



“Año de la universalización de la salud”

PROYECTO: Habilidades de ayuda básica en los servicios de soporte psicosocial y salud mental en proveedores de salud mental no especializados (EQUIP-HAB)

EQUIP-HAB: Protocolo de estudio para revisión ética

Título:	Habilidades de ayuda básica en los servicios de soporte psicosocial y salud mental en proveedores de salud mental no especializados
Institución financiadora:	U.S. Agency for International Development (USAID)
Institución ejecutora:	Socios En Salud Sucursal Perú (SES)
Población	Proveedores de Salud no especializados de los distritos de San Juan de Lurigancho y Callao.
Duración de intervención:	4 meses
Meta del estudio	Contribuir a la mejora de competencias durante intervenciones de salud mental a los proveedores de salud mental no especializados (Agentes Comunitarios)
Objetivos principales	Demostrar que una capacitación breve en habilidades de ayuda básica fortalecerá las competencias de los proveedores de salud mental no especializados.
Objetivos específicos	<p>OE1: Determinar la viabilidad, la aceptabilidad y beneficio percibido de la capacitación en las habilidades de ayuda básica.</p> <p>OE2: Evaluar la efectividad de la capacitación mediante el cambio en la calificación pre y post test de la evaluación del instrumento <i>Mejora de la Evaluación de los Factores Terapéuticos Comunes</i> (ENACT), el cambio en los conocimientos en habilidades de ayuda básica (HAB) y los puntajes de autoeficacia.</p>
Actividades	<p>OE1: Determinar la viabilidad, la aceptabilidad y beneficio percibido de la capacitación en las habilidades de ayuda básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda y selección de proveedores en salud mental no especializados (agentes comunitarios). • Brindar entrenamiento a capacitadores, evaluadores y actores sobre los materiales y plataforma para la capacitación en Habilidades de Ayuda Básica (HAB). • Realizar entrevistas a capacitadores, proveedores, evaluadores y actores sobre las capacitaciones. <p>OE2: Evaluar la efectividad de la capacitación mediante el cambio en la calificación pre y post test de la evaluación del instrumento <i>Mejora de la Evaluación de los Factores Terapéuticos Comunes</i> (ENACT), el cambio en los conocimientos en Habilidades de Ayuda Básica (HAB) y los puntajes de autoeficacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la capacitación piloto a profesionales de salud en Habilidades de Ayuda Básica (HAB) • Desarrollo de las capacitaciones en habilidades de ayuda básica a proveedores en salud mental no especializados de los distritos de San Juan de Lurigancho (SJL) y de la Provincia Constitucional del Callao.
Metodología de la Intervención	Métodos mixtos, recopilación de datos cuantitativos y cualitativos.

<p>Descripción de la intervención</p>	<p>El presente proyecto tiene el propósito de demostrar que una capacitación breve en habilidades de ayuda básica mejorará las competencias de proveedores en salud mental no especializados de los distritos de San Juan de Lurigancho y Callao. 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). Durante el proceso de implementación del proyecto contará con la participación de actores (que simularán el rol de usuarios), evaluadores, capacitadores, y proveedores de salud mental no especializados. Se evaluará a los proveedores de salud mental no especializados mediante juegos de roles antes y después de la capacitación. Los puntajes generados en la primera capacitación permitirán realizar modificaciones en el plan de capacitación y mejorar el proceso de formación. También, se recopilarán datos cualitativos mediante entrevistas realizadas después de cada capacitación. Finalmente, se analizará la información para verificar los cambios en los puntajes de los participantes para verificar el fortalecimiento de capacidades de los proveedores de salud mental no especializados.</p>
--	--

Contenido

Habilidades de ayuda básica en los servicios de soporte psicosocial y salud mental en proveedores de salud mental no especializados	6
1. Resumen del proyecto	7
2. Introducción	8
2.1 Antecedentes y justificación	8
3. Objetivos	9
3.1 Objetivo General	9
3.2 Objetivos específicos	9
4. Metodología del estudio:	9
4.1 Entorno del estudio	9
4.2 Criterio de elegibilidad	10
5. Intervención	11
5.1 Descripción de la intervención	11
5.2 Diseño metodológico	13
5.3 Estrategias para promover la participación en las intervenciones	14
5.4 Resultados	15
5.5 Cronograma	17
5.6 Tamaño de la muestra	20
5.7 Reclutamiento	21
6. Implementación	21
6.1 Evaluadores ciegos:	21
7. Recopilación de datos	22
7.1 Planes de evaluación y recopilación de resultados	22
7.2 Planes para promover la retención de participantes y un seguimiento completo	24
7.3 Gestión de datos	24
7.4 Confidencialidad	24
8. Métodos de estadístico	24
8.1 Métodos estadísticos para los resultados primarios y secundarios	24
8.2 Métodos para análisis adicionales (p. Ej. Análisis de subgrupos)	25
8.3 Métodos de análisis para manejar el incumplimiento del protocolo y cualquier método estadístico para manejar los datos faltantes	25
8.4 Planes para dar acceso al protocolo completo, datos de nivel de participante y código estadístico	25

9.	Supervisión y seguimiento	26
9.1	Composición del centro coordinador y comité de dirección del ensayo	26
9.2	Composición del comité de seguimiento de datos, su función y estructura de informes 26	
9.3	Notificación de eventos adversos y daños	26
9.4	Frecuencia y planes para auditar la realización de ensayos	26
10.	Planes de difusión	26
11.	Discusión	27
12.	Abreviaturas	27
13.	Declaraciones	27
13.1	Agradecimientos	27
13.2	Contribuciones de los autores	27
13.3	Fondos	28
13.4	Disponibilidad de datos y materiales:	28
13.5	Conflicto de intereses:	28
14.	Referencias	28

Habilidades de ayuda básica en los servicios de soporte psicosocial y salud mental en proveedores de salud mental no especializados

Nombre de Investigadores

PERÚ (Socios En Salud)

Leonid Lecca
Carmen Contreras
Leydi Moran

**UNIVERSIDAD GEORGE
WASHINGTON**

Brandon A. Kohrt, MD, PhD
Gloria Pedersen, MSc
Leah Salama, MSPH
Elise West

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SALUD**

Alison Schafer, MD
Zohra Abaakouk, PhD
Mark van Ommeren, PhD
Edith van 't Hof, PhD
Sarah Watts, PhD
Jennifer Hall, PhD

1. Resumen del proyecto

Nuestro objetivo es llevar a cabo una evaluación de métodos mixtos del programa de Habilidades de Ayuda Básica (HAB) y que se comparará con otros dos países. Se incluirá a 2 capacitadores y 36 proveedores de salud no especializados (sin formación previa en la salud mental y habilidades de apoyo psicosocial). Se brindará una capacitación en las competencias de HAB y se realizará una evaluación antes y después de la capacitación utilizando un enfoque de examen clínico estructurado mediante juegos de roles estandarizados empleando evaluadores y actores capacitados (es decir, clientes estandarizados). Las evaluaciones de los juegos de roles se realizarán utilizando el instrumento *Mejora de la Evaluación de los Factores Terapéuticos Comunes* (ENACT), se evaluarán los conocimientos en habilidades de ayuda básica de los proveedores de salud no especializados y la autoeficacia percibida antes y después de la capacitación. Los capacitadores y proveedores de salud mental no especializados también participarán en entrevistas cualitativas respecto a la viabilidad, aceptabilidad y beneficio percibido de la capacitación en HAB.

2. Introducción

2.1 Antecedentes y justificación

El programa Asegurando la Calidad en el Apoyo Psicológico (EQUIP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un paquete de Capacitación en Habilidades de ayuda básica (HAB) (1). Este paquete de capacitación estará disponible gratuitamente para que lo utilicen todos los profesionales de la salud y otros proveedores no especializados de servicios que busquen desarrollar habilidades de ayuda básica en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS). Estas habilidades de ayuda básica se basan en competencias para los servicios psicológicos y de salud mental, que han sido ampliamente investigados e identificados como prerrequisitos esenciales y universales para la entrega efectiva de cualquier componente psicosocial o psicológico en las intervenciones de salud [2-4]. Estas son habilidades importantes que forman parte de las competencias de los proveedores no especializados para realizar intervenciones psicológicas en la salud mental global [5, 6]. El uso competente de estas habilidades por parte de los proveedores mejora los resultados para las personas que acceden a todas las áreas de los servicios de salud, desde la cirugía hasta las clínicas para el dolor, lo que respalda una mayor adherencia al tratamiento [7-9]. Se necesita un plan de estudios básico de capacitación en habilidades de ayuda básica para promover la formación de relaciones cálidas y de confianza entre los proveedores de atención médica y las personas que acceden a los servicios de salud. Otras habilidades de ayuda básica incluyen la construcción de una buena relación, la demostración de empatía, el uso de terminología y conceptos de angustia apropiados para la edad o la cultura del lugar de intervención, y promover la promoción de la esperanza [2-4]. Esta guía de capacitación servirá de apoyo para muchos programas de capacitación para proveedores no especializados en salud mental, y su implementación será viable en entornos de bajos recursos. La capacitación se basa en el marco de competencias de la OMS para el sector de la salud que está en desarrollo, que estipula que las habilidades de ayuda básica son esenciales para todas las áreas de salud [10]. El paquete de Capacitación en Habilidades de Ayuda Básica de la OMS tiene el potencial de mejorar la competencia de los servicios básicos de SMAPS brindados por cualquier área de salud. Este paquete de capacitación, junto con otras actividades de mejora de la calidad, conducirá a una prestación más eficaz de atención de calidad a las personas y estará un paso más cerca de lograr el objetivo de las comunidades mundiales y de la OMS en la atención médica universal. El objetivo de este estudio es realizar una evaluación de métodos mixtos del currículo de Habilidades de Ayuda Básica mediante la observación de los resultados de los participantes, quienes no han tenido entrenamiento previo en SMAPS, en la capacitación.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Demostrar que una capacitación breve en habilidades de ayuda básica fortalecerá las competencias de los proveedores de salud mental no especializados.

3.2 Objetivos específicos

- a. Determinar la viabilidad, la aceptabilidad y beneficio percibido de la capacitación en las habilidades de ayuda básica.
- b. Evaluar la efectividad de la capacitación mediante el cambio en la calificación pre y post test de la evaluación del instrumento *Mejora de la Evaluación de los Factores Terapéuticos Comunes* (ENACT), el cambio en los conocimientos en habilidades de ayuda básica y los puntajes de autoeficacia.

4. Metodología del estudio:

4.1 Entorno del estudio

Los participantes serán personas que no hayan recibido previamente capacitación en SMAPS. Se reclutarán participantes que no conocen SMAPS como grupos de estudiantes, personal organizacional actual, estudiantes universitarios locales (sin título en psicología) u otros proveedores de servicios o de salud. De acuerdo a las políticas y regulaciones durante la emergencia sanitaria en cada sede, las capacitaciones se llevarán a cabo de manera remota. En las capacitaciones realizadas de forma remota, los proveedores de salud no especializados pueden participar desde sus hogares desde otro lugar con acceso a Internet adecuado y cumpliendo con las regulaciones locales de distanciamiento físico COVID-19.

Se contará con la participación de proveedores no especializados que no tienen conocimientos de salud mental, conocidos como agentes comunitarios. Los proveedores de salud mental no especializados, en su mayoría son mujeres que tienen experiencia organizando su comunidad y brindado apoyo en campañas de promoción y prevención de la salud, violencia de género, entre otros. Ellas tienen un rol importante dentro de su comunidad al relacionar a la población con los servicios de salud y brindar soporte y seguimiento. Se seleccionarán 36 proveedores no especializados de la provincia del Callao y el distrito de San Juan de Lurigancho. Se realizarán evaluaciones remotas en las cuales se tendrá en cuenta que sean mayores de edad, que no tengan experiencia brindando una intervención en salud mental y tengan disponibilidad de tiempo para participar de las capacitaciones. Ellas serán capacitadas de forma remota empleando plataformas de video llamadas con el objetivo de salvaguardar su seguridad dado el contexto de emergencia sanitaria.

4.2 Criterio de elegibilidad

4.2.1 Criterios de inclusión

Se reclutará proveedores de salud mental no especializados que cumplan los siguientes criterios:

- No deben de tener experiencia previa recibiendo la capacitación en habilidades de ayuda básica.
- Serán reclutados de organizaciones locales o participan en la comunidad.
- Ser mayor de edad.
- Que tengan su residencia en Callao y San Juan de Lurigancho
- Deberán tener fluidez en el idioma español en el que se realizará la capacitación.

Se realizarán entrevistas para conocer sus motivaciones, experiencias previas en proyectos, participación en la comunidad y su disponibilidad de tiempo. De esta forma, se podrá seleccionar a los participantes idóneos para la capacitación. Asimismo, es importante mencionar que se seleccionará participantes que tengan fluidez en el idioma español puesto que los capacitadores y los instrumentos serán adaptados al mismo idioma.

4.2.2 Criterio de exclusión

Los proveedores de salud mental no especializados no podrán participar en la capacitación si:

- Son menores de 18 años.
- Si tienen experiencia en la atención y entrega de intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial.
- Si han completado su educación en un campo relacionado con la salud mental o una capacitación o entrega similar (por ejemplo, ser psicóloga).

Todos los participantes de la investigación firmarán un consentimiento informado en el idioma de la capacitación para conocer su participación en la investigación. Al ser una capacitación remota, toda la interacción con las participantes y la toma del consentimiento informado será de manera virtual. La aplicación del consentimiento será descrita verbalmente por los profesionales a todos los participantes y se les dará la oportunidad de hacer preguntas. Se explicará verbalmente en qué consiste la investigación y las actividades que se realizan. También, se explicará a los proveedores de salud mental no especializados que la compensación por su participación en la capacitación será retribuida en vales de alimentos por el valor de 40 soles. Mientras que los actores recibirán una compensación de 136 soles por las actividades que realicen de acuerdo a su contrato. Además, se aclararán dudas y se solicitará su consentimiento

para participar de forma remota. Las llamadas serán a través de una plataforma de video-llamadas (por ejemplo, Zoom bloqueado con contraseña). Los profesionales del proyecto que aplican el consentimiento informado cumplirán con los estándares éticos que requieren los protocolos de investigación.

El mismo procedimiento se usará para aplicar el consentimiento informado a los proveedores no especializados y a los actores que participen en el proyecto.

5. Intervención

El presente estudio realizará una evaluación no controlada antes y después de la capacitación a 36 proveedores no especializados. No se ha incluido un grupo de comparación.

5.1 Descripción de la intervención

La capacitación de habilidades de ayuda básica es una intervención evaluada a lo largo de este estudio, tiene un diseño de estudio centrado en el ser humano. El plan de capacitación que se ha propuesto para la presente intervención, es un plan de estudios flexible, con una duración aproximada de 3 días (20 horas) que se modificará según el contexto y el personal.

El plan de capacitación se ha desarrollado en un formato modular, en el cual cada módulo está relacionado con las habilidades de ayuda básica específicas (por ejemplo, comunicación no verbal, confidencialidad, etc.). La programación general de capacitación incluye de dos a tres días en los que se trabajan:

- Los módulos de habilidades de ayuda básica.
- Breves evaluaciones de competencias en juego de roles al final de cada día de capacitación para que los capacitadores identifiquen qué competencias necesitan reforzar,
- Un medio día que involucra reforzar las habilidades de ayuda básica que se han identificado a través de las evaluaciones breves en los juegos de roles.

La capacitación cuenta con un total de 10 módulos de habilidades de ayuda básica que incluyen 15 competencias, y cada módulo tiene una duración de 55 minutos. Debido al nivel de complejidad de ciertas competencias, algunos módulos incluyen dos competencias (por ejemplo, validación y empatía) mientras que otros se enfocan solo en una (por ejemplo, evaluación del riesgo de suicidio). Cada módulo tiene un formato de juego de rol parecido que permite revisar del concepto de la competencia específica, la observación, la discusión y la práctica de la competencia específica a través de “mini” juegos de roles de 5 minutos o menos. Además, la programación incluye módulos de modificación y refuerzo en el día 2 y día 3, así como módulos de 60 minutos al final de

cada día para realizar breves evaluaciones de los “mini” juegos de roles. Las evaluaciones breves de los “mini” juegos de roles están incluidos en la capacitación para brindar soporte al monitoreo del desarrollo de habilidades y al enfoque de capacitación basado en competencias.

La capacitación se llevará a cabo de forma remota. La capacitación en los módulos se realizará de forma virtual mediante plataformas digitales que permitan la conexión e interacción entre los capacitadores y proveedores no especializados. También, se incluyen los componentes de autoaprendizaje en línea entregados a través de *Cursos del Sistema de Aprendizaje (CSA)*. Cada capacitación incluirá 12 proveedores no especializados (sin conocimientos en salud mental) y dos capacitadores para promover la participación y facilitar la enseñanza y el aprendizaje a distancia. Además, se contará con un supervisor clínico para monitorear. Para respaldar la viabilidad de la entrega remota de capacitación, los capacitadores recibirán un curso específico de la plataforma CSA para las actividades remotas (por ejemplo, qué esperar, cómo ejecutar actividades grupales remotas, etc.).

La intervención consiste en implementar una capacitación piloto y 3 capacitaciones. Primero, se implementará una capacitación piloto para que los capacitadores puedan poner en práctica los módulos y brinden sugerencias para la modificación de las herramientas. En este piloto se contará con 2 capacitadores y al menos 3 participantes. Los participantes serán profesionales de salud mental que podrán recibir las habilidades básicas, pero también brindarán sus recomendaciones sobre el uso de dinámicas e información durante la capacitación. Asimismo, se realizarán las evaluaciones previas y posteriores calificando el instrumento ENACT.

Segundo, se implementarán 3 grupos de capacitaciones en habilidades de ayuda básicas. Cada capacitación contará con 12 proveedores no especializados, un mínimo de 2 capacitadores por capacitación. Además, se llevarán a cabo actividades previas y posteriores a la capacitación. Estas actividades permitirán realizar evaluaciones y recopilar resultados primarios y secundarios con el apoyo del personal de investigación (evaluadores capacitados, actores y un entrevistador). Se evaluará cualitativamente la capacitación después de entrenar al primer grupo de proveedores no especializados para identificar áreas que se deban modificarse después del segundo y tercer grupo para desarrollar recomendaciones en implementaciones futuras.

5.2 Diseño metodológico

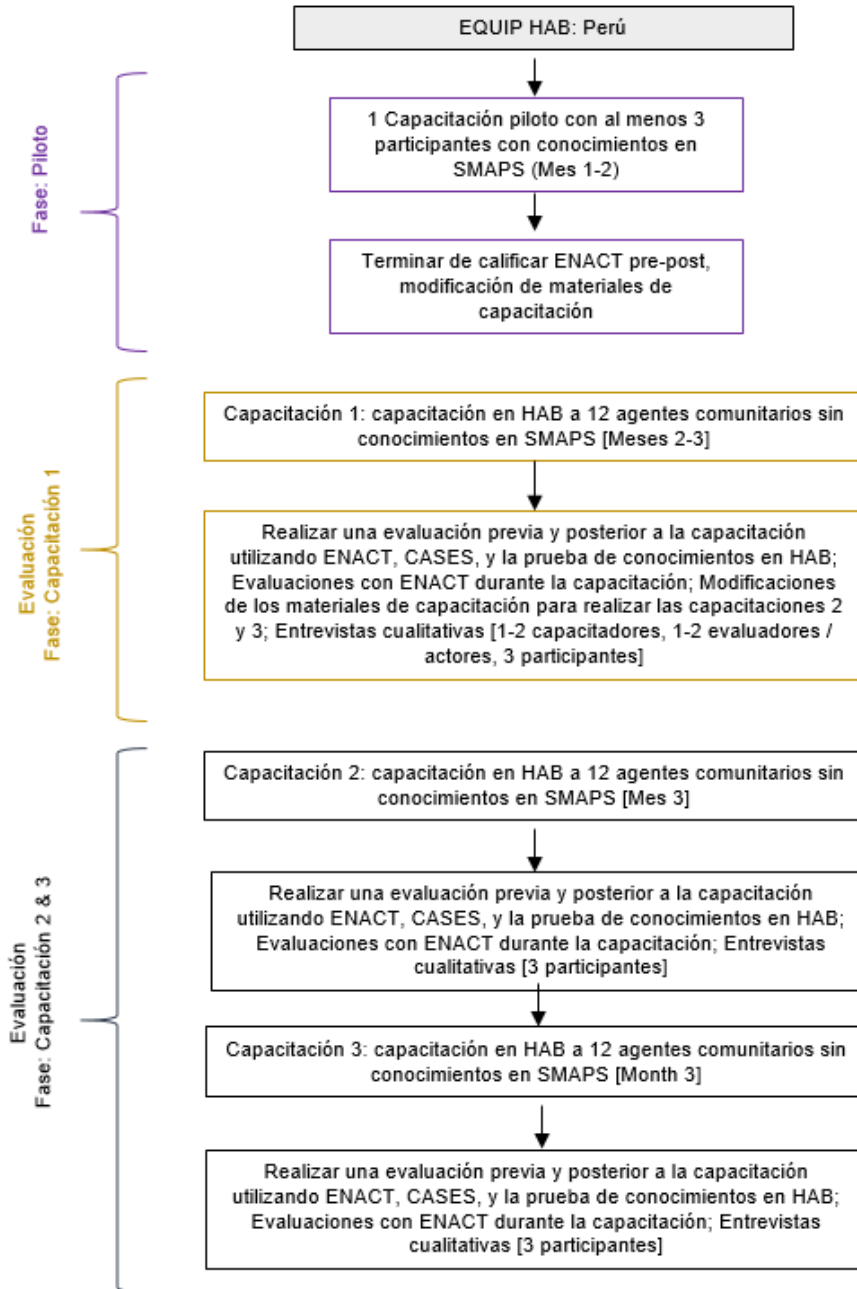
Los resultados obtenidos mediante la recolección de datos en los instrumentos cuantitativos y cualitativos serán analizados de la siguiente manera. Los resultados cuantitativos serán analizadas e interpretadas mediante la comparación de las pruebas t pareadas de las calificaciones previas y posteriores del instrumento ENACT, la escala de autoeficacia CASES y la prueba de conocimientos en HAB. Con ello se podrá evaluar un aumento de las habilidades de ayuda básica en los participantes de las capacitaciones. Se realizará las pruebas t pareadas para identificar diferencias significativas (usando $p < .05$). Calcularemos el coeficiente de correlación intraclase para determinar la cantidad de varianza explicada entre las capacitaciones y durante las mismas. Además, incluiremos variables ficticias en los análisis tanto para el país como para las capacitaciones 1, 2 y 3. Analizaremos todas las capacitaciones, pero nos centraremos previamente en las capacitaciones 2 y 3.

Por otro lado, la información cualitativa (entrevistas realizadas a personal y participantes de la capacitación), se procederá de la siguiente manera: primero: las entrevistas serán codificadas por los miembros del equipo; segundo: se establecerá un acuerdo entre los evaluadores y luego se codificará el contenido de todas las entrevistas; y por último tercero: cuando obtengamos un consenso, se seleccionarán los temas clave y las frases que corresponden a cada tema para incluirlas en los reportes finales.

Se buscará efectivizar el trabajo mediante el uso de herramientas de organización como esquemas de Gantt, calendarios, que ayuden a establecer las tareas pendientes para realizar las actividades establecidas en el proyecto. Por otro lado, se realizan llamadas con el equipo técnico y los investigadores de las sedes para compartir experiencias, e información de las siguientes actividades.

Es necesario señalar que no existen criterios para suspender o modificar las intervenciones asignadas porque no se incluye atención al paciente o usuarios en la capacitación.

Figura 1. Diseño metodológico



5.3 Estrategias para promover la participación en las intervenciones

Debido al contexto de emergencia sanitaria, se ha determinado que la intervención que se realizará será de manera remota. Es por ello, que se implementarán estrategias para asegurar la realización de las capacitaciones y proteger a los participantes.

- a. Se asegurará la conexión a internet y el uso de equipos tecnológicos para facilitar la participación y aprendizaje dinámico, para ello se prestarán equipos celulares con

planes de servicios a los proveedores de salud mental no especializados por el periodo de la capacitación. Para verificar la conexión y fortalecer el uso de plataformas de video llamadas se realizarán reuniones (video- llamadas) previas al inicio de actividades.

- b. Se solicitará a los participantes comprometerse a cumplir con los días (5) y horarios programados para las capacitaciones y evaluaciones. La disponibilidad de tiempo también será evaluada durante la selección los participantes. No será necesario movilizar a los participantes debido a que la intervención no incluye actividades presenciales.
- c. La atención posterior a la evaluación no es relevante para este estudio porque los participantes son proveedores no especializados, trabajadores de servicios sociales o de atención médica y no hay pacientes involucrados en este estudio.

5.4 Resultados

5.4.1 Resultado primario:

El resultado principal de este estudio será el cambio en los puntajes de las competencias evaluadas antes y después de la capacitación según la herramienta de calificación ENACT. Esta herramienta será utilizada en exámenes clínicos estructurados objetivos, es decir, juegos de roles estandarizados. La versión actual de la herramienta ENACT cuenta con 15 ítems y cada competencia tiene 4 niveles de calificación:

- Nivel 1 = potencialmente dañino;
- Nivel 2 = no realizado o demostración limitada de competencia básica;
- Nivel 3 = habilidades básicas de soporte;
- Nivel 4 = habilidades avanzadas de soporte.

Para cada competencia hay aproximadamente de 8 a 12 atributos individuales que se pueden verificar para calificar el nivel. La herramienta ENACT fue desarrollada en Nepal [11, 12] y se ha utilizado en otros países con ingresos medianos y bajos, incluidos Liberia y Uganda [13]. Anteriormente, también se ha utilizado para evaluar las diferencias en los enfoques de capacitación [14].

La calificación con el ENACT previa la capacitación se realizará un día antes de que comience la capacitación. Mientras que la calificación posterior se realizará, ya sea en el último día de la capacitación o al día siguiente. Los juegos de roles de ENACT serán realizados por los actores y calificados por los evaluadores quienes no estarán involucrados en la capacitación, estos se realizarán de forma remota (por ejemplo, a través de Zoom). Además, se contarán con al menos un evaluador adicional que calificará los videos de juegos de roles y en los análisis se utilizará una calificación de ENACT promedio entre todos los evaluadores. Para identificar las diferencias significativas se utilizará las pruebas t pareadas.

5.4.2 Resultados secundarios: cuantitativos

La recopilación de datos incluirá métodos tanto cualitativos como cuantitativos. Este estudio evaluará la viabilidad, la aceptabilidad y el beneficio percibido del paquete de capacitación de habilidades de ayuda básica. Además, se medirá:

- El conocimiento, las actitudes y la autoeficacia de los proveedores de salud mental no especializados antes y después de la capacitación,
- Se recopilarán las calificaciones de las competencias evaluadas por los capacitadores en los “mini” juegos de roles realizados durante la capacitación. Los “mini” juegos de roles incluirán algunas competencias seleccionadas de la herramienta ENACT.
- Se evaluará los conocimientos en habilidades de ayuda básica para realizar sesiones a través de un cuestionario que cuenta con opciones múltiples de respuestas.
- La autoeficacia se evaluará a través de la Escala de autoeficacia de la actividad del consejero (CASES) [15]. Se usará el primer componente de CASES para las habilidades de ayuda básica. Esta escala está conformada por 15 ítems calificados en una escala del 0 al 9. Los ítems indagaran la confianza percibida de los proveedores no especializados en el uso de habilidades de ayuda básica.

5.4.3 Resultados secundarios: medidas cualitativas

Se evaluará el dominio de los resultados del estudio y los criterios de operacionalización que se muestra en la tabla N° 1.

Tabla N° 1: Dominio, descripción y operacionalización de los resultados

Dominio	Descripción	Operacionalización dentro del estudio
<i>Viabilidad</i>	La viabilidad es la capacidad de implementar el paquete de capacitación basado en competencias de HAB y utilizar los materiales de la plataforma EQUIP en entornos de bajos recursos.	La viabilidad se determinará cualitativamente a través de notas del proceso sobre la implementación y entrevistas de informantes clave con el personal del programa (capacitadores, evaluadores y actores). Por ejemplo, se preguntará a los capacitadores sobre su capacidad para realizar capacitación de HAB y utilizar los materiales de la plataforma EQUIP. Mientras que a los evaluadores y actores se les preguntará sobre su capacidad para realizar las evaluaciones de competencias los juegos de roles .
<i>Aceptabilidad</i>	La aceptabilidad se refiere a las actitudes hacia la participación en la capacitación basada en	La aceptabilidad se evaluará cualitativamente mediante entrevistas a informantes clave con el personal del programa y los proveedores no

	competencias de HAB , el uso de la plataforma EQUIP y la participación en juegos de roles de competencias.	especializados. Se preguntará al personal del programa si el uso de evaluaciones de competencia impide la participación o afecta las actitudes del personal y los proveedores no especializados. Se preguntará a los proveedores no especializados sobre la resistencia o razones que les impiden participar en las evaluaciones de competencia y la motivación de participar en capacitaciones similares en el futuro.
<i>Beneficio percibido</i>	El beneficio percibido es la valoración del valor añadido de la capacitación basada en competencias de HAB y la plataforma EQUIP.	El beneficio percibido se determinará cualitativamente mediante entrevistas a informantes clave con el personal del programa y los proveedores no especializados. Se preguntará a los entrevistados sobre el potencial valor añadido de la capacitación en HAB y la plataforma EQUIP. También, se explorarán las estrategias para mejorar el beneficio percibido.

5.4.4 Indicadores

- El indicador principal: Verificar que la capacitación en HAB fortalezca las habilidades de ayuda básica de los participantes (agentes comunitarios) que no tienen experiencia en SMAPS. Este indicador, se identificará en las calificaciones previas, durante y posterior a la capacitación usando el instrumento ENACT.
- Los indicadores secundarios: Incluirán cambios en los puntajes del cuestionario de conocimientos en HAB y la escala de autoeficacia CASES.
- Cualitativamente, se evaluará qué habilidades usan los participantes luego de la capacitación, así como las experiencias de los evaluadores sobre la viabilidad, aceptabilidad y utilidad de la capacitación para fortalecer las habilidades de ayuda básica en los participantes que no cuentan conocimientos en HAB.

Para el indicador principal y secundario, se identificarán los cambios en las calificaciones previas, durante y posterior a la capacitación usando el instrumento ENACT.

5.5 Cronograma

La secuencia de las actividades de la capacitación será como sigue:

- Capacitación piloto:** La capacitación piloto contará con la misma estructura de las capacitaciones planteadas. La estructura de describe en los siguientes puntos.
- Evaluaciones previas a la capacitación:** se implantarán juegos de roles basados en una viñeta (guion) de competencias básicas de ENACT (15 competencias) antes de la capacitación para evaluar las habilidades de ayuda básicas de los proveedores de salud no especializados. Durante la capacitación

basada en EQUIP, el rendimiento de los proveedores de salud mental no especializados en las evaluaciones previas permitirán a los capacitadores dedicar más o menos tiempo a determinados módulos de capacitación para formar adecuadamente de los proveedores de salud mental no especializados. Estas evaluaciones se grabarán en audio y video para que las analicen los equipos locales y los socios académicos. Además, se recopilarán medidas de conocimiento y autoeficacia de cada proveedor de salud mental no especializado.

- c. **Capacitación en habilidades de ayuda básica:** La capacitación en HAB será realizada por uno o dos capacitadores durante aproximadamente 2,5 a 3 días (20 horas). Además, los capacitadores realizarán evaluaciones breves utilizando la herramienta ENACT al final del día 1 y el día 2 de la capacitación de HAB.
- d. **Evaluaciones posteriores a la capacitación (inmediatamente después de la capacitación):** se implementarán juegos de roles que utilicen una viñeta basados en competencias básica del ENACT (15 competencias) antes de la capacitación para evaluar las habilidades de ayuda básica de los proveedores de salud mental no especializados. Durante la capacitación basada en EQUIP, el rendimiento de los proveedores de salud mental no especializados en estas evaluaciones permitirá capacitadores dedicar más o menos tiempo a determinados módulos de capacitación. Las evaluaciones se grabarán en audio y video para que las analicen los equipos locales y los investigadores académicos. Asimismo, se recopilarán medidas de conocimiento y autoeficacia de cada proveedor no especializado. Además, se realizarán entrevistas al personal del programa y a los proveedores de salud mental no especializados.

Figura 2. Secuencia de la investigación y las actividades de capacitación con juegos de roles de competencias

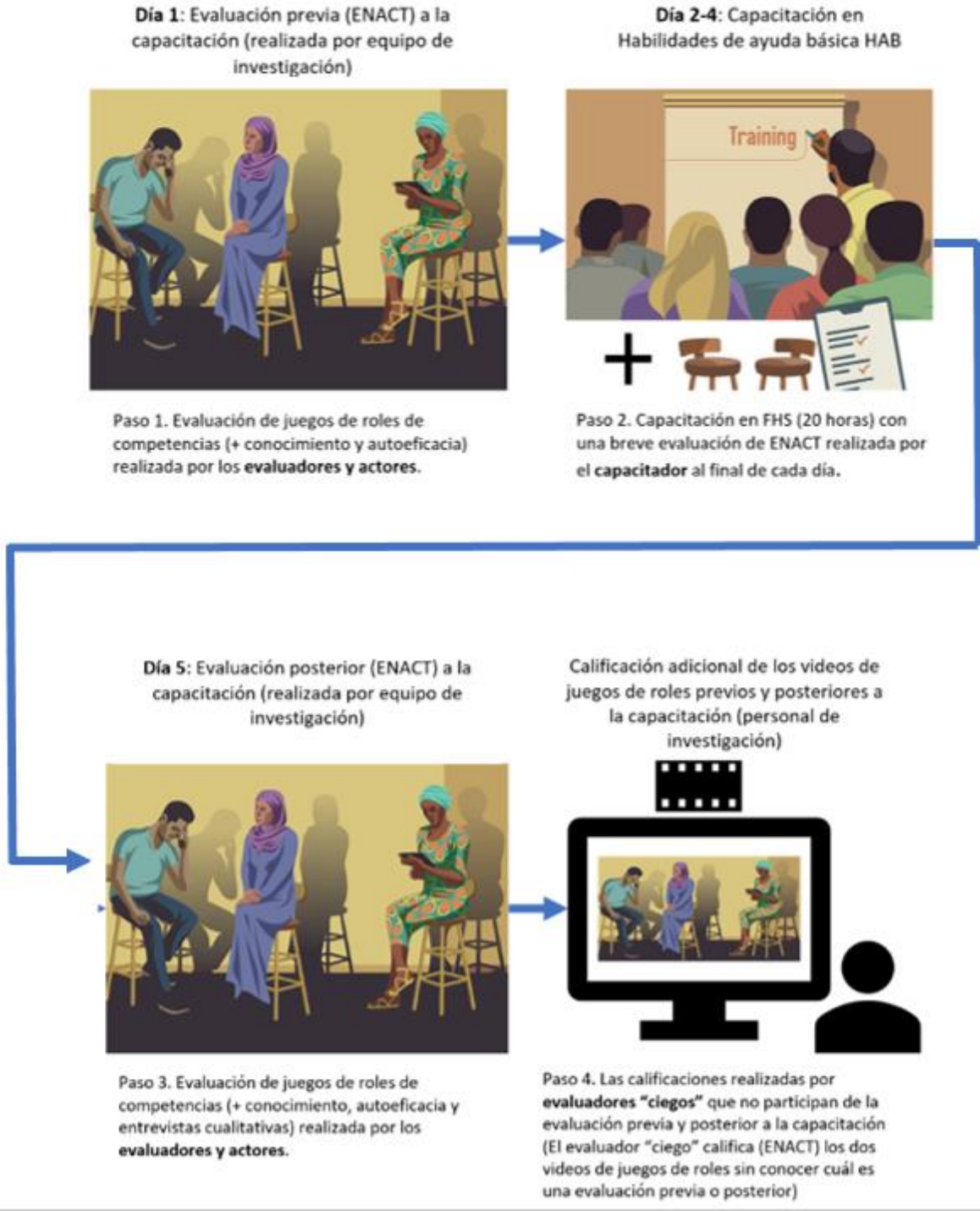


Tabla N° 2. Cronograma de enrolamiento, intervención y evaluación para los proveedores de salud mental no especializados en la capacitación en HAB

	PERIODO DEL ESTUDIO				
	Enrolamiento	Intervenciones			Cierre
	t_0	t_1	t_2	t_3	t_4
ENROLAMIENTO:					
Selección de participantes	X				
Consentimiento informado	X				
INTERVENCIONES:					
Capacitación basada en competencias de habilidades de ayuda básica			← →		
EVALUACIONES:					
<i>Competencias básicas de ENACT</i>		X		X	
<i>Prueba de conocimientos de habilidades de ayuda básica</i>		X		X	
<i>Escala de autoeficacia de la actividad del consejero</i>		X		X	
<i>Evaluaciones de los - "mini" juegos de rol (ENACT) realizados por los capacitadores</i>			X		
<i>Entrevistas cualitativas</i>					X

t_0 = evaluación previa a la capacitación de los proveedores de salud mental no especializados realizada por el equipo de investigación; t_1 = evaluación de los juegos de roles durante la capacitación realizada por los capacitadores; t_2 = evaluación posterior a la capacitación de los proveedores de salud mental no especializados realizada por el equipo de investigación; t_4 = cierre del estudio.

Abreviaturas: ENACT, Mejora de la evaluación de competencias terapéuticos básicas

5.6 Tamaño de la muestra

Se reclutarán 36 participantes que serán evaluados antes y después de la capacitación con la herramienta ENACT. Esto nos ayudará a conocer el cambio en las competencias de los proveedores no especializados. La elección del número de participantes se basa en un margen de potencia del 80% con una diferencia de 0.15 entre los grupos con una DE de 0,15 combinada según el uso anterior de ENACT en Uganda, Liberia y Nepal [13]. Los datos se analizarán en específico y también se agruparán con las otras dos sedes (Nepal y Uganda).

Con el fin de evaluar la viabilidad, la aceptabilidad y el beneficio percibido de la capacitación en HAB, se realizarán entrevistas a informantes clave después de cada de capacitación en HAB. Después de la capacitación 1, se entrevistará a 1 o 2 capacitadores, 1 o 2 evaluadores o actores y 3 proveedores no especializados. Después de la capacitación 2, se entrevistará a 3 proveedores de salud mental no especializados. Después de la capacitación 3, se entrevistará a 1 o 2 capacitadores, 2 a 3 evaluadores o actores y 3 proveedores de salud mental no especializados. Esto equivale de 2 a 4 entrevistas con los capacitadores, 3 a 5 entrevistas con los evaluadores o actores y 9 entrevistas a los proveedores no especializados durante el transcurso del proyecto. Este tamaño de muestra se

determinó aproximando tanto el número de entrevistas que serían necesarias para alcanzar la saturación temática, como la que podría realizar razonablemente el investigador cualitativo dentro del tiempo asignado.

5.7 Reclutamiento

Para reclutar a los participantes se realizará una convocatoria abierta a los proveedores de salud mental no especializados de Callao y San Juan de Lurigancho. Esta convocatoria se lanzará a través de las redes sociales y se esperará reunir a postulantes de ambas zonas. Asimismo, se plantea solicitar la autorización a las instituciones en las que se desarrollará la intervención y se pueda promover la convocatoria de proveedores no especializados.

Los postulantes serán evaluados mediante entrevistas realizadas por los profesionales del proyecto. Estas entrevistas se realizarán de forma remota e indagarán, la experiencia previa en la comunidad, motivación para participar de la capacitación, el tiempo disponible, y habilidades personales y sociales. Con esta evaluación, se podrá conocer si los postulantes no han recibido o brindado intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial.

Luego de las evaluaciones, se seleccionarán 36 proveedores no especializados de Callao y San Juan de Lurigancho, 12 proveedores participarán en cada una de las tres capacitaciones.

6. Implementación

Se implementarán tres capacitaciones en HAB. Cada capacitación contará con 12 proveedores de salud mental no especializados, cada uno con 1 o 2 capacitadores por capacitación. Se incluirán días previos y posteriores a la investigación, donde se recopilarán los resultados primarios y secundarios con el apoyo del personal de investigación (evaluadores capacitados, actores e investigador cualitativo). Además, se evaluará cualitativamente después de la primera capacitación para identificar las áreas de modificación, y después de la segunda y tercera capacitación para desarrollar recomendaciones para implementaciones futuras.

6.1 Evaluadores ciegos:

Los juegos de roles de ENACT previos y posteriores a la capacitación se grabarán en video y un evaluador ciego los observará y calificará sin saber cuál de los videos pertenece a una evaluación previa y posterior a la capacitación.

7. Recopilación de datos

7.1 Planes de evaluación y recopilación de resultados

a. **Fiabilidad de las calificaciones de juego de roles observadas**

Se establecerá la confiabilidad entre evaluadores (IRR) para calificar los juegos de roles antes de las evaluaciones y seguir los enfoques establecidos previamente durante la adaptación de la herramienta ENACT. Para capacitar a los evaluadores, se crearán varios videos que demuestren un proveedor de salud mental no especializado realizando diferentes niveles de competencia. Durante la capacitación de los evaluadores, se utilizará una combinación de demostraciones en vivo y videos de competencias para practicar la calificación (es decir, evaluar a los proveedores de salud mental no especializados). Los evaluadores discutirán las áreas en las que la puntuación difiere y llegarán a acuerdos sobre las modificaciones necesarias. Esta será una oportunidad para modificar aún más las herramientas de modo que los evaluadores independientes puedan estandarizar el acuerdo sobre los niveles de habilidades evaluadas. Después de varias rondas, a los evaluadores se les mostrarán videos que aún no han observado. En base a las evaluaciones completadas de tres videos por los evaluadores, se calculará el coeficiente de correlación intraclase (ICC) de medidas únicas para determinar el nivel de acuerdo. Si se planea usar un sistema de evaluadores múltiples (por ejemplo, evaluadores múltiples durante las evaluaciones de la Fase 3 versus un evaluador), se usarán medidas de promedio ICC. Si los evaluadores califican constantemente de manera diferente, recibirán más capacitación para garantizar la comprensión de los ítems de la herramienta. Si continúa habiendo inconsistencias entre muchos evaluadores, se continuará capacitando y modificando la herramienta, repitiendo la evaluación de la IRR de tres videos (aunque experiencias previas con la herramienta ENACT sugieren que esto es poco probable).

b. **Recopilación y gestión de datos cualitativos:**

Los datos cualitativos sobre la viabilidad, la aceptabilidad y el beneficio percibido de la capacitación basada en competencias de HAB se recopilarán a través de entrevistas con informantes clave, es decir, personal de proyecto y proveedores de salud mental no especializados después de cada capacitación. Las entrevistas se grabarán en audio con el consentimiento de los participantes, y estas grabaciones se transcribirán para el análisis de datos. El investigador cualitativo también completará los formularios de información después de cada entrevista para registrar y reflexionar sobre los comportamientos, los eventos y otras características importantes de la entrevista. Además, se recopilarán notas del proceso sobre la capacitación y la evaluación de competencias de HAB. Estos incluirán el tiempo dedicado a cada sección de la capacitación, las preguntas planteadas por los participantes y los enfoques para utilizar las competencias y los materiales de

capacitación de EQUIP. Los datos de las notas del proceso y las entrevistas con informantes clave recopilados en la primera capacitación en HAB se utilizarán para identificar áreas para la modificación y mejora del proyecto, mientras que los datos recopilados después de la segunda y tercera capacitación se usarán para desarrollar recomendaciones para la implementación futura.

Tabla N°3. Cuadro de recopilación de datos para la participación de los participantes en la investigación

Grupo de investigación participantes	Tamaño de muestra por sitio	Participación en investigación cualitativa	Participación en investigación cuantitativa
<i>Personal de la organización: capacitadores evaluadores y actores.</i>	n = 4-6	<p>Un subconjunto de capacitadores (n = 1-2) y evaluadores o actores (n = 2-5) participarán en entrevistas con informantes clave después de las capacitaciones 1 y 3 de capacitación en HAB para discutir la viabilidad, aceptabilidad y beneficio percibido del proyecto. Las entrevistas durarán aproximadamente entre 30 y 60 minutos.</p> <p>Además, se recopilarán notas de proceso sobre evaluación y capacitación. Las notas del proceso incluirán el tiempo dedicado a cada sección de la capacitación, las preguntas planteadas por los participantes y los enfoques para utilizar las competencias y los materiales de capacitación de EQUIP.</p>	Ninguna.
<i>Proveedores de salud mental no especializados</i>	n = 36	<p>Un subconjunto de proveedores de salud mental no especializados (n = 9) participará en entrevistas con informantes clave después de completar la capacitación en HAB (n = 3 después de cada capacitación) para discutir la viabilidad, aceptabilidad y beneficio percibido del proyecto. Las entrevistas durarán aproximadamente entre 30 y 60 minutos.</p>	<p>Todos los proveedores no especializados (n = 36) en las tres capacitaciones, participarán en el componente cuantitativo.</p> <p>Antes y después de la capacitación cada proveedor no especializado será evaluado con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un juego de roles de competencias básicas, que durará <i>aproximadamente 10 minutos</i>. El juego de roles se llevará a cabo con un actor capacitado (persona atendida) y evaluadores que observarán el juego de roles. Los juegos de rol se realizarán de forma remota. Cada juego de roles se grabará para facilitar calificaciones adicionales de juegos de rol. El evaluador calificará las 15 competencias del ENACT, ya sea durante la interacción del juego de roles o utilizando el video grabado del juego de roles. 2. Los cuestionarios de conocimiento y autoeficacia serán administrados por personal de investigación capacitado.

			<p>Durante la capacitación, los proveedores no especializados serán evaluados con una versión breve de ENACT que ofrece una clasificación simplificada (por ejemplo, competente, no competente). Los capacitadores calificarán a los proveedores no especializados con el ENACT durante juegos de roles enfocados (“mini”) en competencias básicas (por ejemplo, 3-5 competencias). Entre los participantes se turnarán los roles (un participante es ayudante, otro es un cliente simulado y luego cambia). Los juegos de roles durarán aproximadamente 5-8 minutos.</p>
--	--	--	---

7.2 Planes para promover la retención de participantes y un seguimiento completo

Las evaluaciones se completarán inmediatamente antes y después de la capacitación para minimizar el riesgo de pérdida de participantes durante el seguimiento.

7.3 Gestión de datos

Todos los datos recopilados durante el proceso del estudio se almacenarán de forma segura. Cualquier dato ingresado y / o compartido electrónicamente dentro del equipo de EQUIP y otros sitios de investigación será anulado y protegido con contraseña. Todos los datos cuantitativos y cualitativos no identificados (PDF traducidos) se compartirán a través de un almacenamiento seguro de datos de investigación (por ejemplo, RedCap). Los equipos OMS, EQUIP y GWU tendrán acceso a los datos no identificados a través de este software (por ejemplo, RedCap). Para garantizar que se cumplan continuamente los procedimientos seguros y protegidos, se desarrollará y cumplirá un protocolo de gestión de datos.

7.4 Confidencialidad

La información personal se recopilará en formularios de consentimiento y en una hoja demográfica separada que no se almacenará con las copias electrónicas de los datos para análisis.

8. Métodos de estadístico

8.1 Métodos estadísticos para los resultados primarios y secundarios

a. Análisis cuantitativo

Se utilizarán pruebas t pareadas para comparar el cambio de los puntajes de la evaluación de competencias antes y después de la capacitación, los puntajes conocimiento y autoeficacia. Aunque la capacitación se implementará entres sitios con el mismo formato y horario de capacitación, se debe tener en cuenta las diferencias en los estilos de los capacitadores. El estilo de capacitación de baja calidad no llevará a una mejora en las competencias. Debido a que hay tres países que implementan la misma estructura de programa, se podrá explorar si, en la

mayoría de los sitios, hay una mejora en la competencia. Con respecto a los efectos de la práctica antes y después del entrenamiento, no se anticipa que los juegos de roles repetidos fuera del contexto del entrenamiento conduzcan a una mejora de la competencia porque no se proporciona retroalimentación formal. Los participantes reciben diferentes juegos de roles en cada momento.

b. Análisis Cualitativo

Las entrevistas con informantes clave y las notas del proceso se codificarán en NVivo y se analizarán la viabilidad, aceptabilidad y beneficio percibido del paquete de capacitación HAB. También existirá la opción de generar temas adicionales basados en los hallazgos de la codificación inicial. Se formará un pequeño equipo de codificadores de entre la GWU y el equipo de investigación de Perú. Se establecerá la confiabilidad entre evaluadores (IRR) , acuerdo entre evaluadores y se establecerá el estadístico Kappa. Una vez que se haya completado la codificación de todos los materiales cualitativos, se generarán consultas de código para cada código. Luego, el equipo de investigación cualitativa revisará cada consulta de código y seleccionará los temas clave y las narrativas presentes en los datos específicos del código en un resumen de código. Estos resúmenes de códigos se utilizarán a su vez para redactar los resultados de la investigación cualitativa y prepararlos para su publicación.

c. Análisis intermedios

Dado que no participa ningún paciente, no hay planes de análisis intermedios.

8.2 Métodos para análisis adicionales (p. Ej. Análisis de subgrupos)

Se realizarán análisis exploratorios sobre el cambio a nivel del ítem y el atributo para el ENACT.

8.3 Métodos de análisis para manejar el incumplimiento del protocolo y cualquier método estadístico para manejar los datos faltantes

El análisis cuantitativo primario comparará los puntajes en competencias (ENACT) previos y posteriores a la capacitación, el conocimiento de habilidades de ayuda básica y la autoeficacia percibida. No se anticipa datos faltantes dado el formato de entrada de datos para el ENACT en la plataforma EQUIP. Los datos que falten en las otras escalas utilizarán la sustitución de medias.

8.4 Planes para dar acceso al protocolo completo, datos de nivel de participante y código estadístico

Todos los datos cuantitativos estarán disponibles a pedido en un formato no identificado después de la publicación de los resultados primarios del estudio. Los resúmenes de códigos cualitativos estarán disponibles a pedido. Debido al riesgo de incumplimiento de la confidencialidad, las grabaciones cualitativas completas o las

transcripciones no se pondrán a disposición del público. El intercambio de resúmenes de código como una alternativa de transcripciones cualitativas completas está en consonancia con la transparencia cualitativa al tiempo que garantiza la protección de los sujetos humanos en la investigación [16].

9. Supervisión y seguimiento

9.1 Composición del centro coordinador y comité de dirección del ensayo

Brandon A. Kohrt y Alison Schafer son los investigadores principales del estudio. El centro de coordinación del ensayo incluirá Brandon A. Kohrt, Gloria Pedersen, Zohra Abaakouk, Josephine Akellot, Carmen Contreras y Nagendra Luitel. No se establecerá un comité directivo adicional. El comité de gestión de datos incluye Gloria Pedersen y Leah Salama.

9.2 Composición del comité de seguimiento de datos, su función y estructura de informes

Debido a que no habrá participación de pacientes en este estudio, no se establecerá un comité de seguimiento de datos.

9.3 Notificación de eventos adversos y daños

Los eventos adversos se informarán a las juntas de revisión ética específicas del sitio, a los investigadores principales del estudio y a otras juntas de revisión institucionales que supervisan el estudio.

9.4 Frecuencia y planes para auditar la realización de ensayos

Los documentos se auditarán mensualmente en los tres sitios. Los investigadores no estarán ciegos al proceso de auditoría.

10. Planes de difusión

Los resultados de este estudio se publicarán a través de varios medios. Los resultados serán difundidos a los interesados clave, incluyendo el distrito, la provincia y el gobierno nacional, en informes y presentaciones en inglés español. Internacionalmente, los resultados serán publicados en revistas académicas, se entregarán informes a la fuente de financiación de investigación (USAID) y será difundido a través de la Red de Salud Mental Innovación <https://www.mhinnovation.net/> Para la elegibilidad de autoría, se cumplirá con las pautas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Además, se prestará atención adicional a las recomendaciones para la representación equitativa de investigadores de países de bajos y medianos ingresos para la autoría académica [17]. Después de la publicación de los análisis primarios, los datos serán disponibles públicamente para cumplir con la transparencia y el rigor en las normas de difusión.

11. Discusión

El desarrollo de un programa de capacitación en habilidades de ayuda básica respaldado en la evidencia de los servicios de apoyo psicosocial y de salud mental llenará un vacío importante en los recursos existentes. Estos materiales no solo beneficiarán a los servicios psicosociales y de salud mental, sino que también mejorarán las interacciones entre el proveedor no especializado y la persona atendida en todas las áreas de los servicios sociales y de salud. La evaluación de métodos mixtos es un paso importante para desarrollar una base de evidencia para el contenido y la estrategia de capacitación. En base en los hallazgos de este estudio, se pueden realizar más modificaciones para mejorar la viabilidad, la aceptabilidad, el beneficio percibido e impacto en términos de mejora en las habilidades a través de un breve programa de capacitación.

12. Abreviaturas

CASES Escala de autoeficacia de la actividad del consejero

ENACT Mejora de la evaluación de factores terapéuticos comunes

EQUIP Asegurando la calidad en el apoyo psicológico

HAB Habilidades de ayuda básica

CSA Cursos del Sistema de Aprendizaje

SMAPS Salud mental y apoyo psicosocial

OMS Organización Mundial de la Salud

IRR Confiabilidad entre evaluadores

13. Declaraciones

13.1 Agradecimientos

Kenneth Miller contribuyó a la conceptualización inicial del curso Habilidades de ayuda básica.

13.2 Contribuciones de los autores

Brandon A. Kohrt y Alison Schafer son los investigadores principales y conceptualizaron el protocolo del estudio. Brandon A. Kohrt, Gloria Pedersen y Leah Salama redactaron la primera versión del protocolo. Zohra Abaakouk, Edith van 't Hof y Mark van Ommeren contribuyeron a la revisión del protocolo. Nagendra Luitel adaptó el protocolo del estudio para su implementación en Nepal y proporcionó comentarios para el protocolo general. Carmen Contreras y Leydi Moran adaptaron el protocolo para su implementación en Perú y brindó retroalimentación para el protocolo en general. Josephine Akellot adaptó el protocolo para su implementación en Uganda y proporcionó retroalimentación para el protocolo general. Gloria Pedersen, Jennifer Hall, Samuel Wasereka y Brandon A. Kohrt contribuyeron al desarrollo del contenido de la capacitación en habilidades de ayuda básica.

Elise West y Gloria Pedersen diseñaron el sistema de gestión del aprendizaje y el contenido para la capacitación en habilidades de ayuda básica. Todos los autores

aprobaron la versión final del protocolo.

13.3 Fondos

Este estudio está respaldado por fondos proporcionados a la Organización Mundial de la Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

13.4 Disponibilidad de datos y materiales:

El equipo de EQUIP de la OMS, los socios académicos de la Universidad George Washington y, Socio en Salud tendrán acceso al conjunto de datos del estudio final.

13.5 Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

14. Referencias

1. Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A, Van't Hof E, Pedersen GA, Watts S, Ottman K, Carswell K, van Ommeren M: **Ensuring Quality in Psychological Support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce.** *World Psychiatry* 2020, **19**(1):115-116.
2. Wampold BE: **How important are the common factors in psychotherapy? An update.** *World Psychiatry* 2015, **14**(3):270-277.
3. Wampold BE: **The research evidence for common factors models: a historically situated perspective.** In: *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy.* Second edn. Edited by Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA. Washington, DC: American Psychological Association; 2011: 49-82.
4. Imel ZE, Wampold BE: **The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy.** In: *Handbook of counseling psychology (4th ed).* edn. Edited by Brown SD, Lent RW. Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc; 2008: 249-266.
5. 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.
6. Pedersen GA, Lakshmin P, Schafer A, Watts S, Carswell K, Willhoite A, Ottman K, van't Hof E, Kohrt BA: **Common factors in psychological treatments delivered by non-specialists in low- and middle-income countries: Manual review of competencies.** *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy* 2020.
7. Walsh S, O'Neill A, Hannigan A, Harmon D: **Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations.** *Irish Journal of Medical Science (1971 -)* 2019, **188**(4):1379-1384.
8. Golshan S, Feizy T, Tavasoli S, Basiri A: **Service quality and urolithiasis patient adherence.** *International journal of health care quality assurance* 2019.
9. Hojat M: **Empathy and Patient Outcomes.** In: *Empathy in Health Professions Education and Patient Care.* edn. Edited by Hojat M. Cham: Springer International Publishing; 2016: 189-201.

10. Mills J-A, Middleton JW, Schafer A, Fitzpatrick S, Short S, Cieza A: **Proposing a re-conceptualisation of competency framework terminology for health: a scoping review.** *Human Resources for Health* 2020, **18**(1):15.
11. 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.
12. Kohrt BA, Jordans MJD, Rai S, Shrestha P, Luitel NP, Ramaiya M, Singla D, Patel V: **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.
13. Kohrt BA, Mutamba BB, Luitel NP, Gwaikolo W, Onyango Mangen P, Nakku J, Rose K, Cooper J, Jordans MJD, Baingana F: **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 (Abingdon, England)* 2018, **30**(6):182-198.
14. Rahman A, Akhtar P, Hamdani SU, Atif N, Nazir H, Uddin I, Nisar A, Huma Z, Maselko J, Sikander S *et al.*: **Using technology to scale-up training and supervision of community health workers in the psychosocial management of perinatal depression: a non-inferiority, randomized controlled trial.** *Global Mental Health* 2019, **6**:e8.
15. Lent RW, Hill CE, Hoffman MA: **Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales.** *Journal of Counseling Psychology* 2003, **50**(1):97-108.
16. Tsai AC, Kohrt BA, Matthews LT, Betancourt TS, Lee JK, Papachristos AV, Weiser SD, Dworkin SL: **Promises and pitfalls of data sharing in qualitative research.** *Social Science & Medicine* 2016, **169**:191-198.
17. Kohrt BA, Upadhaya N, Luitel NP, Maharjan SM, Kaiser BN, MacFarlane EK, Khan N: **Authorship in Global Mental Health Research: Recommendations for Collaborative Approaches to Writing and Publishing.** *Annals of Global Health* 2014, **80**(2):134-142.