



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Memoria para optar al grado de Psicólogo:
Identificando los Componentes Centrales en Intervenciones y Programas de Salud Mental:
una Revisión Bibliográfica

Autor: Vicente Vilches Pinto

Profesora Guía: Loreto Leiva Bahamondes

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vicente Vilches Pinto'.

Diciembre de 2021

**Identificando los Componentes Centrales en Intervenciones y Programas de Salud Mental:
una Revisión Bibliográfica**

**Identifying Core Components of Mental Health Interventions and Programs:
A Literature Review**

Vicente Hernán Vilches Pinto.

Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue la identificación de los componentes centrales (CC) de intervenciones y/o programas de salud mental. Los CC son aquellos elementos esenciales e indispensables que funcionan como núcleo de intervención, los cuales permiten una mayor eficiencia y rentabilidad en las diferentes etapas de la implementación; conduciendo a decisiones sobre qué podría ser adaptado o no, según las condiciones locales. El proceso de extracción y síntesis de datos se realizó en base al marco analítico descriptivo para revisiones de alcance de Arksey y O'Malley (2005), mediante el cual se examinaron los datos de 33 documentos seleccionados, con la finalidad de mapear de manera integral y sistemática la literatura e identificar aquellos conceptos claves, teorías, evidencia o brechas de investigación. Fueron identificados 154 componentes centrales organizados en 4 dimensiones, las cuales a su vez contenían subcategorías guiadas metodológicamente. Algunos hallazgos relevantes y a la vez recomendaciones para investigaciones futuras, dicen relación con un escaso marco conceptual en torno a los componentes centrales y más aún cuando se trata de las intervenciones en salud mental; al igual que una débil presencia de indicadores de calidad medibles en relación a las etapas de transición y evaluación de las distintas intervenciones, comprometiendo también las posibles adecuaciones respectivas.

Palabras clave: Componentes Centrales, Implementación, Salud Mental

Abstract

This research aimed to identify the core components (CC) of mental health interventions and programs. CC are those essential and indispensable elements that function as the core of the intervention, which allows for greater efficiency and cost-effectiveness in the different stages of implementation; this leads to decisions about what could be adapted or not, according to local conditions. The data extraction and synthesis process were carried out based on Arksey and O'Malley's (2005) descriptive-analytical framework for scoping reviews. Data from 33 selected papers were examined to comprehensively and systematically map the literature identify key concepts, theories, evidence, or research gaps. 154 core components were identified and organized into four dimensions, which contained methodologically guided subcategories. Some relevant findings and recommendations for future research are related to a scarce conceptual framework around the core components and even more so when it comes to mental health interventions. Likewise, a weak presence of measurable quality indicators concerning the transition and evaluation stages of the interventions also compromises the possible respective adjustments.

Key words: Core Components, Implementation, Mental Health

Las estrategias de promoción, prevención e intervención en salud mental pueden producir un impacto significativo en el bienestar general de las personas (Parry, 1992), estimulando la creación sistemática de lineamientos que se adelanten a la aparición y agravamiento de problemas de salud específicos (Marmot et al., 2008). Permiten también trabajar en mejoras que vayan en pos de una atención más integral, al considerar intervenciones puntuales para las etapas de las enfermedades que los individuos cursan, al mismo tiempo que se tiene en consideración factores socio-demográficos y factores de riesgo relacionados con la salud de la población (Schleiden et al., 2013).

Desde esta perspectiva, pese a lo desafiante que resulta la reformulación continua de los diferentes programas de salud mental, estas mejoras puede incidir favorablemente en el aumento de la eficacia en lo que a prevención e intervención respecta, al igual que en el control de enfermedades y la atención integral de los servicios involucrados; impactando también en la percepción de bienestar general de una población más amplia (Allen et al., 2009). A lo anterior, se agrega la potencial reducción de la carga de morbilidades y los costes asociados, dando más certezas a la hora de evaluar la magnitud comparativa de la pérdida de salud como consecuencia de enfermedades, lesiones y diversos factores de riesgo en función de la edad, el sexo y la ubicación geográfica (Stevens, 2011).

Es por esto que la investigación de los programas en salud mental requiere una clara especificación y precisión respecto a las condiciones en que se llevan a cabo las intervenciones. Autores como Teague et al. (2012) señalan que las medidas deben ir más allá de las características estructurales para evaluar los procesos críticos en las intervenciones, sino que, de igual modo, deben equilibrar la eficacia, o la adecuada cobertura de aquellos elementos activos o

componentes centrales del tratamiento; trabajando en torno a ellos con la finalidad de tomar medidas que hagan rentables las diferentes etapas de la implementación.

Pese a los cambios y avances ofrecidos por los nuevos marcos en investigación de la implementación y la mejora de la calidad en salud mental; resulta desafiante para las intervenciones poder ser ejecutadas conservando la misma calidad con la que fueron diseñadas y testeadas, con el objetivo de lograr los resultados deseados. Sin embargo, se hace evidente aquella brecha entre lo que se dice y se desea que suceda con las intervenciones efectivas en aquellos contextos controlados, y lo que ocurra con ellas en el escenario real de ejecución (Proctor et al., 2009).

Pareciese que una vez que las intervenciones se llevan a cabo en la realidad, estas no continuarían necesariamente con la misma exactitud (Bhattacharyya et al., 2009), evidenciando así la existencia de un conglomerado de modificaciones y/o adaptaciones que impactarán, de alguna u otra manera, en la efectividad, eficacia y fidelidad de las intervenciones.

Que la ejecución de una intervención patente de manera fiel su diseño resulta esperable, lo cual demanda niveles altos de compromiso y adherencia, y a su vez bajos niveles de adaptabilidad. No obstante, de manera habitual los ejecutores, deliberadamente o no, realizan modificaciones a dichas intervenciones, pudiendo comprometer los resultados del proceso (Leko et al., 2015). Y es que resulta difícil sostener que una intervención estará exenta de algún grado de modificación durante su ejecución y que finalmente éstas resultan ser elementos inevitables de su proceso de implementación (Harn et al., 2013; Odom, 2009), ya que pues, en múltiples ocasiones permiten y/o promueven que las intervenciones respondan y se ajusten a las necesidades específicas de una población en particular, convirtiéndolas en procesos culturalmente pertinentes, situados y coherentes (Castro et al., 2004). Por ende, no sería acertado

pensar en intervenciones cuyo proceso de implementación siga irrestrictamente las orientaciones desprendidas de su diseño original, pues las adaptaciones pueden ser, en ciertas ocasiones, necesarias para garantizar la ejecución correcta de una intervención (Castro et al., 2004; Leko et al., 2015).

En este punto, y asumiendo que las adaptaciones se constituyen como parte ineludible a la hora de ejecutar intervenciones, es que se considera fundamental encontrar el adecuado equilibrio entre la fidelidad de la implementación y la adaptación a contextos locales (Leko et al., 2015), proceso a través del cual se facilite un acercamiento a aquellos componentes centrales que los investigadores consideran necesarios de resguardar para que al replicar las intervenciones, estas vayan teniendo el mismo éxito; es decir, los elementos centrales específicos que deben ser tomados en cuenta como núcleo de intervención para asegurar la fidelidad de las diferentes etapas involucradas en la implementación.

Componentes Centrales

En base a Blasé y Fixsen (2013), entenderemos los componentes centrales como aquellos principios esenciales, funciones, los elementos asociados y actividades de intervención (por ejemplo, núcleos conductuales, ingredientes activos; Embry, 2004) necesarios para producir aquellos resultados esperados. Los componentes centrales están directamente vinculados con la teoría del cambio de un determinado programa, proponiendo aquellos mecanismos a través de los cuales funciona una determinada intervención y/o programa (Fixsen et al., 2005).

Se ha demostrado mediante las investigaciones en esa área que los componentes centrales están destinados, o que generan un impacto positivo en los resultados próximos que abordan las necesidades previamente identificadas, cubriendo también plazos más largos de tiempo (Blasé &

Fixsen, 2013). En retrospectiva, los componentes centrales son las características que definen un programa eficaz.

La identificación de estos elementos facilitan y promueven la creación de resultados positivos y permite saber si fueron o no implementados con fidelidad; mejorando también la capacidad de interpretar los resultados obtenidos en las intervenciones (Fixsen et al., 2005). Adicionalmente, la probabilidad de abordar y/o manipular el nuevo programa a través de una implementación deficiente, se ve reducida.

Para Collins et al. (2005) el conocimiento producido en torno a los componentes centrales, junto con informar los refinamientos de una intervención, permite también el fortalecimiento de su eficacia, al mismo tiempo que proporciona orientaciones a los profesionales y apoyo al personal sobre qué priorizar durante las fases de desarrollo de las intervenciones, pudiendo así aprovechar al máximo el programa.

Por otro lado, en algunos casos, aquellas intervenciones costosas y complejas pueden no ser necesarias, ya que los componentes centrales reflejarían métodos sencillos de comportamiento que pueden ser utilizados para abordar problemáticas y poblaciones específicas en lugar de una intervención integral, lo que permite ahorrar tiempo, recursos y energía (Embry & Biglan, 2008).

Para Arby et al. (2015), la integralidad del proceso tendrá directa relación con el rol que cumplen los desarrolladores y evaluadores de programas, los cuales serían responsables de dar forma a la articulación de los componentes centrales específicos en la intervención (Arby et al., 2015). Por ejemplo, en el caso de un programa de promoción de la salud basado en la comunidad pueden incluir asociaciones, anuncios de servicio público y prestación de servicios relacionados con la salud, mientras que en un programa de prevención escolar aquellos componentes centrales

involucrados pueden consistir en la preservación y mejora de lecciones y actividades semanales. En ambos casos, el rol de los desarrolladores es fundamental a la hora de articular los componentes centrales de la intervención específicos de su programa (Arby et al., 2015).

Pero tal como señalan Blasé y Fixsen (2013) el proceso de identificación y validación de los componentes centrales a través de la creación de medidas de fidelidad que resulten prácticas y confiables no es tarea fácil; ya que requiere investigación a lo largo del tiempo y a través de repeticiones (Balse & Fixsen, 2013). La evidencia demuestra los esfuerzos que los investigadores han llevado a cabo con la finalidad de crear, probar y perfeccionar las medidas de fidelidad en los programas destinados al segmento infanto-juvenil y familias (Schoenwald et al., 2009; Henggeler et al., 1999; Bruns et al., 2008; Forgatch et al., 2005) y se suman aquellas intervenciones destinadas al segmento adulto de la población (Bond et al., 2004; Mowbray et al., 2003; McGrew y Griss, 2005).

Dichos estudios explicitan la necesidad de crear medidas de fidelidad, cuyo foco no sea solamente la identificación los componentes centrales, sino que también sean prácticos de usar en entornos de servicios típicos y sean buenos predictores de resultados socialmente importantes (Blasé y Fixsen, 2013). Todo indica que para que la producción de evaluaciones de fidelidad sea considerada útil y válida, requiere un esfuerzo sostenido y concertado a lo largo del tiempo por parte de los investigadores.

Pese a que autores como Henggeler et al. (2002); Chamberlain, (2003); Forgatch et al., (2005); y Webster-Stratton y Herman (2009), han llevado a cabo investigaciones contundentes y exitosas a la hora de articular y validar mejor los componentes centrales de algunas intervenciones; en general, en la literatura de investigación existen pocos programas definidos adecuadamente que detallen claramente los componentes centrales con recomendaciones sobre la

dosis, la concentración y la adherencia necesarias en la producción de resultados positivos (Blase y Fixsen, 2013).

En un intento de aproximación al origen de este problema, Dane y Schneider (1998) resumen las revisiones de más de 1200 estudios de resultados, proceso en el cual encontraron que los investigadores evaluaron la presencia o la fuerza de las variables independientes (los componentes centrales de la intervención) en solo alrededor del 20% de los estudios, y sólo cerca del 5% de los estudios usaron esas evaluaciones en sus estudios (Blasé y Fixsen, 2013)., mientras que Durlak y DuPre (2008) en su investigación sobre la influencia de la implementación en los resultados del programa y los factores que afectan la implementación, extrajeron similares conclusiones. Los desafíos parecen complejizarse aún más dada la falta de definiciones o criterios comúnmente aceptados relacionados con la verificación de la presencia o validación de las variables independientes (los componentes centrales que definen el programa) en los estudios (Blasé y Fixsen, 2013).; lo cual sugiere que la literatura de investigación publicada es probablemente una fuente de información deficiente en materia de componentes centrales de las intervenciones que se basan tanto en evidencia o de otro tipo.

Componentes Centrales y Salud Mental

Teniendo en cuenta lo anterior, Jensen et al. (2005) quisieron profundizar en aquellos estudios de investigación de intervenciones en salud mental, concluyendo que cuando se detectaron un cúmulo de efectos positivos, fueron pocos los estudios que exploraron de manera sistemática si los supuestos ingredientes terapéuticos activos explicaban realmente o no el grado de cambio, y que además tampoco abordaban muy menudo aquellas explicaciones alternativas plausibles, como por ejemplo algunos factores terapéuticos inespecíficos de expectativas positivas, alianza terapéutica o atención, entre otros (Jensen et al., 2005). Este hecho sugiere que

mencionar o no ciertos componentes centrales por parte de quienes desarrollan el programa es un hecho que no debe ser confundido con la función o falta de función de estos elementos en la producción de los resultados esperados en los entornos específicos de intervención (Jensen et al., 2005).

Es por ello que, durante las últimas décadas los estudios vinculados a los programas en salud mental que se basan en evidencia establecen, mayoritariamente, su atención tanto en la calidad y cantidad de esta evidencia obtenida en cuanto a los impactos generados (Jensen et al. 2005); estimulando, por una parte, la identificación de los componentes centrales en programas y prácticas que "funcionan", al mismo tiempo que se van desarrollando procedimientos de evaluación de la calidad y cantidad de la evidencia, lo cual impacta directamente en la confianza que se tenga respecto a los resultados (Blasé y Fixsen, 2013). Los avances en la investigación sobre intervenciones basadas en salud mental dependerán en parte de los avances en la capacidad para ir midiendo si los servicios están siendo entregados según lo previsto por los equipos (Teague et al., 2012). Adicionalmente, autores como McGrew et al. (2011) señalan que pese a que sus diseños y/o medidas de intervención en salud mental, incluyen elementos estructurales, también añaden la evaluación de procesos específicos como etapa clave para el seguimiento del éxito de la intervención, indicando la fuerza de la misma e identificando aquellos ingredientes o puntos críticos en los cuales mejorar (McGrew et al., 2011 citado en Teague et al., 2012).

Dada la necesidad de atender rigurosamente los procesos de implementación es que la presente revisión tuvo como objetivo identificar los componentes centrales de aquellas intervenciones y/o programas en salud mental, dando paso a posibles futuras líneas de investigación que además de trabajar en definir y comprender los componentes centrales en esta

área, puedan también ahondar en aquellos factores que permiten que dichos componentes centrales funcionen y cumplan los objetivos dispuestos por los equipos de investigación.

Método

Para explorar la producción científica de los componentes centrales de los procesos de intervención en el área de salud mental se realizó una revisión bibliográfica teniendo como marco de referencia las cinco etapas para revisiones de alcance propuestas por Arksey y O'Malley (2005), las cuales se distribuyen en cinco etapas: (1) preguntas de investigación; (2) estrategia de búsqueda; (3) selección de estudios; (4) trazar los datos; y (5) cotejar, resumir e informar los resultados.

Pregunta de investigación

La pregunta de investigación que guió esta revisión fue ¿Qué componentes centrales e indicadores básicos han sido utilizados para definir y evaluar los programas e intervenciones en salud mental?

Estrategias de búsqueda

Para identificar aquellas investigaciones que vinculan salud mental y componentes centrales se consultaron las bases de datos WEBSCIENCE , APA, ERIC, EBSCOhost, PubMed, Cochrane y Scopus. El código de búsqueda incluyó la siguiente función booleana:

(“componentes centrales” OR “componentes esenciales” OR “componentes estratégicos” OR “intervención comunitaria” OR “core components” OR “key components” OR “core components in Implementation projects” OR "identification of an Intervention's essential components" OR “key components of Implementation” OR “core components in community intervention” OR “central components in community intervention”) AND (“school mental health” OR “mental health”)

Los artículos fueron filtrados en base a los siguientes criterios de inclusión: a) que fueran estudios de investigación: experimentales, cuasi-experimentales, observacionales y los estudios que no fuesen de investigación: revisiones narrativas, documentos de políticas y directrices que examinaran componentes centrales desprendidos de intervenciones en el área de salud mental y; b) estuvieran elaborados a partir del año 2011. La búsqueda se limitó al idioma inglés, centrándose en aquellos documentos que utilizaran directamente conceptos claves, tales como “core components”, “mental health” y “mental health intervention” de manera indistinta. Posteriormente, los artículos seleccionados fueron leídos en su totalidad.

Finalmente, las listas de referencias de aquellos artículos relevantes fueron consultadas manualmente para identificar documentos que no fueron arrojados como resultados de la búsqueda mediante bases de datos.

Selección de los estudios

En relación a estos criterios es que se seleccionaron 30 documentos, y como estrategia de búsqueda adicional fueron revisadas las referencias bibliográficas de los artículos escogidos, a partir de la cual fue sumada una revisión. También se incluyeron 2 artículos, los cuales fueron identificados y considerados pertinentes por el equipo, previamente al inicio de la revisión, pese a que los años de publicación estén fuera del rango del criterio de inclusión señalado (2011). Finalmente, el presente análisis se realizó considerando 33 revisiones en total. Es preciso reiterar que ninguna de ellas corresponde a revisiones publicadas en idioma español o realizadas con datos iberoamericanos.

Revisión de título y resumen

La selección de estudios se inicia con un proceso de revisión de los títulos y resúmenes vinculados a los criterios de inclusión explicitados. Fueron integrados tanto estudios de

investigación (experimentales, cuasi-experimentales, observacionales) como estudios que no son de investigación (revisiones narrativas, documentos de políticas, columnas, directrices).

Se incluyeron estudios de políticas de transición entre programas enmarcados en servicios de salud mental, protocolos de gestión de riesgos, cuidados intensivos, atención primaria y servicios comunitarios de salud y prevención. Todos estos documentos se centraron principalmente en trastornos psico-emocionales y de comportamiento graves. Dos investigadores (VV y LL) examinaron de manera independiente cada título y resumen recuperados con el objetivo de determinar su elegibilidad a través del uso de los criterios de inclusión dispuestos.

Revisión de texto completo

Se examinaron los textos completos de los artículos restantes que fueron revisados por pares para su elegibilidad. En caso de conflicto, un tercer revisor (BT) fue consultado para su resolución.

Trazar los datos

Fueron extraídos los datos de todos los artículos elegibles y el segundo autor (LL) los introdujo en una plantilla de Microsoft Excel. Los datos extraídos incluyeron: a) base de dato en la que fue encontrado el estudio, b) tipo de publicación, c) objetivos y/o meta del estudio, d) breve descripción de la intervención o programa, e) definición general de componentes centrales a la que adscriben las y los autores y , f) descripción de los componentes centrales propios del estudio. El primer autor (VV) extrajo datos de cinco artículos seleccionados al azar con el objetivo de garantizar la confiabilidad del contenido ingresado en cada una de las categorías.

Posteriormente, los datos fueron organizados en dimensiones 4 dimensiones: Dimensión Individual; Dimensión Familiar; Dimensión Organizacional y Dimensión Social-Comunitaria, construidas en base al enfoque de análisis de contenido dirigido de Hsieh & Shannon (2005),

teniendo a la pregunta de investigación como directriz. Así mismo, dada la heterogeneidad de los componentes centrales identificados, estos fueron reagrupados en subcategorías dentro de las macro dimensiones con la finalidad de no perder la variable específica a la que hacían alusión. Por ejemplo, en cuanto a la Dimensión Organizacional, se agruparon en la subcategoría “Procedimientos prácticos y cuidados” aquellos componentes centrales como “cuidado de la fase aguda”, “evaluación y atención domiciliaria” y “cuidado de paciente hospitalizado”, entre otros. Este proceso de carácter iterativo facilitó la identificación de cómo se estaban entendiendo los componentes centrales en el campo de la salud mental y cómo se determinarían también temas y/o necesidades más específicas propias de cada contexto. Cabe destacar que los datos extraídos que aplicaban a más de una categoría de análisis, fueron revisados grupalmente por el equipo con la finalidad de llegar a un consenso. Finalmente, para el proceso de extracción de datos un tercer revisor (BT) fue incluido para reducir el sesgo y garantizar la validez en esta fase.

Cotejar, resumir e informar los resultados

El contenido emergente durante la revisión fue organizado por el equipo de investigación en base a las categorías generales descritas en la etapa anterior, con el objetivo de detectar patrones y también las explicaciones únicas en relación a los componentes centrales. Dicho procedimiento implicó la revisión de los elementos y la identificación de las etapas del proceso de intervención a la cual estos aludían. Con el propósito de garantizar la concordancia del contenido levantado y la confiabilidad de este, ambos investigadores (VV y LL) se reunieron sistemáticamente para la revisión de cada etapa del análisis y los datos recopilados en las categorías.

Resultados

Características de los documentos

El proceso inicial de búsqueda a través de bases de datos arrojó 2.031 artículos para cribado. Luego de la selección de títulos y resúmenes, 43 documentos se ajustaron a los criterios de inclusión del presente estudio y siendo estos recuperados para la revisión de texto completo. Una vez finalizada la etapa de revisión de texto completo, 30 documentos fueron elegibles, a los cuales se les sumaron 3 nuevos documentos, uno de ellos mediante el proceso de consulta a la bibliografía de una investigación y 2 documentos pertinentes elegidos previamente. El total final de estudios asciende a 33 documentos, todos ellos publicaciones de revistas revisadas por pares.

[Insertar Figura 1 aproximadamente aquí]

Todos los artículos se publicaron entre 2008 y 2021; siendo la mayoría (91,2%) publicados desde 2011. En total, 13 de los artículos (38%) fueron estudios publicados en EE.UU., 3 de Canadá, 3 de China, 3 de Reino Unido, 3 de Australia, 2 de Suecia, 2 de los Países Bajos, 2 de Sudáfrica, 1 de Alemania, 1 de Irlanda y 1 de África. Entre los documentos consultados se encontraron revisiones bibliográficas (23,5%), revisiones sistemáticas de alcance (n=6), estudios observacionales transversales (n=4), protocolo de un micro-ensayo aleatorio de racimo (n=2), estudio comparativo de casos (n=2), estudio metodológico (n=1), exploración cualitativa (n=1), medidas de autoinforme (n=1), ensayo cuasialeatorio (n=1), prueba piloto (n=1), revisión metaanalítica (n=1), auditoría (n=1), columna (n=1), prueba inicial (n=1), escala breve (n=1) y análisis observacional de métodos mixtos (n=1)

En cuanto a las temáticas, los estudios abordan mayoritariamente servicios de salud mental y atención primaria (26,4%), mientras que otros discuten en relación a temáticas específicas como trastornos emocionales en la etapa infanto-juvenil (n=4), trastornos

psicológicos en la vejez (n=2), estigma en salud mental general y en contexto militar (n=2), inteligencia y conciencia en los síntomas depresivos y de ansiedad (n=2), salud mental y comportamiento riesgoso en la escuela (n=2), protocolos de gestión de riesgos y suicidios (n=1), psicosis temprana (n=1), transiciones exitosas de servicios de salud mental de niños a adultos (n=1), prevención de VIH (n=1), actitudes de los médicos de los hospitales hacia la atención colaborativa para la salud mental (n=1), trauma juvenil y sistema de justicia (n=1), *mindfulness* y yoga (n=1), trastorno del espectro autista (n=1), comportamientos de compasión y autocompasión (n=1), salud mental post COVID-19 (n=1), revisión de problemas conceptuales (n=1) y autoestima (n=1)

Componentes Centrales Identificados

Los artículos revisados recomendaron y describieron un total de 154 componentes centrales para intervenciones y/o programas, siendo estos singulares o transiciones (entiéndase singulares como programas que consideraban un único proceso de implementación, y por transiciones aquellos programas que trabajaron en cómo abordar la continuidad entre una primera fase del servicio y las etapas siguientes, añadiendo nuevos desafíos), entre programas en materia de salud mental para diferentes segmentos etarios de la población, teniendo el tramo infante-juvenil preponderancia y más cobertura.

La totalidad de los componentes centrales fueron distribuidos consensuadamente en 4 macro dimensiones que contemplan información relacionada a las características individuales, familiares, organizacionales y social-comunitarias de quienes participan en las intervenciones. Por otro lado, dada la heterogeneidad del contenido detectado fue necesario, tal como se aprecia en el Modelo Ecológico de Componentes Centrales, la creación de subcategorías en el interior de estas dimensiones con la finalidad de dar cuenta de elementos y/o necesidades más específicos.

[Insertar Figura 2 aproximadamente aquí]

Dimensión 1: Individual

En esta dimensión fueron trabajados 27 componentes centrales relacionados a aquellas características individuales de los sujetos, los cuales fueron agrupados en 3 subcategorías: (1) Componente Emocional; (2) Características y Procesos Individuales; y (3) Salud Mental.

Los elementos identificados en una primera subcategoría describieron cómo las intervenciones y/o programas en salud mental deben apuntar al fortalecimiento de las estrategias de regulación y control emocional de las personas (Pan et al., 2014; Sendzik et al., 2017; Skeen et al., 2019), lo cual tendría un impacto positivo tanto en la vivencia particular como en la percepción general de bienestar emocional del individuo (Guo et al., 2015). Los autores dieron cuenta del estrecho vínculo existente entre el desarrollo (o no) de una conciencia y percepción emocional con un alto número de trastornos que cursan con sintomatología ansiosa-depresiva, especialmente en el segmento más joven de la población mundial (Pan et al., 2014; Sendzik et al., 2017).

En la segunda subcategoría de Características y Procesos Individuales se señalaron elementos como el liderazgo positivo (Bodin et al., 2015; Lippman et al., 2013) que han de modular tanto el proceso vital como el desarrollo de las intervenciones en salud mental; aludiendo también a cómo un óptimo proceso de autopercepción de las competencias, la capacidad de acción en medio de la resolución de problemas y la motivación facilitarían la escucha activa, el desarrollo de habilidades interpersonales y la capacidad de relajación que se requieren en el abordaje de temáticas álgidas como la práctica de la compasión o la prevención de trastornos mentales y conductas de riesgo en jóvenes (Allen et al., 2021; Skeen et al., Steindl et al., 2021; van den Heuvel et al., 2019).

La tercera subcategoría de Salud Mental incluyó componentes centrales de carácter individual que apuntan directamente a la necesidad de preguntarse por el estado y bienestar psicológico en que se encuentran las personas involucradas en las intervenciones y/o programas (Guo et al., 2015; Schnittge et al., 2012), facilitando el acceso a terapias individuales (Vanderploeg et al., 2008) que cubran, por ejemplo, procedimientos clínicos en materia de reestructuración cognitiva, activación conductual, autoestima, sueño (Chen et al., 2021; Schnittge et al., 2012; van den Heuvel et al., 2019), e incluso los elevados niveles de autoestigma que se reportan en la esfera militar de países como EE.UU (Skoop et al., 2012).

[Insertar Tabla 1 aproximadamente aquí]

Dimensión 2: Familiar

En esta dimensión fueron trabajados 7 componentes centrales que aludieron al plano familiar, siendo organizados en 2 subcategorías: (1) Apoyo a las Familias y (2) Participación e involucramiento familiar. Para la primera de ellas, autores como Hughes et al. (2014), en el marco de la prevención temprana de la psicosis en comunidades australianas, sugirieron que las intervenciones en salud mental cubrieran esta esfera a través de programas familiares específicos y apoyo de pares, mediante los cuales los jóvenes y sus familia además de recibir psicoeducación, opten también a otros servicios de apoyo útiles en la línea de lo vocacional, educativo, vivienda, asistencia financiera y legal (Hughes et al, 2014).

Algunas investigaciones invitaron a la creación de foro de padres, implementación de terapias familiares y todo mecanismo de soporte que incentive la comprensión de las necesidades de aquellas familias vinculadas a procesos de mejora del clima de aprendizaje, desarrollo emocional y reducción del comportamiento problemático en las escuelas primarias o servicios

extracurriculares de salud conductual para jóvenes (Bodin et al., 2015; Johnson et al., 2013; Vanderploeg et al., 2008) en países como EE.UU. y Suecia.

En la segunda subcategoría de Participación e Involucramiento Familiar, autores como Branson et al (2017) refirieron al impacto negativo del trauma en los delincuentes juveniles y el personal de primera línea y McNeely et al. (2019) abordando la identificación de los componentes centrales de los servicios de salud mental ligados a escuelas para niños refugiados e inmigrantes en EE.UU.; señalaron lo desafiante que resulta la participación e involucramiento de las familias en estos procesos, donde iniciativas como las visitas domiciliarias a los padres en soporte de sus requerimientos diarios, no sólo resultarían útiles para identificar sus propias fuentes de angustia y las de sus hijos, sino también promoverían alianzas estratégicas con base en la comprensión mutua de cómo funciona la dinámica familiar particular y también cómo proceden los sistemas educativos y de justicia en sus respectivos contextos (Branson et al., 2017; McNeely et al., 2019).

[Insertar Tabla 2 aproximadamente aquí]

Dimensión 3: Organizacional

En esta categoría fueron trabajados 104 componentes centrales vinculados al plano organizacional, los cuales fueron agrupados en 4 subcategorías: (1) Capacitación o Desarrollo del Personal, (2) Recursos e Insumos, (3) Procedimientos Prácticos y Cuidados; (4) y Gestión interna.

En relación a la primera subcategoría, autores como Clay et al. (2020) a través de la identificación y categorización de los componentes centrales de las intervenciones efectivas para la reducción del estigma en el campo de la salud mental en países de ingresos bajos y medios, enfatizaron en la necesidad de una dotación sistemática del personal interventor en materia de

estigma, no tan solo para asegurar una comprensión acabada de la temática, sino también para que los procesos de implementación en entornos controlados (sobre todo las potenciales modificaciones), se ajusten y ejecuten en función del fenómeno mismo (Clay et al., 2020).

Siguiendo esta línea, Stevens et al. (2021) y Broder-Fingert et al. (2019) consideraron la capacitación de personal como un componente central de aquellas intervenciones en salud mental que abordaron, respectivamente, el suicidio, protocolos de gestión de riesgo; y el desorden del espectro autista.

Otras investigaciones apuntaron al fortalecimiento del liderazgo organizacional; las políticas, procedimientos y liderazgo de la agencia; formación y capacitación de maestros como ítems claves a la hora de implementar (Branson et al., 2017; Childs-Fegredo et al., 2021; Lippman et al., 2013; Mangaoil et al., 2018).

Para la segunda subcategoría de Recursos e Insumos, un grupo de autores dialogaron en torno a aquellas necesidades materiales concretas en cuanto, por ejemplo, a recursos educativos para el personal de investigación y recursos educativos para participantes de la investigación (Stevens et al., 2021); instalaciones residenciales comunitarias, servicios para pacientes y guarderías para el programa de Servicios Comunitarios de Salud Mental (CMHS) en Sudáfrica (Robertson & Szabo, 2017); el fácil acceso al servicio de salud mental para la prevención temprana de la psicosis, como también a la disponibilidad de camas sub-agudas en la misma área (Hughes et al., 2014).

Algunas revisiones agregaron la urgencia en cuanto a la cobertura de las necesidades básicas que emergen en aquellos servicios de salud mental vinculados a las escuelas para niños refugiados e inmigrantes de EE.UU. (McNelly et al., 2019); servicios de crisis 24 horas en el servicio del Tratamiento de Día Extendido (EDT) para niños y adolescentes con trastornos

emocionales y conductuales graves entregados durante las horas después de la escuela en EE.UU. (Vanderploeg et al., 2008) y aquello que Michalopoulou et al. (2020) llamó “desafío de financiación y recursos” para enfatizar en la necesidad de asegurar aquellos mecanismos económicos y/o materiales durante la adaptación del programa Tratamiento de Acogida y Cuidado de Oregon para salud mental pública de EE.UU.

La tercera subcategoría de Procedimientos Prácticos y Cuidados; ofreció algunas directrices, mayoritariamente clínicas, las cuales fueron desde la atención de paciente hospitalizados con diagnóstico de psicosis temprana, discutiendo sus niveles de evaluación y atención domiciliaria, pasando por aquellos cuidados de la fase aguda, cuidado continuo, intervenciones médicas, intervenciones psicológicas, hasta un programa de recuperación funcional (Hughes et al., 2014).; también se incluyó aquellos procedimientos enmarcados en el modelo de Capacitación y Apoyo para Padres (PST) de niños con trastornos emocionales graves (Johnson et al., 2013); los procedimientos de supervisión clínica y de investigación en intervenciones de estrategias para el suicidio y protocolos de gestión de riesgos (Stevens et al., 2021). En la misma línea, autores como Vanderploeg et al. (2008) se focalizaron en la planificación del tratamiento en un medio terapéutico estructurado, evaluación psiquiátrica y manejo de medicamentos, recreación terapéutica y terapias expresivas, actividades de desarrollo juvenil positivo y planificación del alta en escenarios puntuales como el Tratamiento de Día Extendido (EDT)

Se consideraron también los apoyos emocionales, conductuales y prácticos para adaptarse a una nueva cultura y lenguaje en el caso de niños refugiados e inmigrantes de EE.UU. (McNelly et al., 2019); sumado a las propuestas de enfocarse en aquellos procedimientos

relacionados con el fortalecimiento continuo de una alianza terapéutica como en el caso de niños y niñas víctimas de maltrato infantil en EE.UU. (Magee, 2020)

En cuanto a la evaluación de la fidelidad de los componentes centrales de las intervenciones orientadas al mindfulness y yoga, Gould et al. (2014) en su estudio con jóvenes urbanos señalaron que procedimientos como respirar para acomodarse al comienzo de cada sesión, practicar posturas de yoga y el trabajo de respiración son elementos fundamentales que deben replicarse de programa en programa (Gould et al., 2014).

Finalmente, autores como Broder-Fingert et al. (2019) materializaron sus propuestas procedimentales en métodos aún más prácticos como el uso de un libro de trabajo y una lista de verificación de las diferentes tareas que emergen al rastrear los componentes centrales de la navegación familiar para el trastorno del espectro autista. (Broder-Fingert et al., 2019)

En la cuarta subcategoría de Gestión Interna dentro de la dimensión organizacional fueron sugeridas algunos lineamientos tales como las estrategias de evaluación y gestión de riesgos (Stevens et al., 2021); gestión de casos, alcance móvil, asociaciones, desarrollo de la fuerza laboral de los beneficiarios y acceso a *stream* para jóvenes con diagnóstico de psicosis temprana (Hughes et al., 2014); también el trabajo normativo de programas como el de Prevención en la Escuela (PS), cuyo objetivo es mejorar el clima de aprendizaje y reducir el comportamiento problemático en las escuelas primarias (Bodin et al., 2015).

Asimismo, autores como Cleverly et al. (2020) puntualizaron el poder gestionar internamente las políticas de transición exitosa de servicios de salud mental de niños a adultos, facilitando el seguimiento, supervisión, y planificación de las mismas. Por consiguiente, la transferencia de cuidado y la finalización de dicho proceso ha de requerir también una planificación interna detallada (Cleverly et al., 2020).

En la misma línea de análisis, Clay et al. (2020) reconocieron la necesidad de coordinar internamente un diseño delimitado del programa, mecanismos de seguimiento y mensajería que estimule una focalización permanente en materia de intervenciones que aborden el estigma general existente respecto a la salud mental.

En su investigación, Markström et al. (2017), invitaron a los equipos interventores a trazar lineamientos claros a nivel de sistema global de los programas, junto con trabajar cohesivamente en los componentes a nivel organizativo local, componentes a nivel de equipo y estrategias continuas de apoyo en el proceso de prueba de la Escala de Implementación Sostenible (SIS) para medir los componentes centrales presentes en aquellas intervenciones pensadas para los servicios de salud mental en Suecia. (Markström et al., 2017)

Algunos equipos de investigación propusieron estructurar internamente las redes organizacionales (Lippman et al., 2013); pudiendo dialogar de manera continua en relación a las políticas original de organismos como el Sistema de Cuidados Centrado en la Familia (FCSC), sus prioridades inmediatas, el compromiso inicial, las cualificaciones y características del modelo Apoyo y Capacitación para Padres (PST) cuyos hijos manifiestan trastornos emocionales graves (Johnson et al., 2013). En complemento, algunos estudios aludieron también a lo pertinente que se vuelve el analizar y gestionar internamente aquellas actitudes hacia el manejo de problemas de salud mental y la consulta en la especialidad de psiquiatría en escenarios como los que describe Johnson et al. (2013) y también en los entornos hospitalarios canadienses (Thombs et al., 2010).

Tanto Vanderploeg et al. (2008) como Branson et al. (2017) coincidieron en lo práctico que resultó llevar a cabo evaluaciones específicas como: entrevistas de admisión estructuradas con padres e hijos, evaluaciones psiquiátricas y manejo de medicamentos, según sean los casos

que lo requieran. Paralelamente al desarrollo y apoyo de la fuerza laboral, promoción de un entorno de agencia seguro, colaboración entre sistemas involucrados, políticas y procedimientos a nivel del sistema, aseguramiento y evaluación de la calidad. En cuanto a la colaboración inter-sistemas, Rasku et al. (2019) también refirió a la potenciación de una cooperación entre múltiples agencias en materia de paramedicina comunitaria y atención integrada en el área de la atención primaria, al mismo tiempo que convoca a una prevención centrada en el paciente, abordaje de la rentabilidad y experiencias de los pacientes (Rasku et al., 2019).

Gould et al. (2014), desde su nicho del yoga y el *mindfulness*, invitaron a los programas a establecer una revisión previa del material (es decir, poses y técnicas de respiración previamente enseñadas), discutir beneficios y relevancia de las actividades de intervención para la salud y bienestar, participar en una reflexión silenciosa que involucre atención enfocada y asignar tareas para fomentar el uso de estas prácticas fuera de las sesiones del programa (Gould et al., 2014); mientras que por su parte autores como Broder-Fingert et al. (2019) enfatizaron en el monitoreo de fidelidad de los programas e intervenciones de salud mental relacionadas al acompañamiento del trastorno de espectro autista, ya sea en asuntos de remisión a la navegación que la familia lleve a cabo, la lingüística y corretaje cultural de la condición, la integridad de los encuentros e identificación de las barreras en el área. (Broder-Fingert et al., 2019)

La investigación de Asiamah et al. (2021), respecto a la asociación entre los componentes centrales del trabajo, la actividad física, y salud mental en académicos africanos en un contexto post-COVID-19, invitó a que las lógicas internas de los programas se enfoquen en cómo se despliegan los procesos de enseñanza-investigación que desempeñan los docentes en medio de una crisis sanitarias de esta envergadura, y cómo influye en ellos la evaluación de los estudiantes

(Asiamah et al., 2021); por su parte Riebe et al. (2012) relevaron la necesidad de coordinación interna de las intervenciones en cuanto a la programación de actividades.

Mientras que autores como Mangaoil et al. (2018), en su estudio respecto al uso de informes inmediatos del personal después de la reclusión o eventos de restricción hospitalaria, pusieron foco sobre lo pertinente que resulta el afianzar los procesos de trabajo en torno a las terminologías empleadas por los programas que intervengan en esta temática, añadiendo a esto aquellos tipos de restricciones con los que se encuentran, y cómo ocurren estos en la práctica (si realmente se llevan a cabo o se facilitan). Para ellos fue fundamental la reflexión crítica constante de un proceso de implementación auto-catalogado como iterativo y también la rigurosa documentación y seguimiento de los casos. (Mangaoil et al., 2018)

En la adaptación del programa de Tratamiento y Cuidado de Crianza en Oregón hacia el modelo de salud mental pública, Michalopoulou et al. (2020), apuntaron a aquellos desafíos de regulación y gestión interna con los que se encuentran dado que el programa original alberga lógicas que difieren de las del sistema público en asuntos de bienestar infantil o del sistema de justicia de menores, al igual que de aquellas estructuras de reembolso y financiación de servicios, credenciales de dotación de personal y algunas designaciones, entre otras aristas (Michalopoulou et al., 2020); desde la misma lógica, los autores repararon en la necesidad de gestionar internamente aquellas diferencias de cultura organizacional entre las agencias y socios vinculados al proceso de adaptación del modelo (Michalopoulou et al., 2020).

Finalmente, la gestión interna de las intervenciones y/o programas en salud mental consultados, abarcaron también aquellos procesos de educación sobre alcohol y drogas (Skeen et al., 2019); el desarrollo de la alfabetización en temáticas de género y un fomento de la resiliencia en dicha materia que permita, por ejemplo, el manejo sensible de aquellas experiencias que van

más allá de lo binario. Esto último en conjunto con un apoyo positivo hacia la comprensión del placer y la sexualidad, estableciendo así conexiones empoderadoras para los individuos involucrados, pudiendo acceder cada vez más a intervenciones médicas pensadas desde una visión deconstruida y actualizada de lo que se entiende por género (Spencer et al., 2021).

[Insertar Tabla 3 aproximadamente aquí]

Dimensión 4: Social-comunitaria

En esta categoría se trabajaron 15 Componentes Centrales vinculados a temáticas de orden social-comunitario. Los autores enfatizaron la necesidad de potenciar el bienestar y cohesión social mediante las intervenciones comunitarias en materia de salud mental que alienten a la participación de la comunidad (Guo et al., 2015; Hughes et al., 2014; Lippman et al., 2013; Rasku et al., 2019); a través de la promoción sistemática de instancias de educación comunitaria y conciencia social; actividades y acciones colectivas; terapia y programas grupales, entre otras (Hughes et al., 2014; Lippman et al., 2013; Vanderploeg et al., 2008).

En los estudios mencionados los participantes gestionaron e intercambiaron experiencias y nociones en torno a preocupaciones compartidas (Lippman et al., 2013), la cultura en la que están insertos (Clay et al., 2020), la conciencia crítica en relación a lo colectivo (Lippman et al., 2013), sus propias competencias culturales (Branson et al., 2017), las reales oportunidades que tienen de pertenecer a tal o cual entramado social circundante (Allen et al., 2021) e incluso la percepción de apoyo social para enfrentar aquellos casos de estigma público (Schnittge et al., 2012; Skoop et al., 2012) en los que se declara fundamental el apoyo de pares (Hughes et al., 2014).

[Insertar Tabla 4 aproximadamente aquí]

Discusión

La presente revisión de literatura identificó 33 investigaciones con la finalidad de dar cuenta respecto a aquellos componentes centrales e indicadores básicos que han sido utilizados para definir y evaluar los programas e intervenciones en salud mental. En primer lugar, pese a que el concepto de componentes centrales sea utilizado, sólo algunos autores como Gould et al. (2014) y Cleverly et al. (2018) ofrecen definiciones basadas en Fixsen et al. (2005). Mientras que los primeros dirán que estos elementos son “aquellos componentes más esencial e indispensables de una práctica o programa de intervención.”(p.60), los segundos agregarán que estos tendrán por finalidad “identificar cómo se desarrollan los diferentes rasgos del programa y si son replicables en los diferentes entornos”. (p.2)

Las omisiones en cuanto a definiciones por parte de los demás autores, tal como señalaron Blasé y Fixsen (2013), podrían orientar sobre el estado del arte en que se encuentra la temática incluso actualmente. Dada la coyuntura, es posible reparar también en la ausencia de un código lingüístico común para referirse a los componentes centrales en salud mental; ya que de los 154 elementos identificados, 147 de ellos (94, 9%) fueron rotulados y/o nominados con terminología propia u original por parte de sus autores, pese a que una amplia mayoría de ellos apuntaba a la misma idea y/o necesidad. Se detectaron solamente 4 pares de componentes centrales (5,1%) que coincidían nominalmente de manera total: “participación familiar” en Branson et al. (2017) y McNelly et al. (2019); “motivación” en Allen et al. (2021) y Steindl et al. (2021), “regulación emocional” en Sendzink et al. (2017) y Skeen et al. (2019) y por último “capacitación” en Broder-Fingert et al. (2019), Childs-Fegredo et al. (2021) y Stevens et al. (2021)

Siguiendo la línea terminológica, en Michalopoulou et al.(2020) se encuentra la particularidad de que luego de ser puntualizada la relevancia de preservar los componentes centrales durante el proceso de adaptación de una intervención a otros contextos, los autores deciden referirse a dichos componentes como “desafíos” en materia de regulaciones, sistema de cultura, financiamiento y recursos.

En esta revisión fueron identificados componentes centrales relacionados a una dimensión individual, la cual albergaba factores mayoritariamente emocionales y otros que daban cuenta de las características particulares de los individuos y sus procesos, refiriendo al interés de algunos autores por trabajar en torno al bienestar emocional de quienes participan en las intervenciones comunitarias enmarcadas en salud mental, y por ende en el manejo y regulación de las mismas.

En cuanto a las características y procesos individuales puede discutirse en cómo las investigaciones dan luces sobre la necesidad de contribuir en el fortalecimiento de las habilidades interpersonales y la resolución de problemas dentro de los contextos de intervención; estimulando a su vez el desarrollo de un liderazgo individual positivo y motivado que facilite no sólo los vínculos sino también los procesos mismos de implementación en salud mental.

Por otro lado, un número menor de los componentes centrales identificados enfatizan el valor de la familia frente a la construcción de una visión compartida de cómo deben proceder las transiciones entre servicios o los programas únicos con enfoque en salud mental; los autores dejan claro que tanto niños y jóvenes, quienes serán el segmento etario prioritario según los datos, y sus cuidadores deben ser incluidos en la toma de decisiones en todas las fases de la implementación, pudiendo participar, por ejemplo, en los proceso de planificación (Branson et

al.,2017; McNelly et al., 2019), lo cual ayudaría en la promoción de un entendimiento común entre quienes brindan atención y quienes la reciben.

Algunas de las investigaciones, propusieron un abordaje sensible en cuanto a la triangulación individuo-familia-sistemas, ya que en escenarios atravesados por comportamientos riesgosos, privación de libertad, estigma y trastornos emocionales graves, entre otros posibles (Stevens et al.2021; Skoop et al. 2012; Clay et al., 2020; Branson et al.,2017; Johnson et al.,2013); deben priorizarse tanto sus derechos y necesidades, conectándolas concienzudamente, tal como señala Castro et al.(2003), con los requerimientos de las familias, entornos socio-comunitarios y los distintos sistemas a los que pertenezcan .

Esta revisión deja de manifiesto el elevado número de componentes centrales en materia organizacional y la heterogeneidad de los mismos; un cúmulo significativamente más copioso de lo que se esperó encontrar, por ende se vuelve capital ahondar más en la claridad de los procesos internos a través los cuales dichos componentes puedan ser operacionalizados de manera efectiva (Clay et al., 2020). Por su parte, los componentes centrales presentes en las subcategorías de “Procedimientos Prácticos y Cuidados” y “Gestión Interna” responsabilizaron su tratamiento mayoritariamente al liderazgo organizacional, mientras que otros apuntan tanto implícita como explícitamente al personal de salud involucrado en los casos que corresponda.

Esto último está estrechamente vinculado a los planteamientos de Arby et al. (2014) cuando señalan que la integralidad del proceso de implementación, por ende la articulación de los componentes centrales específicos en la intervención de su programa tendrá directa relación con el rol que cumplen los desarrolladores y evaluadores de programas.

Por otro lado, llama la atención que sólo un grupo reducido de autores enfatizaron en materia de aseguramiento, evaluación exhaustiva y/o seguimiento de la calidad de las

intervenciones y/o programas en salud mental propuestos (Branson et al., 2017; Vanderploeg et al., 2008; Clay et al., 2020); alejándose de sugerencias que algunos autores (Jansen et al., 2005; Blasé & Fixsen, 2013) ofrecen en cuanto a la necesidad de basar las intervenciones de salud mental atendiendo no sólo a la cantidad, sino también a la calidad de los componentes centrales tratados (y las etapas inherentes al proceso), pudiendo así desarrollar procedimientos evaluativos óptimos de la calidad y cantidad de la evidencia que vayan más allá de la mera estructura (McGrew et al. 2011). Un hallazgo que deja sobre la mesa tanto inquietudes como urgencias en torno al desarrollo y perfeccionamiento de aquellos indicadores de calidad y proceso para evaluar el desempeño de los equipos respectivos en los planos de implementación y salud mental.

Probablemente el planteamiento anterior se vea influido en algún grado por el débil énfasis detectado en cuanto a la rigurosidad de las intervenciones de transición, hecho que además de obstaculizar la comprensión profunda de cómo poner en práctica muchos de los componentes centrales, impactará también en la etapa siguiente de evaluación de los procesos en salud mental. A este respecto, tal como se evidencia en la sección de resultados, autores como Cleverly et al. (2018) fueron quienes más puntualizaron la necesidad de trabajar las políticas de transición y transferencia entre los programas de Servicio de Salud Mental Infantil y Adolescente mental infantil y adolescente (CAMHS) hacia el de Servicios de Salud Mental para Adultos (AMHS) en Canadá.

Adicionalmente, esta falta de reporte y seguimiento difumina aquella información sobre las potenciales modificaciones y/o adaptaciones llevadas a cabo durante el proceso de intervención; empobreciendo la implementación misma al no considerar la construcción de intervenciones y/o programas de salud mental inspirados en una flexibilidad contextual como la

que Harn et al. (2013) proponen. Ya sean eliminaciones, adiciones o modificaciones a los componentes de la intervención o su administración (Backer, 2001), estas acciones facilitan la aproximación y comprensión de la variabilidad y riqueza presente en los escenarios sociales y los individuos que en ellos se desenvuelven (Harn et al., 2013).

En conexión con lo anterior, si bien, en sus análisis de la Dimensión Social-Comunitaria los autores consideraron elementos como la estimulación de la conciencia social crítica, cohesión social, educación y conciencia comunitaria, entre otros componentes centrales (Lippman et al., 2013; Hughes et al., 2014), preocupa, primeramente, la cantidad reducida de componentes centrales que se identifican en esta área, en contraste con otras categorías; mientras que por otro lado pareciera que los artículos seleccionados para esta revisión no se involucraron lo suficiente en el diseño de intervenciones en salud mental que sea muy sensible a las necesidades culturales de una comunidad local. Lo cual, por implicación, converge en intervenciones de prevención "culturalmente ciegas" que no logran incitar la participación de las comunidades, probablemente erosionando los efectos de los resultados del programa (Kumpfer et al., 2002 citado en Castro et al., 2004).

Además, el análisis de la dimensión social-comunitaria da cuenta de lo poco que se trabaja en estrategias concretas de materialización en cuanto a la acción colectiva. Destacaron la elaboración de programas grupales de Hughes et al. (2014) y la creación de terapias grupales de Vanderploeg et al. (2008), pero las otras propuestas quedaron en medio de una nebulosa conceptual sin mayores indicios de bajadas prácticas.

Pese a que la presente revisión buscó principalmente la identificación de los componentes centrales en intervenciones enmarcadas en salud mental, también refirió someramente al debate conceptual-metodológico en materia de componentes centrales y también a la estimulación de

investigaciones que promuevan el abordaje empírico sobre el impacto y las experiencias vinculadas a este tipo de intervenciones y/o programas; requiriendo para esto la creación y desarrollo de más y mejores evaluaciones respecto a los indicadores de calidad y todos aquellos procesos pertinentes que puedan ser derivados de los 154 componentes centrales encontrados.

Limitaciones

Debido a la escasez general de literatura en relación a los componentes centrales, esta revisión bibliográfica incluyó sólo artículos escritos en idioma inglés, dada su predominancia, lo cual pudo haber excluido de manera involuntaria potenciales documentos relevantes.

En la misma línea, el uso de artículos solo en este idioma puede haber dificultado también la profunda comprensión de aquello que los autores quisieron plasmar en materia de componentes centrales, limitando al mismo tiempo la comprensión respecto a la naturaleza de los problemas en otros países.

Por otro lado, pese a que los autores consultados declaran en sus artículos un trabajo en torno a intervenciones y/o programas en salud mental, un amplio número de ellos se desvían del desarrollo de dicho concepto y centran su discurso en aspectos organizacionales y de gestión interna, esto pudo haberse subsanado reduciendo la cantidad de artículos con el objetivo de seleccionar aquellos cuya temática abordara salud mental de forma más integral; lo cual no se llevó a cabo y podría considerarse una limitación. Sin embargo, se decidió conservarlos con el propósito de indagar más en el campo de los componentes centrales.

Direcciones futuras de la investigación

Se sugiere que investigaciones futuras consideren aquellos componentes centrales identificados en la presente revisión, los cuales han funcionado como núcleo de intervención para los autores consultados, con el objetivo de dar continuidad a las temáticas y/o estudiar

posibles vínculos con otras intervenciones en salud mental que no hayan sido consideradas en este ejercicio. En esta línea, se requiere seguir trabajando también en potenciales consensos lingüístico-metodológicos donde aquellos componentes centrales identificados en general y también los que refieren a los mismos fenómenos puedan ser dispuestos y analizados concienzudamente, sobre todo considerando la alta heterogeneidad presente en dimensiones como la organizacional, lo cual evidencia lo variopinto y desafiante que puede llegar a ser la comprensión de aquello que se está considerando actualmente como “componente central” y lo que esto significaría realmente para los procesos de fidelidad.

Dado lo anterior, se sugiere que en el futuro, los investigadores ahonden cada vez más en la etapa de evaluación de las intervenciones en salud mental, desplegando estrategias que releven la construcción y aplicación de indicadores de calidad que den cuenta (a modo de seguimiento) de la eficiencia, eficacia e impacto general que las intervenciones (y sus respectivas modificaciones y/o adaptaciones) están teniendo en la población.

Otro enfoque importante para las futuras investigaciones dice relación a la necesidad de ahondar y profundizar en aquellos componentes centrales vinculados a las dimensiones familiares y social-comunitarias en salud mental; con el objetivo de ampliar la evidencia, y hacer posible un mapeo riguroso de las necesidades emergentes que están presentes en los distintos contextos de estudio. Con ello sería posible precisar los mecanismos prácticos de ayuda que los beneficiarios de las comunidades requieren en materia de salud mental.

El haber considerado estudios como los de Spencer et al. (2021) en torno a un modelo de desarrollo para el trabajo clínico con el segmento infanto-juvenil transgénero y la población adulta de género diverso, permitió reparar en la necesidad de expandir el trabajo investigativo respecto a los componentes centrales de salud mental hacia derroteros como estos.

También se sugiere la realización de investigaciones futuras enfocadas exclusivamente en la implementación de intervenciones y/o programas comunitarios especializados en trastornos del neurodesarrollo como el autismo, ya que este segmento de la población podría presentar desafíos puntuales en materia de diseño, aplicación y/o transición de intervenciones. Para ello se hace relevante continuar elaborando revisiones basadas únicamente en dicha condición.

Conclusión

La presente revisión de literatura basada en los lineamientos para revisiones de alcance propuestos por Arksey y O'Malley (2005), en complemento con sus respectivos listados de componentes centrales identificados, demuestran que es posible una aproximación rigurosa hacia aquellos procesos de implementación en salud mental, permitiendo conocer, por una parte, el estado del arte en dicha materia, las necesidades y vacíos teórico-metodológicos vinculados a las intervenciones y los procesos de fidelidad asociados a programas de salud mental específicos; mientras que a través de la creación de dimensiones y subcategorías inspiradas en las propuestas metodológicas de Hsieh y Shannon (2005) se puede vislumbrar aquellos tópicos y/o factores capitales de carácter individual, familiar, organizacional y social-comunitario que influyen directamente en la aparición, detección, comprensión y evaluación de los componentes centrales vinculados a la salud mental en diferentes contextos.

Cumplimiento de estándares éticos

Conflicto de intereses: en nombre de todos los autores, el autor correspondiente declara que no hay conflicto de intereses.

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican los estudios incluidos en la revisión.

Allen, D., Gillen, E., & Rixson, L. (2009). The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. *JBI library of systematic reviews*, 7(3), 80–129. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907030-00001>

*Allen, K. A., Kern, M. L., Rozek, C. S., McInerney, D., & Slavich, G. M. (2021). Belonging: A Review of Conceptual Issues, an Integrative Framework, and Directions for Future Research. *Australian journal of psychology*, 73(1), 87–102. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1883409>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

*Asiamah, N., Muhonja, F., Omisore, A., Opuni, F. F., Mensah, H. K., Danquah, E., Agyemang, S. M., Agyemang, I., Hatsu, S., Baffoe, R. S., Eku, E., & Manu, C. A. (2021). The association between core job components, physical activity, and mental health in African academics in a post-COVID-19 context. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–17. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02037-3>

Backer, T. E. (2001). Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention: A state-of-the-art review. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention

Bhattacharyya, O., Reeves, S., & Zwarenstein, M. (2009). What is implementation

research?: Rationale, concepts, and practices. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 491–502. <https://doi.org/10.1177/1049731509335528>

Blase, K. & Fixsen, D. (2013). Core intervention components: Identifying and operationalizing what makes programs work. ASPE Research Brief. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Human Services Policy, U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://aspe.hhs.gov/report/core-intervention-components-identifying-and-operationalizing-what-makes-programs-work>

*Bodin, M. C., South, S., & Ingemarson, M. (2016). A Quasi-Randomized Trial of a School-Wide Universal Prevention Program: Results and Lessons Learned, *Scandinavian Journal of Educational Research*, 60:4, 449-476, DOI: 10.1080/00313831.2015.1024164

Bond, G. R., & Salyers, M. P. (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale. *CNS spectrums*, 9(12), 937–942. <https://doi.org/10.1017/s1092852900009792>

*Branson, C. E., Baetz, C. L., Horwitz, S. M., & Hoagwood, K. E. (2017, February 6). Trauma-Informed Juvenile Justice Systems: A Systematic Review of Definitions and Core Components. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000255>

*Broder-Fingert, S., Stadnick, N. A., Hickey, E., Goupil, J., Diaz Lindhart, Y., & Feinberg, E. (2020). Defining the core components of Family Navigation for autism spectrum disorder. *Autism : the international journal of research and practice*, 24(2), 526–530. <https://doi.org/10.1177/1362361319864079>

- Bruns, E. J., Sather, A., & Stambaugh, L. F. (2008). National trends in implementing wraparound: Results from the state wraparound survey, 2007. In E. J. Bruns & J. S. Walker (Eds.), *Resource guide to wraparound*. Portland, OR: National Wraparound Initiative, Research and Training Center for Family Support and Children's Mental Health.
- Castillo, E. G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., 3rd, Docherty, M., Aguilera Nunez, M. G., Barcelo, N., Goodsmith, N., Halpin, L. E., Morton, I., Mango, J., Montero, A. E., Rahmanian Koushkaki, S., Bromley, E., Chung, B., Jones, F., Gabrielian, S., Gelberg, L., Greenberg, J. M., ... & Wells, K. B. (2019). Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Current psychiatry reports*, 21(5), 35. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1017-0>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41–45. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 303-312.
- *Chen, L., Wang, Y., & Zhang, Y. (2021). A new application of TMR: A study on implicit self esteem. *Curr Psychol* <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01883-5>
- *Childs-Fegredo, J., Burn, A.M., & Duschinsky, R. (2021). Acceptability and Feasibility of Early Identification of Mental Health Difficulties in Primary Schools: A Qualitative Exploration of UK School Staff and Parents' Perceptions. *School Mental Health* 13, 143–159. <https://doi.org/10.1007/s12310-020-09398-3>

- *Clay, J., Eaton, J., Gronholm, P.C., Semrau, M., & Votruba, N. (2020). Core components of mental health stigma reduction interventions in low- and middleincome countries: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, e164, 1–16.
<https://doi.org/10.1017/S2045796020000797>
- *Cleverley, K., Rowland, E., Bennett, K., Jeffs, L., & Gore, D. (2020). Identifying core components and indicators of successful transitions from child to adult mental health services: a scoping review. *European child & adolescent psychiatry*, 29(2), 107–121.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1213-1>
- Collins, L. M., Murphy, S. A., Nair, V. N., & Strecher, V. J. (2005). A strategy for optimizing and evaluating behavioral interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 65–73. doi:10.1207/s15324796abm3001_8
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control?. *Clinical psychology review*, 18(1), 23–45. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00043-3)
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 327–350.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Embry, D.D. (2004). Community-based prevention using simple, low-cost, evidence-based kernels and behavior vaccines. *Journal of Community Psychology*, 32, 575-591.
- Embry, D. D., & Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: Fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 75–113.
doi:10.1007/s10567-008-0036-x

- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005).
Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South
Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation
Research Network. (FMHI Publication No. 231).
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: predictive
validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of parent
management training. *Behavior therapy, 36*(1), 3–13. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80049-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80049-8)
- *Gould, L. F., Mendelson, T., Dariotis, J. K., Ancona, M., Smith, A. S., Gonzalez, A. A.,
Smith, A. A., & Greenberg, M. T. (2014). Assessing fidelity of core components in a
mindfulness and yoga intervention for urban youth: applying the CORE Process. *New
directions for youth development, 2014*(142), 59–81. <https://doi.org/10.1002/yd.20097>
- *Guo, C., Tomson, G., Guo, J., Li, X., Keller, C., & Söderqvist, F. (2015). Psychometric
evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese
adolescents - a methodological study. *Health and quality of life outcomes, 13*, 198.
<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0394-2>
- Harn, B., Parisi, D., & Stoolmiller, M. (2013). Balancing Fidelity with Flexibility and Fit:
What Do We Really Know about Fidelity of Implementation in Schools? *Exceptional
Children, 79*(3), 181–193. <https://doi.org/10.1177/001440291307900204>
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of
substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and
transportability. *Mental health services research, 1*(3), 171–184.
<https://doi.org/10.1023/a:1022373813261>

- *Hughes, F., Stavely, H., Simpson, R., Goldstone, S., Pennell, K., & McGorry, P. (2014). At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre model for Australian communities. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 22(3), 228–234. <https://doi.org/10.1177/1039856214530479>
- Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Tres enfoques para el análisis de contenido cualitativo. *Qual Health Res* 15: 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jensen, P. S., Weersing, R., Hoagwood, K. E., & Goldman, E. (2005). What is the evidence for evidence-based treatments? A hard look at our soft underbelly. *Mental health services research*, 7(1), 53–74. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1965-3>
- *Johnson, T., Byers, K. D., Byrnes, K., Davis-Groves, S. a., & McDonald, T. P. (2013). Obtaining stakeholder consensus on the core components of a parent support and training model for parents of children with serious emotional disturbances. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(3), 211–219. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4317>
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 3(3), 241–246. <https://doi.org/10.1023/a:1019902902119>
- Leko, M. M., Roberts, C. A., & Pek, Y. (2015). A Theory of Secondary Teachers' Adaptations When Implementing a Reading Intervention Program. *The Journal of Special Education*, 49(3), 168–178. <https://doi.org/10.1177/0022466914546751>
- *Lippman, S.A, Maman, S., MacPhail, C., Twine, R., & Peacock, D. (2013)

Conceptualizing Community Mobilization for HIV Prevention: Implications for HIV Prevention Programming in the African Context . PLoS ONE 8(10): e78208.

doi:10.1371/journal.pone.0078208

*Magee, K. (2020). Maintaining the Therapeutic Alliance When Reporting Child Maltreatment: Recommendations for Mental Health Clinicians. *Journal of contemporary Psychotherapy*, 51 (1), 9-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09476-2>

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet (London, England)*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Mowbray, C.T., Holder, M. & Teague, G.B. (2003). Fidelity criteria: development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation* 24:315–340

*Mangaoil, R. A., Cleverley, K., & Peter, E. (2020). Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Clinical nursing research*, 29(7), 479–495. <https://doi.org/10.1177/1054773818791085>

*Markström, U., Svensson, B., Bergmark, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2018). What influences a sustainable implementation of evidence-based interventions in community mental health services? Development and pilot testing of a tool for mapping core components. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 27(5), 395–401. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417544>

McGrew, J. H., & Griss, M. E. (2005). Concurrent and predictive validity of two scales to assess the fidelity of implementation of supported employment. *Psychiatric*

rehabilitation journal, 29(1), 41–47. <https://doi.org/10.2975/29.2005.41.47>

*McNeely, C. A., Sprecher, K., Bates-Fredi, D., Price, O. A., & Allen, C. D. (2020).

Identifying Essential Components of School-Linked Mental Health Services for Refugee and Immigrant Children: A Comparative Case Study. *The Journal of school health*, 90(1), 3–14. <https://doi.org/10.1111/josh.12845>

*Michalopoulou, G., Taormina, S. P., Laney-King, D., Klisz-Hulbert, R., & Arfken, C.

(2021). Not Reinventing the Wheel: Adapting Treatment Foster Care Oregon to Public Mental Health. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 72(1), 110–113.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900611>

Odom, S. L. (2009). The Tie That Binds. *Topics in Early Childhood Special Education*,

29(1), 53–61. <https://doi.org/10.1177/0271121408329171>

*Pan, W., Wang, T., Wang, X., Hitchman, G., & Wang, L. (2014). Identifying the Core

Components of Emotional Intelligence: Evidence from Amplitude of Low-Frequency Fluctuations during Resting State. *PLoS ONE* 9(10): e111435.

[doi:10.1371/journal.pone.0111435](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111435)

Parry T. S. (1992). The effectiveness of early intervention: a critical review. *Journal of*

paediatrics and child health, 28(5), 343–346. [https://doi.org/10.1111/j.1440-](https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1992.tb02688.x)

[1754.1992.tb02688.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1992.tb02688.x)

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B.

(2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146.

<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009).

Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health*, 36(1), 24– 34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>

* Rasku, T., Kaunonen, M., Thyer, E., Paavilainen, E. & Joronen, K. (2019). The core components of Community Paramedicine – integrated care in primary care setting: a scoping review. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2019; 33: 508– 521.

*Riebe, G., Fan, M. Y., Unützer, J., & Vannoy, S. (2012). Activity scheduling as a core component of effective care management for late-life depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(12), 1298–1304. <https://doi.org/10.1002/gps.3784>

*Robertson, L.J., & Szabo, C.P. (2017). Community mental health services in Southern Gauteng: An audit using Gauteng District Health Information Systems data. *S Afr J Psychiat*. 2017;23(0), a1055. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v23i0.1055>

Schoenwald, S. K., Garland, A. F., Chapman, J. E., Frazier, S. L., Sheidow, A. J., & Southam-Gerow, M. A. (2011). Toward the effective and efficient measurement of implementation fidelity. *Administration and policy in mental health*, 38(1), 32–43. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0321-0>

Schleiden, S., Klingler, C., Bertram, T., Rogowski, W. H., & Marckmann, G. (2013). What is personalized medicine: sharpening a vague term based on a systematic literature review. *BMC medical ethics*, 14, 55. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-55>

*Schnittger, R. I., Walsh, C. D., Casey, A. M., Wherton, J. P., McHugh, J. E., & Lawlor, B. A. (2012). Psychological distress as a key component of psychosocial functioning in community-dwelling older people. *Aging & mental health*, 16(2), 199–207. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.604024>

*Sendzik, L., Ö Schäfer, J., C Samson, A., Naumann, E., & Tuschen-Caffier, B. (2017).

Emotional Awareness in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of youth and adolescence*, 46(4), 687–700.

<https://doi.org/10.1007/s10964-017-0629-0>

*Skeen, S., Laurenzi, C. A., Gordon, S. L., du Toit, S., Tomlinson, M., Dua, T.,

Fleischmann, A., Kohl, K., Ross, D., Servili, C., Brand, A. S., Dowdall, N., Lund, C., van der Westhuizen, C., Carvajal-Aguirre, L., Eriksson de Carvalho, C., & Melendez-Torres, G. J. (2019). Adolescent Mental Health Program Components and Behavior Risk Reduction: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 144(2), e20183488.

<https://doi.org/10.1542/peds.2018-3488>

*Skopp, N. A., Bush, N. E., Vogel, D. L., Wade, N. G., Sirotin, A. P., McCann, R. A., &

Metzger-Abamukong, M. J. (2012). Development and initial testing of a measure of public and self-stigma in the military. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 1036–

1047. <https://doi.org/10.1002/jclp.21889>

*Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N.

(2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and

adults. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 58(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>

*Steindl, S. R., Tellegen, C. L., Filus, A., Seppälä, E., Doty, J. R., & Kirby, J. N. (2021).

The Compassion Motivation and Action Scales: a self-report measure of compassionate and self-compassionate behaviours. *Australian Psychologist*, 56(2), 93–110.

[doi:10.1080/00050067.2021.1893110](https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1893110)

Stevens, M. (2011). The costs and benefits of early interventions for vulnerable children and

families to promote social and emotional wellbeing: economics briefing. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, UK.

*Stevens, K., Thambinathan, V., & Hollenberg, E. (2021). Core components and strategies for suicide and risk management protocols in mental health research: a scoping review. *BMC Psychiatry* 21, 13. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03005-0>

Teague, G. B., Mueser, K. T., & Rapp, C. A. (2012). Advances in fidelity measurement for mental health services research: four measures. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(8), 765–771. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100430>

*Thombs, B. D., Adeponle, A. B., Kirmayer, L. J., & Morgan, J. F. (2010). A brief scale to assess hospital doctors' attitudes toward collaborative care for mental health. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(4), 264–267. <https://doi.org/10.1177/070674371005500410>

*van den Heuvel, M., Bodden, D., Moerbeek, M., Smit, F., & Engels, R. (2019).

Dismantling the relative effectiveness of core components of cognitive behavioural therapy in preventing depression in adolescents: protocol of a cluster randomized microtrial. *BMC psychiatry*, 19(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2168-6>

*Vanderploeg, J. J., Franks, R. P., Plant, R., Cloud, M., & Tebes, J. K. (2010). Extended Day Treatment: A Comprehensive Model of After School Behavioral Health Services for Youth. *Child & youth care forum*, 38(1), 5–18. <https://doi.org/10.1007/s10566-008-9062-6>

Webster-Stratton, C. & Herman K.C., (2010). Disseminating Incredible Years Series Early Intervention Programs: Integrating and sustaining services between school and home. *Psychology in the Schools*, 47, 36-54.

Figura 1

Diagrama de flujo de las diferentes fases de la búsqueda.

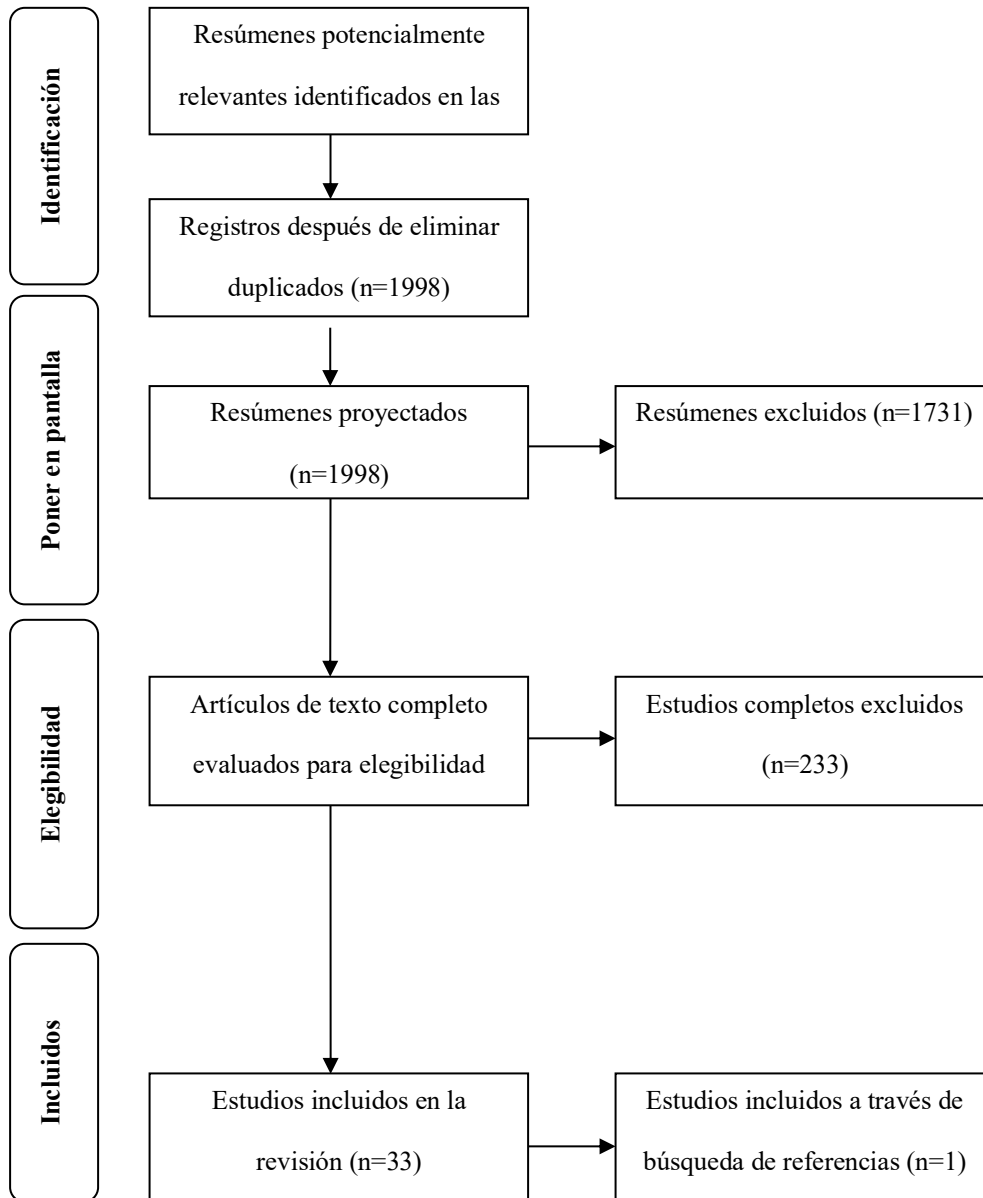


Figura 2

Modelo Ecológico para Componentes Centrales: Dimensiones y Subcategorías.

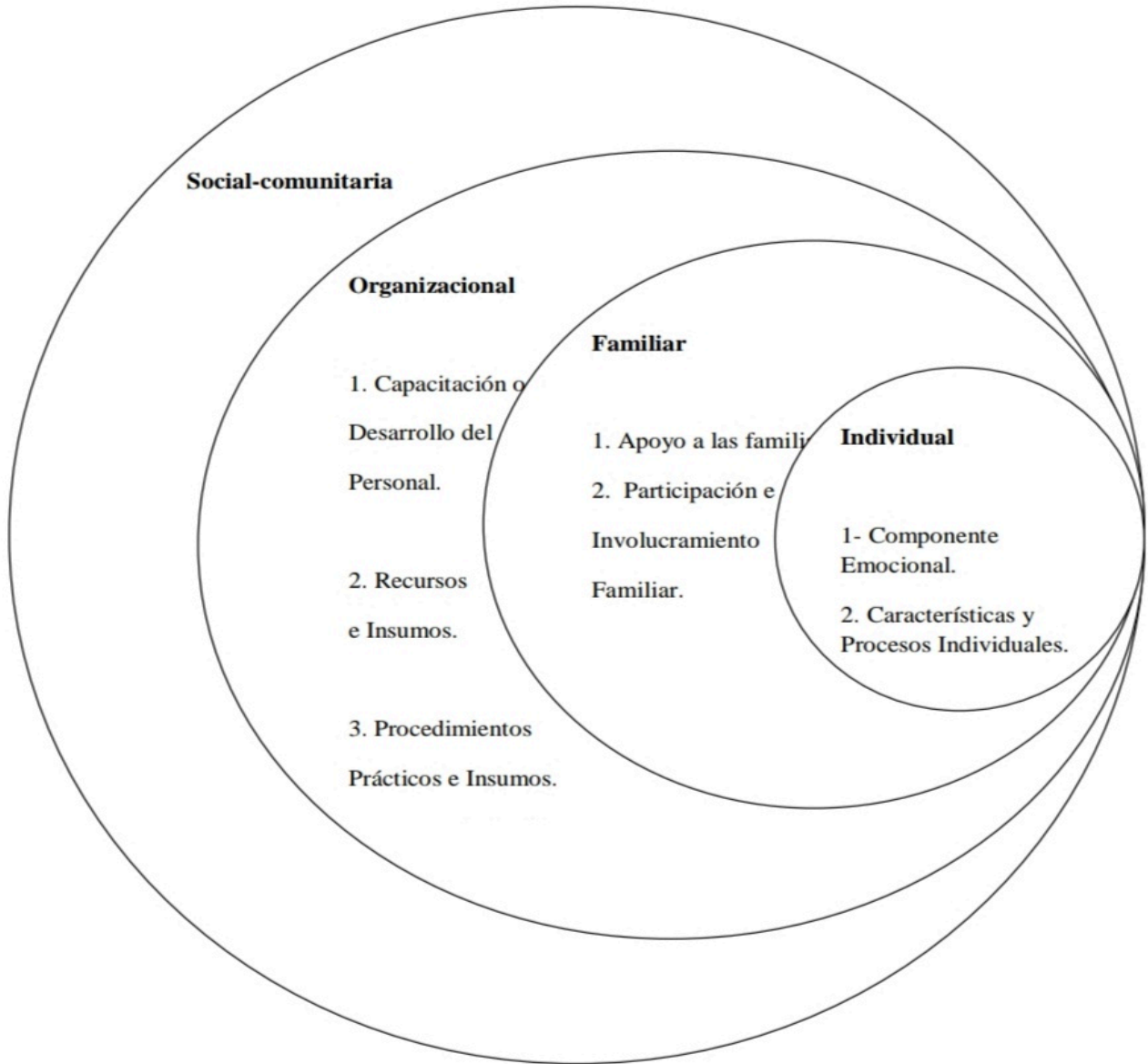


Tabla 2*Dimensión 2: Familiar*

Sub-categoría	Componente Central	Bodin et al. (2015)	Hughes et al. (2014)	Johnson et al.(2013)	Vanderploeg et al. (2008)	Branson et al.(2017)	McNelly et al.(2019)
Apoyo a las familias.	Foro de padres.	x					
	Programas familiares y apoyo familiar de pares.		x				
	Comprensión de las necesidades de la familia..			x			
	Terapia familiar.				x		
Participación e involucramiento familiar.	Participación / participación de la juventud y la familia.					x	
	Participación familiar.						x

Tabla 3

Dimensión 3: Organización

Sub-categoría	Mangaoil et al. (2018)	Childs-Fegredo et al.(2021)	Stevens et al. (2021)	Branson et al.(2017)	Bodin et al. (2015)	Lippman et al.(2013)	Michalopoulou et al. (2020)	McNelly (2021)	Robertson et al.(2017)	Vanderploeg et al. (2008)	Hughes et al. (2014)	Broder-Fingert et al.(2019)	Clay et al.(2020)	Johnson et al.(2013)	Gould et al. (2014)	Magee et al. (2020)	Cleverly et al.(2018)	Markström et al.(2017)	Thombs et al.(2010)	Rasku et al.(2019)	Riebe et al.(2012)	Asiamah et al.(2021)	Skeen et al.(2012)	Spencer et al. (2021)
Capacitación o desarrollo del personal.	x	x	x	x		x						x	x											
Recursos e insumos.			x				x	x	x	x														
Procedimientos prácticos y cuidados.			x					x		x	x	x		x	x	x								
Gestión interna.	x		x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x

Nota: el detalle de los CC de esta dimensión se encuentra en anexo, dado su elevado número.

Tabla 4*Dimensión 4: Social-comunitaria*

Componente Central	Hugues et al.(2014)	Clay et al.(2020)	Guo et al. (2015)	Vanderploeg et al.(2008)	Lippman et al.(2013)	Branson et al.(2017)	Allen et al. (2021)	Skoop et al. (2012)	Schnittge et al. (2012)	Rasku et al.(2019)
Educación comunitaria y conciencia.	x									
Programas grupales.	x									
Participación juvenil y apoyo de los compañeros.	x									
Cultura.		x								
Preocupaciones compartidas.					x					
Conciencia crítica.					x					
Actividades / acciones colectivas.					x					
Cohesión social.					x					
Estigma público								x		
Terapia grupal.				x						
Competencia cultural.						x				
Participación de la comunidad.										x
Apoyo social.									x	
Bienestar social.			x							
Oportunidades.							x			

Anexo

Lista de Componentes Centrales para la Dimensión Organizacional.

Capacitación o desarrollo del personal:

- Capacitación. Stevens et al.(2021)
- Dotación de personal. Clay et al.(2020)
- Liderazgo organizacional. Lippman et al.(2013)
- Capacitación. Broder-Fingert et al.(2019)
- Políticas, procedimientos y liderazgo de la agencia. Branson et al.(2017)
- Formación. Mangaoil et al.(2018)
- Capacitación de maestros. Childs-Fegredo et al. (2021)

Recursos e insumos:

- Recursos educativos para el personal de investigación. Stevens et al.(2021)
- Recursos educativos para participantes de la investigación. Stevens et al.(2021)
- Instalaciones residenciales comunitarias. Robertson et al. (2017)
- Servicios para pacientes. Robertson et al. (2017)
- Guarderías. Robertson et al. (2017)
- Servicios de crisis 24 horas. Vanderploeg et al. (2008)
- Apoyo con necesidades básicas. McNelly et al.(2017)
- Desafíos: financiación y recursos. Michalopoulou et al. (2020)

Procedimientos prácticos y cuidados:

- Cuidado de la fase aguda. Hughes et al. (2014)
- Cuidado de paciente hospitalizado. Hughes et al. (2014)
- Evaluación y atención domiciliaria. Hughes et al. (2014)
- Cuidado continuo. Hughes et al. (2014)
- Intervenciones médicas. Hughes et al. (2014)
- Intervenciones psicológicas. Hughes et al. (2014)
- Un programa de recuperación funcional. Hughes et al. (2014)
- Supervisión clínica y de investigación. Stevens et al. (2021)
- Intervenciones afectivas. Johnson et al. (2013)
- Planificación del tratamiento. Vanderploeg et al. (2008)
- Medio terapéutico estructurado. Vanderploeg et al. (2008)
- Evaluación psiquiátrica y manejo de medicamentos. Vanderploeg et al. (2008)
- Recreación terapéutica y terapias expresivas. Vanderploeg et al. (2008)
- Actividades de desarrollo juvenil positivo. Vanderploeg et al. (2008)
- Planificación del alta. Vanderploeg et al. (2008)
- Respirar para acomodarse al comienzo de cada sesión. Gould et al.(2014)
- Practicar posturas de yoga. Gould et al.(2014)
- Practicar el trabajo de respiración. Gould et al.(2014)
- Libro de trabajo del Navegador. Broder-Fingert et al. (2019)
- Lista de verificación del navegador. Broder-Fingert et al. (2019)
- Apoyo para adaptarse a una nueva cultura y lenguaje. Mcnelly et al. (2017)
- Apoyos emocionales y conductuales. Mcnelly et al. (2017)
- Alianza terapéutica. Magee (2017)

Gestión interna:

- Estrategias de evaluación y gestión de riesgos. Stevens et al. (2021)
- Gestión de casos. Hughes et al. (2014)
- Acceso a stream para jóvenes. Hughes et al. (2014)
- Fácil acceso al servicio. Hughes et al. (2014)

- Acceso a camas sub-agudas para jóvenes. Hughes et al. (2014)
- Alcance móvil. Hughes et al. (2014)
- Asociaciones. Hughes et al. (2014)
- Desarrollo de la fuerza laboral. Hughes et al. (2014)
- Trabajo normativo. Bodin et al. (2015)
- Política de transición. Cleverly et al. (2018)
- Seguimiento y supervisión de la transición. Cleverly et al. (2018)
- Preparación de la transición. Cleverly et al. (2018)
- Planificación de la transición. Cleverly et al. (2018)
- Transferencia de cuidado. Cleverly et al. (2018)
- Finalización de la transferencia. Cleverly et al. (2018)
- Diseño del programa. Clay et al. (2020)
- Hacer un seguimiento. Clay et al. (2020)
- Mensajería. Clay et al. (2020)
- Focalización. Clay et al. (2020)
- Nivel de sistem. Markström et al. (2017)
- Componentes a nivel organizativo local. Markström et al. (2017)
- Componentes a nivel de equipo. Markström et al. (2017)
- Estrategias continuas de apoyo. Markström et al. (2017)
- Estructuras / redes organizacionales. Markström et al. (2017)
- Prioridades inmediatas. Johnson et al. (2013)
- Compromiso inicial. Johnson et al. (2013)
- Cualificaciones / Características de un PST. Johnson et al. (2013)
- Política original de la FCSC. Johnson et al. (2013)
- Actitudes hacia el manejo de problemas de salud mental. Thombs et al. (2010)
- Actitudes hacia la consulta de psiquiatría. Thombs et al. (2010)
- Evaluación exhaustiva. Vanderploeg et al. (2008)
- Detección y evaluación. Branson et al. (2017)
- Servicios e intervenciones. Branson et al. (2017)
- Desarrollo y apoyo de la fuerza laboral. Branson et al. (2017)
- Promoción de un entorno de agencia seguro. Branson et al. (2017)
- Colaboración entre sistemas. Branson et al. (2017)
- Políticas y procedimientos a nivel del sistema. Branson et al. (2017)
- Aseguramiento y evaluación de la calidad. Branson et al. (2017)
- Revisar material previo (es decir, poses y técnicas de respiración previamente enseñadas).
- Discutir beneficios y relevancia de las actividades de intervención para la salud y Bienestar. Gould et al. (2014)
- Participar en una reflexión silenciosa que involucre atención enfocada. Gould et al. (2014)
- Asignar tareas para fomentar el uso de la intervención prácticas fuera de las sesiones del programa. Gould et al. (2014)
- Monitoreo de fidelidad. Broder-Fingert et al. (2019)
- Remisión a la navegación. Broder-Fingert et al. (2019)
- Lingüística y corretaje cultural. Broder-Fingert et al. (2019)
- Encuentros completos. Broder-Fingert et al. (2019)
- Identificación de barreras. Broder-Fingert et al. (2019)
- Colaboración entre múltiples agencias. Rasku et al. (2019)
- Prevención centrada en el paciente. Rasku et al. (2019)
- Resultados del programa: rentabilidad y experiencias de los pacientes.(Rasku)
- Programación de actividades. Riebe et al. (2012)
- Enseñanza. Asiamah et al.(2021)
- Investigación. Asiamah et al.(2021)

- Evaluación de los estudiantes. Asiamah et al.(2021)
- Terminología. Mangaoil et al. (2018)
- Tipo. Mangaoil et al. (2018)
- Reflexión crítica. Mangaoil et al. (2018)
- Proceso iterativo. Mangaoil et al. (2018)
- Documentación. Mangaoil et al. (2018)
- Seguimiento. Mangaoil et al. (2018)
- Desafío: regulación. Michalopoulou et al. (2019)
- Desafío: Culturas del sistema. Michalopoulou et al. (2019)
- Educación sobre alcohol y drogas. Skeen et al. (2019)
- Desarrollo de la alfabetización en materia de género. Spencer et al. (2021)
- Fomento de la resiliencia. Spencer et al. (2021)
- Yendo más allá de lo binario. Spencer et al. (2021)
- Apoyando lo positivo orientado al placer sexualidad. Spencer et al. (2021)
- Establecer conexiones empoderadoras con intervenciones médicas. Spencer et al. (2021)