024). Relapse prevention in schizophrenia: The role of continuous care and long-term treatment strategies. *World Psychiatry*, 23(1), 72–84. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1002/wps.21145>
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2023). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Huamán, J., Rojas, G., & Castillo, H. (2023a). Acceso a servicios de salud mental en zonas rurales del Perú: desafíos estructurales y culturales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(1), 45–53.
- Huamán, N., Cuentas, M., & Salazar, P. (2023b). Implementación de servicios comunitarios de salud mental en regiones rurales del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(2), 215–223. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.402.11876>
- Kakuma, R., Minas, H., van Ginneken, N., et al. (2021). Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 987–1000. Documento en línea. Disponible [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00117-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00117-3)
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2023). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 1354–1365. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1111/jan.15543>
- Kishi, T., Ikuta, T., & Iwata, N. (2024). Relapse and rehospitalization risks in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of real-world studies. *Schizophrenia Bulletin*, 50(2), 345–357. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad178>
- Kozloff, N., Stergiopoulos, V., Adair, C. E., & colleagues. (2023). The impact of continuity of care on outcomes in schizophrenia: A systematic review. *World Psychiatry*, 22(3), 451–460. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1002/wps.21102>
- León, E., Bernal, C., & Vargas, M. (2022). Barreras en la implementación de servicios comunitarios de salud mental en regiones andinas del Perú. *Revista de Salud Pública*, 24(3), 1–10.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2022). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic

- review. *The Lancet Psychiatry*, 9(6), 509–520. Documento en línea. Disponible [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00060-9)
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2023). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 12(1), 90–97. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s40037-023-00812-7>
- Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. Documento en línea. Disponible [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Miranda, J. J., Diez-Canseco, F., Araya, R., Cutipe, Y., Castillo, H., Bernabé-Ortiz, A., & Toyama, M. (2022). Scaling up mental health care in Peru: Opportunities for reform and innovation. *Global Mental Health*, 9, e12. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.10>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2024). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51(1), 1–12. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01265-8>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2023). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development revisited. *The Lancet Psychiatry*, 10(1), 1–15. Documento en línea. Disponible [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00385-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00385-0)
- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2023). Implementation research in health. *BMJ*, 381, e072447. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072447>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2024). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 58(2), 1893–1907. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01742-1>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Fekadu, A., & Tesfaye, G. (2025). Continuity of care and treatment adherence in people with schizophrenia in low- and middle-income countries: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 13(2), e210–e222. Documento en línea. Disponible [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00415-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00415-6)
- Semrau, M., Evans-Lacko, S., Koschorke, M., Ashenafi, L., Thornicroft, G., & Hanlon, C. (2021). Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: The Emerald programme. *BMC Medicine*, 19(1), 1–12. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01967-1>
- Tiihonen, J., Tanskanen, A., & Taipale, H. (2023). 20-year nationwide follow-up study on discontinuation of antipsychotic treatment in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 180(2), 110–120. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2022.21090952>
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2022). Community mental health care worldwide: Current status and further developments. *World Psychiatry*, 21(1), 55–67. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1002/wps.20939>
- Toyama, M., Castillo, H., Galea, J. T., Mendoza, W., & Miranda, J. J. (2021). Peruvian mental health reform: A framework for scaling up mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00455-0>

- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2022). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 99–100. Documento en línea. Disponible [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00392-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00392-8)
- World Health Organization. (2023). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. Documento en línea. Disponible <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO. Documento en línea. Disponible <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Zahavi, D. (2023). Getting it quite wrong: Van Manen and Smith on phenomenology. *Qualitative Health Research*, 33(5), 456–465. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1177/10497323231152134>