



**“Año de la reconciliación nacional”**

**PROYECTO: EQUIP “Asegurando la calidad en el apoyo psicológico por parte de proveedores de salud mental no especializados en el distrito de Carabayllo.”**

## RESUMEN DEL PROTOCOLO

<b>Título:</b>	Asegurando la calidad en el apoyo psicológico de proveedores de salud mental no especializados en el distrito de Carabaylo.
<b>Institución financiadora:</b>	U.S. Agency for International Development (USAID)
<b>Institución ejecutora:</b>	Socios En Salud Sucursal Perú (SES)
<b>Población</b>	Proveedores de Salud Mental no especializados que realizan intervenciones psicológicas de baja intensidad en el distrito de Carabaylo.
<b>Duración de intervención:</b>	24 meses
<b>Meta del estudio</b>	Informar el desarrollo de la plataforma EQUIP, asegurando su viabilidad, aceptabilidad, utilidad, confiabilidad y validez, para asegurar la calidad en la provisión de apoyo psicológico por parte de proveedores de salud mental no especializados.
<b>Objetivos principales</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la viabilidad, la aceptabilidad y la utilidad de la plataforma EQUIP percibida por los proveedores de salud mental no especializados.</li> <li>2. Evaluar la confiabilidad, la validez y la sensibilidad al cambio de las herramientas de evaluación de competencia de la plataforma EQUIP.</li> </ol>
<b>Objetivos específicos</b>	<p><b>OE1:</b> Adaptar los materiales y herramientas de la plataforma EQUIP al contexto local.</p> <p><b>OE2:</b> Realizar capacitaciones piloto para actores simulados, en base a los materiales de la plataforma EQUIP.</p> <p><b>OE3:</b> Comparar la capacitación remota utilizando la plataforma EQUIP en relación a la capacitación tradicional remota (TAU).</p>
<b>Actividades</b>	<p><b>OE1:</b> Adaptar los materiales y herramientas de la plataforma EQUIP al contexto local.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la traducción de materiales EQUIP con un equipo técnico capacitado.</li> <li>• Capacitar a actores y evaluadores para juegos de roles en base a competencias básicas y competencias específicas.</li> <li>• Evaluar la confiabilidad entre evaluadores (IRR) utilizando instrumentos para evaluar competencias básicas y específicas.</li> <li>• Realizar la capacitación y calificación del piloto (opcional) con los actores y evaluadores utilizando las herramientas de evaluación de competencias básicas y competencias específicas.</li> <li>• Revisar las herramientas y los resúmenes de casos simulados y posteriormente reentrenar a los actores y evaluadores con los materiales modificados, para afinar la tasa de confiabilidad (IRR).</li> </ul> <p><b>OE2:</b> Realizar capacitaciones piloto para actores simulados, en base a los materiales de la plataforma EQUIP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenar a los capacitadores y los supervisores en la plataforma EQUIP utilizando los materiales adaptados de la fase 1.</li> <li>• Evaluar antes de la capacitación (T0): a todas las personas entrenadas (n=5-8) en juegos de roles basados en competencias básicas y específicas.</li> <li>• Realizar la capacitación en base a la plataforma EQUIP: con juegos de roles de competencias básicas y específicas, brindando retroalimentación.</li> <li>• Evaluar después del entrenamiento (post-entrenamiento) (T1): realizando juego de roles basado en competencias básicas y específicas.</li> </ul>

- Realizar intervenciones con el cliente simulado, con supervisiones basadas en EQUIP (uso de materiales de EQUIP).
- Entrevistas a informantes claves (EIC) y realización de grupos focales (GF), con la participación de todos los personajes de la organización y un pequeño grupo de personas entrenadas [actores que tienen el rol de personas entrenadas o proveedores de salud] (n=5)
- Informar los hallazgos cualitativos y cuantitativos de las capacitaciones, en la reunión con todas las sedes del estudio. Posteriormente, se modificarán los materiales de la plataforma EQUIP, según los resultados expuestos en la reunión.
- Realizar la capacitación a los supervisores, capacitadores, evaluadores y actores, sobre las modificaciones realizadas en los materiales de la plataforma EQUIP.

**OE3:** Comparar la capacitación en base a la capacitación tradicional (TAU), con la capacitación utilizando la plataforma EQUIP.

*Capacitación tradicional de manera remota (TAU):*

- Evaluantes de la capacitación (T0): todos los proveedores de salud capacitados (n=16) realizan juegos de roles basados en competencias básicas y específicas.
- Realizar capacitación tradicional (TAU) con capacitadores que no participaron de la preparación previa del material de la plataforma EQUIP.
- Evaluar de manera remota, después de la capacitación (T1): Utilizando juego de roles basado en competencias básicas y específicas.
- Entrevistas a informantes claves (EIC) de manera remota donde participan los personajes de la organización, proveedores de salud mental y usuarios de la intervención del brazo TAU.
- Realizar la intervención tradicional, de manera remota, donde participa el proveedor de salud y el cliente, con supervisor que no participó en las fases anteriores.
- Evaluar de manera remota, después de la supervisión (T2): mediante juegos de roles basados en competencias básicas y específicas.
- Realizar un reporte de los resultados de la intervención con los usuarios (n=3 usuarios por proveedor de salud).

*Capacitación en base a la plataforma EQUIP de manera remota:*

- Evaluar de manera remota, antes de la capacitación (T0) todos los proveedores de salud capacitados (n=16) participan de los juegos de roles basados en competencias básicas y específicas.
- Realizar la capacitación remota basada en la plataforma EQUIP, mediante juegos de roles de competencias básicas y específicas.
- Evaluar de manera remota, después de la capacitación (T1), realizando juegos de roles basados en competencias básicas y específicas.
- Entrevistas a informantes claves (EIC) de manera remota, donde participan los personajes de la organización, proveedores de salud mental y usuarios de la intervención del brazo EQUIP.
- Realizar intervenciones con el cliente basados en la plataforma EQUIP, de manera remota.
- Evaluar de manera remota, después de la supervisión (T2) realizando juego de roles basados en competencias básicas y específicas.
- Realizar un reporte de los resultados de la intervención, con los usuarios (n=3 usuarios por proveedor de salud).

<p><b>Metodología de la Intervención</b></p>	<p>Intervención de cohorte prospectiva con enfoque cuantitativo y cualitativo.</p>
<p><b>Descripción de la intervención</b></p>	<p>El presente proyecto tiene como propósito implementar una plataforma que ayude a mejorar la calidad de intervenciones psicológicas de baja intensidad realizada por proveedores de salud mental no especializados (Agentes Comunitarias de Salud) en el distrito de Carabayllo. Este es un proyecto desarrollado por investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Universidad George Washington y Socios En Salud Sucursal Perú (SES). Para el proceso de la implementación, se contará con la participación de actores (que simularán roles de proveedores de salud mental y de usuarios), supervisores, evaluadores, capacitadores, proveedores de salud mental no especializados y usuarios. Mediante el uso de juegos de roles basados en competencias específicas y básicas, se probará la plataforma EQUIP. En la última fase, se realizará la comparación entre la capacitación remota de la intervención tradicional (TAU), y la capacitación remota basada en la plataforma EQUIP, en esta etapa se incluirán a los usuarios (mujeres gestantes) y a las Agentes comunitarias de salud.</p>

## Contenido

1. Resumen del proyecto .....	7
2. Información General.....	8
4. Justificación y Antecedentes .....	12
5. Meta y Objetivos del estudio .....	14
5.2. Objetivos Generales: .....	15
5.3. Objetivos específicos:.....	15
1. Adaptar los materiales y herramientas de la plataforma EQUIP al contexto local. ....	15
2. Realizar capacitaciones piloto para actores simulados, en base a los materiales de la plataforma EQUIP. ....	15
3. Comparar la capacitación utilizando la plataforma EQUIP en relación a la capacitación tradicional (TAU). ....	15
6. Diseño de Estudio.....	15
6.1. Actividades Preliminares .....	18
6.2. Fase Uno.....	19
6.3. Fase Dos.....	19
6.4. Fase Tres .....	20
7. Ajustes .....	24
8. Intervenciones psicológicas y de apoyo psicosocial.....	25
8.1. Detalles de entrenamiento y supervisión para la intervención.....	26
9. Métodos de recolección de datos.....	28
9.1. Recopilación de datos cualitativos.....	28
9.2. Instrumentos.....	30
9.2.1. Medidas de resultado primarias - medidas de evaluación de la competencia.....	30
9.2.2. Medidas de resultado secundarias - monitoreo del cliente y medidas de resultado ..	36
9.3. Participantes.....	36
9.4. Cronograma de recolección de datos .....	38
9.5. Análisis Cualitativo .....	42
9.6. Análisis Cuantitativo .....	44
9.7. Tamaño de la muestra.....	45
10. Consideraciones de seguridad.....	49
10.1. Informe de eventos adversos.....	51
11. Gestión y protección de datos.....	52
12. Resultados esperados del estudio .....	52

12.1. Difusión de resultados y política de publicación.....	53
12.2. Próximos pasos y generalización de los resultados.....	53
13. Cronograma (duración del proyecto).....	54
14. Consentimiento informado y formularios de asentimiento.....	54
15. Lista de apéndices.....	55
16. Referencias.....	56

## 1. Resumen del proyecto

El objetivo de este proyecto es implementar una **plataforma para la capacitación y supervisión** de proveedores de salud mental y apoyo psicosocial, incluidos los proveedores *sin* capacitación especializada en salud mental. Esta plataforma, titulada **Asegurando la calidad en el apoyo psicológico (EQUIP Ensuring Quality In Psychological Support)**, es un recurso que se está desarrollando con la finalidad de incluir (a) materiales para evaluar competencias básicas y específicas, (b) capacitación a proveedores de salud mental en competencias básicas y específicas y (c) guía de implementación para conducir entrenamientos basados en las competencias. La plataforma EQUIP está diseñada para ayudar a los capacitadores y los supervisores que trabajan con proveedores de salud mental, que realizan intervenciones psicológicas de baja intensidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e intervenciones psicológicas no relacionadas con la OMS.

La investigación abordará dos objetivos:

*Objetivo 1.* Determinar la **viabilidad, la aceptabilidad y la utilidad** de la plataforma EQUIP percibida por los proveedores de salud mental no especializados.

*Objetivo 2.* Evaluar la **confiabilidad, la validez y la sensibilidad al cambio** de las herramientas de evaluación de competencia de la plataforma EQUIP.

Para profundizar los hallazgos, se evaluará la plataforma EQUIP en siete (7) países: Etiopía, Kenia, Líbano, Perú, Uganda, Zambia y Jordania. Los sitios varían según los tipos de intervención psicológica, los beneficiarios, la experiencia de los capacitadores y los antecedentes de los aprendices. En cada sitio, la investigación seguirá un modelo de tres fases: en la primera fase, los materiales de la plataforma EQUIP (herramientas de evaluación de competencias, juegos de roles, materiales de capacitación de competencias básicas y específicas) se traducirán al idioma local y se adaptarán al contexto cultural y a las características específicas de la intervención. Se capacitará al personal designado de cada organización, en la evaluación de competencias utilizando herramientas y realizando juegos de roles, que serán practicados y modificados por el equipo local. En la segunda fase, se realizarán hasta dos entrenamientos de práctica con los materiales EQUIP con un pequeño grupo de proveedores de salud mental no especializados. Después de la segunda fase, los investigadores de las 7 sedes se reunirán para compartir las lecciones aprendidas y revisar los materiales. Durante la tercera fase, se realizarán las capacitaciones con la plataforma EQUIP mejorada, evaluando cualitativamente la viabilidad, aceptabilidad y utilidad percibida de las herramientas de la plataforma EQUIP. Se realizarán las evaluaciones de competencia antes de la capacitación, posterior a la capacitación y se realizará una supervisión posterior que recopilará los datos de prestación de servicios y los resultados obtenidos. Estas medidas cuantitativas se utilizarán para calcular la confiabilidad y validez psicométrica de las herramientas de la plataforma. En algunos sitios, la capacitación basada en EQUIP se comparará con la capacitación de enfoques tradicionales, para evaluar las diferencias en las competencias y los resultados del cliente como una medida adicional de validez.

El estudio se realizará en 12 meses desde la preparación del estudio y contaremos con 12 meses adicionales para el análisis de datos. Aproximadamente 12 miembros del personal del estudio (supervisores, capacitadores, evaluadores de competencias, actores de juego de roles),

32 proveedores de salud mental no especializados y 96 usuarios se inscribirán. Para aquellos usuarios que presenten alguna condición de riesgo de salud mental, como pensamiento suicida u otras emergencias, serán remitidos a centros de atención especializada en la comunidad. El **resultado esperado del estudio** será el mejoramiento de la calidad de la plataforma EQUIP como un bien público global de la OMS aprobado y que sea viable, aceptable, confiable y válido. EQUIP será utilizado por gobiernos, organizaciones humanitarias, instituciones educativas y profesionales de la asistencia para diseñar e implementar capacitación basada en competencias para la entrega de calidad de intervenciones psicológicas y apoyo psicosocial a la comunidad.

## 2. Información General

**Título de Proyecto:** Asegurando la calidad en el apoyo psicológico (EQUIP)

**Nombre del patrocinador / financiador:** U.S. Agency for International Development (USAID), Awards 67929 & 66714, USAID Consolidated grant: GHA-G-00-09-00003 (Enmiendas 30 y 37)

### Nombre y Título de Investigadores

---

#### **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

##### **Alison Schafer, PhD**

Oficial técnico  
Organización Mundial de la Salud (OMS)  
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27, Switzerland<sup>L1</sup><sub>SEP</sub>  
Correo: [aschafer@who.int](mailto:aschafer@who.int)  
Teléfono: +41762013175  
Responsabilidad: Líder del programa EQUIP

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27, Switzerland<sup>L1</sup><sub>SEP</sub>  
Correo: [vanthofe@who.int](mailto:vanthofe@who.int)

Responsabilidad: Miembro del equipo EQUIP que apoya los elementos de guía de implementación de la plataforma EQUIP. Ser el punto focal de la OMS para socios implementadores de investigación y garantizar el cumplimiento de los protocolos de ética e investigación.

##### **Mark van Ommeren, PhD**

Coordinador  
Organización Mundial de la Salud (OMS)  
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27, Switzerland<sup>L1</sup><sub>SEP</sub>  
Correo: [vanommerenm@who.int](mailto:vanommerenm@who.int)  
Teléfono: +41227913619  
Responsabilidad: Coordinador del Equipo de Evidencia, Investigación y Acción sobre Trastornos Mentales y Cerebrales (MER), Dentro del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Última responsabilidad para la implementación del programa.

##### **Sarah Watts, PhD**

Consultor  
Organización Mundial de la Salud (OMS)  
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27, Switzerland<sup>L1</sup><sub>SEP</sub>  
Correo: [wattss@who.int](mailto:wattss@who.int)  
Teléfono: +33769013411  
Responsabilidad: Miembro del equipo de EQUIP que desarrolla materiales de capacitación de competencias básicas para la plataforma EQUIP

##### **Edith van 't Hof, PhD**

Oficial técnico  
Organización Mundial de la Salud (OMS)

#### **UNIVERSIDAD GEORGE WASHINGTON**

##### **Brandon Kohrt, MD, PhD**

Universidad George Washington, Departamento de Psiquiatría  
212 L St NW, Suite 600, Washington DC, 20037  
Correo: [bkohrt@gwu.edu](mailto:bkohrt@gwu.edu)



Responsabilidad: Socio Académico Líder de EQUIP (redacción y revisión del protocolo, supervisión de pistas de investigación del sede, análisis de datos, difusión de hallazgos)

**Gloria Pedersen, MSc**

Universidad George Washington, Departamento de Psiquiatría

212 L St NW, Suite 600, Washington DC, 20037

Correo: [gapedersen@gwu.edu](mailto:gapedersen@gwu.edu)

Responsabilidad: EQUIP Academic Partner - Research Associate (redacción y revisión de protocolos, coordinación con equipos de investigación de la sede, análisis de datos, redacción de informes)

**Katherine Ottman, MSc**

Universidad George Washington, Departamento de Psiquiatría

212 L St NW, Suite 600, Washington DC, 20037

Correo: [keottman@gwu.edu](mailto:keottman@gwu.edu)

Responsabilidad: EQUIP Academic Partner - Research Associate (redacción y revisión de protocolos, coordinación con equipos de investigación de la sede, análisis de datos, redacción de informes)

**SEDES DE CAMPO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**1. ETIOPÍA (Centro para las víctimas de tortura)**

**Maki Katoh, MS**

Co-investigador

Centro para las víctimas de tortura (Ethiopia)

MAG International Building, GERJI

Bole Sub City

Woreda 14 Kebele 11 house no. NEW

Addis Ababa

P.O.B 24483 code 1000

Correo: [mkk1210@hotmail.com](mailto:mkk1210@hotmail.com)

Teléfono: +251 (1) 16291199

Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**Shannon Golden, PhD**

Co-investigador

Centro para las víctimas de tortura

2356 University Avenue West, Suite 430

St. Paul, MN 55114

Correo: [sgolden@cvt.org](mailto:sgolden@cvt.org)

Teléfono: +1 6124362863

Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**2. KENIA (Universidad de Washington)**

**Pamela Collins, MD, MPH**

Co-investigador

Universidad de Washington

Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Departamento de Salud Global  
1510 NE San Juan Road

Seattle, Washington 98195

Correo: [pyc1@uw.edu](mailto:pyc1@uw.edu)

Teléfono: +12066161138

Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**Muthoni Mathai, MD, PhD**

Co-investigador (Nairobi Líder de sede)

Universidad de Nairobi

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias de la Salud

P.O. Box 30197

Nairobi, Kenya

Correo: [muthonimathai@gmail.com](mailto:muthonimathai@gmail.com)

Teléfono: +254727329904

Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**3. LEBANON LÍBANO (War Child Holland)**

**Mark Jordans, PhD**

Co-investigador

War Child Holland

Helmholtzstraat 61-G

1098 LE Amsterdam

The Netherlands

Correo: [mark.jordans@warchil.nl](mailto:mark.jordans@warchil.nl)

Teléfono: +31204227777

Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**May Aoun, MSc**

War Child Holland

Helmholtzstraat 61-G

1098 LE Amsterdam

The Netherlands

Correo: [may.aoun@warchild.nl](mailto:may.aoun@warchild.nl)

Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**4. PERÚ (Partners in Health)**

**Carmen Contreras**

Co-investigador

Socios En Salud Sucursal Perú

Calle Los Geranios 312

Lince, 15046 Perú

Correo: [ccontreras\\_SES@pih.org](mailto:ccontreras_SES@pih.org)

Teléfono: +51996590685

Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**Jerome Galea, PhD, MSW**

Co-investigador

Universidad de Florida del Sur

Facultad de Ciencias de la Comunidad y del

Comportamiento

Escuela de trabajo social  
4202 E. Fowler Avenue, MHC 1416 A  
Tampa, FL 33620, USA  
Correo: jeromegalea@usf.edu  
Teléfono: +18139742610  
Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**5. UGANDA (Healthright International)**

**Wietse Tol, PhD, MA**

Co-investigador  
Healthright International  
14 E 4th Street, 3rd Fl.  
New York, NY 10012  
Correo: wtol@jhu.edu  
Teléfono: +14106142940  
Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**Josephine Akellot, MClínPsych**

Co-investigador (Uganda Líder de sede)  
Healthright International  
14 E 4th Street, 3rd Fl.  
New York, NY 10012  
Correo: Josephine.Akellot@healthright.org  
Teléfono: +256772619334  
Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**6. ZAMBIA (Universidad Johns Hopkins)**

**Laura Murray, PhD, MA**

Co-investigador  
Universidad Johns Hopkins  
Bloomberg Escuela de Salud Pública, Departamento  
de Salud Mental  
624 N. Broadway Street, 8th Floor  
Hampton House, Baltimore, MD 21205  
Correo: lmurra15@jhu.edu  
Teléfono: +19176170234  
Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**Izukanji Sikazwe, MPH, MB.ChB**

Co-investigador (Lusaka Líder de sede)  
Centro para la Investigación de Enfermedades  
Infecciosas en Zambia (CIDRZ)  
P.O. Box 34681  
Lusaka, Zambia 10101  
Teléfono: +260950693971  
Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

**7. JORDANIA (Universidad de New South Wales)**

Richard Bryant, PhD, DSc  
Universidad de Nueva Gales del Sur, Escuela de  
Psicología  
Sydney, NSW, 2052 Australia  
Correo: r.bryant@unsw.edu.au  
Responsabilidad: Equipo de investigación de la sede

### 3. Lista de Abreviaciones

- ❖ CETA: Tratamiento de elementos comunes
- ❖ CHW: Trabajador comunitario de salud
- ❖ CVT: El Centro de Víctimas de la Tortura
- ❖ EASE: Habilidades de la adolescencia temprana para las emociones
- ❖ EESS: Establecimientos de Salud
- ❖ ENACT: Mejora de la evaluación de los factores terapéuticos comunes
- ❖ EQUIP: Asegurando la calidad en el apoyo psicológico
- ❖ Group ACT: Facilitación grupal. Evaluación de factores terapéuticos comunes
- ❖ HRI Uganda: Derecho de salud Internacional en Uganda
- ❖ IFH: Instituto de Salud Familiar
- ❖ IPT: Psicoterapia interpersonal
- ❖ IPT-G: Grupo de psicoterapia interpersonal
- ❖ LMIC: Países de bajos y medianos ingresos
- ❖ MMH: Salud mental materna
- ❖ MH: Salud Mental
- ❖ MHPSS: Salud mental y apoyo psicosocial
- ❖ PHCWs: Trabajadores de atención primaria de salud
- ❖ PIH: Partners in Health
- ❖ PM+: Gestión de problemas más
- ❖ PPS: Programa de Pensamientos Saludables
- ❖ PSC: Consejeros psicosociales
- ❖ PSS: Apoyo psicosocial
- ❖ SES: Socios En Salud
- ❖ SH+: Autoayuda Plus
- ❖ TF-CBT: Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma
- ❖ THP: Programa Pensamiento Saludable
- ❖ VHT: Equipo de salud de la aldea (cuadro de trabajadores comunitarios de salud en Uganda)
- ❖ WEACT: WE- Evaluación de factores terapéuticos comunes, versión infantil.
- ❖ WHO: Organización Mundial de la Salud

## 4. Justificación y Antecedentes

Cada vez se evidencian más pruebas de que los proveedores de salud mental no especializados o con una formación mínima, pueden proporcionar eficazmente apoyo psicosocial e implementar intervenciones psicológicas de baja intensidad para trastornos mentales comunes y trastornos por uso de sustancias en entornos de bajos recursos. Los tratamientos psicológicos brindados por no especialistas en salud mental, en entornos de bajos recursos, tienen una eficacia comparable a la de los estudios de alto ingreso en países de intervenciones especializadas<sup>1</sup>.

“Las intervenciones de baja intensidad se refieren a intervenciones que no dependen de especialistas y son terapias breves, modificadas basadas en la evidencia, que incluyen guías de autoayuda y de salud mental”<sup>2</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) enumera las siguientes categorías de ejemplo: versiones breves, básicas, no entregadas por especialistas, de tratamientos psicológicos basados en la evidencia existente (por ejemplo, versiones básicas de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal). Esto incluye materiales de autoayuda basados en principios de tratamiento psicológico que están basados en la evidencia, en forma de libros de autoayuda, materiales audiovisuales de autoayuda e intervenciones de autoayuda en línea o basadas en aplicaciones; así como, autoayuda guiada en forma de programas individuales o grupales, brindando a las personas orientación en el uso de los materiales de autoayuda mencionados anteriormente<sup>3</sup>. Además, las intervenciones de baja intensidad son especialmente adecuadas para las comunidades afectadas por la adversidad, ya que utilizan menos recursos que las hacen más adaptables.

De otro lado el, apoyo psicosocial se refiere a las intervenciones que están “diseñadas para abordar los efectos psicológicos del conflicto, incluidos los efectos sobre el comportamiento, las emociones, los pensamientos, la memoria y el funcionamiento, y los efectos sociales, incluidos los cambios en las relaciones, el apoyo social y el estado económico”<sup>4</sup>. Además, el término psicosocial enfatiza, “la estrecha conexión entre los aspectos psicológicos de la experiencia y los aspectos sociales más amplios de la experiencia, incluida la capacidad humana, la ecología social, la cultura y los valores”<sup>5</sup>. Para el propósito de este estudio, las intervenciones psicológicas y psicosociales de baja intensidad se seleccionaron utilizando los criterios anteriores y asegurando que las intervenciones sean de libre acceso para el público.

Para asegurar el éxito de estas intervenciones fuera del contexto de los ensayos de investigación que requieren un uso intensivo de recursos, es crucial desarrollar programas de capacitación y supervisión **que produzcan proveedores competentes en intervenciones de apoyo psicológico y psicosocial**. Un elemento necesario para lograr este objetivo es el desarrollo de herramientas y procedimientos para evaluar la competencia de las personas entrenadas (proveedores de salud mental no especializados) para llevar a cabo estas intervenciones y luego hacer que los resultados de la evaluación de la competencia sean fácilmente comprensibles para los capacitadores y supervisores y así, puedan intervenir en las áreas donde se identifican bajas competencias.

En el contexto de las intervenciones psicológicas y psicosociales, la competencia se refiere a "la medida en que un terapeuta (incluidos los proveedores de salud mental no especializados) tiene el conocimiento y la habilidad necesaria para administrar un tratamiento estándar y que logre los efectos esperados"<sup>6</sup>. La competencia generalmente se evalúa a través de juegos de roles estructurados, en los que los usuarios simulados, que son capacitados en una intervención, ayudan a mejorar la capacidad de las personas entrenadas, para desarrollar habilidades claves de una intervención. Los juegos de rol como este se usan comúnmente en la capacitación y evaluación de profesionales de la salud en forma de evaluaciones clínicas estructuradas observadas (ECEO) con pacientes simulados<sup>7,8</sup>.

La plataforma **Asegurando la calidad en el apoyo psicológico (EQUIP)** se desarrolló a partir de la necesidad de contar con herramientas de evaluación de competencias y materiales de capacitación de contención psicoemocional de fácil implementación que se puedan utilizar con especialistas y no especialistas de salud mental, en diversos entornos mundiales. EQUIP fue concebido como una plataforma dinámica para que las organizaciones y los individuos obtengan herramientas de evaluación de competencia y juegos de roles estandarizados para evaluar a los participantes en intervenciones psicológicas y psicosociales. Sobre la base de los resultados que se obtengan acerca de las evaluaciones de competencia, la plataforma EQUIP proporcionaría recursos para modificar los programas de capacitación y/o proporcionar retroalimentación a las personas entrenadas antes de que brinden atención en entornos del mundo real. Con este fin, la plataforma EQUIP también incluirá diversos recursos de implementación, capacitación y orientación.

La necesidad de estas herramientas específicas de evaluación de la competencia y materiales de capacitación, se identificó en mayo de 2018, durante un Taller de Teoría del Cambio realizado por el equipo EQUIP de la OMS con profesionales de primera línea en servicios psicológicos, clínicos, personal de capacitación y supervisión de organizaciones no gubernamentales e investigadores. Los cuatro elementos clave (ver **Figura 1**) de la plataforma serán: (a) herramientas de competencia para la evaluación de elementos no específicos (competencias básicas) y elementos de práctica específicos; (b) resúmenes de casos simulados incluidos en juegos de roles para realizar evaluaciones de competencias; (c) materiales de instrucción sobre cómo llevar a cabo evaluaciones de competencias (capacitación de usuarios simulados, establecimiento de confiabilidad entre evaluadores al realizar evaluaciones de competencias, uso de herramientas de calificación e interpretación de resultados); y (d) materiales de instrucción sobre cómo integrar las evaluaciones de competencias en las capacitaciones y la supervisión (dar retroalimentación a los participantes, modificar los programas de capacitación, retroalimentación a capacitadores y supervisores), incluida la capacitación de las competencias básicas y los materiales de retroalimentación. Los elementos adicionales de la plataforma EQUIP incluirán la orientación del capacitador, los recursos de capacitación, por ejemplo, estudios de casos, videos, actividades para usar durante la capacitación y la guía de implementación programática de enfoques psicológicos e intervenciones.

**Figura 1.** Componentes de la plataforma EQUIP.

En resumen, la plataforma EQUIP incluirá guías de implementación y herramientas relacionadas con capacitaciones basadas en competencias, especialmente aquellas con poca o ninguna experiencia en la prestación de intervenciones de apoyo psicológico y psicosocial. EQUIP se difundirá como una plataforma dinámica que busca generar evidencia que se convertirá en un bien público global aprobado por la OMS.

## 5. Meta y Objetivos del estudio

### 5.1. Meta del estudio:

Implementar la plataforma EQUIP, asegurando su viabilidad, aceptabilidad, utilidad, confiabilidad y validez, para asegurar la calidad en la provisión de apoyo psicológico por parte de proveedores de salud mental no especializados.

## 5.2. Objetivos Generales:

1. Determinar la viabilidad, la aceptabilidad y la utilidad percibida por los proveedores de salud mental no especializados, de la plataforma EQUIP para facilitar la evaluación de las competencias y emplear los resultados de la evaluación, mejorar la capacitación de competencias básicas y específicas y optimizar la supervisión de los proveedores de salud mental no especializados en intervenciones psicológicas de baja intensidad.
2. Evaluar la confiabilidad y validez de las herramientas de evaluación de competencias básicas y específicas, basadas en la tasa de confiabilidad entre los evaluadores de las herramientas, lo que permitirá detectar cambios en la competencia durante el curso de capacitación y supervisión, y la asociación con métricas de prestación de servicios y resultados del cliente en la intervención psicológica.

## 5.3. Objetivos específicos:

1. Adaptar los materiales y herramientas de la plataforma EQUIP al contexto local.
2. Realizar capacitaciones piloto para actores simulados, en base a los materiales de la plataforma EQUIP.
3. Comparar la capacitación remota utilizando la plataforma EQUIP en relación a la capacitación tradicional remota (TAU).

## 6. Diseño de Estudio

La investigación seguirá un modelo de tres fases que está alineado a cada uno de los objetivos específicos (ver Tabla 1). En la primera fase, los materiales EQUIP (herramientas de evaluación de competencias, juegos de roles, materiales de capacitación de competencias básicas) se traducirán al idioma local y se adaptarán al contexto cultural y a las características específicas de la intervención. Se capacitará al personal de la organización local en la calificación de la evaluación de competencias utilizando las herramientas y realizando juegos de roles. Los juegos de roles serán practicados y modificados por el equipo local. En la segunda fase, se realizarán entre uno y dos entrenamientos de práctica con los materiales EQUIP con un pequeño grupo de aprendices que no son especialistas en salud mental. Después de la segunda fase, los investigadores, se reunirán con el equipo investigador principal, para compartir las lecciones aprendidas y revisar los materiales. En la tercera fase, se llevará a cabo capacitaciones con la plataforma EQUIP completa, evaluando cualitativamente la viabilidad, aceptabilidad y utilidad percibida. En esta fase, las evaluaciones de competencia realizadas antes de la capacitación, la capacitación posterior y la supervisión posterior se recopilarán junto con los datos de prestación de servicios y los resultados del cliente. Estas medidas cuantitativas se utilizarán para calcular la confiabilidad y validez psicométrica de las herramientas.

Tabla 1. Fases del proyecto EQUIP \*

<b>Primera Fase (Adaptación material)</b>	<b>Segunda Fase (materiales EQUIP pilotos en entrenamiento)</b>	<b>Tercera fase (capacitación remota basada en EQUIP completa y capacitación comparativa remota opcional)*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptación y traducción de materiales EQUIP con capacitadores de la organización.</li> <li>• Capacitar a actores y evaluadores para juegos de roles en base a competencias básicas y específicas (usando un resumen de casos simulados)</li> <li>• Establecer la confiabilidad entre evaluadores (IRR)</li> <li>• Piloto usando las herramientas con personas entrenadas anteriormente:</li> <li>• Calificar las sesiones actuales: piloto de sesiones actuales con personas entrenadas previamente. (opcional)</li> <li>• Revisar herramientas y resumen de casos simulados utilizados en el piloto con actores y usuarios.</li> <li>• Reentrenar a los actores y evaluadores para afinar la taza de confiabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitadores y supervisores entrenados con la plataforma EQUIP utilizando materiales adaptados de la Fase 1.</li> <li>• Evaluación previa a la capacitación (T0): todas las personas entrenadas (n = 5-8) participan en juegos de roles basados en competencias</li> <li>• Capacitación basada en EQUIP: capacitación realizada con juegos de roles de competencias básicas y competencias específicas, obteniendo la retroalimentación de los capacitados.</li> <li>• Evaluación post-entrenamiento (T1): juego de rol basado en competencias.</li> <li>• Intervenciones del cliente con supervisión basada en EQUIP: uso de materiales EQUIP</li> <li>• Evaluación posterior a la supervisión (T2): juego de roles basados en competencias</li> <li>• En la reunión con todas las sedes, se informarán los hallazgos cualitativos y cuantitativos del Piloto, se utilizarán para modificar los materiales y enfoques de EQUIP; Modificar e incluirlas adaptaciones.</li> <li>• Capacitadores, supervisores, evaluadores y actores, de ser necesario, reciben capacitación sobre cualquier modificación de los materiales y enfoques de EQUIP.</li> </ul>	<p><b>Comparación del entrenamiento remoto TAU y entrenamiento remoto basado en la plataforma EQUIP: Capacitación en la cual los resultados de la evaluación de la competencia no se comparten con capacitadores y personas entrenadas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación previa a la capacitación (T0): todos los participantes (n= 16) realizan juegos de roles basados en competencias.</li> <li>• Entrenamiento tradicional: TAU realizado como lo hizo previamente la organización, con un capacitador que no participó en la preparación del material EQUIP.</li> <li>• Evaluación post-entrenamiento (T1): juego de roles basados en competencias.</li> <li>• Intervenciones de manera remota con el cliente con supervisión tradicional: supervisión remota realizada como lo hizo previamente la organización, con un supervisor que no participó en la preparación del material EQUIP</li> <li>• Evaluación remota posterior a la supervisión (T2): juegos de roles basados en las competencias.</li> <li>• Resultados de usuarios y servicios: recopilación de resultados de usuarios y servicios de manera remota (n=3 usuarios )</li> </ul> <p><b>Entrenamiento remoto bajo la plataforma EQUIP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación remota previa a la capacitación (T0): todas las personas entrenadas (n= 16) participan en juegos de roles basados en competencias:</li> <li>• Capacitación remota basada en EQUIP: capacitación remota realizada con juegos de roles de competencias básicas y competencias específicas.</li> <li>• Evaluación remota posterior a la capacitación (T1): juego de roles basados en competencias.</li> <li>• Intervenciones de manera remota con el cliente basados en la plataforma EQUIP utilizando materiales EQUIP.</li> <li>• Evaluación remota posterior a la supervisión (T2): juego de roles Basados en competencias.</li> <li>• Resultados de usuarios y de la intervención: recopilación de los resultados de usuarios y de la intervención de manera remota con (3 usuarios)</li> </ul>



\* La tercera fase es el contenido revisado por el Comité de Ética. Las dos primeras fases se consideraron exentas por la revisión de ética de la OMS.

## 6.1. Actividades Preliminares

**Desarrollo de herramientas** - Las herramientas de competencia se están desarrollando para las siguientes competencias: (1) competencias básicas, (2) técnicas en sesión, (3) compromiso con el tratamiento, (4) otras técnicas, (5) otros servicios; y para habilidades específicas de tratamiento: (6) cognitivo, (7) interpersonal, (8) activación conductual, (9) resolución de problemas, (10) mejora motivacional y (11) terapia de trauma basada en la exposición. Cada dominio de competencia contendrá aproximadamente de 5 a 15 elementos que se pueden calificar en una escala Likert de 4 puntos por "potencialmente dañino", "no logrado", "logrado" y "logrado con éxito". Las herramientas se han desarrollado en base a revisiones de componentes presentes en manuales para proveedores de salud no especializados y la revisión existente de herramientas de evaluación de competencias. La información que se obtuvo permitió adaptar y tener una nueva versión del instrumento de evaluación ENACT (ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors).

La plataforma EQUIP (conformada por personal de Socios En Salud Sucursal Perú (SES) y los socios académicos de EQUIP de la OMS, guiarán a la organización (SES) a través de los pasos de adaptación y modificación. Esto se adaptará al enfoque específico de intervención y entrega, a los usuarios, el idioma de los usuarios y el personal de la organización, los modismos apropiados y la terminología de salud mental para las herramientas, el número de sesiones que se evaluarán, el número de juegos de roles, etc.

**Desarrollo de Resúmenes de casos simulados-** Se desarrollarán resúmenes de casos simulados que pueden ser realizadas por personal capacitado de la organización en juegos de roles simulados. Los resúmenes de casos simulados guían al cliente simulado para que actúe como si fuera un cliente de una de las intervenciones seleccionadas. Habrá un juego de roles básico para las competencias básicas; componentes de juego de roles para otras técnicas (por ejemplo, relajación, atención plena, planificación de seguridad); y múltiples juegos de roles para cada una de las habilidades específicas de tratamiento: cognitivo, interpersonal, resolución de problemas, etc. Estos se pueden agregar según la estructura de la sesión de la intervención (por ejemplo, los elementos de los resúmenes de casos simulados de Activación de comportamiento se modificarán para los componentes de Enfrentando Problemas Plus y Banca de Amistad (Friendship Bench). Se capacitará al personal de la organización como usuarios simulados y como evaluadores. La plataforma EQUIP incluirá información para guiar la capacitación. Los evaluadores deberán lograr una buena tasa de confiabilidad entre evaluadores (IRR) y los usuarios simulados deben poder desempeñar sus roles de manera consistente de acuerdo con los requisitos de los resúmenes de casos simulados.

**Pautas de evaluación de competencias** - Se están desarrollando pautas para preparar a quienes actuarán como usuarios simulados y evaluadores de competencias. Los lineamientos incluirán pasos para la adaptación, la implementación de capacitaciones y supervisión, la calificación, el logro de la tasa de confiabilidad entre evaluadores, etc. Los materiales de orientación adicionales tratarán sobre cómo interpretar los resultados de la competencia y cómo incorporar esos resultados a la capacitación que brinda la organización; y las prácticas de

supervisión, incluidas las prácticas de retroalimentación para personas entrenadas que necesitan desarrollo de habilidades suplementarias.

## 6.2. Fase Uno

El núcleo de este protocolo de investigación es la implementación de los siguientes nueve pasos. Estos pasos llevarán a la organización desde la fase de selección inicial de la plataforma EQUIP, a la preparación, planificación y capacitación, para evaluar las competencias en las capacitaciones, y poder usar los resultados de la competencia para modificar las actividades de capacitación y supervisión; finalmente comparar la competencia con los resultados del cliente

**1) Selección de herramientas y resumen de casos simulados** –: La organización utilizará la plataforma EQUIP para seleccionar las herramientas apropiadas y los esquemas de resumen de casos simulados para la evaluación de la competencia, en función de la intervención psicológica que están utilizando, el formato (grupo versus individuo), el rango de edad (adultos versus niños / adolescentes) y cualquier otro factor contextual relevante (p.e. la disponibilidad de servicios de referencia).

**2) Adaptación de herramientas, resumen de casos simulados y diseño del plan de implementación:** La plataforma EQUIP (en conjunto con el personal EQUIP de la OMS y los socios académicos) guiará a la organización a través de los pasos de adaptación y modificación. Esto se adaptará al enfoque específico de intervención y entrega, la población de usuarios, el idioma de los usuarios y el personal de la organización, los modismos apropiados y la terminología de salud mental para las herramientas, el número de sesiones que se evaluarán, el número de juegos de roles, etc.

**3) Capacitación de usuarios simulados y evaluadores de competencia:** El personal de la organización serán capacitados como usuarios simulados y como evaluadores. La plataforma EQUIP incluirá información para guiar la capacitación. Los evaluadores deberán lograr una buena tasa de confiabilidad entre los evaluadores, y los usuarios simulados deberán poder desempeñar sus funciones de manera consistente de acuerdo con los requisitos de la viñeta.

## 6.3. Fase Dos

El equipo técnico de EQUIP apoyará a los capacitadores para diseñar una capacitación piloto utilizando estos materiales. El personal de la organización local brindará capacitación a un grupo más pequeño de personas, para ganar experiencia de forma independiente utilizando la plataforma, herramientas y recursos de EQUIP. Esta será una fase crítica para que el equipo de EQUIP obtenga información sobre la viabilidad, la aceptabilidad y la utilidad de la plataforma y sus contenidos, y brinde tiempo para refinar los materiales.

**4) Evaluaciones previas al entrenamiento:** Las herramientas, los evaluadores y los usuarios simulados, ahora están listos para la evaluación previa a la capacitación. Se utilizarán juegos de roles basados en competencias (p.e., Competencias básicas) antes de la capacitación para evaluar las habilidades básicas de las personas entrenadas. El desempeño de las personas entrenadas en estas evaluaciones permitirá a los capacitadores dedicar más o menos tiempo a ciertos módulos de capacitación para satisfacer las necesidades de las personas entrenadas.

Todas las personas entrenadas deberán completar el juego de roles basado en las competencias básicas y otros juegos de roles según corresponda.

**5) Evaluaciones post-entrenamiento:** Las personas entrenadas participarán en otra serie de juegos de roles, ahora centrados en las habilidades específicas para el tratamiento psicológico. Se utilizarán múltiples juegos de roles para evaluar diferentes etapas de la intervención, competencias básicas, técnicas en la sesión, etc.

**6) Incorporación de resultados de competencias en planes de retroalimentación, capacitación y supervisión** – El personal de la organización utilizará la plataforma EQUIP para elaborar planes basados en la evaluación de competencias a mitad de la capacitación. La evaluación a mitad de la capacitación ayudará a los capacitadores a determinar qué temas requieren capacitación adicional en el tiempo restante o mediante retroalimentación o supervisión.

**7) Evaluaciones de supervisión y comentarios:** Se pueden utilizar evaluaciones de competencia adicionales para seguir el progreso a lo largo del tiempo. Esto permitirá a la organización determinar cuándo las personas entrenadas están alcanzando el nivel de competencia necesario para brindar la atención psicológica de manera segura y efectiva. Se proporcionará orientación a través de EQUIP para ajustar la supervisión de acuerdo con los puntajes de competencia.

## 6.4. Fase Tres

Debido a la emergencia sanitaria decretada en Perú en marzo del 2020, SES considera necesaria la modificación de la modalidad de intervención en de las actividades. En este contexto las actividades de la Fase Tres se realizarán bajo la modalidad remota. Ello contempla la adición de la tecnología: (1) En uso de un Chat Bot de tamizaje de depresión de las participantes (Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) a las posibles beneficiarias. (2) Uso de la tecnología durante a capacitación tradicional (TAU) y la capacitación bajo la plataforma EQUIP, a través de videollamadas entre los profesionales del proyecto y las ACS. Se utilizará una metodología participativa y a través de material audiovisual, se podrá generar nuevos aprendizajes relacionados a la estrategia de Pensamiento Saludable. (3) La evaluación previa y después de la capacitación, y posterior a la entrega de la atención, se realizará a través de videollamadas entre las profesionales del estudio, ACS y actrices. Se implementará juegos de roles entre la ACS y actriz y los profesionales del estudio cumplirán con la evaluación el tiempo real y a través de plataformas virtuales (4) La entrega de la atención de las ACS a las gestantes, se realizarán de manera remota a través de videollamadas, con la participación del profesional del estudio. (5) La reevaluación del ACS por el profesional del estudio se realizará una vez por módulo, por videollamada y así poder conocer los resultados del cliente.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la fase tres inicia los pasos desde el número 4 al 7 de la fase dos, pero con la plataforma EQUIP finalizada y bajo la modalidad remota.

**8) Prestación de atención de manera remota, evaluación de la fidelidad y la calidad:** Según la determinación de la organización, los proveedores de salud mental no especializados o “personas entrenadas”, comenzarán a implementar la intervención de manera remota. Con el permiso del cliente, en las sesiones remotas, se hará la conexión por videollamada, para que los

evaluadores puedan escuchar/observar la prestación de la atención en vivo o realizar grabaciones de audio / video para calificar la calidad de las sesiones remotas utilizando versiones modificadas de las herramientas de competencia.

**9) Resultados del cliente que reciben el tratamiento psicológico:** Durante este tiempo, las mediciones de resultados previos y posteriores al tratamiento del cliente se documentarán utilizando herramientas validadas para los entornos donde la organización tiene experiencia en la implementación. Esta medición, se realizará de manera remota, utilizando la herramienta Chatbot de salud mental PHQ-9.

**10) Uso de la comparación de entrenamiento habitual (TAU) de manera remota:** La capacitación de TAU recopilará datos de competencia de las personas entrenadas (capacitación remota previa y posterior a la capacitación y nuevamente la provisión remota de la intervención supervisada) y datos de resultados del cliente. Estos datos se utilizarán como datos de control. Esto incluye un taller entre sedes, que reúne a equipos de capacitación de las siete sedes para explorar la plataforma (casi) final de EQUIP y recibir información sobre los cambios desde su exposición previa a la plataforma en la fase piloto. Los capacitadores utilizarán la plataforma EQUIP completa en la fase tres del estudio, donde ofrecerán una capacitación remota completa basada en EQUIP. Los datos de la evaluación de la competencia y los resultados del cliente y de los alumnos en esta fase, se compararán de forma transversal en diferentes etapas de la capacitación, así como los cambios a lo largo del tiempo para evaluar la confiabilidad y validez de la plataforma para mejorar eficazmente la competencia de los proveedores de salud mental no especializados proporcionando intervenciones de apoyo psicológico y psicosocial. Los resultados de una capacitación remota completa, basada en EQUIP también se pueden comparar con una fase opcional de capacitación TAU.

La **Tabla 2** proporciona una visión general de las diferencias propuestas entre la formación basada en TAU y EQUIP.

**Tabla 2.** Diferencias en la capacitación según lo usual (TAU) y la capacitación y supervisión basadas en EQUIP

	<b>Entrenando como de costumbre (TAU)</b>	<b>Capacitación basada en EQUIP</b>
<i>Selección de personas entrenadas</i>	Las personas entrenadas son seleccionadas de acuerdo con los enfoques actuales por ejemplo, entrevistas, habilidades lingüísticas, experiencia previa, nominación de gobierno u ONG.	<i>Opcional: si lo desea, los juegos de roles de competencia única EQUIP se podrían usar para seleccionar participantes con fortalezas en habilidades básicas por ejemplo, dar un aviso en una entrevista de selección para preguntar a las posibles personas entrenadas cómo podrían responder a un amigo o vecino con una angustia moderada.</i>
<i>Evaluación pre-entrenamiento</i>	Se realiza con los participantes un juego de roles de múltiples competencias de factores comunes (competencias básicas) de manera remota y es calificado independientemente por alguien externo a la capacitación. Las puntuaciones no se proporcionan a las personas entrenadas.	Un juego de roles de múltiples competencias de factores comunes se administra a los participantes y es calificado independientemente por alguien externo a la capacitación. <b>Las puntuaciones se proporcionan al capacitador, quien luego puede adaptar el diseño o el contenido de la capacitación a las áreas de fortalezas y debilidades del grupo de personas entrenadas.</b>
<i>Durante el entrenamiento</i>	La capacitación a las personas entrenadas se brinda como lo haría la organización normalmente según la intervención, de manera remota.	Se pueden emplear los resultados de la evaluación previa a la capacitación y de los juegos de roles de competencia única utilizados en todo el proceso para determinar qué enfoques complementarios de capacitación se podían incorporar. Para la fase 3, se realizará una capacitación remota. A lo largo de la capacitación, se usan juegos de rol de competencias básicas para verificar el desarrollo de habilidades para una mejor atención para los individuos y para todo el grupo de capacitación. Deben utilizarse tanto los factores comunes como los juegos de rol de competencia básica y específicos del tratamiento.
<i>Evaluación post-entrenamiento</i>	Se administran juegos de roles de competencias múltiples de factores básicos y para habilidades específicas de tratamiento a los participantes, de manera remota. Estos se califican de forma independiente. Las puntuaciones obtenidas no se proporcionan al capacitador personas entrenadas supervisor.	Se administran juegos de roles de competencias de múltiples factores básicos y de habilidades específicas de tratamiento a los participantes, de manera remota y se califican de forma independiente. <b>Los puntajes se proporcionan al capacitador y al supervisor, quienes pueden luego supervisar las áreas de fortaleza o debilidad del grupo de personas entrenadas (ya sea en forma individual o en todo el grupo).</b>
<i>Fase de práctica / Fase de Supervisión Intensiva</i>	Los casos de práctica con el cliente y la supervisión se llevan a cabo de acuerdo a los enfoques de intervención que anteriormente se brindaban. Para la fase 3, la práctica con clientes será de manera remota.	A lo largo de la supervisión y los casos de práctica con el cliente, se pueden usar factores básicos y herramientas de evaluación específicas del tratamiento para calificar las sesiones observadas (sesiones de práctica) e informar la necesidad de retroalimentación acerca de las habilidades. Los resultados de las observaciones calificadas con las herramientas de evaluación se pueden usar para seleccionar materiales de capacitación adicionales o para revisar los componentes de la capacitación específica del tratamiento (ya sea con individuos o para todo el grupo). Para la fase 3, se práctica con clientes será de manera remota.

*Evaluación post-supervisión*

Se administran juegos de roles de competencias múltiples de factores básicos y para habilidades específicas de tratamiento a los participantes, de manera remota y se califican de forma independiente. Las puntuaciones no se proporcionan a las personas entrenadas.

Se administran juegos de roles de competencias múltiples de factores *comunes y para habilidades específicas de tratamiento* a los participantes, de manera remota y se califican de forma independiente. Se pueden proporcionar puntuaciones a los capacitadores / evaluadores para considerar la modificación del diseño o el contenido de en capacitaciones futuras.

## 7. Ajustes

Nuestro país tiene una historia nacional de conflicto interno por el cual los ciudadanos quedaron atrapados en la violencia política durante los conflictos revolucionarios (1998-2000, con resurgimientos recientes en 2014), que incluyeron casos documentados de desapariciones forzadas, tortura y una gama de violaciones de los derechos humanos. Los esfuerzos de reconciliación y el apoyo a las familias afectadas siguen sin abordarse en el actual Departamento de Derechos Humanos y Acceso a la Justicia (UNOG, 2018). Perú también tiene una mayor incidencia de depresión perinatal en comparación con otros países, con una prevalencia estimada de aproximadamente el 40% entre las mujeres embarazadas de 16 a 42 años (Matis et al., 2009). Con las mujeres jóvenes llevando desproporcionadamente la carga y las consecuencias de la violencia política, la tortura y muchas otras violaciones de los derechos humanos, es esencial apoyar las necesidades de salud mental de las mujeres jóvenes a medida que se convierten en madres para apoyar el desarrollo saludable de la próxima generación. Otros factores contribuyentes incluyen embarazos no planificados, madres solteras y otros factores sociales probables, como la pobreza y la violencia doméstica. A nivel mundial, aproximadamente entre el 19%–25% de las mujeres perinatales en países de ingresos bajos y medios se ven afectadas por la depresión que, si no se trata, se asocia con problemas de salud adversos para madres y niños.

El desarrollo de las competencias de los trabajadores de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Perú aborda una brecha en la atención general de la salud mental en un país que ha experimentado violencia política masiva y violaciones de los derechos humanos, particularmente para las mujeres jóvenes. La intervención propuesta busca abordar la depresión perinatal de las mujeres embarazadas que utilizan los servicios de salud pública en uno de los distritos más afectados de Lima, el distrito de Carabayllo, Lima, Perú. Las intervenciones en salud mental, especialmente aquellas que usan una intervención de baja intensidad, son muy necesarias en el distrito. Pocas mujeres gestantes tienen acceso a la atención de la depresión. Carabayllo contiene un total de 13 centros de salud (Establecimientos de Salud o EESS), cada uno de los cuales brinda un promedio de 9.5 horas (6-24 horas) de atención médica por día. Solo 3 de estos EESS cuentan regularmente con un especialista en salud mental (psicólogo) y, debido a la abrumadora carga de trabajo de los profesionales de la salud, la salud mental no se percibe como una prioridad principal. En el caso de las mujeres gestantes, la percepción común es que el comportamiento de búsqueda de atención médica debe comenzar al quinto mes de embarazo, siempre que no cumplan con los diagnósticos de complicaciones maternas. La situación se ve exacerbada por las realidades de la naturaleza migratoria y los niveles de conciencia de la población objetivo, que reafirman la necesidad de implementar intervenciones de salud mental para fortalecer el binomio madre-hijo, junto con la atención clínica y nutricional. La intervención propuesta será parte y se basará en un programa existente llamado Programa de Pensamientos Saludables (PPS), que Socios En Salud Sucursal Perú (SES) y profesionales de la salud dentro del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) han estado implementando en el distrito de Carabayllo desde abril de 2017.



## 8. Intervenciones psicológicas y de apoyo psicosocial.

Para optimizar la diversidad con la que se evaluará la plataforma EQUIP, se administrarán diferentes intervenciones y para el presente estudio la **tabla 3** resume las intervenciones y los beneficiarios.

**Tabla 3.** Intervenciones y beneficiarios.

<b>Socio</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Intervención</b>	<b>Población objetivo</b>	<b>Personas entrenadas</b>
Socios En Salud (SES)	Distrito de Carabayllo, Lima.	Programa Pensamiento Saludable (PPS)	Gestantes con Depresión perinatal	Agentes Comunitarias de Salud ( <b>Proveedores de Salud Mental No Especializados</b> )

### **Programa de Pensamientos Saludables, (PPS)**

Esta intervención abordará la brecha en la prestación de servicios para garantizar que las mujeres gestantes tengan acceso a servicios adecuados de salud mental en Carabayllo, mitigando el impacto transgeneracional de las experiencias adversas experimentadas en Perú durante la agitación política y las violaciones de los derechos humanos. La intervención propuesta se basa en un programa existente llamado Programa de Pensamientos Saludables (PPS) o Thinking Healthy Program, que Socios En Salud (SES) y profesionales de la salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) han estado implementando en el distrito de Carabayllo desde abril de 2017 <sup>14</sup>. Thinking Healthy (PSS) es una intervención de la Organización Mundial de la Salud que proporciona pautas basadas en evidencia que los proveedores no especializados (trabajadores de salud comunitarios) pueden implementar intervenciones para reducir la depresión prenatal. Este enfoque psicosocial se creó en torno a principios cognitivo-conductuales basados en la evidencia, y se repiten tres pasos basados en la Terapia Cognitivo Conductual a lo largo del programa, que incluyen "aprender a identificar el pensamiento no saludable", "aprender a reemplazar el pensamiento no saludable con un pensamiento saludable" y "practicar el pensamiento y actuando saludablemente". El programa incluye 16 sesiones individuales de una hora aproximadamente (madre e hijo) agrupadas en cinco módulos (preparación para el bebé, la llegada del bebé, la primera infancia, la primera infancia y la última infancia). Las sesiones incluyen contenido de salud mental, y dentro de la Organización, son realizadas por las Agentes de Salud Mental Comunitaria (ACS) que son supervisados y respaldados por el equipo de psicólogos. En Perú, siete agentes de salud mental comunitarias, fueron capacitados para administrar la intervención a diez mujeres gestantes. Las primeras gestantes se enrolaron en abril de 2017, y el programa ha continuado con éxito desde entonces. Los factores relacionados con el embarazo, así como los impactos residuales de un trauma previo, se abordan comúnmente durante el tratamiento. Para la Fase 3, el Programa de Pensamiento Saludable, será entregado de manera remota. Durante estas videollamadas la ACS desarrollará la sesión de PPS utilizando material físico y audiovisual. Para esta fase, la ACS entregará el primer módulo de PPS, con una duración de 4 semanas.

La base de evidencia para la intervención se presenta en la Tabla 4.

**Tabla 4:** Base de evidencia para la intervención

Intervención	Base de evidencia (publicaciones RCT)
Programa Pensamiento Saludable (PPS)	<p>Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Intervención basada en terapia cognitiva conductual realizada por trabajadores de salud comunitarios para madres con depresión y sus bebés en zonas rurales de Pakistán: un ensayo controlado aleatorizado por grupos. <i>Lancet</i> 2008; <b>372</b> (9642): 902-9.</p> <p>Sikander S, Ahmad I, Atif N, et al. La entrega del Programa Pensamiento Saludable para la depresión perinatal a través de compañeros voluntarios: un ensayo controlado aleatorio grupal en Pakistán. <i>The Lancet Psychiatry</i> 2019; <b>6</b>(2): 128-39.</p>

## 8.1. Detalles de entrenamiento y supervisión para la intervención

Con respecto al monitoreo los profesionales que implementarán PPS (psicólogos con el grado de licenciatura) serán responsables de monitorear a las Agentes Comunitarias de Salud Mental (ACS), una vez por módulo durante la entrega de la intervención en el hogar de la madre. El monitoreo de las ACS se realizará individualmente, de manera remota, utilizando un formulario llamado "Formulario de Evaluación de Campo" que registra datos sobre fidelidad y entrega de la intervención. Para este estudio, el monitoreo se evaluará durante un intervalo de 4 semanas, cada ACS será monitorizada en 1 sesión por cada gestante. Durante la implementación tanto para la capacitación habitual como para el grupo de capacitación basado en EQUIP. Este formulario consta de 18 preguntas con 3 opciones de calificación "Bajo", "Promedio" o "Bueno". La ACS hará un seguimiento del progreso de la implementación de PPS y emitirá informes mensuales al coordinador de PPS. El equipo de monitoreo no será financiado por este proyecto.

**Tabla 5.** Características de implementación para capacitadores, aprendices y usuarios

<b>Institución</b>	<b>Selección de capacitadores</b>	<b>Selección de actores y evaluadores de juegos de rol por competencias.</b>	<b>Selección de personas entrenadas</b>	<b>Selección de Supervisores</b>	<b>Selección de usuarios</b>
Socios En Salud (SES)	Psicólogos de SES con experiencia en proyectos comunitarios de salud mental, liderados por un líder en capacitación (psicólogo), un segundo psicólogo y un ACS de alto nivel.	(1) Actores profesionales con los que Socios En Salud ha trabajado en proyectos anteriores; (2) ACS con más de 3 años de experiencia (3) Proveedores de salud (médicos, obstetras, psicólogos). Todos los personajes mencionados anteriormente, tendrán experiencia en temas de salud materna e infantil.	Las ACS con y sin experiencia previa en THP se seleccionarán según los criterios: Con experiencia en THP: 1) participación como Promotor de Salud en los Establecimientos de Salud de Carabaylo; 2) pasar una entrevista realizada por el psicólogo del programa THP; 3) Asistir a la mayoría de las capacitaciones. Sin experiencia en PPS: 1) pasar por la evaluación por el psicólogo del PPS; 2) asistir a todas las sesiones de entrenamiento del PPS; 3) pasar el post test de entrenamiento	Psicóloga del Programa de Salud Mental, capacitada específicamente para este rol, será responsable de realizar la supervisión durante todo el proceso de intervención.	Las mujeres gestantes que están en el tercer trimestre de gestación, que viven dentro de las jurisdicciones de los 5 EESS del distrito de Carabaylo, Lima, Perú y reciben atención perinatal de este EESS; tener un puntaje de PHQ-9 de 5 o mayor, a través del chatbot de Salud Mental.

## 9. Métodos de recolección de datos

### 9.1. Recopilación de datos cualitativos

En la **Tabla 6**, se presenta la operacionalización de estos seis atributos:

**Tabla 6.** Estudio de dominios de resultados y criterios de operacionalización

<b>Dominio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Operacionalización de variables</b>
<i>Viabilidad</i>	La viabilidad se refiere a la capacidad de usar los materiales de la plataforma EQUIP durante la capacitación y supervisión de intervención psicológica y psicosocial en entornos de bajos recursos	<i>La viabilidad se determinará cualitativamente</i> a través de notas del proceso de implementación y entrevistas cualitativas. Dentro de las entrevistas cualitativas, se le preguntará al personal de la organización (capacitadores, supervisores, etc.) sobre la capacidad para usar los materiales, las barreras potenciales y los facilitadores para usar los materiales, la capacidad para implementar juegos de roles y la oportunidad de modificar la capacitación en función de los resultados de la evaluación de la competencia.
<i>Aceptabilidad</i>	La aceptabilidad se refiere a las actitudes del personal del programa y de los aprendices hacia el uso de la plataforma EQUIP y la participación en juegos de roles de competencia. La aceptabilidad y la viabilidad son conceptos distintos, ya que la viabilidad se refiere a <i>si se puede hacer</i> , mientras que <i>la aceptabilidad se refleja en el caso de que se haga</i> .	<i>La aceptabilidad se determinará cualitativamente</i> a través de entrevistas cualitativas con el personal del programa y los participantes. Se le preguntará al personal del programa si el uso de las evaluaciones de competencia impide la participación o afecta las actitudes tanto del personal como de los participantes. Además, se les preguntará a los participantes sobre la resistencia a la participación en las evaluaciones de juego de roles de competencia y la voluntad de participar en capacitaciones futuras cuando se usen juegos de rol de evaluación de competencia.
<i>Utilidad</i>	La utilidad percibida, también conocida como beneficio percibido, se refiere a las actitudes con respecto al valor agregado de la plataforma EQUIP. Con la evaluación de la viabilidad se puede hacer y la evaluación de la aceptabilidad, si se hace, <i>la utilidad se captura si hacerlo es realmente útil</i> . La utilidad percibida es un indicador sólido de la futura adopción de la plataforma y la incorporación a las capacitaciones.	La utilidad percibida se evaluará cualitativamente a través de entrevistas cualitativas con el personal del programa y los participantes. Se le preguntará al personal del programa sobre el posible valor agregado de la plataforma EQUIP y qué aspectos de la capacitación y la supervisión se benefician. También se explorarán las avenidas para mejorar la utilidad percibida. Se les preguntará a los participantes sobre el valor agregado de evaluar la competencia y usar esos resultados para adaptar las capacitaciones a las necesidades individuales y grupales.

<b>Dominio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Operacionalización de variables</b>
<i>Confiabilidad</i>	<p>La tasa de confiabilidad entre evaluadores (IRR) se refiere a la probabilidad de que dos evaluadores independientes proporcionen puntajes comparables con la calificación del mismo juego de roles. La IRR es importante para asegurar que los puntajes se puedan generalizar dentro y entre entrenamientos. Típicamente, es deseable una IRR igual o superior al 80%.</p> <p>La confiabilidad de la escala se refiere al grado en que los elementos con una medida evalúan el mismo constructo. La confiabilidad a gran escala sugiere que los ítems tienen correlaciones moderadas a fuertes (pero no completas) y que ningún ítem no está correlacionado o tiene una correlación negativa con el puntaje general del instrumento.</p>	<p>La TIR se establecerá haciendo que los evaluadores observen los juegos de roles grabados en video y los califiquen. Se realizarán múltiples rondas de pruebas de TIR hasta que los evaluadores lleguen a un acuerdo de aproximadamente 80% o más. La TIR se evaluará en múltiples etapas a lo largo del estudio cuando se modifiquen los aspectos de la calificación de evaluación de competencia. Además, de acuerdo a los diferentes tipos de evaluadores (p. Ej., Personas entrenadas expertos versus personal solo capacitado en calificaciones o evaluadores pares,) compararemos las calificaciones entre estos grupos.</p> <p>Se evaluará la confiabilidad de escala tanto dentro del país como entre países El alfa de Cronbach se utilizará para estos análisis. Los análisis secundarios que utilizan el análisis factorial y la teoría de respuesta a los ítems se utilizarán para identificar posibles subgrupos de ítems y artículos de bajo rendimiento que pueden afectar la confiabilidad general de las herramientas.</p>
<i>Validez</i>	<p>La validez de contenido se refiere a la medida en que el contenido de los instrumentos/herramientas representa los conceptos a medir.</p> <p>La validez de constructo se refiere a la medida en que una herramienta / instrumento evalúa el constructo teórico que pretende medir. Esto puede incluir evidencia discriminante y convergente.</p> <p>La validez de criterio se refiere a la fuerza de la relación con un criterio externo medible.</p>	<p>La validez del contenido se evaluará mediante dos enfoques. Primero, los capacitadores y supervisores revisarán las herramientas para calificar el grado de una habilidad específica que se necesita para la competencia general en un dominio. En segundo lugar, los capacitadores proporcionarán calificaciones generales de desempeño (por ejemplo, pobre, regular, bueno o excelente) para los alumnos al final de la capacitación y nuevamente al final de la supervisión, y esto se comparará con los puntajes de evaluación de competencia.</p> <p>La validez de constructo se evaluará mediante dos enfoques. Primero, evaluaremos si los puntajes muestran una mejora general con el tiempo en las áreas de contenido clave de la capacitación y supervisión. Si la herramienta no puede capturar la mejora con el tiempo, esto se considerará una indicación para revisar las herramientas. En segundo lugar, evaluaremos la validez discriminante en entornos en los que se realiza un análisis de comparación de entrenamiento habitual para determinar si se pueden identificar las diferencias de grupo.</p> <p>La validez del criterio se evaluará mediante la comparación con dos formas de criterios externos. Primero, compararemos los resultados de la competencia con las métricas del servicio (por ejemplo, calidad del tratamiento, fidelidad, etc.). En segundo lugar, compararemos los resultados de la competencia con los resultados del cliente. Una advertencia importante es que la asociación entre la competencia y los resultados del cliente a menudo son débiles o no observables en la mayoría de los estudios de investigación psicológica, incluso en entornos de altos ingresos, debido a limitaciones de diseño (por ejemplo, no es ético permitir que los profesionales perjudiciales vean al cliente), lograr una asociación estadística entre la competencia y los resultados del cliente no es un requisito previo para las conclusiones generales de validez.</p>

## 9.2. Instrumentos

La recolección de datos incluirá métodos tanto cualitativos como cuantitativos. A continuación, se muestran las herramientas utilizadas para la recopilación cuantitativa de los resultados primarios y secundarios.

### 9.2.1. Medidas de resultado primarias - medidas de evaluación de la competencia

El principal resultado de interés son los niveles de competencia adquiridos por los proveedores de salud mental no especializados. Las herramientas de calificación de competencias serán la principal herramienta de recolección de datos. Las evaluaciones de competencia se utilizarán para respaldar la capacitación y la evaluación de aprendices no especializados durante las diferentes etapas de capacitación y adaptados para evaluar la calidad. Las etapas y el uso de las evaluaciones incluyen la capacitación previa y posterior a la capacitación, luego de la implementación de la intervención. Además, se recopilarán otros métodos de evaluación comúnmente utilizados, como el conocimiento, las actitudes y la autoeficacia percibida, de acuerdo con los protocolos de capacitación o los programas de capacitación estándar de la organización.

El equipo de la OMS y los socios académicos han creado un conjunto de herramientas que abordan múltiples dominios que cubren la prestación de atención de salud mental, incluidas las competencias básicas, las competencias específicas para el tratamiento y las habilidades y técnicas que pueden o no utilizarse durante el tratamiento, como las habilidades de facilitación grupal.

Las siguientes herramientas, que ya se han sometido a dos procesos de revisión por pares, están actualmente en desarrollo para su uso en el estudio:

#### **A. Competencias Básicas**

Mejora de la evaluación de factores terapéuticos (ENACT) (Brandon A. Kohrt et al., 2015a) para uso entre proveedores de servicios que brindan atención psicosocial y de salud mental a adultos. ENACT-15, adaptado para EQUIP, incluye 15 elementos de competencia, cada elemento se combina con un juego de roles de una sola competencia para apoyar la evaluación de las competencias básicas. Cada elemento de evaluación incluye cuatro niveles de evaluación, Nivel 1: potencialmente dañino Nivel 2: No logrado; Nivel 3: Logrado; Nivel 4: Logrado con éxito. ENACT para EQUIP se ha adaptado por dos razones principales: 1) para una mayor generalización al reducir el número de ítems de 18 a 15, y 2) para incorporar cambios después de la revisión por pares de grupos de campo, académicos y ONGs ,incorporación de evaluaciones de competencia única , un cuarto nivel en cada elemento de evaluación y ejemplos de juegos de roles para cada competencia dentro de ENACT; rediseñando la presentación de los ítems de evaluación de un proceso lineal a uno horizontal, y reetiquetando 'elementos de evaluación' a 'elementos de valoración' para promover el empoderamiento. El contenido de los artículos ENACT no ha cambiado.

En el transcurso de la fase 1 y 2 del estudio, el equipo técnico de la Universidad George Washington y la OMS brindaron sugerencias al consorcio EQUIP, sobre la necesidad de traducir y adaptar transculturalmente esta herramienta. Para la presente versión del protocolo, contamos con una nueva versión del instrumento ENACT modificado en cuanto al contenido y forma. La herramienta ENACT, continúa evaluando 15 competencias básicas de factores terapéuticos, sin embargo, las especificaciones de cada competencia y la presentación de los cuadros de valoración ha sido modificadas (Anexo 01).

## **B. Competencias Específicas de Tratamiento**

Se han desarrollado competencias específicas de tratamiento para evaluar las habilidades al entregar componentes de tratamiento específicos. Se han incluido herramientas para seis (6) dominios con un total de 36 competencias, cada una combinada con un juego de roles de competencias únicas. Cada elemento dentro de los dominios incluye cuatro niveles de evaluación, Nivel 1: Potencialmente dañino; Nivel 2: No logrado 3: Logrado; Nivel 4: Logrado con éxito. Los dominios y el número de elementos de competencia son los siguientes:

El equipo de la OMS y los socios académicos apoyarán a la Organización para seleccionar las herramientas de evaluación de competencia y los juegos de roles estandarizados en función de la intervención psicológica que realizan, el formato (grupo vs. Individual), el rango de edad (adultos vs. Niños/adolescentes), y cualquier otro factor contextual relevante. Se proporcionará orientación para las adaptaciones y modificaciones necesarias a las herramientas y/o procesos de evaluación de competencia.

Para la presente intervención, se seleccionaron las siguientes competencias específicas de tratamiento:

- i. Cognitivas: 4 competencias*
  - Psicoeducación sobre la conexión de pensamientos, sentimientos y comportamientos.
  - Vinculando pensamientos, sentimientos y comportamientosIdentificando pensamientos erróneos/poco útiles
  - Desarrollar nuevos pensamientos, sentimientos, comportamientos y asociaciones.
- ii. Interpersonales: 1 competencia*
  - Usar un juego de roles para desarrollar habilidades de comunicación para mejorar las relaciones
  -
- iii. Activación conductual: 1 competencia*
  - Monitoreo del estado de ánimo y actividades

## **C. Otras Competencias**

Relajación y Manejo del estrés para evaluar las habilidades utilizadas para manejar el estrés, como la respiración profunda.

- i. Manejo del estrés: 4 competencias*

- Introduciendo una nueva técnica (luego práctica y repetición)

El equipo de la OMS y los socios académicos apoyarán a la Organización para seleccionar las herramientas de evaluación de competencia y los juegos de roles estandarizados en función de la intervención psicológica que realizan, el formato (grupo vs. individual), el rango de edad (adultos vs. niños / adolescentes), y cualquier otro factor contextual relevante. Se proporcionará orientación para las adaptaciones y modificaciones necesarias a las herramientas y / o procesos de evaluación de la competencia.

Al igual que el ENACT, este instrumento de competencias específicas de tratamiento, ha sido adaptado y modificado según la intervención y contexto. Los cambios están en relación a las especificaciones de las competencias y cuadros de valoración (Anexo N°1)

El uso de juegos de roles se exploró inicialmente con el desarrollo de ENACT en Nepal, y desde entonces se ha utilizado en Uganda y Liberia, Pakistán, y hay estudios en curso en Etiopía, Sudáfrica y Sri Lanka. Dado que los juegos de roles se usan comúnmente como un componente de la capacitación en intervenciones psicológicas, se demostró que el enfoque del juego de roles es viable y aceptable en estos entornos. Los participantes se sintieron cómodos al completar los juegos de roles y encontraron que tenían un valor educativo. Dicho esto, obtendremos información cualitativa sobre la viabilidad, la aceptabilidad y la utilidad percibida del enfoque de juego de roles durante esta investigación EQUIP propuesta. Con respecto a la adaptación cultural, en la adaptación previa de ENACT, los trabajadores psicosociales y de salud mental locales han revisado los juegos de roles y han adaptado los síntomas, las presentaciones y la terminología para que coincidan con sus experiencias profesionales. Planeamos utilizar el mismo enfoque en este protocolo/proyecto. Para los juegos de rol de los factores comunes, se espera contar con una persona que presente angustia psicosocial generalizada que se asemeja a la depresión. Para los juegos de rol específicos del tratamiento, la presentación se adaptará a los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión para esa intervención en ese entorno (es decir, un cliente típico para esa intervención). No utilizaremos los términos "hacia adelante- hacia atrás" debido a las limitaciones de este enfoque cuando se trabaja con términos relacionados a la angustia y a la salud mental.

Proponemos agrupar la escala de cuatro puntos (1 a 4) en dos niveles: 1 y 2 en lugar de 3 y 4. El nivel uno se refiere a potencialmente dañino y el nivel dos se refiere a no mostrar la habilidad deseada. Estos dos niveles serán agrupados como "no competente". El nivel 3 se refiere a hacer la habilidad y el nivel 4 se refiere a hacerlo bien. Estos dos niveles serán agrupados como "competente".

Seguiremos los enfoques previamente establecidos durante el desarrollo de la herramienta ENACT 9 para establecer la confiabilidad entre evaluadores para calificar los juegos de roles. Crearemos videos que demuestren diferentes niveles de competencia en los diferentes elementos. Cuando se capacite a los evaluadores, se usará una combinación de demostraciones en vivo y videos para practicar la calificación y luego analizarán las áreas donde la puntuación difiere. Usaremos esto como una oportunidad para modificar aún más las herramientas para revisar las descripciones de los niveles para contribuir a un mayor acuerdo. Luego, de varias rondas con los evaluadores en entrenamiento, les mostraremos videos que aún no han



observado. Después, calcularemos la tasa de confiabilidad entre observadores (IRR) de medidas individuales para tres videos para determinar si el acuerdo es del 80% o más. Es probable que se planifique usar un sistema de evaluadores múltiples, usaremos medidas promedio IRR. Si los evaluadores específicos obtienen una puntuación diferente de manera consistente, no seleccionaremos esos evaluadores para el resto del estudio. Si continúa habiendo inconsistencias entre muchos evaluadores, continuaremos con el entrenamiento y la modificación de la herramienta. Luego repetiremos la evaluación de IRR de tres videos.

Como paso preliminar, se han propuesto herramientas de evaluación de competencia como se indica en las Tablas 7 y 8. Las competencias se adaptarán y se explorarán otras competencias como el manejo del estrés, la participación de los cuidadores y otros dominios relacionados durante este programa piloto, y por lo tanto, hemos asignado espacio para estas herramientas dentro de las tablas.

**Tabla 7:** Factor común propuesto, facilitación de grupo y otras herramientas de competencia en la intervención.

<b>Intervención</b>	<b>ENACT</b>	<b>WeACT</b>	<b>GroupACT</b>	<b>Manejo del estrés</b>	<b>Participación del cuidador</b>
PPS	X			X	

**Tabla 8:** Tratamiento propuesto. Herramientas de competencia específica en la intervención.

<b>Intervención</b>	<b>Gestión de problemas</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Interpersonal</b>	<b>Mejora motivacional</b>	<b>Activación Conductual</b>	<b>Trauma</b>
PPS		X	X		X	

El equipo EQUIP de la OMS y el equipo de la Universidad George Washington (GWU) trabajarán con el equipo de Socios En Salud en la creación de pautas para implementar las herramientas de competencias, incluidos los procesos de evaluación y la retroalimentación (a continuación, se proporciona un resumen del esquema).

#### Guías de evaluación de competencias propuestas

1. Enfoques basados en competencias para la formación.
2. Explicación del propósito de los juegos de roles de competencia (general)
3. Selección de competencias en función de su intervención planificada.
4. Diseñar escenarios de juego de roles.
5. Capacitación de “usuarios estandarizados” para juegos de roles: los capacitadores, supervisores u otro personal deben poder aprender y representar fácilmente los juegos de roles estandarizados
6. Realización de juegos de roles por competencias (general).
7. Integración de juegos de roles y evaluaciones de competencia en diferentes etapas de capacitación y supervisión
8. Dar retroalimentación constructiva basada en juegos de roles de competencia
9. Incorporación de resultados de evaluaciones de competencia para mejorar la capacitación y supervisión.
10. Competencia vs. fidelidad

11. Documentación de la organización. y mantenimiento de registros para evaluaciones de competencia.
12. Puntuación

Estas guías funcionan conjuntamente con la adaptación y contextualización de la intervención específica y las herramientas EQUIP, que contribuya a la plataforma EQUIP, y posiblemente apoye contextos similares en adaptaciones y orientación para su uso. Herramientas de formación basadas en competencias en el futuro. Un elemento clave en el diseño de la herramienta de competencia es que cada elemento se califica en los niveles de 1-2-3-4. El nivel 1 se refiere al potencial de hacer daño. Por lo tanto, los aprendices que obtengan un 1 en cualquier competencia deberán recibir una retroalimentación antes de trabajar con los usuarios para evitar posibles daños. Si se utiliza un brazo comparativo de TAU, confiaremos en los procedimientos existentes para establecer la seguridad de las personas entrenadas para brindar atención. Por lo tanto, los usuarios no estarán expuestos a un mayor nivel de daño potencial del que lo harían en condiciones normales de capacitación y atención en el mundo real.

#### Seguridad de las personas entrenadas

Nos enfocaremos en aspectos que nos ayuden a garantizar la seguridad de los aprendices durante todo el transcurso de la intervención. Antes de iniciar la intervención, se realizará una entrevista a cada posible persona entrenada, donde se explorará aspectos personales, emocionales y familiares que permitan identificar ciertas dificultades psicoemocionales que interfieran en la adquisición de nuevas habilidades y su respectiva ejecución. Durante la intervención, se realizarán acciones de información, seguimiento, contención y/o derivación, si es que se identifica aspectos de la intervención que estén afectando a los aprendices. Se informará sobre las acciones que realizará, como proveedor de salud mental a personas que sufren de Depresión, y sobre la relación terapéutica que se debería de construir entre ellos para que ambas partes no se sientan afectadas. De igual manera, durante el desarrollo de las capacitaciones, se observará las actitudes que las personas entrenadas puedan mostrar al interactuar con los usuarios estandarizados (actores), los usuarios y los evaluadores, con la finalidad de brindar contención si es que viene sintiéndose vulnerable emocionalmente. Como última acción, podremos derivar a los aprendices a algún Establecimiento de Salud, si el caso amerita de una intervención más profunda.

#### **Figura 2:** Juego de roles de una sola competencia

**COMUNICACIÓN NO VERBAL Y ESCUCHA ACTIVA**

El ayudante debe usar la comunicación no verbal culturalmente apropiada y las habilidades de escucha activa para comunicarse con el cliente para demostrar que están comprometidos y escuchando lo que el cliente está diciendo. Por ejemplo, el ayudante debe sentarse a una distancia cómoda del cliente, organizando los asientos de una manera que no sea intimidante (por ejemplo, sentarse en un ángulo y no directamente enfrente del cliente o detrás de un escritorio), mirar hacia el cliente y sostener una postura abierta (p. ej., hombros hacia atrás, brazos cruzados). El ayudante debe mostrar interés a través de gestos corporales (por ejemplo, inclinándose hacia adentro), indicaciones verbales breves como 'uh-huh', 'hmm' o 'Ya veo' u otras expresiones no léxicas culturalmente apropiadas, y aceptar silencios del cliente al procesar emociones o información. El ayudante no debe interrumpir / detener, al cliente cuando habla, a menos que sea necesario (por ejemplo, hablar sobre un cliente o terminar sus oraciones), en cuyo caso el ayudante debe pedir permiso para la interrupción<sup>1, 3,4</sup>.

**Instrucciones:**  
*Entrenador al Ayudante*  
 "Actuaré como tu cliente en mi primera sesión contigo. Tu función es **escuchar activamente**; presta atención a mis pensamientos y sentimientos mientras comparto algunas de las razones por las que estoy aquí hoy. Fingiremos como si ya me hubieses recibido, y comenzaré explicando por qué estoy aquí."



**Juego de roles:**  
*Comunicación no verbal y Escucha activa*  
**Cliente:** "Me siento muy cansado todo el tiempo, me molesto fácilmente y peleo con mi hermana aunque ella es muy buena conmigo"



**Ayudante (inclinando la cabeza):** "Mmm, ya veo."

**ROL DE JUEGO DE COMPETENCIA INDIVIDUAL**

**El entrenador le indica al ayudante:** "Actuaré como tu cliente en mi primera sesión contigo. Tu función es escuchar activamente; presta atención a mis pensamientos y sentimientos mientras comparto algunas de las razones por las que estoy aquí hoy. Fingiremos como si ya me hubieses recibido, y comenzaré explicando por qué estoy aquí."

*(El entrenador u otro actor capacitado debe actuar como el cliente para este juego de roles)*

**Funciones de juego de roles** El "cliente" describe las razones por las que busca ayuda (por ejemplo, "Me siento muy cansado todo el tiempo, me molesto fácilmente y peleo con mi hermana aunque ella es muy buena conmigo").

El juego de roles debe "detenerse" una vez que la competencia se haya evaluado al seleccionar uno de los elementos a continuación o se han alcanzado 5 minutos.

<p><b>No debería hacer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reírse del cliente</li> <li>• Participar en otras actividades / ignorar al cliente</li> <li>• Interrumpir al cliente sin permiso</li> <li>• Mostrar juicio / uso de expresiones faciales negativas</li> </ul>	<p><b>Debería hacer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar el contacto visual culturalmente apropiado</li> <li>• Hacer movimientos no verbales en todo (por ejemplo, asintiendo con la cabeza)</li> <li>• Siéntese en el ángulo apropiado del cliente</li> <li>• Usar gestos corporales (por ejemplo, inclinarse hacia adentro) e indicaciones verbales (por ejemplo, uh-huh, hmm) para mostrar interés</li> </ul>
---	---

**Ítem de valoración: Marca Uno \***

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
<p>Se ríe del cliente; Participa en otras actividades durante la sesión (por ejemplo, completar el papeleo); O contesta el teléfono móvil sin permiso</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>No hace ningún contacto visual o mira al cliente; Se aleja del cliente o cruza los brazos; No se muestra sincero (carece de sentimientos genuinos) o artificial / antinatural</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tiene una postura abierta y mantiene el contacto visual adecuado durante la sesión, pero muestra una emoción limitada / no tiene interés; No utiliza expresiones no verbales</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Aparece natural y / o sincero; Mantiene el contacto visual apropiado en la sesión; Utiliza expresiones faciales apropiadas; Se sienta con una postura abierta, usa gestos corporales para mostrar interés; Usa "uh-huh", "hmm" u otras indicaciones no verbales culturalmente apropiadas</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

\*Marcar los criterios más bajos cumplidos

### 9.2.2. Medidas de resultado secundarias - monitoreo del cliente y medidas de resultado

El resultado secundario de interés son las variables del nivel de desarrollo de competencias del cliente. El monitoreo del cliente y las medidas de resultados incluirán aquellas utilizadas como medidas estándar para las intervenciones psicológicas específicas. Estos se informan en la **Tabla 9**. Debido a que los beneficiarios varían (adultos en general, mujeres embarazadas, cuidadores, adolescentes, niños) no hay una sola herramienta que pueda aplicarse a todos los grupos. Además, como señala, se han validado diferentes herramientas en todas las configuraciones, por lo que algunas herramientas validadas en una configuración no tienen psicometría de validación establecida en una configuración diferente. Todas las medidas de resultado del beneficiario se pueden encontrar en el Apéndice 6.

**Tabla 9: Medidas Beneficiarias**

<b>Institución</b>	<b>Medidas de los síntomas del cliente</b>	<b>Medidas de funcionamiento del cliente</b>	<b>Otras medidas del cliente</b>
Socios En Salud (SES)	Chatbot de Salud mental PHQ-9, EPDS		

Abreviaturas: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS); Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9).

### 9.3. Participantes

#### Visión general

Habrán tres grupos de participantes a partir de los cuales se recopilarán datos cualitativos y / o cuantitativos para el protocolo de investigación: (1) personal de la organización, incluidos: coordinadores de programas, capacitadores, supervisores, actores de juego de roles y evaluadores de competencia (los llamaremos evaluadores); (2) personas entrenadas: proveedores de salud mental no especializados; y (3) usuarios que reciben el tratamiento psicológico brindado por los proveedores de salud mental no especializados.

Estamos utilizando un estándar a nivel de los 7 países para las personas entrenadas y luego ofrecer capacitación a un pequeño número de proveedores de salud mental no especializados. La publicidad abierta de la convocatoria a participar de este estudio, fomenta un proceso de reclutamiento transparente. El uso de procesos de reclutamiento cerrados que no se comparten explícitamente con la comunidad en general (por ejemplo, boca a boca o contactos conocidos), conlleva el riesgo de que no se comparta información con miembros de comunidades marginadas o minoritarias. La publicidad abierta es consistente con la Parte III, Artículo 7c del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con respecto a la igualdad de oportunidades de empleo y promoción basada únicamente en consideraciones de antigüedad y competencia. Además, el reclutamiento cerrado que no se anuncia a la comunidad no garantiza que la comunidad no aprenda sobre el proceso de todos modos.

Todas las personas a las que se les ofreció la oportunidad de desempeñar el papel de actor / evaluador recibirán una explicación clara de lo que implica el trabajo de actuación / calificación,

y el rol que desempeñarán como una persona en peligro. Explicaremos que a veces desempeñarse como una persona con problemas de salud mental o psicosociales puede ser potencialmente angustiante. Luego, el personal puede optar por recibir capacitación sobre actuación / calificación si lo desea, teniendo en cuenta los riesgos. Además, el personal de asesoramiento está disponible para brindar apoyo a través de todas sus organizaciones si las personas se angustian en el proceso de trabajar en juegos de roles. Además, las personas seleccionadas para actuar / calificación ya tienen antecedentes MHPSS, incluida la capacitación en autocuidado y el reconocimiento de trauma secundario / estrés laboral, etc.

El proceso de selección se describirá a continuación:

Selección de participantes

Los criterios de selección para algunas partes interesadas o participantes se basarán en criterios relevantes para la intervención y el socio implementador. Estos incluirán:

- **Selección de capacitadores:** Nuestras capacitaciones de PPS para ACS son realizadas por psicólogos de SES con experiencia trabajando en proyectos comunitarios de salud mental. Se llevarán a cabo de manera remota, utilizando medios audiovisuales para las actividades de juego de roles, métodos de resolución de problemas en el campo; Un líder de capacitación (un psicólogo del equipo) será el Coordinador del proyecto con el apoyo de otras dos personas (psicólogos del equipo) cada uno de los cuales tiene experiencia en gestión comunitaria y experiencia en el trabajo con mujeres embarazadas en el área de intervención.
- **Selección de actores y evaluadores de competencia:** identificaremos actores profesionales con quienes Socios En Salud ha trabajado en proyectos anteriores; ACS con más de 3 años de experiencia; y Proveedores de salud (enfermeras, obstetras, psicólogos, técnicos, entre otros; que laboren en los EE.SS. o en la organización.). Todos ellos tendrán experiencia en temas de salud y salud materno infantil.
- **Selección de personas entrenadas:**
  1. Las ACS se seleccionarán en dos brazos de personas. Se dividirán en partes iguales en el tratamiento habitual y en grupos capacitados por EQUIP.
  2. Se seleccionarán 32 ACS para la Fase tres, que se dividirán en dos grupos: El brazo TAU estará conformado por 16 ACS que se dividirán en dos subgrupos, el primer subgrupo será de ACS que ya fueron entrenadas anteriormente y recibirán un reentrenamiento remoto de dos días, y el segundo subgrupo será de ACS que no fueron capacitadas antes en PPS, y ahora recibirán una capacitación remota de PPS de 5 días. El brazo EQUIP, conformado por 16 ACS que no han sido capacitadas en PPS, y recibirán una capacitación remota de 5 días.
  3. Los criterios para seleccionar a los participantes serán 1) pasar por una evaluación remota por parte de psicólogos del proyecto; 2) participar de manera remota a todas las sesiones de capacitación de Pensamiento Saludable y 3) aprobar la prueba de capacitación posterior. Además, los psicólogos evaluarán las habilidades personales / sociales, que son necesarias para la implementación de la intervención, como la empatía, la escucha activa, evitar juzgar a los usuarios, la participación activa.

La cantidad de ACS, se dividirá según la necesidad de cada fase de EQUIP (3 fases), tanto en el entrenamiento piloto, cómo en la intervención con las modificaciones de EQUIP.

- **Selección de supervisores:** Una psicóloga del Programa de Salud Menta de Socios En Salud, capacitada específicamente para este rol, tendrá la función de supervisar las actividades de cada fase, durante la implementación del estudio.

- **Selección de usuarios:** los usuarios serán mujeres embarazadas que:

1. Están en su tercer trimestre de embarazo y viven dentro de las jurisdicciones de los 5 EESS participantes en el distrito de Carabaylo, Lima, Perú y reciben atención perinatal de estos EESS.

2. Tener un puntaje en el chatbot de salud mental PHQ-9 de 5 o más. Las mujeres embarazadas con un puntaje de PHQ-9  $\geq 15$  todavía pueden participar en PPS, pero además serán derivadas a uno de los 2 centros comunitarios de salud mental MINSA para que sean evaluadas por especialistas en salud mental. Todas las gestantes que participarán en el estudio deberán tener de 18 años a más.

## 9.4. Cronograma de recolección de datos

La participación de todos los personajes dentro del proyecto (personal de la organización, capacitadores, actores, aprendices y usuarios) incluirá actividades tanto cualitativas como cuantitativas. El calendario de recolección de datos y la participación del tiempo del participante se describen en la **Tabla 10**.

**Tabla 10.** Programa de recolección de datos para la participación de los participantes en la investigación

<b>Grupo participante en la investigación</b>	<b>Tamaño de muestra</b>	<b>Participación en el componente cualitativo.</b>	<b>Participación en el componente cuantitativo</b>
<i>Personal organizacional (capacitadores, supervisores, evaluadores y actores, coordinadores / gerentes de programas)</i>	n=12	<p>Todo el personal de la organización (n = 8) participará en <b>entrevistas individuales con informantes clave</b> y <b>discusiones de grupos</b> focales después de cada oleada de capacitación y supervisión (incluidas las capacitaciones piloto y de capacitación habitual) para discutir la viabilidad, la aceptabilidad, la utilidad y otros temas. El personal de la organización participará en aproximadamente 3 entrevistas durante el curso del estudio (dependiendo del número de capacitaciones). <i>Las entrevistas con los informantes clave durarán aproximadamente de 30 a 60 minutos y las discusiones en grupos focales durarán de 60 a 90 minutos.</i></p> <p>Además, se recopilarán <b>notas de proceso</b> sobre la capacitación y la supervisión de asistentes de investigación que observarán las capacitaciones y la supervisión. Las notas del proceso incluirán el tiempo dedicado a cada sección de capacitación, las preguntas formuladas por los participantes y los enfoques para utilizar la competencia EQUIP y los materiales de capacitación.</p>	Ninguno.

Grupo participante en la investigación	Tamaño de muestra	Participación en el componente cualitativo.	Participación en el componente cuantitativo
<p><i>Personas entrenadas (Proveedores de Salud Mental No Especializados)</i></p>	<p>n=32</p>	<p>Un subconjunto de aprendices (aproximadamente n = 15) participará en <b>entrevistas individuales con informantes clave</b> y en <b>discusiones de grupos focales</b> después de cada oleada de capacitación y supervisión (incluidas las capacitaciones piloto y de capacitación habitual) para discutir la viabilidad, la aceptabilidad, la utilidad, y otros temas. El personal en prácticas participará en aproximadamente 2 entrevistas durante el curso del estudio (una entrevista después de la capacitación, T<sub>1</sub> y otra después de la supervisión, T<sub>2</sub>). <i>Las entrevistas con los informantes clave durarán aproximadamente de 30 a 60 minutos y las discusiones en grupos focales durarán de 60 a 90 minutos.</i></p> <p>Además, se recopilarán <b>notas de proceso</b> sobre la capacitación y la supervisión de asistentes de investigación que observarán las capacitaciones y la supervisión. Las notas del proceso incluirán el tiempo dedicado a cada sección de capacitación, las preguntas formuladas por los participantes y los enfoques para utilizar la competencia EQUIP y los materiales de capacitación.</p>	<p>Todos los participantes (n = 32) participarán en el componente cuantitativo.</p> <p>Antes de la capacitación (T<sub>0</sub>), se evaluará a cada participante con un juego de roles de múltiples competencias de factores comunes, que durará <i>aproximadamente 10 minutos</i>. El juego de roles se llevará a cabo con un actor capacitado (cliente simulado) y un evaluador que observe el juego de roles. El evaluador puntuará al participante en los 15 ítems del ENACT.</p> <p>Después de la capacitación (T<sub>1</sub>), se evaluará a cada participante con un juego de roles de múltiples competencias de factores comunes y factores específicos del tratamiento relevantes para la intervención en la que fueron capacitados (por ejemplo, PM +, IPT), que durará <i>aproximadamente 20 minutos</i>. El juego de roles se llevará a cabo con un actor capacitado (cliente simulado) y un evaluador que observe el juego de roles. El evaluador calificará al participante en los 15 ítems del ENACT, así como en las evaluaciones relevantes de competencias específicas del tratamiento.</p> <p>Después del período de supervisión intensiva (T<sub>2</sub>), que durará de 4 semanas, cada participante será evaluado con una versión diferente del juego de roles de múltiples competencias T<sub>1</sub> de factores comunes y factores específicos del tratamiento relevantes para la intervención fueron personas entrenadas (por ejemplo, PM +, IPT), que también duraron <i>aproximadamente 20 minutos</i>. El juego de roles se llevará a cabo con un actor capacitado (cliente simulado) y un evaluador que observe el juego de roles. El evaluador calificará al participante en los 15 ítems del ENACT, así como en las evaluaciones relevantes de competencias específicas del tratamiento.</p>



<b>Grupo participante en la investigación</b>	<b>Tamaño de muestra</b>	<b>Participación en el componente cualitativo.</b>	<b>Participación en el componente cuantitativo</b>
<i>Usuarios</i>	n=96	Un subconjunto de usuarios (aproximadamente n = 10) participará en entrevistas cualitativas una vez que hayan completado la intervención psicológica, por ejemplo, después de las 5 semanas de PM + u 8 semanas de IPT. La entrevista cualitativa se realizará de forma individual y durará <i>aproximadamente 30 minutos</i> . Los temas estarán relacionados con la relación terapéutica con el ayudante y la experiencia de la intervención. Las entrevistas cualitativas se dividirán en partes iguales entre la condición EQUIP y la condición para entrenamiento tradicional.	Se recopilarán datos cuantitativos de los resultados de los beneficiarios de aproximadamente 3 beneficiarios por ayudante, con un total de aproximadamente 96 beneficiarios.  Se decidirá para la tercera fase si se incluye una evaluación previa al tratamiento y una evaluación posterior al tratamiento. O, solo se realizará una evaluación posterior al tratamiento.  La duración de la evaluación será <15 minutos.

Antes de la evaluación previa a la capacitación (T0), los participantes no habrán recibido capacitación específica para esta iniciativa EQUIP. Sin embargo, las personas entrenadas pueden variar desde ser inexpertos en trabajos de MHPSS hasta tener una capacitación previa significativa. La cantidad de capacitación variará dependiendo de la intervención y el protocolo de capacitación determinado descrito en el protocolo.

Las evaluaciones de la competencia se realizarán en tres momentos a lo largo del proyecto EQUIP, incluida una evaluación previa (sin capacitación), una evaluación posterior (después de que se haya completado la capacitación) y una evaluación posterior a la supervisión (prestación de atención en entornos del contexto real con supervisión). Fuera del grupo TAU (durante las Fases 2 y 3), los capacitadores y supervisores tendrán la oportunidad de proporcionar e incorporar capacitación y retroalimentación correctivas a los participantes durante todo el proceso de capacitación y durante la prestación de atención en contextos reales. Estos serán utilizados según sea necesario, y se monitorearán para complementar los análisis de las evaluaciones (tanto cuantitativas como cualitativas).

## 9.5. Análisis Cualitativo

A lo largo del estudio, se buscará activamente información cualitativa de todos los participantes involucrados en el proyecto. La recopilación de datos cualitativos formales ocurrirá, complementada por una gran cantidad de aprendizajes que provienen de intercambios informales de información y aprendizajes. La plataforma EQUIP ha emprendido, desde el principio, un enfoque de diseño centrado en el ser humano, construyendo el contenido y la estructura de los materiales en función de los problemas comúnmente identificados para la capacitación y el logro de la competencia en esta área de trabajo. A través de consultas múltiples con personal de campo (en su mayoría personas de organizaciones locales e internacionales que se han capacitado en el uso de intervenciones de apoyo psicológico y psicosocial en el pasado). Por lo tanto, la mayoría de la información cualitativa no se recopilará y analizará sistemáticamente. Más bien, se recopilará a través de conversaciones, aprendizajes, comunicaciones, observaciones, entrevistas a informantes clave (EIC) y discusiones de grupos focales (GF) pequeños y grandes, en busca de capacitadores y personal del programa para experimentar con prototipos y utilizar diferentes elementos de la plataforma. De esta forma, se podrá brindar una retroalimentación directa sobre su utilidad. Al hacerlo, la plataforma EQUIP se diseñará constantemente como parte del estudio, hasta la Fase 3, donde se probará formalmente una plataforma [casi] completa. En última instancia, resultará en una plataforma con alta viabilidad, aceptabilidad y utilidad percibida.

### Recopilación de datos:

Las guías cualitativas de la entrevista con el informante clave (EIC) y la discusión de grupos focales (GF) se desarrollarán mediante un proceso constante. Primero, crearemos una guía de entrevista basada en teoría deductiva *a priori* para el personal de la organización (tal como se define como capacitadores, supervisores, evaluadores de competencias, actores, y coordinadores de programas) y personas entrenadas, así como una guía EIC para los usuarios. Esto será seguido por la realización de EIC preliminares con el personal de la organización y las

personas entrenadas. Los datos de los EIC iniciales se utilizarán para revisar y adaptar las guías de EIC según la especificidad del contexto, según sea necesario. Las EIC y FG subsiguientes se llevarán a cabo con estas guías revisadas, con la disposición de ediciones adicionales si las conclusiones posteriores lo consideran necesario. Las EIC con personal de la organización / personas entrenadas, durarán aproximadamente de 30 a 60 minutos y las discusiones en grupos focales durarán de 60 a 90 minutos, realizadas después de cada oleada de capacitación y supervisión (consulte la Tabla 9). Las EIC de los usuarios durarán aproximadamente 30 minutos y se llevarán a cabo cuando finalicen la intervención psicológica. Para la Fase 3, se realizarán EIC, de manera remota, a través de videollamadas.

Las EIC y GF se grabarán en audio con consentimiento (y/o el asentimiento cuando corresponda), y las grabaciones de audio se traducirán profesionalmente al inglés como preparación para el análisis de datos. El entrevistador o facilitador completará los formularios de análisis después de cada EIC y GF, registrando conductas destacadas, eventos y otras características de la interacción durante las EIC y GF. Además, los asistentes de la investigación recopilarán las notas del proceso de capacitación y supervisión, los entrenamientos y la supervisión. Las notas del proceso incluirán el tiempo dedicado a cada sección de capacitación, las preguntas formuladas por los participantes y los enfoques para utilizar la competencia EQUIP y los materiales de capacitación.

Análisis:

Las EIC, GF y las notas de evaluación del proceso para el personal de la organización y los participantes se codificarán en NVIVO<sup>14</sup> y se analizarán utilizando el análisis de contenido <sup>15</sup> para los siguientes temas principales de los materiales de la plataforma EQUIP:

- *Viabilidad:* Evaluada como la capacidad de usar los materiales, las posibles barreras / de los facilitadores para su uso, la capacidad de implementar juegos de roles y las oportunidades para modificar la capacitación según los resultados de la evaluación de la competencia.
- *Aceptabilidad:* Es analizada desde las actitudes del personal del programa y los aprendices hacia el uso de la plataforma EQUIP y la voluntad de participar en evaluaciones de juego de roles por competencias.
- *Utilidad:* Es concebida como el valor agregado potencial de la plataforma EQUIP y los beneficios de capacitación percibidos.

Estableceremos la confiabilidad entre evaluadores (IRR, por sus siglas en inglés) entre múltiples codificadores, informando sobre el acuerdo del codificador y la estadística Kappa. El análisis de los datos se llevará a cabo en cada paso para facilitar la revisión iterativa y la finalización de las guías. Documentaremos el proceso de acuerdo con la lista de verificación de 32 ítems detallada en los Criterios Consolidados para la Información de Estudios Cualitativos (COREQ) <sup>16</sup>:

Para el "equipo de investigación y reflexividad" del dominio 1, el equipo de investigación cualitativa incluirá el equipo de proyecto de la Organización Mundial de la Salud, el equipo de investigación de la Universidad George Washington, los Investigadores Principales (IP), el personal de Socios En Salud y los aprendices de investigación; los grados van desde MD y PhD a MA y licenciatura. Las ocupaciones incluirán profesores de medicina académica, personal de

ONGs y estudiantes; habrá personal cualitativo masculino y femenino, y la experiencia del personal en investigación cualitativa variará desde 1 mes hasta más de 10 años; dependiendo de la organización, la relación con algunos participantes puede preceder al estudio; los participantes sabrán que el personal de investigación está empleado o asociado con la Organización Mundial de la Salud y / o la organización, y se informarán las características del entrevistador (edad, educación, región de origen, etc.).

Para el dominio 2 "diseño de estudio", se utilizará el análisis de contenido. Se informarán las características de configuración, incluida la ubicación y la presencia de los participantes. Se utilizará una guía de entrevista, las entrevistas serán repetidas en diferentes momentos en los plazos de capacitación y supervisión, como se detalla en la Tabla 9. El audio (de las entrevistas) será grabado. Por otro lado, se documentará la duración de KII / FGD, se informará la saturación de datos (o la falta de ellos), y las transcripciones no se devolverán a los participantes para su análisis.

Para el dominio 3, habrá aproximadamente 8 codificadores distribuidos por el equipo central. Se publicará el árbol de codificación, los temas se identificarán previamente con el propósito de generar temas adicionales. Los participantes no proporcionarán comentarios sobre la codificación. Además, se presentarán las citas, los datos, los hallazgos coherentes, y se presentarán claramente los temas principales y secundarios.

## 9.6. Análisis Cuantitativo

Se establecerán las propiedades psicométricas de las herramientas de evaluación de competencias EQUIP.

- La estabilidad de las medidas (asegurándose de que los evaluadores se califiquen de la misma manera) se establecerá a través de la confiabilidad entre evaluadores (IRR). La IRR se realizará en una etapa preliminar después de las adaptaciones y las traducciones de los materiales por los capacitadores locales.
- Posterior a la prueba piloto, se llevará a cabo las revisiones, la capacitación adicional con las revisiones, y se establecerá la IRR entre los evaluadores.
- El análisis de factores se aplicará para evaluar la estructura de las herramientas (por ejemplo, evaluar la redundancia de elementos, verificar la finalización de los datos y confirmar o rechazar la estructura de factores predeterminada de las herramientas) <sup>19</sup>.
- La confiabilidad interna y la consistencia de los ítems se evaluarán utilizando métodos como la evaluación del coeficiente alfa de Cronbach (con .6-.8 como satisfactorio, y las puntuaciones por encima de .8 indican una alta compatibilidad interna) <sup>17</sup> y la teoría de respuesta de ítems (IRT) <sup>20,21</sup>. Probaremos la confiabilidad interna con correlaciones de elementos a escala y correlaciones entre elementos para ayudarnos a interpretar la puntuación alpha de Cronbach. Sobre la base del análisis factorial y las correlaciones de ítem a escala e inter-ítem, determinaremos si un solo alfa de Cronbach es apropiado.
- La validez del contenido será evaluada por capacitadores y supervisores, revisando las herramientas que califican el grado en que se necesita una habilidad específica para la

competencia general en un dominio. Esto será evaluado a través de capacitadores y supervisores, revisando las herramientas para describir cualitativamente y calificar el grado para una habilidad específica que se necesita para la competencia general en un dominio.

- La validez de construcción se evaluará a través de múltiples enfoques. Compararemos los resultados de la competencia con las métricas de servicio (por ejemplo, calidad del tratamiento, fidelidad, etc.), que podrían variar según el conocimiento y la actitud, y los resultados del cliente.
- La validez de los criterios se evaluará a través de la comparación con las calificaciones de desempeño del capacitador (por ejemplo, deficiente, regular, buena o excelente) para los capacitados al final de la capacitación y nuevamente al final de la supervisión, y esto se comparará con los puntajes de evaluación de la competencia.
- Para todos los análisis, siempre que sea posible, intentaremos abordar posibles factores de confusión a través del diseño (por ejemplo, reclutamiento de personas entrenadas de la misma población, el mismo nivel de experiencia previa de MHPSS que se registra en las formas demográficas), realizando la capacitación en condiciones similares (por ejemplo, misma ubicación), y provisión de atención para usuarios comparables. Además, examinaremos las diferencias en estas características entre los brazos del modelo TAU y EQUIP, después de la recopilación de datos. Por ejemplo, si los aprendices tienen diferentes edades, niveles de educación, experiencia de MHPSS, intentaremos controlarlos en los análisis. De manera similar, si los usuarios tienen mejor o peor salud mental antes de la intervención, intentarán controlar eso. Un enfoque será utilizar las puntuaciones Delta, además de las comparaciones entre grupos en T1 y T2 y para los resultados del cliente.
- Como comparación exploratoria adicional se realizará un análisis de invariancia de medición.

A través del trabajo cualitativo, podremos observar cómo se llevan a cabo los entrenamientos e identificar posibles preocupaciones para entrenamientos de baja calidad. Con respecto a los efectos de la práctica, no anticipamos que los juegos de roles repetidos fuera del contexto de la capacitación conduzcan a mejorar la competencia porque no se proporciona retroalimentación formal. Los participantes tienen diferentes juegos de roles en cada punto de tiempo. Es por ello que, podremos recopilar datos durante la Fase 1 para determinar si los puntajes mejoran a través de repetidos juegos de roles solos con capacitación adicional con participantes ingenuos. Esto podría ser un problema debido a procesos inconscientes por parte de los actores que proporcionan un refuerzo verbal o no verbal positivo.

## 9.7. Tamaño de la muestra

Se requiere un número mínimo de 16 participantes por capacitación para comparar la capacitación habitual y la capacitación basada en EQUIP. Esto se basa en una asignación para el 80% de potencia con 0,15 de diferencia entre los grupos con 0,15 SD agrupados en función del uso previo de ENACT en Uganda, Liberia y Nepal 11. Los datos mínimos de resultados de usuarios de 3-5 usuarios por alumno serán importantes para comparaciones exploratorias. El

número de proveedores de salud capacitados en la capacitación piloto basada en EQUIP (Fase 3) debe ser suficiente para justificar la ejecución de la capacitación, pero se requerirá un número motorizado de aprendices o usuarios porque la recolección de datos de la Fase 3 será para "práctica y entrenamiento" sólo para fines. Estos tamaños de muestra se basan en la capacidad del proyecto para obtener resultados indicativos de patrones de estudio individual. Cada análisis se llevará a cabo país por país. Debido a que habrá personas entrenadas para el brazo EQUIP y otro grupo de personas entrenadas para el brazo TAU, no podemos controlar las diferencias de las personas entrenadas. También podremos agrupar los análisis y analizar los datos en siete grupos emparejados. Sin embargo, este es un análisis exploratorio y no tiene poder para un Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA) a un grupo completo. Hemos agregado la necesidad de un ECA grupal como un próximo paso importante después de completar este estudio y finalizar las herramientas y los enfoques de capacitación EQUIP.

*Tamaño de muestra para pruebas de unidimensionalidad:*

Evaluaremos la suposición de la unidimensionalidad de cada una de las herramientas de evaluación al realizar primero un análisis factorial exploratorio (AFE) con los datos combinados de los otros países que participen en el estudio utilizando evaluaciones previas a la capacitación y posteriores a la capacitación por separado, es decir, para verificar si la herramienta funciona unidimensionalmente en evaluaciones previas y posteriores a la capacitación, dado que existe la posibilidad de que la herramienta sea unidimensional en la capacitación previa pero no posterior a la capacitación, o viceversa. Con base en la evaluación de la dimensionalidad, tomaremos el modelo en cualquier momento puntual con el mayor número de dimensiones. De acuerdo con los hallazgos de dimensionalidad, el modelo de IRR elegido y el ajuste se examinarán para detectar anomalías, como, ciertos elementos que pueden tener parámetros de pendiente baja. Además, exploraremos si los ítems presentan diferencias debido a las variables de agrupación subyacentes (por ejemplo, una respuesta más inclinada debido al género) aplicando el método de funcionamiento diferencial de ítems (DIF) cuando corresponda. Si existen estructuras multifactoriales subyacentes entre las herramientas, procederemos a utilizar la teoría de respuesta de elementos multidimensionales para evaluar estos rasgos / estructuras latentes <sup>23</sup>.

De acuerdo con el análisis preliminar, los datos de la herramienta ENACT utilizada en Nepal (n = 205) mostraron unidimensionalidad, pero esto se limitó a un solo sede y, por lo tanto, la herramienta ENACT deberá volver a probarse en todos los países que participan en el estudio. Las herramientas de evaluación de competencia ENACT y relacionadas son politómicas (más de 2 respuestas), medidas ordenadas y, según el análisis preliminar de IRT con una muestra de Nepal de N= 205, proponemos ajustar los datos con el Modelo de Respuesta Graduada (MRG).

*Cálculo del tamaño de la muestra para la Teoría de respuesta de ítems (IRT) Y Modelo de Respuesta Graduada (MRG):*

Actualmente no hay un estándar de oro para el tamaño de la muestra que permita un análisis avanzado, pero es importante que el número sea adecuado en todas las categorías de respuesta por elemento y cuanto mayor sea la cantidad de respuesta, mejor será la precisión y la capacidad de estimación del parámetro del elemento para evaluar la utilidad de las categorías. Se han hecho

sugerencias según el formato de la encuesta (dicotómica versus politómica) y el modelo es adecuado, aunque las opiniones varían.

Los parámetros del modelo Rasch más simple pueden usar tamaños de muestra tan bajos como 100 (logística de 1 parámetro y logística de 2 parámetros), mientras que los modelos con más parámetros no son tan claros, pero se sugiere que se usen al menos 200 observaciones (por ejemplo, g, para detectar DIF).

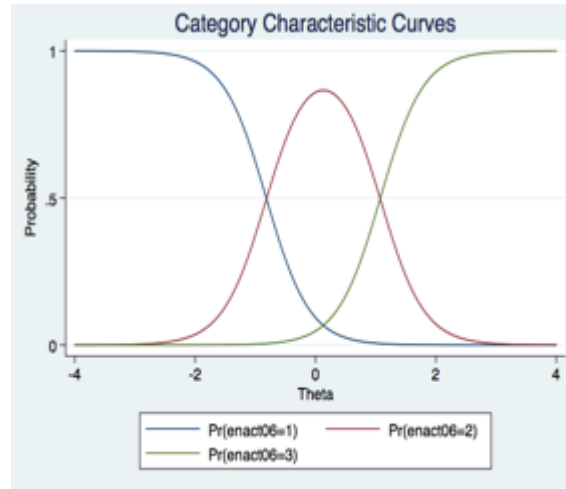
El MRG se desarrolló con el fin de utilizar respuestas politómicas ordenadas (por ejemplo, ENACT) dentro de un marco de IRT dicotómico típico, y el modelo MRG se puede ver como una generalización de los modelos Rasch dicotómicos. El modelo se basa en la curva de respuesta de la categoría (CRF; una generalización de la ICC que modela "la relación entre la respuesta de una persona a un elemento y su nivel en el constructo medido por la escala") donde cada elemento politómico debe ser modelado por separado y "medido como la probabilidad de respuesta en esa categoría, como una función del rasgo, construcción o habilidad subyacente"<sup>26</sup>.

Thorpe et al. (2012) describe: "Los modelos de Rasch usan un ICC dicotómico para definir los límites de la categoría, y tratan las 'dos categorías inmediatamente adyacentes al límite de la categoría,'<sup>27</sup>. Los modelos politómicos de Thurstone / Samejima [por ejemplo, MRG] utilizan el 2PL modela ICC y trata todas las 'posibles categorías de respuesta para un elemento por encima y por debajo del límite de la categoría ".

En resumen, el MRG utiliza una dicotomización de las categorías de respuesta. La probabilidad de seleccionar la opción de sth o la más alta (la primera probabilidad en el lado derecho de la ecuación siguiente), y para seleccionar el valor de (s + 1) o superior opción (la segunda probabilidad en la ecuación siguiente) como sigue:

$$P_s(\theta) = P_{+s}(\theta) - P_{s+1}(\theta)$$

Aplicando MRG, evaluaremos la discriminación y la dificultad de cada elemento dentro de las herramientas, de manera similar al siguiente ejemplo:



**Imagen 1**

enact06	Discrim	Diff	1	2	3
>=2	2.777212	.4254032	6.53	0.000	1.943437 3.610987
=3	-0.818506	.1246694	-6.57	0.000	-1.062853 -0.5741585
	1.077779	.1328473	8.11	0.000	.817403 1.338155

**Imagen 2**

**Imagen 1 y 2**

a. El CRF es conocido como la curva característica de la categoría en STATA y CCC La probabilidad de una respuesta en una categoría de elemento dada en función del rasgo latente que se muestra en el Artículo # 6 de la escala ENACT original (escala de 3 elementos) <sup>9,10</sup>.

Sobre la base de esta información empírica, y después de la comunicación personal con un especialista de IRT (Dr. Tenko Raykov, el 26 de octubre de 2018 en el curso de IRT de Statistical Horizons), el tamaño de la muestra para cada escala debe ser de al menos 200 participantes/sujetos.

Las siguientes estimaciones de tamaño de muestra se basan en el supuesto de que ajustaremos el modelo de respuesta gradual (MRG) a los datos de una escala ordinal, unidimensional, y politómica:

**ENACT:**

Nuestro estudio contribuirá a recopilar aproximadamente 315 respuestas de ENACT en tres momentos (formación previa, posterior a la formación y posterior a la supervisión). Aunque los elementos podrían interpretarse de manera diferente en la configuración. Se utilizará un total de 300 respuestas de ítems por categoría de respuesta en los puntos de tiempo previos y posteriores a la capacitación en el análisis exploratorio (150 en la EPT, 150 en el análisis factorial confirmatorio, CFA). Luego, las 300 respuestas en la post-capacitación y las 300 respuestas en la post-supervisión del entrenamiento se utilizarán para ajustar el modelo de MRG, informando



el CCC (también conocido como CRF o ICC) por elemento para ambos puntos de tiempo, de forma similar se detectará el DIF. Esto con el propósito de conocer cómo está funcionando la herramienta. Asimismo, se explorará la función de información de prueba (TIF) y la curva característica de prueba (TCC).

### Análisis Exploratorio

El tratamiento específico (Interpersonal Cognitivo, Activación conductual, Manejo del estrés), las herramientas de evaluación ENACT variarán en función de la aplicabilidad con el programa. Se recogerán en dos puntos de tiempo (post-entrenamiento y post-supervisión). Sobre la base de las herramientas de evaluación propuestas a las que se hace referencia en la sección de resultados primarios de este protocolo, realizaremos un análisis exploratorio con un tamaño de muestra transversal para cada herramienta a través de la simulación de conjuntos de datos en STATA. Linacre (1994) propone este método como un trabajo exploratorio útil con muestras más pequeñas y menciona: “El problema no es el análisis de Rasch, el problema es que una muestra pequeña es pequeña para cualquier tipo de análisis estadístico definitivo”<sup>29</sup>.

**Tabla 11:** Respuestas anticipadas por herramienta (total para dos puntos de tiempo):

<i>Intervención</i>	<i>Gestión de problemas</i>	<i>Cognitivo</i>	<i>Interpersonal</i>	<i>Mejora motivacional</i>	<i>Activación de comportamiento</i>	<i>Trauma</i>	<i>WeACT</i>	<i>GroupACT</i>
Respuestas transversales para ambos puntos temporales.	216	144	216	36	180	72	120	144

Lo anterior podría ser visualizado por una simulación de 100 conjuntos de datos cada uno.

## 10. Consideraciones de seguridad

Para garantizar la seguridad del cliente a lo largo del estudio, por ejemplo, para la protección inminente y/o el riesgo de suicidio para individuos cuyas condiciones pueden requerir atención más especializada que lo que la intervención propuesta puede brindar. Se describirá procedimientos en detalle de acuerdo a las probables situaciones a presentarse.

Para garantizar que la seguridad y la conducta ética de las actividades de investigación estén alineadas con las expectativas locales y los requisitos de investigación, se solicitará la aprobación ética para este estudio a los organismos de revisión ética (consulte la Tabla 12). En la tabla 12 se presenta una descripción detallada del mecanismo de referencia y el organismo de revisión local del IRB para cada sede.

**Tabla 12: Mecanismos de referencia para cuidados posteriores.**

<i>Institución</i>	<i>Lugar de referencia</i>	<i>Mecanismos de Referencia</i>	<i>Cuerpo de revisión de IRB</i>
Socios En Salud (SES)	Centro Comunitario de Salud Mental de Carabayllo (CSMCMC); Centro Materno Infantil (CMI) de El Progreso	Los participantes serán derivados por un profesional de la salud de SES a los centros locales de salud mental y violencia doméstica, derivación a un psicólogo clínico, personal de salud especializado en salud mental y / o equipo clínico integral.	Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI / IRB); Dirección de Redes Integradas Lima Nortes; Universidad Cayetano Heredia IRB

Los eventos adversos graves serán gestionados por el especialista del equipo o asegurando la derivación del cliente para atender a un especialista más. Durante la fase de implementación del SPP, todas las mujeres embarazadas que presenten problemas graves de salud mental y requieran una atención más especializada recibirán referencias, de acuerdo con la siguiente vía de atención:

**1. Casos de depresión:** Las referencias se determinarán de acuerdo con el nivel de depresión identificado en la mujer embarazada:

a. Casos de depresión moderada o severa con o sin ideación o acción suicida:

Los participantes serán derivadas vía telefónica, por un profesional de salud de SES al EESS que corresponda a su lugar de residencia. La mujer embarazada recibirá atención inmediata y será derivada vía telefónica al Centro Comunitario de Salud Mental de Carabayllo o CSMC ASIRI, donde recibirá atención especializada de un equipo clínico integral y se le proporcionarán medicamentos si es necesario.

c. Casos de psicosis posparto: los participantes serán derivadas vía telefónica, por un profesional de Salud Mental de SES al EESS que corresponde a su lugar de residencia. La mujer embarazada recibirá atención inmediata y será derivada al Centro Comunitario de Salud Mental de Carabayllo (CSMCMC), donde recibirá atención especializada de un equipo clínico integral y dónde se proporcionarán medicamentos si es necesario.

**2. Casos de violencia doméstica:** Los participantes serán derivadas vía telefónica, por un profesional de salud de SES al CSMC de su jurisdicción para atención inmediata y referencia a instituciones apropiadas del sector público (Estación de Policía, Centro de Emergencia de Mujeres (CEM), y / o la Oficina del Defensor del Pueblo Municipal para Mujeres, Niños y Adolescentes (DEMUNA)).

**3. Otros problemas graves de salud mental:** Si la participante consume alcohol o drogas o tiene un trastorno crónico, será derivada vía telefónica, por un profesional de salud de SES al EESS que corresponda a su lugar de residencia, y luego será derivada al CSMC de su jurisdicción para recibir atención especializada.

En todos los casos, el equipo de SES llevará a cabo el seguimiento apropiado y necesario, vía telefónica, de modo que el participante cumpla con todas las recomendaciones para el tratamiento indicado. También para garantizar la seguridad y la conducta ética de las actividades de investigación están alineadas con las expectativas locales y los requisitos de investigación. Además se buscará la autorización ética para realizar este estudio en Perú de:

- Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI / IRB) Humanos IORG0000671 y IRB00001014 y FWA00000525.
- Política de Socios En Salud Sucursal Perú. Debemos presentar esta propuesta para su revisión y aprobación a la Dirección de Redes Integradas Lima Norte, que es una autoridad territorial de salud. Su aprobación nos permitirá acceder a centros de salud para identificar usuarios.

Además, buscaremos la revisión y aprobación de la siguiente Junta de Revisión Institucional: Universidad Cayetano Heredia.

## 10.1. Informe de eventos adversos

Durante el proceso de estudio, pueden surgir eventos adversos para cualquiera de los participantes de la investigación (por ejemplo, para el personal de la organización, aprendices, actores del juego de roles, evaluadores, capacitadores, usuarios). La naturaleza de las actividades de capacitación, que a menudo exploran eventos traumáticos o difíciles de la vida (incluso en "escenarios de casos") podría generar que los individuos se identifiquen con problemas, experiencias y emociones de los demás (ya sean personas reales o "personajes actuados"), que a su vez puede generar angustia en los participantes. Los usuarios también pueden experimentar dificultades en su proceso de tratamiento. Tales eventos adversos son bastante comunes en este tipo de programas de apoyo psicológico y psicosocial. Los ayudantes, capacitadores y supervisores generalmente están bien ubicados y tienen experiencia para manejarlos a medida que ocurren. Además, las experiencias de tales eventos adversos son a menudo transitorias. **El riesgo para todos los participantes en este estudio se considera mínimo.** No obstante, los eventos adversos graves, como los casos en que las personas sufren angustia extrema, requieren una derivación urgente para recibir apoyo médico o psiquiátrico, o la asistencia de protección (de la violencia hacia ellos mismos y/u otros y/o de otros) será monitoreada, manejada y registrada. En los siete protocolos de ética específicos del sitio se describirá el proceso para monitorear eventos adversos graves. Asimismo, los eventos adversos graves se documentarán de forma segura y se gestionarán siguiendo los procedimientos descritos en los 7 protocolos de ética específicos del sitio. El investigador principal informará a los sujetos y al ERC de la OMS si ocurre algo, sobre la base de lo cual parece que las desventajas de la participación pueden ser significativamente mayores de lo previsto en la propuesta de investigación.

La identificación de eventos adversos graves necesitará la supervisión de la intervención hasta que se resuelva. En caso de que el equipo EQUIP en Perú detecte un evento adverso, se proporcionará todo el apoyo necesario para el cliente. Todos los eventos adversos se informarán

al patrocinador del estudio por protocolo. El investigador principal informará a los sujetos y al ERC de la OMS si ocurre algo. Además, en Perú, los eventos adversos se informarán al IRB local, donde se pueden solicitar acciones adicionales.

## 11. Gestión y protección de datos

Cualquier copia impresa de los datos recopilados durante el proceso de estudio se almacenará de forma segura. Todos los datos ingresados y/o compartidos electrónicamente dentro del equipo EQUIP y otros sitios de investigación serán des identificados y protegidos con contraseña. Todos los datos cuantitativos y cualitativos des identificados (PDF traducidos) se compartirán y armonizarán a través de RedCap. Los equipos de EQUIP y GWU de la OMS tendrán acceso a los datos des identificados a través de RedCap.

El equipo de gestión de datos de Socios En Salud Sucursal Perú almacenará de forma segura los datos impresos recopilados durante el proceso de estudio en las instalaciones de archivo confidencial. Se asignarán armarios cerrados y las claves y los contenidos solo se compartirán con el personal del Estudio autorizado por los IP internacionales / locales. Los documentos dentro de los gabinetes cerrados se almacenarán sin datos de identificación personal, pero se agregarán códigos generados localmente para garantizar su ubicación. Todos los datos ingresados y/o compartidos electrónicamente dentro del equipo EQUIP y otros sitios de investigación serán identificados y protegidos con contraseña.

## 12. Resultados esperados del estudio

El principal resultado esperado del estudio será el refinamiento de la plataforma EQUIP como un bien público global. Está diseñado para ser utilizado por organizaciones, instituciones educativas y para ayudar a las profesiones a optimizar la capacitación basada en competencias para respaldar la calidad de las intervenciones psicológicas y el apoyo psicosocial en entornos con experiencia limitada en salud mental. Específicamente, esto incluirá:

- **Herramientas de evaluación de la competencia de ayuda:** Estos serán un conjunto de herramientas de evaluación que los observadores utilizarán para calificar competencias no específicas (competencias básicas para adultos y niños / adolescentes, habilidades de participación, facilitación de grupos, etc.) y específicas de la clase de tratamiento (terapias de resolución de problemas, psicoterapia inter personal, terapias de activación conductual, terapias de mejora motivacional, etc.). Las herramientas pretenden ser fácilmente utilizadas por capacitadores y supervisores que trabajan con proveedores no especializados para realizar intervenciones psicológicas y psicosociales.
- **Juegos de roles estandarizados para evaluar la competencia de los ayudantes:** Las herramientas de evaluación de la competencia están diseñadas para usarse con juegos de roles estandarizados, de modo que haya coherencia de un escenario de juego a otro; Optimización de la evaluación entre las personas entrenadas y en el tiempo. Los

capacitadores, supervisores u otro personal deben poder adaptarse, aprender y representar fácilmente los juegos de roles estandarizados.

- **Orientación sobre la implementación de capacitación y supervisión basadas en competencias** (incluida la reparación para la baja competencia): el propósito de las herramientas de evaluación de las competencias y los juegos de roles asociados es permitir que los capacitadores y supervisores implementen estrategias de supervisión y capacitación basadas en la competencia. Por lo tanto, la plataforma EQUIP deberá incluir una guía fácil de usar sobre cómo realizar evaluaciones de competencia, cuándo se deben usar en las capacitaciones y quién usará (y cómo usar) los resultados de las evaluaciones de competencia para modificar la capacitación, supervisar el contenido y respaldar remediación de los aprendices que luchan para cumplir con la competencia.

## 12.1. Difusión de resultados y política de publicación

El equipo EQUIP de la OMS y los socios académicos coordinarán con las organizaciones asociadas para resumir los hallazgos de la investigación e incorporarlos para el perfeccionamiento de la plataforma EQUIP. Además, la difusión local de los hallazgos se compartirá a través de los procedimientos descritos en el *Apéndice 1*. Se planearán actividades internacionales de difusión académica y profesional con los Grupos de Revisión de Compañeros de EQUIP y se financiarán como parte del proyecto EQUIP. Los artículos de revistas de revisión por pares, así como al menos un artículo que represente los resultados de todos los países que integren el estudio.

El equipo EQUIP de la OMS y los socios académicos coordinarán con Socios En Salud Sucursal Perú (SES) para resumir los hallazgos de la investigación e incorporarlos para el refinamiento de la plataforma EQUIP. Además, la difusión local de los hallazgos se compartirá a través del Ministerio de Salud del Perú. Las actividades internacionales de difusión académica y profesional se planificarán con los Grupos de Revisión por Pares EQUIP y se financiarán como parte del proyecto EQUIP. También se producirán artículos de revistas de revisión por pares de los sitios de cada país, así como al menos un artículo que represente los hallazgos de todos los sitios.

## 12.2. Próximos pasos y generalización de los resultados

Después de realizar el estudio actual, estaríamos preparados para realizar un ensayo controlado aleatorio grupal para evaluar la relación entre la plataforma, las competencias y los resultados del estudio. El estudio actual nos permitiría generar coeficientes de correlación intra grupo para el ENACT y otras medidas de competencia, la media y las desviaciones estándar para estas herramientas y los resultados clínicos. De tal forma que podamos determinar el tamaño de muestra necesario y potenciar adecuadamente un RCT grupal en el futuro.

## 13. Cronograma (duración del proyecto)

El programa de investigación y el análisis se implementarán **durante 24 meses**, Las actividades de investigación concluirán a más tardar el 30 de diciembre de 2020, y se indicarán otros 12 meses para la finalización de los datos y la publicación de los resultados.

## 14. Consentimiento informado y formularios de asentimiento

Todos los participantes mayores de 18 años darán su consentimiento informado antes de participar en la investigación. A través de llamadas telefónicas, el profesional leerá el Consentimiento Informado Verbal (CIV) y se necesitará de la aprobación del participante para realizar las actividades del estudio. Después de haber recibido la aprobación del participante, el profesional pasará a firmar el CIV, y se procederá a resguardar la información recolectada.(Anexo N°2)

## 15. Anexo

1. Herramientas de EQUIP
2. Formularios de Consentimiento informado verbal

## 16. Referencias

1. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: Lessons from low- and middle-income countries. *Annual Review of Clinical Psychology* 2017; **13**(April): 5.1-5.33.
2. Carswell K. "Where there is no psychologist": implementing low intensity psychological interventions for people in communities affected by adversity. 2015. <https://www.mhinnovation.net/blog/2015/apr/22/where-there-no-psychologist%E2%80%9D-implementing-low-intensity-psychological-interventions>.
3. World Health Organization. Scalable psychological interventions. 2019. [https://www.who.int/mental\\_health/management/scalable\\_psychological\\_interventions/en/](https://www.who.int/mental_health/management/scalable_psychological_interventions/en/).
4. IASC. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2007.
5. Tol WA, Reis R, Susanty D, de Jong JTVM. Communal Violence and Child Psychosocial Well-being: Qualitative Findings from Poso, Indonesia. *Transcultural Psychiatry* 2010; **47**(1): 112-35.
6. Fairburn CG, Cooper Z. Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy* 2011; **49**(6): 373-8.
7. Downing SM, Yudkowsky R. Assessment in Health Professions Education: Taylor & Francis; 2009.
8. Ryall T, Judd BK, Gordon CJ. Simulation-based assessments in health professional education: a systematic review. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2016; **9**: 69-82.
9. Kohrt BA, Jordans MJD, Rai S, et al. Therapist Competence in Global Mental Health: Development of the Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT) Rating Scale. *Behaviour Research and Therapy* 2015; **69**: 11-21.
10. Kohrt BA, Ramaiya MK, Rai S, Bhardwaj A, Jordans MJD. Development of a scoring system for non-specialist ratings of clinical competence in global mental health: a qualitative process evaluation of the Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT) scale. *Global Mental Health* 2015; **2**: e23.
11. Kohrt BA, Mutamba BB, Luitel NP, et al. How competent are non-specialists trained to integrate mental health services in primary care? Global health perspectives from Uganda, Liberia, and Nepal. *International Review of Psychiatry* 2018; **30**(6): 182-98.
12. Giacomini J. What is human centred design? *The Design Journal* 2014; **17**(4): 606-23.
13. Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. Writing ethnographic fieldnotes. Chicago guides to writing, editing, and publishing Chicago, IL: University of Chicago Press Feld, S, & Brenneis, D(2004) *Doing anthropology in sound American Ethnologist* 1995; **31**(4): 461-74.
14. International Q. NVivo qualitative data analysis software. 12 ed. Doncaster, Australia: QSR International Pty Ltd.; 2018.
15. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research* 2005; **15**(9): 1277-88.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; **19**(6): 349-57.
17. Prince M. Measurement in psychiatry. In: Prince M, Stewart R, Ford T, Hotopf M, eds. Practical Psychiatric Epidemiology. Great Clarendon Street, Oxford OX2 6DP: Oxford University Press; 2003.
18. Van Ommeren M. Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry* 2003; **182**: 376-8.
19. Thompson B. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis: Understanding Concepts and Applications. First ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.



20. Yang FM, Kao ST. Item response theory for measurement validity. *Shanghai Arch Psychiatry* 2014; **26**(3): 171-7.
21. Thorpe GL, Favia A. Data Analysis Using Item Response Theory Methodology: An Introduction to Selected Programs and Applications. *Psychology Faculty Scholarship* 2012; **20**.
22. Edelen M, B Reeve B. Applying Item Response Theory (IRT) modeling to questionnaire development, evaluation, and refinement; 2007.
23. Osteen P. An Introduction to Using Multidimensional Item Response Theory to Assess Latent Factor Structures. *Journal of the Society for Social Work and Research* 2010; **1**(2): 66-82.
24. Toland MD. Practical Guide to Conducting an Item Response Theory Analysis. *The Journal of Early Adolescence* 2013; **34**(1): 120-51.
25. Samejima F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Supplements* 1969; **17**.
26. Raykov T. Item Response Theory. In: Horizons S, editor. Philadelphia, PA. Statistical Horizons; 2018.
27. Ostini R, Nering ML. Polytomous item response theory models. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006.
28. Nguyen TH, Han H-R, Kim MT, Chan KS. An introduction to item response theory for patient-reported outcome measurement. *Patient* 2014; **7**(1): 23-35.
29. Linacre J. Sample Size and Item Calibration Stability. 1994. [www.rasch.org/rmt/rmt74m.htm](http://www.rasch.org/rmt/rmt74m.htm) (accessed 05/20/19).