

ORIGINAL CUALITATIVO**SALUD MENTAL FAMILIAR Y COMUNITARIA: LA EXPERIENCIA DE
TRABAJADORES SOCIOSANITARIOS EN CHILE.****FAMILY AND COMMUNITY MENTAL HEALTH: AN APPROACH WITH
SOCIOSANITARY WORKERS IN CHILE**

Marcia Salinas-Contreras¹, Camilo Sepúlveda-Queipul².

⁽¹⁾ Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica y Psicoterapia. Candidata a PhD en Psicoterapia del Programa conjunto Universidad de Chile-Pontificia Universidad Católica de Chile. Académica de la Universidad Central, Santiago, Chile. Correo m.salinascontreras@gmail.com, ORCID 0000-0003-3122-0391.

⁽²⁾ Psicólogo. Magíster en Terapias Contextuales, Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Estudiante del Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Correo ps.camilosepulveda@gmail.com, ORCID 0000-0002-2393-2113.

Recibido: 16-05-2025

Aceptado: 16-06-2025

Publicado: 10-10-2025

Autor Correspondiente: Camilo Sepúlveda-Queipul.

RESUMEN

Introducción: a nivel mundial, las experiencias de personas con trastornos de salud mental evidencian profundas brechas en el acceso a tratamiento, lo que resalta la necesidad de estrategias comunitarias que fortalezcan la respuesta de los sistemas de salud. En este contexto, la “Educación Continua” de agentes no profesionales y el protagonismo de las comunidades se consolidan como ejes clave para el cuidado colectivo. El Programa Ecológico Multifamiliar, implementado en la Región de Coquimbo (Chile), se presenta como una experiencia educativa que, desde un enfoque cualitativo y participativo, promueve procesos de recuperación subjetiva, fortalecimiento familiar y acción territorial en salud mental. **Objetivo:** valorar las experiencias de usuarios y familias capacitadas como Trabajadores Sociosanitarios, en el segmento de Educación Continua del Programa Ecológico Multifamiliar, en el marco de la red de atención primaria en salud mental. **Método:** estudio cualitativo con diseño de caso único y enfoque exploratorio-descriptivo. Se utilizó muestreo intencional con 20 participantes. La recolección de información se realizó mediante grupos focales y grupos reflexivos. El análisis de contenido temático fue asistido por el software Atlas Ti. **Resultados:** se identificaron tres categorías principales: recuperación de la salud mental, cambios en las relaciones familiares y participación territorial. Los participantes reportaron mejoras en autoestima, comunicación y sentido de pertenencia, asumiendo un rol activo en sus comunidades. **Conclusión:** la experiencia del Programa Ecológico Multifamiliar evidencia el potencial transformador de la capacitación de Trabajadores Sociosanitarios como estrategia de empoderamiento y cuidado

colectivo. El modelo fortalece procesos de recuperación subjetiva, vínculos familiares y acción comunitaria.

Palabras clave: Salud mental comunitaria, trabajadores sociosanitarios, recuperación psicosocial, participación, educación continua, estudio cualitativo.

ABSTRACT

Introduction: globally, the experiences of people with mental health disorders evidence deep gaps in treatment access, which highlight the need for community strategies that strengthen the response of health systems. Within this context, the “continuing education” of non-professional agents and the empowerment of communities consolidate as key dimensions for collective care. The Multifamily Ecological Program, implemented in the Coquimbo Region in Chile, stands out as an educational intervention that, from a qualitative and participative focus, promotes processes of psychosocial recovery, family strengthening, and territorial engagement in mental health. **Objective:** to value the experiences of users and families trained as Sociosanitary Workers in the Continuing Education segment of the Multifamily Ecological Program, within the primary mental health care network. **Method:** a qualitative study with a single-case design and exploratory-descriptive focus. An intentional sample of 20 participants was used. Data collection was done through focus groups and reflective groups. Thematic content analysis was conducted using the Atlas Ti software. **Results:** three main categories were identified: recovery of mental health, changes in family relationships, and territorial participation. Participants reported improvements in self-esteem, communication, and a sense of belonging, as well as assuming an active

role in their communities. **Conclusion:** the Multifamily Ecological Program experience demonstrates the transformative potential of training Sociosanitary Workers as a strategy for empowerment and collective care. The model enhances processes of subjective recovery, strengthens family bonds, and fosters community-based action.

Keywords: community mental health, sociosanitary workers, psychosocial recovery, participation, continuing education, qualitative study.

INTRODUCCIÓN

La salud mental (SM), según lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.⁽¹⁾ Los trastornos de salud mental representan una de las principales causas de discapacidad a nivel global. Se estima que un 30% de las personas experimentan, en algún momento de su vida, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o de dependencia de sustancias,⁽²⁾ y la mayoría de ellas no recibe tratamiento.⁽³⁾ Esta brecha de atención, lejos de reducirse, continúa aumentando, lo que refuerza la necesidad urgente de fortalecer la capacidad de respuesta de salud mental desde un enfoque comunitario.⁽⁴⁾

En este marco, organismos internacionales como las Naciones Unidas han enfatizado la urgencia de establecer medidas que garanticen la participación plena e igualitaria de las personas con diagnóstico de trastorno mental en la vida comunitaria.⁽⁵⁾ La reforma en salud mental comunitaria ha sido ampliamente respaldada por sectores políticos,

académicos y sociales, reconociendo la persistencia de altos índices de morbilidad, grandes brechas en la atención y el elevado costo social y económico de los padecimientos mentales.⁽⁶⁾

La Comisión Lancet sobre Salud Mental y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han llamado a la acción global para ampliar los servicios de salud mental ante un escenario de vulneraciones de derechos en centros psiquiátricos, señalando que la calidad de los servicios de salud mental suele ser inferior a la atención de salud física.⁽⁷⁾ Entre los desafíos clave, se encuentra la integración de servicios de salud mental en la atención primaria, mediante modelos comunitarios y estrategias de rehabilitación para personas con enfermedades crónicas.⁽⁷⁾

Una de las estrategias destacadas por esta comisión es el *Task Shifting*, entendido como la transferencia de responsabilidades de salud mental a personal no especializado.⁽⁸⁾ Diversas revisiones sistemáticas han demostrado la efectividad de intervenciones psicosociales realizadas por agentes comunitarios capacitados.⁽⁸⁾ Esta estrategia innovadora ha permitido que líderes comunitarios asuman funciones en contextos donde los recursos profesionales son escasos, promoviendo la asistencia desde una base culturalmente más cercana.⁽⁸⁾

Este enfoque ha contado con respaldo político. Durante el período 2013–2020, la OMS priorizó la salud mental en su plan de acción, con apoyo de los ministros de salud de la Commonwealth y la Cooperación Económica Asia-Pacífico.⁽²⁾ En la última década, ha habido un aumento significativo en la financiación para investigación e innovación en salud mental en países de ingresos medios y bajos. Esto ha impulsado el estudio de

experiencias comunitarias lideradas por personal no profesional, como estrategia para enfrentar la escasez de especialistas. En ese marco, se reconoce la necesidad de adaptar, evaluar y disseminar conocimientos adquiridos a nivel local e internacional.^(2,9)

La Salud Mental Comunitaria (SMC) requiere de una política pública robusta, recursos financieros y humanos suficientes, y un cambio de paradigma que supere el modelo asistencial biomédico tradicional.⁽¹⁰⁾ La SMC plantea un enfoque donde la comunidad es protagonista activa en la promoción, prevención y cuidado de la salud mental.⁽¹¹⁾

En Chile, a pesar de estar clasificado como país de ingreso medio-alto, los servicios de salud mental pública enfrentan desafíos comparables a los de países de menores recursos.⁽⁹⁾ El tercer Plan Nacional de Salud Mental (2017–2025) identifica como uno de sus principales desafíos fortalecer la participación efectiva de los usuarios en la gestión de salud, en un contexto dominado por exigencias de cumplimiento de metas cuantitativas.⁽¹²⁾ Si bien la participación social ha sido declarada desde el primer plan nacional en 1993, persisten debilidades en la legislación y en las posibilidades reales de participación de usuarios en la toma de decisiones.⁽¹³⁾

Frente a este escenario, surge el Programa Ecológico Multifamiliar (PEM), desarrollado en la Región de Coquimbo, como una praxis distintiva en salud mental comunitaria. Este programa articula familia, comunidad, territorio y contexto ecológico, buscando favorecer históricamente la participación comunitaria en salud mental.⁽¹⁴⁾ El PEM es coherente con los lineamientos de la Comisión Lancet y los ODS, al constituir una intervención comunitaria liderada por agentes no

profesionales con capacitación en salud mental, e implementada dentro de la red de atención primaria.

El objetivo de esta investigación es valorar las experiencias de usuarios y familias de la red de atención primaria de salud mental, capacitados como Trabajadores Sociosanitarios en el segmento de educación continua del PEM.

MÉTODOS

Se empleó una metodología cualitativa, con diseño de caso único y enfoque exploratorio-descriptivo, lo que permitió comprender y caracterizar las experiencias de los participantes en torno al proceso de capacitación en salud mental comunitaria.^(15,16) El estudio se desarrolló bajo el paradigma del construcciónismo social, que reconoce el conocimiento como producto de interacciones sociales y contextuales.

La investigación se realizó durante el año 2014, en la comuna de La Serena, Región de Coquimbo, Chile, en colaboración con el PEM y la red de atención primaria del Servicio de Salud de Coquimbo. El estudio se centró en el segmento de educación continua del PEM, específicamente en las Escuelas Territoriales de Primer y Segundo Nivel, y en la formación de Trabajadores Sociosanitarios (TSS) en salud mental comunitaria. La muestra estuvo compuesta por 20 participantes, 18 mujeres y 2 hombres, con edades entre 20 y 60 años. Se utilizó un muestreo intencional. Los criterios de inclusión fueron: (a) participación activa en el segmento de educación continua del PEM, (b) haber iniciado el proceso de formación como TSS durante el año de estudio, (c) disposición voluntaria a participar, y (d) firma de consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyeron la

ausencia de participación sostenida durante el proceso de capacitación.

La producción de información se realizó en tres momentos metodológicos:

Grupos focales, organizados en cuatro grupos de cinco personas, clasificados según su nivel de capacitación (primer nivel, segundo nivel). Grupos reflexivos, diseñados para facilitar la reflexión colectiva sobre la experiencia, identificar aprendizajes y proponer estrategias de mejora.

Todas las actividades se realizaron de manera presencial, en dependencias del PEM y de la Universidad Central – La Serena. Las sesiones fueron grabadas en audio, transcritas literalmente, y analizadas mediante análisis de contenido temático, apoyado por el software Atlas Ti versión 5.0. El análisis incluyó codificación inductiva, agrupamiento temático y categorización.

Se aplicaron medidas para asegurar la rigurosidad metodológica y la validez interna, incluyendo: triangulación de técnicas (entrevistas, grupos focales y grupos reflexivos); y triangulación de investigadores: el análisis fue realizado por equipos paralelos que discutieron y contrastaron categorías emergentes.

Validación con participantes: los hallazgos preliminares fueron presentados en sesiones de retroalimentación a los participantes para enriquecer la interpretación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Central de Chile y cumplió con las directrices éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS. ⁽¹⁷⁾ Se garantizó el anonimato, la confidencialidad, el uso exclusivo académico de la información y el derecho a retirarse en cualquier

momento sin consecuencias. Se realizó devolución de resultados a los participantes y al equipo territorial del PEM.

RESULTADOS

El análisis de contenido realizado a partir de los grupos focales permitió construir 59 códigos, organizados en 13 subcategorías y 3 categorías principales:

- (1) Recuperación de la salud mental,
- (2) Cambios en las relaciones familiares,
- (3) Participación territorial.

A continuación, se describen los hallazgos más representativos, ilustrados con testimonios de los participantes del PEM.

1. Recuperación de la salud mental

Los participantes relatan un proceso de transformación de su bienestar emocional. Muchos de ellos describen haber ingresado al programa con sentimientos de desgano, baja autoestima, dependencia farmacológica o aislamiento, y haber iniciado un camino de recuperación personal sostenido por el aprendizaje colectivo y la participación comunitaria.

Uno de los cambios más significativos se vincula con la reconfiguración de la autoimagen. El fortalecimiento de la autoestima, la percepción de valor propio y el sentido de pertenencia emergen como elementos centrales.

GF1 "Ahora me amo mucho. Antes no me quería, ni siquiera me arreglaba. Hoy me siento orgullosa de mí. Hasta mis padres se asombraron del cambio."

GF3 "Estoy disminuyendo los remedios. Hago ejercicios, voy a talleres, hago teatro."

En varios casos, la participación ha implicado una reactivación funcional, con personas que han vuelto a trabajar, a vincularse con espacios comunitarios o a liderar grupos.

GR1 "Incluso llegué a trabajar ahora. Estoy con la psicóloga de Tierras Blancas. Yo creía que era incapaz. Ha sido un cambio de 360 grados."

El proceso formativo del PEM se percibe como una experiencia que permite resignificar el dolor, dar sentido a las vivencias difíciles y recuperar el proyecto de vida. La educación continua aparece como un dispositivo que, más allá del contenido técnico, genera transformaciones en la forma de estar en el mundo:

GF1 "Cuando uno empieza a usar lo que va aprendiendo, se da cuenta de que la vida cotidiana cambia... y cambia para mejor."

Los participantes asumen un rol activo en su propio proceso de sanación, lo cual fortalece su sentido de agencia. La horizontalidad del espacio y el aprendizaje entre pares son altamente valorados, ya que favorecen un entorno de confianza, escucha y apoyo mutuo.

2. Cambios en las relaciones familiares

Una de las transformaciones más destacadas es la mejora en la comunicación intrafamiliar. Las personas relatan haber aprendido a expresar sus emociones con mayor claridad, a escuchar sin juzgar y a resolver conflictos de manera más respetuosa y empática.

GF2 "Antes me ponía irritable, gritaba. Ahora me autocontrolo, y sin ponerme brava he logrado que él deje el copete."

GR2 "Mientras no hay mejora en la comunicación, la familia sigue funcionando igual."

GF3 "Ahora podemos plantear las cosas sin peleas. Antes todo eran gritos."

Los testimonios evidencian que las habilidades desarrolladas en el grupo como la escucha activa, el manejo del silencio, la validación del otro o la contención afectiva no solo se ejercitan en el espacio formativo, sino que son trasladadas al núcleo familiar, generando cambios concretos en la convivencia.

GR2 "Aprender a ponerse en el lugar del otro, dar amor, mirar a los ojos, tomar de la mano. A veces basta con escuchar."

GR2 "Nos enseñaron que hay que saber escuchar el silencio. A veces no es necesario que alguien hable, basta con que se sienta escuchado."

También se identifican procesos de comprensión sistémica: los participantes comienzan a leer los síntomas de un miembro de la familia no como un problema individual, sino como expresión de dinámicas familiares más amplias, lo cual habilita una mirada menos culpabilizadora y más colaborativa.

GF1 "Él es un síntoma de lo que pasa en la familia. Culparlo es desligarse del problema. El problema es la familia, no solo él."

Estas nuevas perspectivas generan una disposición a reparar vínculos dañados, a sostener procesos difíciles con mayor compasión, y a transformar patrones heredados de comunicación agresiva o evitativa.

Por otra parte, varios testimonios resaltan la importancia de haber sido acogidos con afecto, igualdad y respeto desde su ingreso al PEM. Esa

experiencia de bienvenida favoreció no solo su permanencia en el programa, sino también el deseo de replicar ese modelo de relación con sus seres queridos.

GR1“Mi hija se sintió querida... me decía que todos la abrazaban, que le gustaba ir. Para ella fue importante ese cariño.”

La educación recibida en el programa es vista como una escuela de vínculos: un espacio donde se ensayan nuevas formas de convivir, que luego son llevadas al hogar. Esto se refleja tanto en las formas de comunicarse como en la revalorización de la vida familiar y la recuperación de la confianza.

GR3 “Me siento realizada como persona. Antes no quería nada con la vida. Ahora coordino un grupo, hable con mis hijas, y hay buena comunicación.”

GR3 “Fue un reencuentro conmigo misma.”

3. Participación territorial

La tercera categoría revela cómo el proceso de formación impulsa la proyección comunitaria del bienestar alcanzado. Los participantes no solo experimentan transformaciones personales y familiares, sino que se comprometen activamente con su entorno, desplegando acciones concretas para mejorar la salud mental de sus comunidades. Muchos relatan haber iniciado su participación con la motivación de ayudar a otros, especialmente en contextos de vulnerabilidad territorial:

GF2 “Donde vivimos hay mucha gente desvalida. Uno se salva con lo que hay. Me gusta ayudar.”

El sentido de pertenencia al grupo se manifiesta en expresiones afectivas como “segunda familia” o “nuestro segundo hogar”, y esto se traduce en una identidad colectiva fortalecida, que potencia la acción local:

GR1 “Ya no estoy sola en la vida. Tengo una gran familia.”

GF3 “Somos una familia que ayudamos a otras familias, a pesar de las dificultades.”

Entre las acciones concretas que mencionan se incluyen: acompañamientos domiciliarios, gestión de redes institucionales, difusión del programa, apertura de nuevas escuelas territoriales y participación en organizaciones locales.

GR1 “Empezamos con esta familia, la apoyamos, conseguimos ayuda. Estaba en situación de calle y ahora tiene un lugar donde vivir.”

GR3 “El nuevo desafío fue abrir una escuela en Las Compañías. Anduvimos en colegios, jardines y juntas de vecinos. Ya tenemos seis alumnos y estamos orgullosos.”

En los relatos también aparece una apropiación simbólica del territorio, expresada a través del orgullo regional y de una narrativa de diferenciación positiva:

GR3 “Somos los mejores, los de la cuarta región... tenemos más corazón.”

GR2 “El corazón es el cordón umbilical del programa para nosotros.”

Este fuerte vínculo emocional con el territorio se combina con una comprensión crítica de las necesidades locales, y una convicción sobre el rol transformador de los TSS. Los participantes no solo se ven como beneficiarios del PEM, sino como protagonistas de un cambio colectivo, con capacidad de activar redes, promover salud y construir comunidad desde una lógica horizontal.

GR3 “Trabajamos para que no se llenen los hospitales, para intervenir en el territorio, sin que lleguen a casos graves.”

DISCUSIÓN

El presente estudio reafirma el valor del enfoque comunitario como modelo estratégico para abordar la salud mental, tal como lo destacan investigaciones previas que critican los límites del modelo biomédico tradicional al centrarse exclusivamente en la enfermedad y no en los determinantes sociales ni en el contexto vital del sujeto.⁽³⁾ Este enfoque ha sido respaldado por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Comisión Lancet, que recomiendan transitar hacia sistemas de salud mental más participativos, integrados en la atención primaria y con protagonismo de agentes comunitarios de manera colaborativa.^(4, 7, 29-31)

Los hallazgos muestran que la participación en el PEM genera transformaciones significativas a nivel individual, familiar y comunitario, validando la capacitación de TSS como estrategia eficaz de empoderamiento y recuperación. Esto es coherente con la literatura que destaca cómo las intervenciones psicosociales en contextos comunitarios contribuyen al desarrollo de autoestima, sentido de pertenencia, agencia y bienestar subjetivo.^(24, 25)

En la dimensión de la recuperación de la salud mental, las personas participantes describen mejoras en su autopercepción, salud emocional y hábitos cotidianos, producto del aprendizaje compartido y la resignificación de sus experiencias. Tal como señalan Alonso Gómez et al., los programas que integran la atención primaria con salud mental generan espacios para prácticas colaborativas orientadas al bienestar.⁽²³⁾ Estas prácticas permiten a las y los TSS asumirse como agentes de salud, promoviendo conductas protectoras y vínculos de apoyo.

Por otro lado, el fortalecimiento de las relaciones familiares emerge como eje clave del proceso de transformación. Los relatos evidencian cómo la participación en grupos multifamiliares genera aprendizajes sobre empatía, escucha activa y resolución de conflictos, contribuyendo a la resignificación de roles familiares. Esto coincide con estudios que identifican la disfunción familiar como una variable crítica en el malestar psicológico y la recuperación, y señalan que programas psicoeducativos familiares fortalecen las competencias relacionales y favorecen la salud mental.⁽²⁶⁻²⁸⁾ Asimismo, la evidencia indica que una mayor cohesión familiar y flexibilidad en las dinámicas relacionales se asocian con menores niveles de angustia.⁽¹⁹⁾

En la dimensión de la participación territorial, se constata una apropiación simbólica y afectiva del territorio, expresada en las metáforas de "gran familia" o "segundo hogar" usadas por los TSS. Estas representaciones dan cuenta de un proceso de identificación colectiva que no solo se orienta a mejorar las condiciones del entorno, sino también a sostener redes de apoyo mutuo entre pares. Según Furtado et al., el territorio constituye no solo un espacio geográfico, sino también un campo de construcción de ciudadanía e identidades colectivas en salud mental.⁽²¹⁾

Además, el trabajo en red y la articulación con actores locales, como escuelas, juntas de vecinos o parroquias, reflejan la capacidad organizativa y de gestión adquirida por los participantes. En este sentido, el PEM no solo ha sido una experiencia formativa, sino también una plataforma para el ejercicio activo de derechos y la consolidación de liderazgos comunitarios, tal como plantean Ossa y Jurado en sus estudios sobre promoción de la salud mental desde agrupaciones juveniles,⁽²⁴⁾ y el

valor del enfoque de delegación de tareas en diferentes contextos. (29-33)

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian que el PEM, desarrollado en la Región de Coquimbo, constituye una experiencia valiosa en salud mental comunitaria centrada en la participación activa de personas con experiencias de sufrimiento y sus familias. La capacitación de trabajadores sociosanitarios en el marco del segmento de Educación Continua potencia procesos de recuperación subjetiva, reconfiguración de vínculos familiares y apropiación del territorio como espacio de cuidado y acción colectiva.

La investigación aporta evidencia sobre el valor de las intervenciones comunitarias sostenidas en el tiempo y sobre el impacto transformador que tiene el reconocimiento mutuo, el aprendizaje colectivo y la participación horizontal en salud mental. Estos hallazgos resultan particularmente relevantes en un contexto donde aún persisten brechas de atención, modelos biomédicos hegemónicos y limitadas instancias de participación real.

Se concluye que el fortalecimiento de políticas públicas de salud mental debe considerar la incorporación de estrategias de educación continua para usuarios y comunidades, así como el diseño de programas flexibles, culturalmente pertinentes y capaces de operar desde la lógica del cuidado entre pares. La experiencia del PEM se presenta como una referencia valiosa para otras iniciativas que busquen construir modelos complementarios de atención centrados en la dignidad, la autonomía y la justicia social.

Agradecimientos: se agradece a los usuarios del Programa Ecológico Multifamiliar, que participaron activamente en esta investigación, y al Equipo de Salud Mental del Servicio de Salud Coquimbo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Package of essential noncommunicable (PEN) disease and healthy lifestyle interventions: training modules for primary health care workers [Internet]. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018 [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274260>
2. Collins PY, Saxena S. Action on mental health needs global cooperation. *Nature*. 2016 Apr;532(7597):25–7.
3. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):276–86.
4. Pan American Health Organization. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020–2025: La equidad, el corazón de la salud [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2020 [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-2020-2025>
5. Fernández A, Serra L. Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. *Informe SESPAS 2020. Gac Sanit*. 2020;34(Suppl 1):34–8.
6. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013–2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019 Jun;36(2):326.

7. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018 Oct;392(10157):1553–98.
8. Galvin M, Byansi W. A systematic review of task shifting for mental health in sub-Saharan Africa. *Int J Ment Health*. 2020 Oct;49(4):336–60.
9. Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Norambuena P, Ortiz AM, Sepúlveda R. Implementing a community model of mental health care in Chile: impact on psychiatric emergency visits. *Psychiatr Serv*. 2017 Aug;68(8):832–8.
10. Baena VC. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 14];42:e78. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49503>
11. Cea-Madrid J. Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. 2015; 5:79–97.
12. Ministerio de Salud (CL). Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025. Santiago de Chile: MINSAL; 2017.
13. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irarrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 14];42:e122. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49515>
14. Salinas M, Sepúlveda-Queipul C, Varela L. Familia y comunidad: grupo multifamiliar de autoayuda hacia nuevos desafíos y comprensiones en salud mental. 2019;19.
15. Stake RE. Investigación con estudio de casos [Internet]. Madrid: Morata; 1998 [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://books.google.cl/books?id=gndJ0eSkGckC>
16. Gómez MAC, Ayala RP, Baena GMM, Rubio MEF, Sánchez CS. Investigación cualitativa y fenomenología en salud. 2020;8.
17. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), World Health Organization. International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans [Internet]. Geneva: CIOMS; 2017 [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-health-related-research-involving-humans/>
18. de la Cuesta Benjumea C, López Gracia MV, Arredondo González CP. Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental. *Aten Primaria*. 2019 Oct;51(8):471–8.
19. Ardila-Gómez S, Hartfiel MI, Fernández MA, Ares Lavalle G, Borelli M, Stolkiner A. El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colect*. 2016 Jun;12(2):265.
20. Sotelo EA, Holguín MR. Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Comunitaria. Universidad Cooperativa de Colombia; 2017. p. 73.

21. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 Sep [cited 2022 Sep 4];32(9):e0002001. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000902001
22. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria: actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018 May;50 (Suppl 1):83–108.
23. Alonso Gómez R, Lorenzo Reina L, Flores Méndez I, Martín García J, García Briñol L. El psicólogo clínico en los centros de salud: un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2019;51(5):310–3.
24. Ossa Henao Y, Jurado J. Agrupaciones comunitarias juveniles: promoción de la salud mental y desarrollo de capacidades. *Temas Psicol*. 2018; 26:1605–18.
25. Álvarez A, Berrío L, Henao L, Bustamante A. Salud mental en el profesional psicosocial. *Poiésis*. 2020 Oct;127.
26. Tramonti F, Petrozzi A, Burgalassi A, Milanfranchi A, Soccia C, Belviso C, et al. Family functioning and psychological distress in a sample of mental health outpatients: implications for routine examination and screening. *J Eval Clin Pract*. 2020 Jun;26(3):1042–7.
27. Argote OF, Núñez IQ, Pérez G. La capacitación familiar para fomentar habilidades de comunicación familia-hija adolescente. *Rev Iberoam Psicol Salud*. 2019;10(1):12.
28. Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *Eur J Gen Pract*. 2021;27(1):198-210. Epub 2021 Aug 2. doi:10.1080/13814788.2021.1954616.
29. Coales K, Jennings H, Afaq S, Arsh A, Bhatti M, Siddiqui F, Siddiqi N. Perspectives of health workers engaging in task shifting to deliver health care in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Glob Health Action*. 2023;16(1):2228112. doi:10.1080/16549716.2023.2228112.
30. Lok J, Kipping S, Riahi S. Optimising scopes of practice and team-based collaborative care through task-shifting and task-sharing in mental health—A Collaborative Patient Care (CPC) initiative. *Int J Ment Health Nurs*. 2025 Mar 21. doi:10.1111/inm.70025.
31. Jabbar Q, Dars JA, Ansari I, Kumari M, Ali S. Mental health burden, professional shortage, and a proposal to utilize task-shifting approach to address mental health needs in remote areas of Sindh Province, Pakistan. *BJPsych Open*. 2025 Jun;11(S1):S45-46. doi:10.1192/bjo.2025.10151.
32. Hoeft TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. *J Rural Health*. 2018;34(1):48-62. Epub 2017 Jan 13. doi:10.1111/jrh.12229.
33. Panneerselvam S, Ramasamy S, Agrawal S. Towards mental health equity: task shifting strategy to overcome barriers in primary healthcare services in India. *J Prev Med Public Health*. 2025. doi:10.3961/jpmph.25.144. PMID:40534365.