

Traducción y adaptación de la Escala de Continuidad de Servicios de Salud Mental de Alberta en un contexto latinoamericano

Translation of the Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health to a Latin American context

Felipe Agudelo-Hernández¹, Helena Vélez-Botero², Rodrigo Rojas-Andrade³

ABSTRACT

Objective: Describe the process of translation, cultural adaptation to Colombia, as well as the internal consistency and construct validity of the Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health (ACSS-MH). **Methods:** This instrument was subjected to the evaluation of validity of the content by experts and this was applied to a rural population in a Colombian context. Were performed tests of internal consistency and construct validity for each of the parts of the scale. **Results:** Under the consensus of the expert, it is made changes on some items, looking for a better adaptability of the instrument to the linguistic characteristics of Spanish, without losing sight of the evaluation objective of each one of the items on the original questionnaire. The result of the analysis of part A converged in 5 components that explain the 69.69% of the variance with 24 Items; Similarly, the analysis of part B grouped 13 items into four components, which explain the 72.02% of the variance. **Discussion:** This scale could be implemented to improve the provision of mental health services in Latin American contexts, where continuity of care has presented significant difficulties.

Keywords: research/service delivery; primary care; mental health systems/hospitals; patient needs; quality of care.

Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2023; 61 (3); 258-269

Recibido: 01-07-2022

Aceptado: 20-10-2022

Financiamiento: El presente trabajo no contó con financiación.

Conflicto de interés: Tampoco se declaran conflictos de interés.

¹ MD, Child and adolescent psychiatrist; professor at the University of Manizales; PhD in Social Sciences, Childhood and Youth.

² Psychologist, Msc Health's psychology, Ph.D (c) in Public Health. Universidad Nacional de Colombia.

³ PhD in Psychology; Escuela de Psicología, Universidad Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el reporte de Salud Global, “*Mental Health: New Understandings, New Hope*”, revisó las necesidades de salud mental en relación a las políticas públicas, la salud pública y los servicios de salud mental. Entre otros aspectos, incitó a integrar el tratamiento los trastornos neuropsiquiátricos en la atención primaria e integrar los hospitales psiquiátricos en hospitales generales. En 2005, los Principios de Brasilia, que reiteran la validez de la Declaración de Caracas en relación a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales, enfatiza la necesidad de establecer servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren la provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales, la participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental, y la concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población⁽¹⁾. Pese a lo anterior, se ha podido reflejar que entre 75–90% de las personas con trastornos mentales no recibe el tratamiento necesario a pesar de que existe un tratamiento efectivo⁽²⁾.

La continuidad de cuidados es uno de los elementos centrales en los sistemas públicos de salud internacional que han puesto su acento en lo comunitario. Especialmente en salud mental, ha comenzado a ser un estándar para las intervenciones por ser un elemento central en la calidad de estas y debido a que se ha probado que la efectividad de los programas de continuidad de cuidados es superior a intervenciones que no la contemplan⁽³⁻⁵⁾.

Pese a que el uso del lenguaje para describir o definir el concepto de continuidad de cuidados no siempre es coherente, existe un consenso teórico del mismo constatando que la investigación futura

debe centrarse en la comprensión y medición operativa del mismo⁽⁶⁾. En este sentido, la continuidad de atención es considerada como un proceso que involucra una atención ordenada, un movimiento ininterrumpido de personas entre los diversos elementos del sistema de prestación de servicios⁽⁷⁾.

Este factor es fundamental para obtener resultados positivos para las personas con enfermedades mentales graves y persistentes⁽⁸⁾ debido a que existen múltiples asociaciones entre la continuidad de los servicios en salud mental y calidad de vida sostenida en modelos multivariados⁽⁹⁾. Lo anterior, a pesar de estar documentada la relación entre la continuidad de servicios en salud mental y la calidad de vida en los usuarios.

Según Díaz-Castro et al., se han encontrado en países de Latinoamérica, algunos problemas en la gestión de la salud pública relacionados con la salud mental⁽¹⁰⁾. Entre éstos cabe señalar recursos de investigación escasos, fragmentación funcional de los sistemas de salud mental, ausencia de un sistema nacional de salud, falta de políticas que incidan directamente en la organización y en la provisión de servicios, o políticas que se gestionan equivocadamente^(11,12). De igual forma, se ha descrito^(13,14) un mayor gasto en hospitalizaciones psiquiátricas en los países que designan menos recursos para la salud mental, mostrando que los países tienen menos hospitalizaciones psiquiátricas mientras mayor sea la inversión en servicios de base comunitaria.

Pese al reconocimiento de la importancia de la continuidad de la atención en salud mental y a la necesidad de sistematizar las evaluaciones de los programas⁽¹⁵⁾, no existe evidencia suficiente en cuanto a instrumentos de medición de la misma en América Latina. Incluso a nivel mundial se ha conceptualizado que este tema ha sido poco abordado por los equipos de investigación, lo que puede deberse a la escasez de medidas multidimensionales validadas y a la falta de estudios diseñados para abordar las complejidades inherentes del servicio^(16,17).

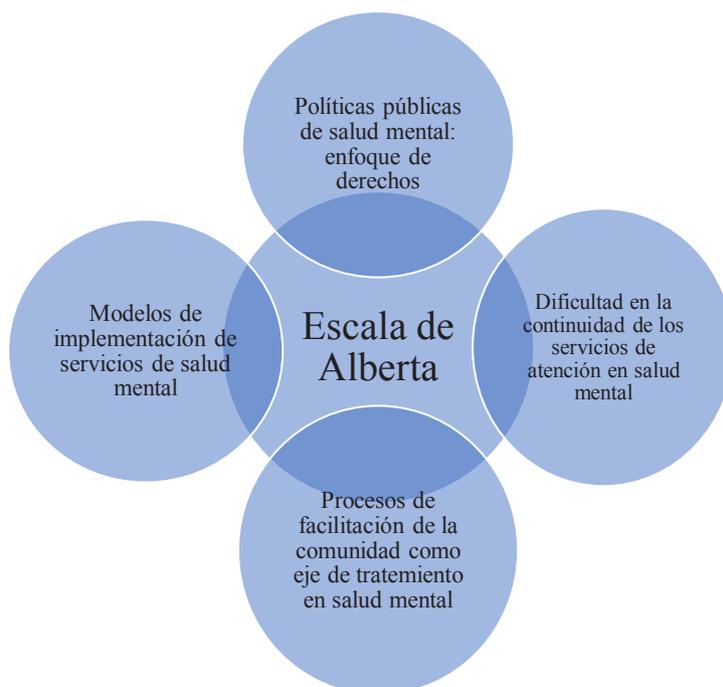


Figura 1. Escala de Alberta y su contexto en América Latina.

Si bien se han desarrollado indicadores relacionados con cobertura, con participación ciudadana en salud y con diferenciación en entornos hospitalarios y ambulatorios, aún no resulta muy claro cómo determinar la continuidad de los servicios de atención entre sí (hospital a procesos ambulatorios, procesos ambulatorios a procesos comunitarios, sostenimiento en los procesos comunitarios), por lo que resulta fundamental realizar mediciones de implementación de los programas, planes y estrategias en salud, basados en la continuidad de la atención (**Figura 1**). Este trabajo plantea como objetivo describir el proceso de traducción, adaptación cultural a Colombia, además de la consistencia interna y la validez de constructo de la Escala de Continuidad de Servicios de Alberta – Salud Mental.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal de corte descriptivo para evaluar las características psicométricas de la escala Alberta de continuidad de la atención en los servicios de salud mental (Alberta Continuity

of Services Scale-Mental Health, ACSS-MH)⁽¹⁸⁾ con el fin de adoptar este instrumento para su uso con usuarios de los servicios de salud mental en el contexto colombiano.

Instrumento

Se empleó la escala de Alberta de continuidad de la atención en los servicios de salud mental (Alberta Continuity of Services Scale-Mental Health, ACSS-MH). Este instrumento se divide en dos partes, la primera (Parte A) dirigida a los usuarios y conformada por 43 ítems tipo likert que indagan sobre el uso de los servicios de salud mental y la experiencia subjetiva con respecto al proceso de prestación de atención a través de tres subescalas (Fragmentación del sistema, relaciones de base y tratamiento receptivo) y, la segunda (Parte B) compuesta por 17 ítems de selección múltiple con única respuesta a través de los cuales se da cuenta de la prestación de los servicios a partir de los registros del proceso de atención.

En el proceso de traducción y validación de jueces, se sugieren pautas para la traducción de pruebas, la

cual inició con la elección del test, la simplificación de sus ítems en relación a un contexto cultural, la traducción del test por un equipo traductor, la revisión de la traducción por expertos en salud mental y por la autora de la escala, con sus respectivas recomendaciones en relación a los ítems y a la implementación de la misma⁽¹⁹⁾.

La Escala fue traducida por miembros del equipo de investigación, para luego elaborar, mediante consenso, una versión preliminar del instrumento al castellano. Posteriormente, se discutieron las diferencias (uso de sinónimos, términos poco usados en el lenguaje cotidiano, diferentes estructuras en las frases o lenguaje complejo) y se construyó una versión final, de acuerdo con Gjersing et al.⁽²⁰⁾. Después esta versión fue sometida a traducción inversa (castellano-inglés) por un traductor profesional, quien, además, realizó traducción del instrumento en idioma original (inglés-castellano). Las dos traducciones se compararon con el instrumento original y no se encontraron grandes diferencias semánticas. Dichas versiones fueron revisadas por la autora principal de la Escala (Carol Adair), quien, después de algunos ajustes, avaló ambas traducciones.

Para realizar la validez de contenido, se recogieron las opiniones de cinco expertos en salud mental infanto-juvenil, en investigación y docencia (una psicóloga clínica, doctora en psicología; una psicóloga, magíster en intervenciones comunitarias; un psicólogo, doctor en sociales, niñez y juventud; un psicólogo, doctor en psicología y magíster en salud pública, y, una psiquiatra, especialista en epidemiología), basados en la metodología propuesta por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez⁽²¹⁾.

A través de un formulario digital, cada experto evaluó los 43 ítems de la parte A y los 17 ítems de la parte B del instrumento. Para la elaboración de la herramienta virtual se consideraron 10 categorías sobre los ítems: claridad, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, adecuación, consistencia, coherencia, metodología, significatividad. A dichos ítems se les aplicó la V

Aiken (Coeficiente de Validez de Contenido). Se asignó a cada uno, una de las siguientes categorías: innecesario, útil, o esencial. Además, se indagó si cada pregunta era comprensible (**Tabla 2**).

El cálculo del IVC para cada ítem fue realizado según la siguiente fórmula: $IVC = (ne - N/2)/N/2$, siendo ne el número de expertos que han valorado el ítem como esencial y N el número total de expertos que han evaluado el ítem. El IVC oscila entre +1 y -1, siendo las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido. Se consideraron adecuados los ítems con un rango entre 0,50 y 0,99.

Para el análisis de validez de traducción se planteó si la operacionalización en ítems fue un reflejo adecuado del constructo, considerando el conocimiento de los investigadores sobre estos ítems y sobre el funcionamiento del instrumento en general. Posterior al análisis de validez de traducción, puede proseguirse con análisis de validez de criterio (validez predictiva, concurrente, convergente, y discriminante)⁽²²⁾.

Sujetos y métodos

Una vez se contó con la versión traducida de la Escala, se procedió con la aplicación de la misma. Para la aplicación del instrumento se seleccionaron personas que consultaran al primer nivel de atención con diagnósticos de trastornos mentales crónicos, en área urbana, semiurbana y rural del departamento de Caldas, Colombia. Se aplicó el instrumento a 256 individuos con patología mental y sus familias que asistían a un prestador de baja complejidad durante los dos meses del estudio, por parte del personal de salud del primer nivel de atención, especialmente psicología y enfermería. La parte B fue aplicada por médicos (46,87%), psicólogos (31,25%) y enfermeros (21,87%) del primer nivel de atención, de las instituciones donde acudían los pacientes que diligenciaron la parte A.

Todos firmaron el consentimiento informado. La investigación fue presentada al comité de bioética de la Universidad de Manizales, el cual dio su aval mediante el acta CBE02_2022.

Una vez dispuestos los datos en un archivo de Excel, se depuró la información mediante la eliminación de casos repetidos y el reemplazo de los datos perdidos (menos de 20%) por la mediana del ítem al cual pertenecía el dato perdido. Después, usando SPSS (versión 26), se realizaron las pruebas de consistencia interna (Alpha de Cronbach) y validez de constructo (análisis factorial con rotación varimax) para cada una de las partes de la escala⁽²³⁾.

RESULTADOS

En la **Tabla 1** se muestra la valoración por expertos de la escala en general. Se encuentra que las preguntas 15, 20 y 36, se les asignó un IVC inferior, por parte de la parte A de la escala. En la parte B, los ítems no resultaron inferiores a 0,50.

En cuanto al proceso de traducción, la pregunta 15 se tradujo como *Puedo acudir al personal*

Tabla 1. Validez aparente de la escala por juicio de expertos.

Criterios y definición		#Jueces	Acuerdos V	Aiken V	Validez *
Claridad	Lenguaje claro y apropiado	5	5	1	Válido *
Objetividad	Expresado en conductas observables	5	5	1	Válido *
Pertinencia	Está formulado de acuerdo a conceptos vigentes	5	5	1	Válido *
Organización	Hay una secuencia lógica	5	4	0,80	Válido *
Suficiencia	Comprende aspectos de cantidad y calidad	5	4	0,80	Válido *
Adecuación	Mide de forma suficiente el constructo que desea medir	5	5	1	Válido *
Consistencia	Basado en bases teóricas vigentes	5	5	1	Válido *
Coherencia	Entre las preguntas y las dimensiones	5	4	0,80	Válido *
Metodología	La estrategia responde al propósito de la medición	5	4	0,80	Válido *
Significatividad	Es útil y adecuado para abordar la necesidad	5	4	0,80	Válido *

*p < 0,05

Tabla 2. Análisis de confiabilidad de la escala.

Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si elimina el ítem	Parte B	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si elimina el ítem
Parte A					
1	0,51	0,93	1	0,25	0,66
2	0,37	0,93	2	-0,02	0,70
3	0,52	0,93	3	0,06	0,68
4	0,50	0,93	4	0,21	0,66
5	0,71	0,93	5	-0,05	0,68
6	0,68	0,93	6	0,50	0,64
7	0,51	0,93	7	0,41	0,63
8	0,56	0,93	8	-0,01	0,69
9	0,46	0,93	9	0,30	0,65
10	0,49	0,93	10	0,34	0,64
11	0,51	0,93	11	0,35	0,65
12	0,31	0,93	12	0,46	0,64
13	0,42	0,93	13	0,45	0,64
14	0,54	0,93	14	0,44	0,63
15	0,63	0,93	15	0,59	0,64
16	0,60	0,93	16	0,33	0,65
17	0,61	0,93	17	0,49	0,64
18	0,62	0,93			
19	0,22	0,93			
20	0,47	0,93			
21	0,42	0,93			
22	0,54	0,93			
23	0,48	0,93			
24	0,75	0,92			
25	0,37	0,93			
26	0,26	0,93			
27	0,58	0,93			
28	0,55	0,93			
29	0,40	0,93			
30	0,59	0,93			
31	0,47	0,93			
32	0,54	0,93			
33	0,68	0,93			
34	0,05	0,93			
35	0,61	0,93			
36	0,46	0,93			
37	0,57	0,93			
38	0,19	0,93			
39	0,17	0,93			
40	0,37	0,93			
41	0,63	0,93			
42	0,32	0,93			
43	0,72	0,92			

de salud principal si estoy enfermo o si estoy bien. Considerando dicha calificación y que el cuestionario evalúa aspectos relativos con la continuidad de servicios de salud mental, se cambió la pregunta a *Puedo acudir al personal de salud mental asignado como principal con síntomas o sin ellos*, lo que ayuda a precisar la

asignación de un profesional como parte de las atenciones en el nivel de baja complejidad de atención en salud mental, además de fortalecer la participación en programas de salud mental que tienden a la recuperación y al sostenimiento de la salud, más allá de la enfermedad, y no sólo a la atención en medio de los síntomas agudos.

En cuanto a las preguntas 20 y 36, traducidas como *El personal de salud principal ha llamado para saber cómo estoy*, y *Me recuerdan las citas o me llaman si faltó a las citas*, respectivamente, y teniendo en cuenta la asignación del puntaje, se cambiaron a las preguntas *El personal de salud mental asignado como principal se comunica para saber cómo estoy*, en el caso de la pregunta 20; y *Están pendientes de la programación y mi asistencia a las citas*, en el caso de la pregunta 36. Lo anterior, valida la capacidad de mayor gestión de las personas y sus familias en la continuidad de este cuidado, además de considerar que las llamadas telefónicas en algunos contextos como América Latina no son posibles, y existen otras formas de comunicación.

Lo anterior, se realizó después de profundizar en los artículos de base del instrumento^(9,17,24)

Tabla 3. Análisis factorial por partes de la escala.

Parte/Ítem	Relación Cuidador Principal	Acceso a servicios de salud	Tratamiento sensible	Continuidad del tratamiento	Seguimiento	Brechas	Calidad	Disponibilidad	Oportunidad
A/18	0,95								
A/17	0,94								
A/16	0,93								
A/20	0,80								
A/15	0,53								
A/7		0,75							
A/ 11		0,69							
A/3		0,69							
A/14		0,68							
A/12		0,67							
A/10		0,64							
A/5		0,50							
A/9			0,88						
A/41			0,74						
A/43			0,69						
A/24			0,65						
A/23			0,60						
A/39				0,78					
A/40				0,77					
A/42				0,69					
A/36					0,73				
A/37					0,59				
A/6					0,53				
B/12						0,97			
B/13						0,95			
B/11						0,94			
B/10							0,72		
B/9							0,72		
B/14							0,70		
B/17							0,65		
B/15								0,40	
B/6								0,98	
B/7								0,98	
B/8									0,77
B/2									0,67
B/1									0,65

para comprender mejor el sentido de estas preguntas. En cuanto a la pregunta 15 y 20, en el cuestionario original incluyen el concepto de *principal caregiver*, al cual define como la única persona que el paciente ve con mayor frecuencia para recibir atención de salud mental. Esta persona puede ser un terapeuta, psiquiatra o trabajador social, pero siempre es la persona que el paciente ve de forma más regular. Esta expresión podría ser confundida en algunos contextos de América Latina, por personal médico entrenado, enfermeros y demás personal de salud, (además de) padres, esposos u otros

miembros de la familia, amigos, miembros del clero, maestros, trabajadores sociales⁽²⁵⁾, por lo que se cambia a *personal de salud mental asignado como principal*, lo cual podría ser más acorde con la mayoría de los sistemas de salud en este contexto.

Otros comentarios realizados por la autora consistieron cambiar la palabra “atención” por cuidado de la salud: “pues es más equiparable en el mundo con la palabra tratamiento”. De igual forma, sugirió cambiar la expresión “tratamiento controlado” por “tratamiento monitorizado”.

Consistencia interna y validez de constructo

La parte A de la escala mostró una confiabilidad alta (Alfa= 0,93 – 0,93), mientras que la parte B presentó una confiabilidad media-baja (Alfa= 0,67 – 0,73). Como lo muestra la **Tabla 2**, llaman la atención de forma particular los valores de la estimación estadística de la relación ítem-test, según la cual los ítems 4, 10 y 29 no cumple con los valores mínimos y pone en consideración su inclusión en la escala.

A partir del análisis de los resultados de la prueba de consistencia interna y las correlaciones ítem-escala, se eliminaron los ítems con menor relacionamiento y mayor impacto en el valor alfa. Con estos datos se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para cada subescala, considerando ítems con cargas factoriales superiores a 0,50, comunalidades mayores a 0,35 y la conformación de factores con mínimo tres ítems. El resultado del análisis de la parte A convergió en cinco componentes que explican el 69,69% de la varianza con 24 ítems. De forma similar, el análisis de la parte B agrupó 13 ítems en cuatro componentes, los cuales explican el 72,02% de la varianza (**Tabla 3**).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo el proceso de traducción y análisis de validez de contenido de la Escala de Continuidad de Servicios de Alberta en Salud Mental. La escala incluye escalas calificadas tanto por el paciente como por el observador, que podría ser investigador o miembro del personal de salud. Cuenta además con una evaluación de continuidad objetiva independiente y no dependiente del recuerdo.

La escala calificada por el paciente tiene 37 elementos calificados en escalas de respuesta de cinco puntos en tres subescalas: fragmentación del sistema (discontinuidad percibida entre los servicios), base de la relación (importancia percibida de una relación constante y confiable con el cuidador principal y el equipo de tratamiento), y tratamiento sensible (caracterizado como la

experiencia del paciente de acciones específicas de servicio en respuesta a necesidades), que tiene una puntuación total posible de 185; además de una parte B de 17 ítems (versión del observador), este instrumento aporta elementos para mejorar las atenciones en salud mental⁽²⁵⁾ e invitar a los sistemas de salud a ser más compatibles en su estructura y su monitoreo⁽²⁶⁾.

Tanto a nivel de la parte A como de la parte B de la escala, se encuentra que la asociación a nivel de la consistencia interna es muy alentadora a nivel de las evidencias existentes en la región, donde se encuentran estudios con muestras insuficientes o percepciones desde un solo punto de vista, sin considerar otros observadores del sistema de salud⁽²⁷⁾.

Otras investigaciones han relacionado la continuidad del servicio con la calidad de vida⁽²⁸⁾ y con la disminución de la sintomatología⁽²⁹⁾, lo que lleva a reducción de costos del sistema de salud a través de menos hospitalizaciones, lo que impacta en últimas en un mayor funcionamiento de las personas, aparte de la reducción en la mortalidad⁽³⁰⁾.

La presente muestra se extrajo de pacientes que estaban en proceso de seguimiento desde un primer nivel de atención, lo que permite señalar las dificultades que día a día podrían encontrar las personas con problemas mentales para recuperar espacios de cotidianidad más de allá de la dinámica de las hospitalizaciones recurrentes⁽³¹⁾.

Se considera que instrumentos que determinen la continuidad de los servicios, pueden aportar a generar variables de implementación como utilidad, factibilidad, pertinencia, costo-beneficio de una intervención para la salud mental. De igual manera se requieren estudios en nuestro contexto que relacionen continuidad del cuidado con variables como calidad de vida, costos de los procesos de atención, cantidad de hospitalizaciones y de participación en modelos de salud mental comunitarios y centrados en el primer nivel de atención⁽³²⁾. Para lo anterior, esta escala podría brindar elementos metodológicos dentro del análisis de estos procesos de implementación⁽¹¹⁾.

Una fortaleza de este estudio consiste en obtener respuestas de académicos que además tienen experiencia en la atención y la gestión de los trastornos mentales. La incorporación de expertos por experiencia es una estrategia altamente recomendada en investigación y transferencia de conocimiento en el ámbito de la salud mental y psiquiatría⁽³³⁾. Aunque la consulta de expertos incluyó solo una ronda de comentarios, las decisiones metodológicas del equipo de investigación fueron orientadas en reuniones entre los autores primarios del cuestionario, facilitando el consenso de las adaptaciones a realizar, las cuales, para este caso, fueron mínimas.

Como conclusión, se encuentra que esta versión de la escala de Alberta reporta una validez de constructo aceptable y una alta confiabilidad (especialmente en la parte A) para ser utilizada en algunos contextos de Colombia. Se recomienda consolidar la validez de constructo utilizando técnicas de análisis factorial confirmatorio que permitan estimar el aporte de un ítem a una o varias dimensiones simultáneamente así como la estimación de posibles correlaciones existentes entre las partes de la Escala. Futuros estudios podrían relacionar la continuidad con la calidad de vida, la discapacidad psicosocial y el costo de la atención.

RESUMEN

Introducción: La continuidad de atención es considerada como un proceso que involucra una atención ordenada, un movimiento ininterrumpido de personas entre los diversos elementos del sistema de prestación de servicios. No existe evidencia suficiente en cuanto a instrumentos de medición en Iberoamérica. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio consiste en describir el proceso de traducción, adaptación cultural a un contexto latinoamericano, así como la consistencia interna y validez de constructo de la Escala de Continuidad de Servicios de Salud Mental de Alberta (ACSS-MH). **Método:** Este instrumento fue sometido a la evaluación de validez de contenido por expertos y este fue aplicado a una población rural en un contexto colombiano. Se realizaron pruebas de consistencia interna y validez de constructo para cada una de las partes de la escala.

Resultados: Bajo el consenso del experto, se realizan cambios en algunos ítems, buscando una mejor adaptabilidad del instrumento a las características lingüísticas del español, sin perder de vista el objetivo de evaluación de cada uno de los ítems del cuestionario original. El resultado del análisis de la parte A convergió en 5 componentes que explican el 69,69% de la varianza con 24 ítems; de igual forma, el análisis de la parte B agrupó 13 ítems en cuatro componentes, los cuales explican el 72,02% de la varianza. **Conclusiones:** este instrumento podría ser implementado para mejorar la prestación de los servicios en salud mental en contextos latinoamericanos, donde la continuidad del cuidado ha presentado importantes dificultades.

Palabras clave: servicios de salud; atención primaria de salud; salud mental; continuidad de la atención al paciente; calidad de la atención de salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). The World health report: 2001. Mental health: new understanding, new hope, 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>.
2. World Health Organization. WHO. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida, 2010. Disponible en https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaida_statement_for_web.pdf
3. Díez-Canseco F, Rojas-Vargas J, Toyama M, Mendoza M, Cavero V, Maldonado H, Caballero J, Cutipé Y. 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*. 2020 Dec 14;44:e134. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2020.134. PMID: 33337443; PMCID: PMC7737645.
4. Vandyk AD, VanDenkerkhof EG, Graham ID, Harrison MB. Using the Alberta Continuity of Services Observer-Rated Scale to Measure Continuity of Care in a Psychiatric Population. *J Nurs Meas*. 2016;24(1):131-46. doi: 10.1891/1061-3749.24.1.131. PMID: 27103249.
5. Alonso Suárez M, Bravo-Ortiz MF, Fernández-Liria A, González-Juárez C. Effectiveness of continuity-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011 Mar;20(1):65-72. doi: 10.1017/s2045796011000138. PMID: 21657117.
6. Digel Vandyk A, Graham ID, VanDenKerkhof EG, Ross-White A, Harrison MB. Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis. *Int J Evid Based Healthc*. 2013 Jun;11(2):94-109. doi: 10.1111/1744-1609.12024. PMID: 23750572.
7. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*. 1981 Nov;138(11):1449-56. doi: 10.1176/ajp.138.11.1449. PMID: 7294213.
8. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003 Nov 22;327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219. PMID: 14630762; PMCID: PMC274066.
9. Mitton CR, Adair CE, McDougall GM, Marcoux G. Continuity of care and health care costs among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2005 Sep;56(9):1070-6. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1070. PMID: 16148319.
10. Díaz-Castro L, Arredondo A, Pelcastre-Villafuerte BE, Hufty M. Governance and mental health: contributions for public policy approach. *Rev Saude Publica*. 2017 Jan 30;51:4. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006991. PMID: 28146159; PMCID: PMC5286910.
11. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Ciencias de la Implementación y Salud Mental: un Diálogo Urgente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2021. ISSN 0034-7450. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>.
12. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Mental Health Services in Colombia: A National Implementation Study. *Int J Soc Determinants Health Health Serv*. 2023 Mar 6:27551938231156023. <https://doi.org/10.1177/27551938231156023>.
13. Jamison, D., Nugent, H., Gelband, S., Horton, P., Jha, R., Laxminarayan, & Mock, C. Prioridades para el control de enfermedades: Compendio de la 3 a edición. Washington, DC, 2018. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29392>
14. Organización Panamericana de la Salud. OPS. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS, 2018. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
15. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos [Social Determinants of Mental Health: Public Policies Based on the Biopsychosocial Model in Latin American Countries]. *Determinantes sociais da saúde mental: políticas públicas a partir do modelo biopsicossocial em países latino-americanos*. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 Dec 16;45:e158. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2021.158. PMID: 34934419; PMCID: PMC8678097.
16. Adair CE, McDougall GM, Mitton CR, Joyce

- AS, Wild TC, Gordon A, Costigan N, Kowalsky L, Pasmeny G, Beckie A. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2005 Sep;56(9):1061-9. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1061. PMID: 16148318.
17. Adair CE, McDougall GM, Beckie A, Joyce A, Mitton C, Wild CT, Gordon A, Costigan N. History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatr Serv.* 2003 Oct;54(10):1351-6. doi: 10.1176/appi.ps.54.10.1351. PMID: 14557520.
 18. Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill, 2003.
 19. Krach, S. K., McCreery, M. P., & Guerard, J. Cultural-linguistic test adaptations: Guidelines for selection, alteration, use, and review. *School Psychology International*, 2017; 38(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/0143034316684672>.
 20. Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol.* 2010 Feb 10;10:13. doi: 10.1186/1471-2288-10-13. PMID: 20144247; PMCID: PMC2831007.
 21. Escobar-Pérez J and Cuervo- Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 2008; vol. 6, núm. 1, pp. 27-36. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf.
 22. Gajardo J, Espinosa T, Muñoz E, Goycolea M, Valdebenito A, Oyarzún S. Traducción y análisis de validez de contenido del instrumento Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners (OMS-HC) para la evaluación del estigma hacia la enfermedad mental en profesionales de la salud en Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Abr 29]; 59(2): 91-101. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000200091&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000200091>.
 23. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011 Jun 27;2:53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd. PMID: 28029643; PMCID: PMC4205511.
 24. Durbin J, Goering P, Streiner DL, Pink G. Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *J Behav Health Serv Res.* 2004 Jul-Sep;31(3):279-96. doi: 10.1007/BF02287291. PMID: 15263867.
 25. Organización Panamericana de la Salud. OPS. DESC – BIREME, 2022. <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decssserver/>
 26. Ware NC, Tugenberg T, Dickey B, McHorney CA. An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatr Serv.* 1999 Mar;50(3):395-400. doi: 10.1176/ps.50.3.395. PMID: 10096646.
 27. Adair CE, Wild TC, Joyce A, et al: Development of a measure of perceived continuity of care for persons with severe mental illness. Presented at the Congress of Epidemiology, Toronto, Ontario, June 13–16, 2001.
 28. Ride J, Kasteridis P, Gutacker N, Doran T, Rice N, Gravelle H, Kendrick T, Mason A, Goddard M, Siddiqi N, Gilbody S, Williams R, Aylott L, Dare C, Jacobs R. Impact of family practice continuity of care on unplanned hospital use for people with serious mental illness. *Health Serv Res.* 2019 Dec;54(6):1316-1325. doi: 10.1111/1475-6773.13211. Epub 2019 Oct 9. PMID: 31598965; PMCID: PMC6863233.
 29. Tammes P, Salisbury C. Continuity of primary care matters and should be protected. *BMJ.* 2017 Feb 1;356:j373. doi: 10.1136/bmj.j373. PMID: 28148480.
 30. Hoertel N, Limosin F, Leleu H. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *Eur Psychiatry.* 2014 Aug;29(6):358-64. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.12.001. Epub 2014 Jan 16. PMID: 24439514.
 31. Puntis SR, Rugkåsa J, Burns T. The association between continuity of care and readmission to hospital in patients with severe psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016 Dec;51(12):1633-1643. doi: 10.1007/s00127-016-1287-3. Epub 2016 Oct 25. PMID: 27783129; PMCID: PMC5131080.
 32. Reilly S, Planner C, Hann M, Reeves D, Nazareth

I, Lester H. The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. PLoS One. 2012;7(5):e36468. doi: 10.1371/journal.pone.0036468. Epub 2012 May 15. PMID: 22615769; PMCID: PMC3352919

33. Tapsell, A., Martin, K.M., Moxham, L., Burns,

S., Perlman, D., & Patterson, C. (2020) Expert by Experience Involvement in Mental Health Research: Developing a Wellbeing Brochure for People with Lived Experiences of Mental Illness. Issues Ment Health Nurs. doi:10.1080/01612840.2019.1663566.

Correspondencia a:

Felipe Agudelo-Hernández

Email: afagudelo81703@umanizales.edu.co